



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

**VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE VALORACIÓN
GERIÁTRICA CON ENFOQUE DE LA TEORÍA DE
ENFERMERÍA DE FAYE GLENN ABDELLAH
MÉXICO 2026**

TRABAJO TERMINAL DE GRADO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

MAESTRO EN ENFERMERÍA GESTIÓN EN ENFERMERÍA

P R E S E N T A

ENF. ESP. JOSÉ ANTONIO CUELLAR BUENDÍA

DIRECTOR

DR. EN C.S. IHOSVANY BASSET MACHADO

CO-DIRECTOR

DR. EN C.S. RAFAEL ANTONIO ESTEVEZ RAMOS

TUTOR

DR. EN S.P. JULIO FLORES VILLEGAS

VALLE DE CHALCO SOLIDARIDAD, MÉXICO, SEPTIEMBRE 2026.



CUVCH

Índice

<i>Introducción</i>	5
<i>Estado del arte</i>	10
La tipología de los 21 problemas de enfermería de Faye Glenn Abdellah en el contexto de la atención geriátrica	10
La Valoración Geriátrica Integral de Enfermería desde la teoría de Faye Glenn Abdellah	30
Estudios relacionados	41
<i>Planteamiento del problema</i>	55
<i>Justificación</i>	60
<i>Objetivos</i>	65
<i>Metodología</i>	66
Diseño del estudio	66
Población y muestra	66
Criterios de selección	67
<i>Recolección de datos y análisis de la información</i>	70
Consideraciones éticas y legales	93
<i>Resultados</i>	98
Validez de contenido del instrumento	145
Confiabilidad del instrumento	148
Análisis exploratorio de las puntuaciones del instrumento	153
<i>Discusión</i>	156
<i>Conclusiones</i>	163
<i>Referencias</i>	166
<i>Anexos</i>	170
<i>Anexo 1 Carta invitación validación de contenido</i>	170
<i>Anexo 2 Cédula de validación de la primera versión IVEPEMAD</i>	171
<i>Anexo 2 Cédula de validación de la segunda versión IVEPEMAD</i>	182
<i>Anexo 3 Carta invitación revisión lingüística</i>	195
<i>Anexo 4 Cédula de validación tercera versión del IVEPEMAD</i>	197
<i>Anexo 5 Versión final del IVEPEMAD-C</i>	201
<i>Anexo 6 Instructivo para el llenado del IVEPEMAD-C</i>	208

Introducción

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más significativos del siglo XXI y representa uno de los principales desafíos para los sistemas de salud a nivel mundial. Los avances en las condiciones sanitarias, el desarrollo tecnológico, la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida han favorecido un crecimiento sostenido de la población de personas mayores en prácticamente todos los países. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), entre 2015 y 2050 la proporción de personas de 60 años y más casi se duplicará, pasando de 12 % a 22 % de la población mundial. En México, las proyecciones demográficas estiman que para el año 2050 aproximadamente una de cada cuatro personas pertenecerá a este grupo etario, situación que demandará profundas transformaciones en los modelos de atención sanitaria y social (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2023).

El proceso de envejecimiento se caracteriza por una elevada heterogeneidad biológica, funcional y social. Aunque la edad cronológica constituye un referente demográfico importante, el envejecimiento no ocurre de manera uniforme entre los individuos, por lo que las personas mayores presentan trayectorias diversas de salud, funcionalidad y bienestar. En este contexto, la presencia simultánea de enfermedades crónicas, síndromes geriátricos, fragilidad, dependencia funcional, deterioro cognitivo y problemas sociales incrementa la complejidad de la atención y exige enfoques integrales que trasciendan la evaluación centrada exclusivamente en la enfermedad (World Health Organization, 2020).

Ante esta realidad, los sistemas de salud han reconocido la necesidad de promover modelos de atención centrados en la persona, orientados al mantenimiento de la capacidad funcional, la autonomía y la calidad de vida durante el envejecimiento. La OMS ha señalado que el objetivo principal de la atención a las personas mayores debe ser preservar la

capacidad funcional y favorecer el envejecimiento saludable, entendido como el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (World Health Organization, 2020). Bajo esta perspectiva, resulta indispensable identificar de manera temprana las necesidades de salud, los factores de riesgo y las condiciones que pueden afectar el desempeño físico, cognitivo, emocional y social de las personas mayores.

En este escenario, la Valoración Geriátrica Integral (VGI) se ha consolidado como el estándar de referencia para la evaluación multidimensional de la persona mayor. La VGI se define como un proceso diagnóstico multidisciplinario y sistemático destinado a determinar los problemas médicos, funcionales, cognitivos, psicológicos y sociales de la persona mayor, con el propósito de desarrollar planes coordinados de tratamiento, rehabilitación y seguimiento (Ellis et al., 2017). Diversos estudios han demostrado que la implementación de la VGI se asocia con mejores resultados clínicos, reducción del deterioro funcional, menor institucionalización y mayor probabilidad de permanencia en la comunidad (Ellis et al., 2017; Pilotto et al., 2020).

La valoración geriátrica contempla tradicionalmente múltiples dominios que incluyen el estado físico y clínico, la funcionalidad para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, el estado cognitivo, la salud emocional, el estado nutricional, la movilidad, la función sensorial y la situación social. Cada uno de estos componentes aporta información esencial para comprender la condición global de la persona mayor y orientar intervenciones individualizadas. No obstante, en la práctica clínica la evaluación suele realizarse mediante múltiples escalas independientes, lo que puede dificultar la integración de la información, incrementar el tiempo de aplicación y limitar la identificación integral de necesidades de cuidado desde la perspectiva de enfermería.

La enfermería desempeña un papel fundamental dentro de la atención geriátrica debido a su cercanía permanente con las personas mayores, su capacidad para realizar valoraciones continuas y su responsabilidad en la planificación, ejecución y evaluación del cuidado. La valoración constituye una de las etapas esenciales del proceso de enfermería, ya que permite identificar necesidades reales y potenciales, establecer prioridades de atención y fundamentar la toma de decisiones clínicas. Sin embargo, a pesar de la creciente relevancia de la VGI en los distintos niveles de atención, persiste una limitada disponibilidad de instrumentos diseñados específicamente desde la disciplina de enfermería que integren de manera estructurada los dominios geriátricos y permitan identificar necesidades susceptibles de intervención profesional.

En México, la práctica clínica de enfermería geriátrica enfrenta la necesidad de contar con herramientas válidas, confiables y factibles de aplicar en diversos escenarios asistenciales. Aunque existen múltiples instrumentos dirigidos a la valoración de dominios específicos, tales como la funcionalidad, la cognición, el estado nutricional o la salud emocional, muchos de ellos fueron desarrollados desde enfoques biomédicos o multidisciplinarios y no necesariamente responden a una estructura conceptual propia de enfermería. Esta situación limita la capacidad para integrar los hallazgos de la valoración en un marco teórico que favorezca el razonamiento clínico y la identificación sistemática de necesidades de cuidado.

La utilización de teorías de enfermería en el diseño de instrumentos de valoración representa una estrategia que fortalece la disciplina al proporcionar marcos conceptuales que orientan la práctica profesional y favorecen la generación de conocimiento propio. Entre las diversas teorías de enfermería, la propuesta de Faye Glenn Abdellah destaca por su enfoque centrado en la identificación y resolución de problemas de enfermería relacionados con las necesidades de las personas. Su modelo, desarrollado a partir de los 21 problemas

de enfermería, promueve una visión holística del individuo al integrar componentes físicos, emocionales, sociales y espirituales dentro del proceso de atención (Abdellah et al., 1960).

La aplicabilidad de la teoría de Abdellah en el ámbito geriátrico resulta particularmente relevante debido a la complejidad inherente al envejecimiento. Las personas mayores suelen presentar múltiples necesidades interrelacionadas que abarcan desde la preservación de la seguridad física y la movilidad hasta el mantenimiento de la comunicación, las relaciones sociales, la autonomía y el bienestar emocional. En consecuencia, la integración de los principios teóricos de Abdellah con los dominios de la Valoración Geriátrica Integral ofrece una oportunidad para desarrollar instrumentos de valoración capaces de identificar de manera sistemática las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

Derivado de lo anterior, el presente trabajo tuvo como propósito diseñar y validar un instrumento de evaluación geriátrica con enfoque en la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah. Para la construcción inicial del instrumento se realizó una revisión de alcance (scoping review) con la finalidad de identificar las principales necesidades geriátricas reportadas en la literatura científica y analizar su correspondencia con los dominios de la Valoración Geriátrica Integral y los problemas de enfermería propuestos por la autora. A partir de este proceso se desarrolló una primera versión integrada por once dimensiones y ciento tres ítems, estructurados de acuerdo con los principales componentes de la valoración geriátrica y vinculados conceptualmente con los veintiún problemas de enfermería.

Posteriormente, dicha versión fue sometida a un proceso de validación de contenido mediante juicio de expertos. Diez especialistas evaluaron la pertinencia, coherencia, relevancia y claridad de las dimensiones e ítems, permitiendo realizar ajustes estructurales y conceptuales sustentados en sus observaciones. La validez de contenido fue estimada

mediante el coeficiente V de Aiken, lo que condujo al desarrollo de una segunda versión conformada por once dimensiones y ciento treinta y cinco ítems.

La segunda versión fue nuevamente sometida a evaluación por un panel de nueve expertos, obteniéndose coeficientes V de Aiken superiores a 0.90 en todas las dimensiones e indicadores evaluados. Con base en estos resultados se diseñó una versión operativa orientada a favorecer su factibilidad de aplicación clínica, quedando conformada por veintinueve ítems organizados en once dimensiones, acompañados de un sistema de cribado inicial, un sistema de puntuación y un instructivo de llenado.

Con el propósito de fortalecer la calidad técnica del instrumento, esta versión prefinal fue sometida a revisión lingüística especializada para evaluar aspectos relacionados con la claridad, coherencia, comprensibilidad y precisión de la redacción. Posteriormente, fue reenviada al panel de expertos para una tercera ronda de evaluación, en la que se estimó el Índice de Validez de Contenido (IVC) de la versión definitiva. Finalmente, se realizó una prueba piloto con personas mayores para valorar la aplicabilidad clínica del instrumento y estimar su confiabilidad.

El desarrollo de este instrumento representa una contribución para la enfermería geriátrica al proporcionar una herramienta de valoración integral sustentada en una teoría disciplinar y alineada con los principios de la Valoración Geriátrica Integral. Asimismo, busca fortalecer la práctica clínica, favorecer la identificación oportuna de necesidades geriátricas y contribuir a la sistematización del cuidado de enfermería en la población mayor, particularmente en el contexto mexicano, donde aún existe una limitada disponibilidad de instrumentos integrales desarrollados desde la propia disciplina.

Estado del arte

La tipología de los 21 problemas de enfermería de Faye Glenn Abdellah en el contexto de la atención geriátrica

La tipología de los 21 problemas de enfermería propuesta por Faye Glenn Abdellah representa una de las contribuciones más relevantes para la consolidación de la enfermería como disciplina profesional orientada a la identificación y resolución de problemas humanos de salud. Su propuesta se desarrolló en un contexto histórico en el que la enfermería comenzaba a transitar de un modelo centrado en tareas y órdenes médicas hacia una práctica profesional con base científica, juicio clínico propio y responsabilidad directa sobre el cuidado de la persona (Abdellah et al., 1960; Alligood, 2022).

Abdellah planteó que la enfermería debía centrarse en las necesidades del paciente y no únicamente en la enfermedad. En este sentido, su modelo se aproxima a una perspectiva holística, ya que considera problemas físicos, emocionales, sociales, interpersonales y ambientales. De acuerdo con Abdellah et al. (1960), la función de la enfermería consiste en identificar los problemas manifiestos u ocultos que interfieren con la capacidad de la persona para alcanzar o mantener la salud, así como intervenir para resolverlos o reducir sus consecuencias.

En el contexto de la atención geriátrica, esta tipología resulta particularmente pertinente, debido a que la persona mayor suele presentar condiciones clínicas complejas derivadas de la interacción entre envejecimiento fisiológico, multimorbilidad, fragilidad, deterioro funcional, deterioro cognitivo, polifarmacia, alteraciones sensoriales, vulnerabilidad social y riesgo de dependencia. La geriatría reconoce que los problemas de salud en la vejez no pueden comprenderse únicamente desde el diagnóstico médico, sino desde su impacto funcional, emocional, social y ambiental (Inouye et al., 2007; Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

Por ello, la tipología de Abdellah puede dialogar de manera sólida con la Valoración Geriátrica Integral, entendida como un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que permite identificar problemas médicos, funcionales, mentales, emocionales y sociales, con el objetivo de formular un plan coordinado de atención (Ellis et al., 2017; Pilotto et al., 2017). Desde esta perspectiva, los 21 problemas de Abdellah ofrecen un marco conceptual útil para fundamentar la valoración de enfermería geriátrica, especialmente cuando se pretende identificar necesidades susceptibles de intervención enfermera.

1. Mantener una buena higiene y comodidad física

En la persona mayor, la higiene y la comodidad física no deben entenderse únicamente como actividades básicas de aseo, sino como indicadores de funcionalidad, autonomía, dignidad, autoestima y calidad del cuidado. El envejecimiento puede acompañarse de disminución de la fuerza muscular, rigidez articular, dolor crónico, deterioro visual, deterioro cognitivo o dependencia funcional, factores que dificultan la realización independiente del baño, vestido, arreglo personal, higiene oral y cuidado de la piel (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

Desde la perspectiva de Abdellah, este problema implica valorar la capacidad de la persona mayor para conservar su autocuidado corporal y su confort. En geriatría, la pérdida de independencia para la higiene puede ser una manifestación temprana de deterioro funcional, depresión, demencia, fragilidad o abandono. Por ello, la enfermera debe observar no solo si la persona se encuentra limpia, sino también si puede realizar la actividad, si requiere ayuda parcial o total, si existen barreras físicas, dolor, miedo a caer, falta de apoyo familiar o condiciones ambientales inadecuadas.

El cuidado de la piel adquiere especial relevancia, ya que la piel envejecida presenta adelgazamiento epidérmico, menor elasticidad, reducción de la vascularización, fragilidad capilar y retraso en la cicatrización, lo que incrementa el riesgo de lesiones por presión,

dermatitis asociada a la humedad, desgarros cutáneos e infecciones (Potter et al., 2021; Touhy & Jett, 2022). En personas mayores hospitalizadas o inmovilizadas, la higiene corporal se vincula directamente con la prevención de complicaciones, el confort, el control del dolor y la preservación de la dignidad.

Así, este problema de Abdellah se relaciona con la valoración de las actividades básicas de la vida diaria, el estado de la piel, la higiene oral, la comodidad, el dolor, la dependencia y la necesidad de apoyo del cuidador. Su abordaje permite identificar necesidades geriátricas vinculadas con autocuidado, funcionalidad y prevención de complicaciones.

2. Promover una actividad óptima: ejercicio, descanso y sueño

La actividad física, el descanso y el sueño son dimensiones esenciales para preservar la funcionalidad de la persona mayor. En geriatría, la reducción de la movilidad no debe interpretarse como una consecuencia inevitable del envejecimiento, sino como un signo clínico que puede reflejar fragilidad, sarcopenia, dolor, deterioro neurológico, depresión, enfermedad cardiopulmonar, miedo a caer o desacondicionamiento físico (Cruz-Jentoft et al., 2019; Morley et al., 2013).

El problema planteado por Abdellah implica valorar si la persona mantiene un nivel de actividad compatible con sus capacidades, necesidades y objetivos personales. En la vejez, la actividad óptima no necesariamente significa ejercicio intenso, sino movilidad segura, mantenimiento de la fuerza, conservación del equilibrio, participación en actividades significativas y prevención de la inmovilidad. La inactividad prolongada se asocia con pérdida de masa muscular, deterioro de la marcha, estreñimiento, úlceras por presión, trombosis, deterioro cognitivo, insomnio y pérdida de independencia (Kane et al., 2018).

El descanso y el sueño también poseen relevancia clínica. Los trastornos del sueño son frecuentes en personas mayores y pueden relacionarse con dolor, nicturia, ansiedad, depresión, apnea del sueño, medicamentos, hospitalización o cambios ambientales. La mala

calidad del sueño puede agravar la fatiga, el deterioro cognitivo, el riesgo de caídas y la irritabilidad (Touhy & Jett, 2022). Por ello, la enfermería debe valorar patrones de sueño, rutinas, despertares nocturnos, somnolencia diurna y factores modificables.

Este problema permite integrar la valoración de movilidad, desempeño físico, descanso, sueño, energía, fatiga y potencial rehabilitador. En el contexto geriátrico, promover una actividad óptima significa evitar tanto la sobreexigencia como la inmovilización innecesaria, favoreciendo planes individualizados que mantengan la mayor independencia posible.

3. Promover la seguridad mediante la prevención de accidentes, lesiones u otros traumatismos

La seguridad es uno de los ejes centrales de la atención geriátrica. La persona mayor presenta mayor susceptibilidad a accidentes y lesiones debido a la interacción de factores intrínsecos y extrínsecos, como alteraciones de la marcha, pérdida de fuerza, déficit visual, hipotensión ortostática, deterioro cognitivo, polifarmacia, uso de dispositivos de apoyo, barreras arquitectónicas y ambientes hospitalarios desconocidos (Kane et al., 2018; Panel on Prevention of Falls in Older Persons, 2011).

Las caídas constituyen uno de los eventos adversos más relevantes en geriatría. No solo producen fracturas, traumatismos o discapacidad, sino también miedo a caer, restricción de actividades, aislamiento social y deterioro funcional progresivo. Desde el enfoque de Abdellah, prevenir accidentes implica anticipar riesgos antes de que se materialicen, lo cual exige una valoración enfermera continua, individualizada y contextual.

En personas mayores hospitalizadas, la seguridad incluye prevención de caídas, lesiones por presión, eventos asociados a medicamentos, errores de identificación, infecciones asociadas a la atención, delirium, aspiración, lesiones por dispositivos y complicaciones derivadas de la inmovilidad. En el domicilio, incluye iluminación adecuada,

eliminación de obstáculos, revisión del calzado, accesibilidad al baño, barandales, adherencia terapéutica y supervisión del uso de medicamentos.

Este problema de Abdellah se vincula directamente con la valoración del entorno, la polifarmacia, la funcionalidad, el estado cognitivo, la visión, la audición, la marcha y el equilibrio. Para enfermería geriátrica, promover la seguridad significa reconocer que el riesgo no reside solo en la persona, sino en la relación entre sus capacidades y las demandas del ambiente.

4. Mantener una mecánica corporal adecuada y prevenir deformidades

La mecánica corporal en la persona mayor está estrechamente relacionada con movilidad, postura, equilibrio, tono muscular, alineación corporal, amplitud articular y capacidad para realizar transferencias. El envejecimiento musculoesquelético puede acompañarse de disminución de masa muscular, pérdida de fuerza, osteoporosis, cifosis, osteoartritis, dolor crónico y limitación articular, condiciones que aumentan el riesgo de deformidades, contracturas y dependencia funcional (Cruz-Jentoft et al., 2019; Kane et al., 2018).

En el contexto geriátrico, este problema adquiere importancia en personas con inmovilidad, enfermedad cerebrovascular, demencia avanzada, Parkinson, fractura de cadera, amputaciones, dolor osteoarticular o estancia hospitalaria prolongada. La falta de movilización adecuada favorece contracturas, deformidades, rigidez, pérdida de equilibrio y deterioro de la marcha. Por ello, la enfermera debe valorar postura, alineación, movilidad pasiva y activa, tolerancia al movimiento, dolor, fuerza, necesidad de dispositivos de apoyo y riesgo de lesiones por presión.

La prevención de deformidades no se limita a la movilización física; también implica posicionamiento terapéutico, cambios posturales, uso adecuado de almohadas, colchones especiales, férulas cuando estén indicadas, educación al cuidador y coordinación con rehabilitación. Abdellah permite comprender este problema como una necesidad de

mantenimiento corporal que repercute directamente en la independencia, comodidad y prevención de complicaciones.

5. Facilitar el mantenimiento de una adecuada ingesta de oxígeno

La oxigenación adecuada es una necesidad fisiológica esencial. En personas mayores, la reserva respiratoria disminuye como resultado de cambios asociados al envejecimiento, entre ellos menor elasticidad pulmonar, reducción de la fuerza de los músculos respiratorios, aumento de rigidez torácica y disminución de la respuesta ventilatoria ante hipoxia o hipercapnia (Kane et al., 2018). Estas modificaciones no producen enfermedad por sí mismas, pero reducen la capacidad de adaptación ante infecciones, insuficiencia cardíaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, neumonía, anemia o inmovilidad.

Desde el enfoque de Abdellah, facilitar la oxigenación implica identificar signos tempranos de compromiso respiratorio, como disnea, taquipnea, fatiga, cianosis, tos ineficaz, cambios en el estado mental, somnolencia o disminución de la tolerancia al esfuerzo. En geriatría, es fundamental reconocer que la hipoxia puede manifestarse de forma atípica, por ejemplo, mediante confusión aguda, deterioro funcional, caídas o agitación.

La enfermera debe valorar frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, patrón respiratorio, uso de músculos accesorios, presencia de secreciones, tos, capacidad para expectorar, posición corporal, tolerancia a la actividad y antecedentes cardiopulmonares. En personas mayores frágiles, la prevención de aspiración, neumonía asociada a inmovilidad y complicaciones respiratorias posoperatorias resulta prioritaria.

Este problema se vincula con movilidad, nutrición, deglución, estado cognitivo y capacidad funcional, ya que la oxigenación deficiente repercute en el desempeño físico, la cognición y la autonomía.

6. Facilitar el mantenimiento de la nutrición de todas las células del organismo

La nutrición es un componente crítico del envejecimiento saludable. La malnutrición en personas mayores puede presentarse por ingesta insuficiente, enfermedades crónicas, disfagia, problemas dentales, depresión, deterioro cognitivo, pobreza, aislamiento social, polifarmacia o restricciones dietéticas innecesarias (Volkert et al., 2019). Sus consecuencias incluyen pérdida de peso, sarcopenia, fragilidad, inmunosupresión, retraso en la cicatrización, mayor riesgo de caídas, hospitalización y mortalidad.

El problema de Abdellah referido a la nutrición debe interpretarse en geriatría como la necesidad de asegurar un aporte suficiente de energía, proteínas, líquidos, micronutrientes y condiciones adecuadas para la alimentación. La enfermera debe valorar peso, índice de masa corporal, pérdida involuntaria de peso, apetito, ingesta habitual, dificultades para masticar o deglutir, estado bucodental, capacidad para alimentarse, acceso a alimentos y presencia de náusea, estreñimiento o dolor.

La sarcopenia, definida como un trastorno muscular progresivo y generalizado asociado con mayor riesgo de resultados adversos, se relaciona estrechamente con malnutrición, inmovilidad y fragilidad (Cruz-Jentoft et al., 2019). Por ello, valorar nutrición no implica únicamente observar la dieta, sino también analizar fuerza, masa muscular, desempeño físico y capacidad funcional.

Desde una perspectiva enfermera, este problema permite detectar necesidades geriátricas vinculadas con alimentación asistida, riesgo de aspiración, disfagia, deterioro nutricional, pérdida de masa muscular y dependencia para comer. Su abordaje exige intervenciones individualizadas y coordinación interdisciplinaria.

7. Facilitar el mantenimiento de la eliminación

Las alteraciones de la eliminación urinaria y fecal son altamente prevalentes en la vejez y tienen un impacto significativo en la calidad de vida, la autoestima, la funcionalidad y la carga del cuidador. Incontinencia urinaria, nicturia, retención urinaria, estreñimiento, incontinencia fecal e impactación fecal pueden asociarse con cambios fisiológicos,

enfermedades neurológicas, deterioro cognitivo, inmovilidad, medicamentos, baja ingesta de líquidos o barreras ambientales (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

Desde Abdellah, facilitar la eliminación implica valorar patrones, dificultades, cambios recientes y consecuencias. En geriatría, la incontinencia no debe normalizarse como parte inevitable del envejecimiento. Puede ser expresión de infección urinaria, delirium, deterioro funcional, efectos farmacológicos, diabetes, enfermedad prostática, estreñimiento severo o incapacidad para llegar al baño.

El estreñimiento es también un problema frecuente, especialmente en personas con baja movilidad, dieta pobre en fibra, hidratación insuficiente, uso de opioides, anticolinérgicos o suplementos de hierro. Sus complicaciones incluyen dolor abdominal, anorexia, impactación fecal, incontinencia por rebosamiento, delirium y hospitalización.

La enfermera debe valorar frecuencia, consistencia, urgencia, dolor, uso de laxantes, control de esfínteres, capacidad para ir al baño, privacidad, ingesta hídrica, medicamentos y signos de alarma. Este problema posee una dimensión física, emocional y social, pues muchas personas mayores ocultan la incontinencia por vergüenza, lo que puede retrasar su tratamiento.

8. Facilitar el mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico

El equilibrio hídrico y electrolítico es especialmente vulnerable en las personas mayores. El envejecimiento se asocia con disminución del agua corporal total, menor sensación de sed, reducción de la función renal y menor capacidad de concentración urinaria. Además, enfermedades crónicas, fiebre, diarrea, vómito, diuréticos, deterioro cognitivo y dependencia funcional aumentan el riesgo de deshidratación y alteraciones electrolíticas (Kane et al., 2018; Volkert et al., 2019).

La deshidratación en geriatría puede manifestarse de forma inespecífica, mediante confusión, hipotensión, caídas, debilidad, estreñimiento, letargo, taquicardia o deterioro

funcional. Esto exige que la enfermera realice una valoración cuidadosa, especialmente en personas hospitalizadas, institucionalizadas o con deterioro cognitivo.

El mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico implica valorar ingesta y eliminación, signos clínicos de deshidratación, mucosas, turgencia cutánea, presión arterial, estado mental, diuresis, medicamentos y condiciones que aumentan pérdidas. También requiere identificar barreras para la ingesta, como disfagia, miedo a la incontinencia, falta de acceso al agua o dependencia para beber.

Desde el enfoque de Abdellah, este problema permite reconocer que una necesidad fisiológica aparentemente básica tiene consecuencias amplias sobre movilidad, cognición, eliminación, nutrición y seguridad.

9. Reconocer las respuestas fisiológicas del organismo a las enfermedades

Uno de los principios fundamentales de la geriatría es que la enfermedad en la persona mayor puede presentarse de manera atípica. Infecciones, infarto agudo de miocardio, alteraciones metabólicas, deshidratación o efectos adversos de medicamentos pueden manifestarse no con síntomas clásicos, sino con caídas, delirium, anorexia, debilidad, incontinencia, deterioro funcional o confusión (Inouye et al., 2007; Kane et al., 2018).

Este problema de Abdellah adquiere gran importancia para la enfermería geriátrica, ya que el personal de enfermería suele ser quien identifica cambios sutiles en la condición del paciente. Reconocer respuestas fisiológicas implica observar variaciones en signos vitales, estado mental, movilidad, patrón de sueño, apetito, eliminación, dolor, conducta y capacidad para realizar actividades.

El delirium es un ejemplo paradigmático. Se trata de un síndrome neuropsiquiátrico agudo, fluctuante y potencialmente reversible, frecuente en personas mayores hospitalizadas, asociado con infecciones, cirugía, fármacos, dolor, hipoxia, alteraciones

metabólicas y privación del sueño (Inouye et al., 2014). Su identificación temprana depende en gran medida de la vigilancia enfermera.

Por tanto, este problema se relaciona con el juicio clínico geriátrico, la detección de cambios agudos, la prevención de complicaciones y la comunicación oportuna con el equipo de salud.

10. Facilitar el mantenimiento de los mecanismos reguladores y funciones corporales

Los mecanismos reguladores comprenden los procesos que mantienen la homeostasis corporal, como termorregulación, presión arterial, glucemia, frecuencia cardiaca, función renal, equilibrio ácido-base, respuesta inmunitaria y regulación endocrina. En la vejez, la reserva fisiológica disminuye, lo que reduce la capacidad de compensación ante situaciones de estrés como infección, cirugía, hospitalización, dolor o cambios farmacológicos (Kane et al., 2018).

Desde Abdellah, este problema invita a valorar la estabilidad funcional del organismo. En geriatría, pequeñas alteraciones pueden desencadenar consecuencias importantes. Por ejemplo, una infección leve puede producir delirium; una hipoglucemia puede provocar caída; una hipotensión ortostática puede causar síncope; una fiebre puede estar ausente aun en presencia de infección grave.

La enfermera debe valorar signos vitales, glucemia cuando corresponda, temperatura, dolor, estado neurológico, hidratación, respuesta a medicamentos, tolerancia a la actividad y presencia de síntomas inespecíficos. También debe considerar la polifarmacia, ya que las personas mayores presentan mayor riesgo de interacciones, efectos adversos y prescripción potencialmente inapropiada (American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel, 2023).

Este problema permite comprender la importancia de la vigilancia continua y de la interpretación geriátrica de los datos clínicos, evitando reducir la valoración a parámetros aislados.

11. Facilitar el mantenimiento de la función sensorial

La función sensorial es determinante para la independencia, la comunicación, la seguridad y la calidad de vida de las personas mayores. La disminución visual, auditiva, táctil, gustativa u olfativa puede afectar la movilidad, la alimentación, la interacción social, la orientación espacial y la detección de riesgos ambientales (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

La pérdida visual se asocia con caídas, dificultad para la lectura de medicamentos, aislamiento y dependencia. La pérdida auditiva puede favorecer problemas de comunicación, depresión, deterioro cognitivo aparente y disminución de la participación social. Las alteraciones del gusto y olfato pueden reducir el apetito, incrementar el riesgo de intoxicaciones o dificultar la detección de alimentos en mal estado. La disminución de la sensibilidad táctil puede aumentar el riesgo de quemaduras, lesiones, úlceras y dificultad para manipular objetos.

Desde la tipología de Abdellah, mantener la función sensorial implica valorar no solo la presencia de déficit, sino su impacto funcional. La enfermera debe identificar si la persona usa lentes, auxiliares auditivos, prótesis dentales o dispositivos de apoyo; si comprende indicaciones; si puede leer etiquetas; si detecta dolor, presión, calor o frío; y si el entorno favorece la comunicación.

En geriatría, los déficits sensoriales pueden confundirse con deterioro cognitivo, apatía o falta de cooperación. Por ello, su valoración es indispensable antes de interpretar la conducta de la persona mayor.

12. Identificar y aceptar expresiones, sentimientos y reacciones positivas y negativas

La vejez puede estar acompañada de pérdidas significativas, como jubilación, viudez, disminución de ingresos, enfermedad crónica, dependencia funcional, institucionalización o muerte de personas cercanas. Estas experiencias pueden generar tristeza, miedo, ansiedad, frustración, enojo, desesperanza o sentimientos de inutilidad (Touhy & Jett, 2022).

Abdellah reconoce la importancia de identificar y aceptar las expresiones emocionales del paciente. En geriatría, esto significa evitar minimizar el sufrimiento emocional de la persona mayor o atribuirlo erróneamente al envejecimiento normal. La enfermera debe crear un ambiente de escucha, respeto y confianza que permita expresar emociones tanto positivas como negativas.

La depresión en personas mayores puede manifestarse de manera atípica, con apatía, irritabilidad, pérdida de interés, alteraciones del sueño, quejas somáticas, pérdida de apetito o deterioro funcional. Asimismo, la ansiedad puede presentarse como preocupación excesiva, inquietud, insomnio o síntomas físicos (Kane et al., 2018). La identificación temprana de estas expresiones permite canalizar oportunamente y prevenir complicaciones. Este problema se relaciona con la valoración afectiva de la persona mayor, el respeto a su subjetividad y la comprensión de que el bienestar emocional es parte integral del cuidado enfermero.

13. Identificar y aceptar la interrelación entre emociones y enfermedad orgánica

La relación entre emociones y enfermedad física es especialmente evidente en geriatría. Las enfermedades crónicas, el dolor persistente, la discapacidad, la hospitalización y la dependencia pueden afectar el estado emocional; a su vez, la depresión, ansiedad o desesperanza pueden disminuir la adherencia terapéutica, la motivación para la rehabilitación, la ingesta alimentaria y la participación social (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

Este problema de Abdellah permite comprender a la persona mayor como una unidad biopsicosocial. Por ejemplo, una persona con dolor crónico puede presentar insomnio, irritabilidad y aislamiento; una persona con deterioro funcional puede desarrollar depresión; una persona con ansiedad puede experimentar disnea o palpitaciones que agravan su percepción de enfermedad.

La enfermera geriátrica debe valorar la interacción entre síntomas físicos y emocionales, evitando fragmentar el cuidado. También debe identificar signos de sufrimiento emocional relacionados con enfermedad avanzada, cambios corporales, dependencia, miedo a la muerte o pérdida de autonomía.

Este problema es relevante para el diseño de planes de cuidado integrales, ya que permite reconocer que la recuperación física puede depender también del acompañamiento emocional, la comunicación terapéutica y el fortalecimiento de recursos personales y familiares.

14. Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz

La comunicación es un componente esencial del cuidado geriátrico, ya que permite valorar necesidades, obtener consentimiento, educar, aliviar ansiedad y favorecer la participación de la persona mayor en decisiones sobre su salud. Sin embargo, múltiples condiciones pueden interferir en la comunicación: hipoacusia, deterioro visual, afasia, disartria, demencia, delirium, depresión, bajo nivel de alfabetización en salud o barreras culturales (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

Desde Abdellah, facilitar una comunicación eficaz implica adaptar el lenguaje, el ritmo, el tono, los recursos visuales y la interacción no verbal a las capacidades de la persona. En geriatría, la enfermera debe verificar comprensión, hablar de frente, evitar infantilizar, proporcionar tiempo suficiente para responder, reducir ruido ambiental, usar frases claras y observar expresiones faciales, postura, contacto visual, gestos o signos de incomodidad.

La comunicación no verbal adquiere especial relevancia en personas con deterioro cognitivo avanzado o alteraciones del lenguaje. En estos casos, el dolor, miedo, hambre, incomodidad o necesidad de eliminación pueden expresarse mediante agitación, rechazo al cuidado, llanto, cambios conductuales o resistencia al movimiento.

Este problema se vincula con autonomía, seguridad, adherencia terapéutica y trato digno. Una comunicación deficiente puede generar errores de cuidado, ansiedad, dependencia innecesaria y vulneración de derechos.

15. Promover el desarrollo de relaciones interpersonales productivas

Las relaciones interpersonales son fundamentales para el bienestar de la persona mayor. La red familiar, amistades, comunidad, cuidadores y equipo de salud influyen en la adherencia terapéutica, la funcionalidad, el estado emocional y la calidad de vida. El aislamiento social y la soledad se han asociado con depresión, deterioro cognitivo, fragilidad, institucionalización y mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

Desde la perspectiva de Abdellah, promover relaciones interpersonales productivas implica valorar la calidad de los vínculos, no solo su existencia. Una persona puede vivir acompañada y aun así experimentar soledad, maltrato, negligencia o falta de apoyo emocional. En geriatría, la enfermera debe identificar quiénes integran la red de apoyo, quién cuida, cómo se toman decisiones, si existe sobrecarga del cuidador, conflictos familiares o riesgo de abandono.

Este problema también se relaciona con la hospitalización, donde la persona mayor puede sentirse vulnerable, dependiente y desconectada de su entorno habitual. La enfermera puede favorecer la participación familiar, el acompañamiento, la comunicación respetuosa y la continuidad de vínculos significativos.

La valoración de relaciones interpersonales permite identificar necesidades sociales y emocionales que inciden directamente sobre la salud. Por tanto, este problema amplía la mirada del cuidado más allá del cuerpo enfermo.

16. Facilitar el progreso hacia el logro de metas personales y espirituales

El envejecimiento no implica ausencia de proyectos, metas o aspiraciones. Las personas mayores conservan deseos, valores, creencias, necesidades espirituales y

objetivos personales que deben ser reconocidos en el cuidado. En la atención geriátrica, las metas pueden orientarse a mantener independencia, aliviar dolor, permanecer en el hogar, recuperar movilidad, participar en actividades familiares, conservar lucidez, morir con dignidad o mantener prácticas religiosas.

Abdellah incluye esta dimensión porque entiende que la salud no se limita al funcionamiento biológico. En geriatría, facilitar el logro de metas personales y espirituales significa escuchar qué considera importante la persona mayor y alinear el cuidado con sus preferencias. Esto es especialmente relevante en enfermedades crónicas avanzadas, cuidados paliativos, institucionalización o dependencia severa (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

La espiritualidad puede funcionar como recurso de afrontamiento ante enfermedad, dolor, soledad o proximidad de la muerte. La enfermera no necesita compartir las creencias de la persona, pero sí reconocerlas, respetarlas y facilitar su expresión cuando sean significativas para el bienestar.

Este problema fortalece una atención centrada en la persona, donde los objetivos del cuidado no se imponen exclusivamente desde criterios clínicos, sino que se negocian considerando valores, biografía y expectativas del paciente.

17. Crear o mantener un ambiente terapéutico

El ambiente terapéutico comprende las condiciones físicas, emocionales y sociales que favorecen seguridad, recuperación, autonomía y bienestar. En geriatría, el ambiente puede actuar como factor protector o como factor de riesgo. Un entorno inadecuado puede favorecer caídas, delirium, desorientación, ansiedad, inmovilidad, infecciones, lesiones por presión o pérdida de independencia (Inouye et al., 2007; Kane et al., 2018).

En hospitales, el ruido, la iluminación excesiva, la falta de sueño, la inmovilización, la ausencia de objetos familiares, los cambios de habitación y la interrupción de rutinas pueden precipitar delirium en personas mayores vulnerables. En instituciones de larga estancia, el

ambiente debe promover orientación, privacidad, movilidad, interacción social y participación. En el domicilio, debe valorarse accesibilidad, seguridad, higiene, ventilación, iluminación, disponibilidad de apoyo y recursos.

Desde Abdellah, crear un ambiente terapéutico implica que la enfermería no se limite a intervenir sobre el cuerpo, sino también sobre las condiciones que rodean a la persona. Esto incluye adaptar el entorno, reducir estímulos nocivos, favorecer descanso, respetar intimidad, promover orientación temporal y espacial, y facilitar la presencia de redes de apoyo.

Este problema se articula con la prevención de caídas, delirium, deterioro funcional y maltrato, por lo que constituye una dimensión esencial de la valoración geriátrica.

18. Facilitar la conciencia de sí mismo como individuo con necesidades físicas, emocionales y de desarrollo variables

La conciencia de sí mismo implica que la persona reconozca sus necesidades, limitaciones, capacidades, emociones y cambios asociados a su proceso de envejecimiento o enfermedad. En geriatría, este problema es relevante porque muchas personas mayores deben adaptarse a nuevas condiciones, como uso de dispositivos, dependencia parcial, enfermedades crónicas, cambios corporales, pérdida de roles o necesidad de apoyo.

Desde la propuesta de Abdellah, la enfermera debe ayudar a la persona a comprender su situación sin reducirla a su diagnóstico. Esto requiere educación, acompañamiento, comunicación clara y respeto por la autonomía. La conciencia de sí mismo favorece la participación activa en el cuidado, la adherencia terapéutica, la prevención de riesgos y la toma de decisiones informadas.

Sin embargo, en personas con deterioro cognitivo, delirium o demencia, esta conciencia puede estar alterada. En tales casos, la enfermera debe adaptar la información, involucrar al cuidador y preservar la dignidad de la persona. La falta de conciencia de

enfermedad puede aumentar riesgos, como caídas, errores en medicamentos o rechazo de ayuda.

Este problema permite integrar educación para la salud, autocuidado, adaptación al envejecimiento y reconocimiento de necesidades cambiantes.

19. Aceptar objetivos óptimos posibles a la luz de las limitaciones físicas y emocionales

En la atención geriátrica, los objetivos del cuidado deben ser realistas, individualizados y significativos. A diferencia de modelos centrados exclusivamente en curar enfermedades, la geriatría busca preservar funcionalidad, autonomía, confort, calidad de vida y participación, incluso cuando existen limitaciones irreversibles (Kane et al., 2018; Pilotto et al., 2017).

Abdellah reconoce que la persona puede requerir apoyo para aceptar objetivos posibles de acuerdo con sus condiciones físicas y emocionales. En una persona mayor frágil, por ejemplo, el objetivo puede no ser recuperar por completo la funcionalidad previa, sino evitar mayor deterioro, caminar con apoyo, controlar dolor, alimentarse de forma segura o permanecer en casa con apoyo familiar.

Este problema es fundamental para evitar intervenciones desproporcionadas, metas irreales o frustración en la persona y su familia. La enfermera debe participar en la definición de objetivos alcanzables, considerando pronóstico, preferencias, recursos, red de apoyo y riesgos.

En geriatría, aceptar limitaciones no significa resignación ni abandono terapéutico; significa reconocer la situación de la persona y promover el máximo nivel de bienestar posible. Este enfoque es congruente con la atención centrada en la persona y la toma de decisiones compartida.

20. Utilizar los recursos comunitarios como ayuda para resolver problemas derivados de la enfermedad

La salud de la persona mayor depende en gran medida de los recursos disponibles fuera del entorno hospitalario. Familia, cuidadores, centros de salud, programas comunitarios, servicios de rehabilitación, grupos de apoyo, redes vecinales, instituciones sociales y servicios de atención domiciliaria pueden influir en la continuidad del cuidado y en la prevención de reingresos hospitalarios.

Desde Abdellah, utilizar recursos comunitarios implica reconocer que los problemas derivados de la enfermedad no se resuelven únicamente con intervenciones clínicas. Una persona mayor con deterioro funcional puede requerir apoyo para transporte, alimentación, medicamentos, adaptación del hogar, rehabilitación, acompañamiento o vigilancia.

La enfermera debe valorar qué recursos posee la persona, cuáles necesita y cuáles son accesibles. También debe identificar limitaciones económicas, sobrecarga del cuidador, abandono, falta de transporte, desconocimiento de servicios o barreras institucionales. Esta valoración es esencial para planear el alta hospitalaria y garantizar continuidad del cuidado.

En geriatría, la falta de recursos comunitarios puede convertir una condición controlable en discapacidad, institucionalización o reingreso. Por ello, este problema conecta la práctica enfermera con la dimensión social del cuidado.

21. Comprender la influencia de los problemas sociales sobre la enfermedad

El último problema de Abdellah adquiere enorme relevancia en la atención geriátrica, ya que las condiciones sociales influyen directamente en la salud, el acceso a servicios, la adherencia terapéutica, la nutrición, la seguridad y el bienestar emocional de las personas mayores. Pobreza, soledad, bajo apoyo familiar, vivienda insegura, violencia, discriminación por edad, dependencia económica y sobrecarga del cuidador pueden agravar enfermedades y limitar la recuperación (National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020; Touhy & Jett, 2022).

En geriatría, los problemas sociales pueden manifestarse como malnutrición, abandono terapéutico, falta de higiene, retraso en la búsqueda de atención, caídas

recurrentes, depresión, ansiedad, deterioro funcional o institucionalización. Por ello, la enfermera debe valorar el contexto social como parte integral de la salud y no como un elemento externo.

Este problema también incluye la identificación de maltrato hacia la persona mayor, el cual puede ser físico, psicológico, económico, sexual o por negligencia. Las personas con deterioro cognitivo, dependencia funcional, aislamiento social o necesidad de cuidador tienen mayor vulnerabilidad. La valoración enfermera debe ser sensible, ética y cuidadosa, considerando signos físicos, cambios conductuales, contradicciones en la historia clínica, miedo al cuidador o falta de atención básica.

Comprender la influencia de los problemas sociales sobre la enfermedad permite que la enfermería geriátrica actúe desde una perspectiva amplia, orientada a la equidad, protección, continuidad del cuidado y defensa de los derechos de la persona mayor.

Integración de la tipología de Abdellah con la valoración geriátrica de enfermería

La tipología de los 21 problemas de Abdellah conserva vigencia porque permite comprender a la persona mayor desde una visión integral. Sus problemas no se limitan a necesidades fisiológicas, sino que incorporan comunicación, emociones, relaciones sociales, espiritualidad, ambiente, recursos comunitarios y determinantes sociales. Esta amplitud conceptual coincide con los principios de la Valoración Geriátrica Integral, cuyo propósito es identificar condiciones clínicas, funcionales, cognitivas, afectivas y sociales que afectan la independencia y la calidad de vida de la persona mayor (Ellis et al., 2017; Pilotto et al., 2017).

En el contexto de la enfermería geriátrica, la propuesta de Abdellah puede funcionar como base teórica para estructurar instrumentos de valoración, planes de cuidado e intervenciones centradas en necesidades. Cada problema permite identificar áreas susceptibles de intervención enfermera: higiene, movilidad, seguridad, nutrición, eliminación, hidratación, oxigenación, función sensorial, salud emocional, comunicación, relaciones

interpersonales, espiritualidad, ambiente, autocuidado, metas realistas, recursos comunitarios y problemas sociales.

La relevancia de esta tipología radica en que permite pasar de una valoración fragmentada hacia una comprensión multidimensional de la persona mayor. En lugar de limitarse a registrar diagnósticos médicos, la enfermera identifica cómo la enfermedad, el envejecimiento y el contexto afectan la vida cotidiana, la autonomía, la dignidad y el bienestar. De esta manera, la teoría de Abdellah ofrece un fundamento conceptual pertinente para el diseño y validación de instrumentos de valoración geriátrica con enfoque enfermero.

La Valoración Geriátrica Integral de Enfermería desde la teoría de Faye Glenn Abdellah

La Valoración Geriátrica Integral de Enfermería puede fundamentarse sólidamente en la teoría de Faye Glenn Abdellah, debido a que ambas perspectivas comparten una comprensión amplia, sistemática y centrada en la persona. Mientras que la Valoración Geriátrica Integral reconoce que la salud de la persona mayor debe analizarse desde dimensiones clínicas, funcionales, cognitivas, afectivas, sociales y ambientales, Abdellah propone que la enfermería debe identificar problemas manifiestos u ocultos que interfieren con la salud, el bienestar y la capacidad de la persona para desenvolverse en su vida cotidiana (Abdellah et al., 1960; Ellis et al., 2017).

La propuesta de Abdellah surgió como una alternativa al modelo de atención centrado exclusivamente en la enfermedad. Su teoría orienta la práctica enfermera hacia la identificación de problemas humanos de salud y hacia la resolución sistemática de necesidades físicas, emocionales, sociales y relacionales. En este sentido, su planteamiento constituye una base conceptual pertinente para comprender la Valoración Geriátrica Integral no solo como una recolección de datos clínicos, sino como un proceso enfermero dirigido a identificar necesidades geriátricas susceptibles de intervención profesional.

La persona mayor suele presentar múltiples condiciones simultáneas: enfermedades crónicas, síndromes geriátricos, fragilidad, deterioro funcional, alteraciones cognitivas, síntomas afectivos, polifarmacia, déficit sensorial, dependencia, vulnerabilidad social y necesidad de apoyo familiar o comunitario. Estas condiciones no pueden explicarse únicamente desde el diagnóstico médico, ya que su impacto principal se expresa en la autonomía, la funcionalidad, la seguridad, la calidad de vida y la interacción con el entorno (Inouye et al., 2007; Kane et al., 2018). Desde esta perspectiva, la teoría de Abdellah permite

organizar la valoración de enfermería geriátrica a partir de problemas que afectan la vida cotidiana de la persona mayor y que requieren juicio clínico enfermero.

Relación entre la teoría de Abdellah y la Valoración Geriátrica Integral

La Valoración Geriátrica Integral es un proceso multidimensional e interdisciplinario orientado a identificar las capacidades, limitaciones y necesidades de la persona mayor para formular un plan de atención individualizado. Su propósito no se limita a diagnosticar enfermedades, sino que busca reconocer problemas funcionales, mentales, emocionales y sociales que pueden condicionar la evolución clínica y la calidad de vida (Ellis et al., 2017; Pilotto et al., 2017).

Este planteamiento coincide con el pensamiento de Abdellah, quien sostuvo que la enfermería debe centrarse en el paciente y no únicamente en la enfermedad. Su enfoque identifica 21 problemas de enfermería que abarcan dimensiones fisiológicas, psicológicas, sociales, comunicativas, espirituales y ambientales. Por ello, la teoría de Abdellah puede entenderse como un antecedente conceptual de la valoración integral, ya que plantea que el cuidado debe responder a la totalidad de la persona y no a una necesidad aislada.

En la atención geriátrica, esta relación adquiere especial relevancia. Una persona mayor con deterioro de la movilidad, por ejemplo, no presenta únicamente un problema físico; puede tener riesgo de caídas, aislamiento social, dependencia para el autocuidado, depresión, miedo a salir de casa, sobrecarga del cuidador y pérdida de autonomía. La teoría de Abdellah permite interpretar esta situación como un conjunto de problemas interrelacionados que deben ser identificados y abordados por enfermería.

Los 21 problemas de Abdellah como estructura para la valoración geriátrica

Los 21 problemas de enfermería pueden funcionar como una guía conceptual para organizar la Valoración Geriátrica Integral de Enfermería. Los problemas relacionados con higiene, comodidad, actividad, seguridad, mecánica corporal, oxigenación, nutrición, eliminación, hidratación, regulación fisiológica y función sensorial se relacionan directamente

con la dimensión física y funcional de la valoración geriátrica. Estos aspectos permiten identificar dependencia, fragilidad, inmovilidad, sarcopenia, malnutrición, deshidratación, caídas, dolor, déficit sensorial y riesgo de complicaciones.

Por otra parte, los problemas relacionados con emociones, comunicación, relaciones interpersonales, metas personales, espiritualidad, ambiente terapéutico, conciencia de sí mismo, aceptación de limitaciones, uso de recursos comunitarios e influencia de problemas sociales se corresponden con las dimensiones cognitiva, afectiva, social, relacional y ambiental de la Valoración Geriátrica Integral. Esto evidencia que Abdellah no propuso una visión reduccionista del cuidado, sino una aproximación amplia a las necesidades humanas.

Así, la tipología de Abdellah permite que la enfermería geriátrica valore a la persona mayor desde preguntas centrales: ¿qué necesidades están alteradas?, ¿qué problemas son evidentes y cuáles permanecen ocultos?, ¿qué limitaciones comprometen la autonomía?, ¿qué recursos personales, familiares y comunitarios pueden favorecer el cuidado?, ¿qué factores sociales o ambientales agravan la situación de salud?, y ¿qué intervenciones enfermeras pueden mejorar la funcionalidad, el bienestar y la calidad de vida?

El enfoque centrado en el paciente como fundamento de la valoración geriátrica

Uno de los componentes esenciales de la teoría de Abdellah es el enfoque centrado en el paciente. En su obra, Abdellah et al. (1960) plantearon que la enfermería debía dejar de organizarse exclusivamente alrededor de tareas, procedimientos o rutinas institucionales, para orientarse hacia los problemas reales de la persona. Este cambio resulta fundamental en geriatría, donde la atención basada únicamente en diagnósticos médicos puede invisibilizar necesidades funcionales, emocionales y sociales.

La valoración geriátrica de enfermería, desde este enfoque, no debe limitarse a registrar signos vitales, antecedentes patológicos o medicamentos. Debe explorar cómo la enfermedad afecta la vida diaria, la autonomía, la movilidad, la comunicación, el sueño, la alimentación, la eliminación, el estado emocional, la seguridad, la red de apoyo y la relación

con el entorno. En otras palabras, la valoración debe responder a la pregunta: ¿cómo vive la persona mayor su proceso de salud, enfermedad y envejecimiento?

Este enfoque es congruente con los modelos actuales de atención centrada en la persona mayor, los cuales reconocen que las decisiones clínicas deben considerar preferencias, valores, objetivos de vida, funcionalidad y contexto social (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022). Desde Abdellah, la enfermería no valora únicamente al “paciente geriátrico”, sino a una persona con historia, necesidades, capacidades, limitaciones, relaciones y proyectos.

Problemas manifiestos y problemas encubiertos en la persona mayor

Otro componente relevante de la teoría de Abdellah es la identificación de problemas manifiestos y encubiertos. Los problemas manifiestos son aquellos evidentes durante la valoración, mientras que los problemas encubiertos requieren una exploración más profunda, observación clínica, comunicación terapéutica y análisis del contexto (Abdellah et al., 1960; Alligood, 2022).

En geriatría, esta distinción es fundamental. Muchas personas mayores no expresan de forma directa sus problemas por vergüenza, miedo, normalización del deterioro, deterioro cognitivo, dependencia del cuidador o baja alfabetización en salud. Por ejemplo, una persona puede no referir incontinencia urinaria, maltrato, depresión, dolor crónico, soledad o dificultades para comer, aunque estos problemas estén afectando de manera importante su bienestar.

La valoración geriátrica de enfermería debe, por tanto, ir más allá de la información verbal inicial. Requiere observar conducta, marcha, higiene, estado nutricional, interacción con el cuidador, expresión facial, lenguaje corporal, adherencia al tratamiento, funcionalidad y condiciones del entorno. Esta mirada permite identificar problemas ocultos que podrían pasar desapercibidos en una valoración biomédica convencional.

Desde esta perspectiva, Abdellah aporta un fundamento teórico importante para el juicio clínico enfermero: no basta con preguntar qué enfermedad tiene la persona mayor; es necesario indagar qué necesidades no están siendo satisfechas y qué problemas están afectando su capacidad para vivir con seguridad, dignidad y autonomía.

El método de resolución de problemas y el proceso enfermero

La teoría de Abdellah se vincula estrechamente con el método de resolución de problemas. La autora planteó que la enfermería debía utilizar un enfoque sistemático para identificar, analizar y resolver los problemas de los pacientes. Este razonamiento se relaciona con el proceso enfermero, particularmente con las etapas de valoración, diagnóstico, planificación, intervención y evaluación (Alligood, 2022; Potter et al., 2021).

En la Valoración Geriátrica Integral de Enfermería, el método de resolución de problemas permite ordenar la información obtenida y transformarla en decisiones clínicas. La enfermera no solo recopila datos; interpreta hallazgos, establece prioridades, identifica riesgos, reconoce necesidades alteradas y propone intervenciones. Por ejemplo, si una persona mayor presenta pérdida de peso, debilidad, caídas y disminución de la velocidad de marcha, la enfermera puede integrar estos datos como riesgo de fragilidad, malnutrición y deterioro funcional, lo que orienta acciones preventivas y de seguimiento.

Este componente es especialmente útil en geriatría porque los problemas suelen ser múltiples, acumulativos e interrelacionados. La resolución de problemas permite priorizar necesidades según gravedad, urgencia, impacto funcional, posibilidad de intervención y preferencias de la persona. De esta manera, la teoría de Abdellah fortalece la capacidad de la enfermería para tomar decisiones clínicas fundamentadas.

La dimensión física y funcional desde Abdellah

Los primeros problemas de Abdellah se relacionan con necesidades fisiológicas y funcionales: higiene, comodidad, actividad, seguridad, mecánica corporal, oxigenación,

nutrición, eliminación, hidratación, regulación corporal y función sensorial. Estos elementos coinciden con dominios esenciales de la Valoración Geriátrica Integral.

En la persona mayor, la funcionalidad es uno de los principales indicadores de salud. La pérdida de independencia para bañarse, vestirse, alimentarse, movilizarse o usar el baño puede reflejar enfermedad aguda, deterioro crónico, fragilidad, dolor, deterioro cognitivo o falta de apoyo social (Kane et al., 2018). Desde Abdellah, estas limitaciones no son simples datos descriptivos, sino problemas de enfermería que requieren intervención.

La valoración física y funcional debe incluir actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, marcha, equilibrio, fuerza, riesgo de caídas, dolor, estado nutricional, hidratación, eliminación, integridad cutánea, sueño, oxigenación y función sensorial. Cada uno de estos componentes permite identificar necesidades geriátricas concretas y planear cuidados orientados a preservar o recuperar autonomía.

La fragilidad y la sarcopenia ilustran la utilidad de esta integración. La fragilidad se caracteriza por disminución de la reserva fisiológica y mayor vulnerabilidad ante eventos adversos, mientras que la sarcopenia implica pérdida de fuerza y masa muscular asociada con deterioro funcional, caídas y discapacidad (Cruz-Jentoft et al., 2019; Morley et al., 2013). Ambas condiciones pueden ser interpretadas desde Abdellah como problemas que afectan actividad, seguridad, mecánica corporal, nutrición y adaptación a limitaciones físicas.

La dimensión cognitiva y afectiva desde Abdellah

Aunque Abdellah no formuló una categoría específica denominada “cognición”, varios de sus problemas permiten sustentar la valoración cognitiva y afectiva de la persona mayor. La comunicación verbal y no verbal, la expresión de sentimientos, la interrelación entre emociones y enfermedad, la conciencia de sí mismo y la aceptación de limitaciones físicas y emocionales son componentes directamente relacionados con el estado mental.

En geriatría, la valoración cognitiva es indispensable para identificar deterioro cognitivo, delirium, demencia, alteraciones de memoria, atención, orientación y capacidad de

juicio. El delirium, por ejemplo, es un síndrome frecuente en personas mayores hospitalizadas y puede manifestarse con confusión, fluctuación del estado mental, alteración de la atención, somnolencia o agitación (Inouye et al., 2014). Su detección temprana es una responsabilidad crítica de enfermería, ya que puede indicar infección, hipoxia, deshidratación, dolor, alteraciones metabólicas o efectos adversos de medicamentos.

La dimensión afectiva también es esencial. La depresión y la ansiedad en personas mayores pueden manifestarse mediante síntomas somáticos, apatía, insomnio, irritabilidad, pérdida de apetito, aislamiento o disminución de la funcionalidad. Desde Abdellah, estos problemas deben valorarse como respuestas emocionales que influyen sobre la enfermedad orgánica y sobre la capacidad de la persona para participar en su cuidado.

Así, la teoría de Abdellah permite fundamentar una valoración que no separe mente y cuerpo. La persona mayor debe ser comprendida desde la interacción entre enfermedad, emoción, cognición, comunicación y funcionalidad.

La dimensión social, familiar y comunitaria desde Abdellah

Uno de los aportes más vigentes de Abdellah para la enfermería geriátrica es su reconocimiento de la dimensión social del cuidado. Sus problemas 15, 20 y 21 —relaciones interpersonales productivas, uso de recursos comunitarios e influencia de los problemas sociales sobre la enfermedad— permiten fundamentar la valoración social de la persona mayor.

La salud en la vejez está profundamente condicionada por la red de apoyo, las relaciones familiares, la disponibilidad de cuidador, la situación económica, el acceso a servicios, las condiciones de vivienda, la participación social y la presencia de soledad o maltrato. La evidencia ha mostrado que el aislamiento social y la soledad se asocian con mayor riesgo de deterioro funcional, depresión, deterioro cognitivo y mortalidad (Holt-Lunstad et al., 2015; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine, 2020).

Desde Abdellah, la enfermería debe comprender cómo los problemas sociales influyen sobre la enfermedad. En la persona mayor, una enfermedad crónica puede agravarse por falta de medicamentos, pobreza, abandono, vivienda insegura, ausencia de transporte, baja red de apoyo o sobrecarga del cuidador. Por ello, la valoración geriátrica de enfermería debe incluir preguntas sobre convivencia, apoyo familiar, cuidador principal, relaciones significativas, seguridad del domicilio, recursos económicos, acceso a servicios y riesgo de maltrato.

Este componente es especialmente importante para la continuidad del cuidado. La planificación del alta hospitalaria, el seguimiento domiciliario y la prevención de reingresos dependen en gran medida de la identificación de recursos y barreras sociales. La teoría de Abdellah permite sostener que estos aspectos no son complementarios, sino centrales para la práctica enfermera.

La relación terapéutica enfermera-persona mayor

La teoría de Abdellah reconoce la importancia de la relación interpersonal entre enfermera y paciente. En geriatría, esta relación adquiere una dimensión ética y clínica particular, porque muchas personas mayores se encuentran en situaciones de vulnerabilidad, dependencia, deterioro cognitivo, fragilidad o pérdida de autonomía.

La valoración geriátrica requiere una relación terapéutica basada en respeto, escucha, empatía, paciencia, comunicación clara y reconocimiento de la dignidad. La enfermera debe evitar actitudes edadistas, infantilización, imposición de decisiones o exclusión de la persona mayor cuando se comunica con la familia o el cuidador. La persona mayor debe participar en la valoración y en la toma de decisiones en la medida de sus capacidades.

Desde Abdellah, la relación terapéutica no es un elemento accesorio, sino una condición necesaria para identificar problemas reales y encubiertos. La persona mayor puede expresar dolor, miedo, soledad, tristeza, maltrato o pérdida de autonomía solo si

percibe un ambiente de confianza. Por ello, la calidad de la valoración depende también de la calidad del vínculo enfermero.

La familia y el cuidador como parte de la valoración

Aunque la teoría de Abdellah se centra en el paciente, también reconoce la importancia del contexto interpersonal y comunitario. En la atención geriátrica, la familia y el cuidador principal son elementos fundamentales de la valoración, especialmente cuando existe dependencia funcional, deterioro cognitivo, enfermedad avanzada o necesidad de cuidados prolongados.

La enfermera debe valorar quién proporciona el cuidado, qué tareas realiza, qué conocimientos posee, cuál es su nivel de sobrecarga, qué apoyos recibe y qué riesgos existen para la continuidad del cuidado. La sobrecarga del cuidador puede generar agotamiento, depresión, conflictos familiares, negligencia involuntaria o institucionalización de la persona mayor (Kane et al., 2018; Touhy & Jett, 2022).

Desde la teoría de Abdellah, esta valoración se relaciona con la identificación de problemas sociales, uso de recursos comunitarios, ambiente terapéutico y mantenimiento de relaciones interpersonales productivas. La familia no debe verse únicamente como acompañante, sino como parte del sistema de cuidado que puede favorecer o limitar la satisfacción de necesidades geriátricas.

La valoración ambiental y el ambiente terapéutico

Abdellah plantea la necesidad de crear o mantener un ambiente terapéutico. En geriatría, el ambiente tiene un impacto directo sobre la funcionalidad, la seguridad, la orientación, el sueño, la movilidad y el bienestar emocional. Un entorno inadecuado puede precipitar caídas, delirium, aislamiento, lesiones por presión o dependencia innecesaria.

La valoración ambiental de enfermería debe considerar iluminación, ruido, accesibilidad, barreras arquitectónicas, seguridad del baño, disponibilidad de dispositivos de apoyo, orden del espacio, higiene, ventilación, orientación temporal y espacial, privacidad y

posibilidad de interacción social. En el hospital, también deben valorarse factores como inmovilización, interrupción del sueño, uso de restricciones físicas, polifarmacia, dolor no controlado y ausencia de familiares, ya que pueden aumentar el riesgo de delirium y deterioro funcional (Inouye et al., 2014).

Desde Abdellah, el ambiente terapéutico no solo se refiere al espacio físico, sino también al clima emocional del cuidado. Un ambiente terapéutico es aquel que protege, orienta, respeta, comunica, acompaña y favorece la autonomía.

La individualización del cuidado y las metas realistas

La teoría de Abdellah sostiene que el cuidado debe responder a los problemas particulares de cada persona. Esto es especialmente relevante en geriatría, donde dos personas con el mismo diagnóstico médico pueden tener necesidades completamente distintas según su funcionalidad, red de apoyo, estado cognitivo, preferencias y reserva fisiológica.

La Valoración Geriátrica Integral de Enfermería debe conducir a metas individualizadas. En una persona mayor robusta, el objetivo puede ser recuperación funcional completa; en una persona frágil, puede ser prevención de mayor deterioro; en una persona con enfermedad avanzada, puede ser confort, control de síntomas y permanencia en el hogar. Este enfoque evita intervenciones estandarizadas que no consideran la realidad de la persona.

Abdellah permite sustentar que el cuidado enfermero debe orientarse hacia objetivos óptimos posibles, considerando limitaciones físicas y emocionales. Esta idea se articula con la atención centrada en la persona, la toma de decisiones compartida y la priorización de calidad de vida.

La teoría de Abdellah como fundamento para un instrumento de valoración geriátrica de enfermería

La teoría de Abdellah es útil para fundamentar el diseño de un instrumento de valoración geriátrica de enfermería porque ofrece una estructura amplia de problemas

humanos que pueden transformarse en dimensiones, indicadores e ítems observables. Su tipología permite organizar la valoración en áreas relacionadas con necesidades fisiológicas, funcionales, emocionales, cognitivas, sociales, comunicativas y ambientales.

Un instrumento construido desde esta perspectiva no se limitaría a medir enfermedades, sino que permitiría identificar necesidades geriátricas detectables mediante la práctica enfermera. Por ejemplo, los problemas de higiene, actividad, seguridad, nutrición, eliminación e hidratación pueden traducirse en indicadores funcionales y clínicos; los problemas de comunicación, emociones, relaciones y conciencia de sí mismo pueden orientar indicadores cognitivos y afectivos; mientras que los problemas relacionados con comunidad, ambiente y factores sociales pueden fundamentar indicadores de apoyo social, cuidador y entorno.

Asimismo, el enfoque de Abdellah favorece la identificación de problemas manifiestos y encubiertos. Esto es esencial para un instrumento de valoración geriátrica, ya que muchas necesidades de la persona mayor no son evidentes en una valoración rápida. La estructura del instrumento debe permitir al profesional de enfermería explorar riesgos, alteraciones y necesidades de intervención que pueden estar ocultas detrás de diagnósticos médicos o manifestaciones inespecíficas.

De esta manera, la teoría de Abdellah no solo aporta un marco teórico, sino también una lógica metodológica para la construcción de instrumentos: valorar sistemáticamente, identificar problemas, priorizar necesidades y orientar intervenciones enfermeras.

Estudios relacionados

Uno de los antecedentes más relevantes en el desarrollo de instrumentos de valoración geriátrica desde una perspectiva disciplinar de enfermería es el estudio realizado por Vallejo Sánchez et al. (2007) en España, cuyo propósito fue diseñar una herramienta de valoración integral para personas mayores institucionalizadas basada en el modelo de las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. El estudio surgió en un contexto en el que la valoración geriátrica se apoyaba predominantemente en escalas aisladas orientadas a medir aspectos específicos, como funcionalidad, cognición, riesgo de úlceras por presión o estado nutricional, sin existir una herramienta que integrara dichos elementos dentro de un marco conceptual propio de enfermería.

Los autores partieron de la premisa de que la atención a la persona mayor requiere una valoración holística capaz de identificar problemas y necesidades en múltiples dimensiones, debido a que el envejecimiento se caracteriza por la coexistencia de enfermedades crónicas, deterioro funcional, alteraciones cognitivas, cambios emocionales y modificaciones en la interacción social. En consecuencia, plantearon que la utilización de un modelo conceptual de enfermería permitiría organizar la información clínica de manera más coherente y facilitaría la planificación posterior de cuidados individualizados.

La población objetivo del instrumento fueron personas mayores residentes en instituciones geriátricas y centros sociosanitarios de larga estancia, es decir, individuos que habitualmente presentan distintos grados de dependencia funcional, multimorbilidad y necesidades complejas de cuidado. Por tanto, el entorno de aplicación del instrumento fue el ámbito residencial geriátrico, donde la valoración integral constituye una actividad esencial para la planificación y continuidad de los cuidados.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio puede clasificarse como una investigación de desarrollo instrumental basada en consenso de expertos. El proceso de construcción incluyó una revisión bibliográfica exhaustiva de la literatura geriátrica disponible

en ese momento, así como el análisis de diferentes escalas e instrumentos utilizados en la práctica clínica. Posteriormente, se conformó un grupo de trabajo interdisciplinario integrado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales y otros profesionales vinculados a la atención geriátrica, quienes participaron en la definición de los contenidos y criterios que debían incorporarse a la herramienta.

Como resultado de este proceso se diseñó una hoja de valoración de aproximadamente ocho páginas estructurada según las 14 necesidades de Henderson. El instrumento integró preguntas abiertas y cerradas, así como diversas escalas geriátricas previamente validadas para evaluar áreas específicas como funcionalidad, estado cognitivo, riesgo de úlceras por presión y estado emocional. Esta integración permitió que la valoración abordara simultáneamente dimensiones biológicas, funcionales, psicológicas y sociales de la persona mayor, manteniendo como eje organizador un modelo conceptual de enfermería.

Uno de los aspectos más relevantes del estudio es que constituye uno de los primeros intentos documentados en el ámbito hispanohablante de desarrollar una herramienta de valoración geriátrica explícitamente sustentada en una teoría de enfermería. Esta característica adquiere especial importancia porque durante muchos años la valoración geriátrica se desarrolló principalmente desde perspectivas médicas o multidisciplinarias, mientras que la participación de modelos conceptuales enfermeros en el diseño de instrumentos fue relativamente limitada. El trabajo de Vallejo Sánchez et al. demostró que las teorías de enfermería podían proporcionar una estructura lógica para organizar la información obtenida durante la valoración y facilitar la identificación de necesidades de cuidado.

No obstante, desde una perspectiva psicométrica contemporánea, la principal limitación del estudio radica en el procedimiento utilizado para establecer la validez del instrumento. Los autores reportaron evidencia de validez de contenido cualitativa, obtenida mediante revisión por expertos y consenso profesional, quienes consideraron que la

herramienta representaba adecuadamente las dimensiones relevantes del cuidado geriátrico. Sin embargo, el estudio no describe procedimientos cuantitativos para estimar la validez de contenido, tales como la V de Aiken, el Índice de Validez de Contenido (IVC) o la Razón de Validez de Contenido de Lawshe, métodos que actualmente son considerados estándares para la validación de instrumentos.

Asimismo, el artículo no reporta la realización de rondas sucesivas de validación por expertos bajo metodologías estructuradas como Delphi, ni proporciona información acerca del número exacto de iteraciones realizadas durante el proceso de consenso. Tampoco se presentan indicadores estadísticos relacionados con la confiabilidad, como alfa de Cronbach, estabilidad temporal o concordancia interobservador, ni procedimientos de validación de constructo mediante análisis factorial exploratorio o confirmatorio. Por ello, aunque el instrumento cuenta con una sólida fundamentación conceptual y una importante validación clínica basada en expertos, la evidencia psicométrica disponible resulta limitada en comparación con los estándares metodológicos actualmente recomendados para el desarrollo de instrumentos de medición.

A pesar de estas limitaciones, el estudio representa un antecedente de gran relevancia para la enfermería geriátrica. En primer lugar, porque demuestra la factibilidad de construir instrumentos de valoración integral a partir de modelos teóricos propios de la disciplina. En segundo lugar, porque reconoce la necesidad de abordar a la persona mayor desde una perspectiva multidimensional, integrando aspectos físicos, funcionales, psicológicos y sociales. Finalmente, porque establece un precedente para investigaciones posteriores orientadas a fortalecer el rigor metodológico de los instrumentos de valoración geriátrica mediante la incorporación de procedimientos psicométricos más robustos.

Por otra parte, uno de los antecedentes más relevantes en el contexto latinoamericano y particularmente mexicano es el estudio desarrollado por Yépez-Ramírez et al. (2013), cuyo propósito fue diseñar y validar un instrumento clinimétrico breve para la

realización de la Valoración Geriátrica Integral (VGI) en el primer nivel de atención. La investigación se desarrolló en México, dentro del sistema del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), respondiendo a la necesidad de disponer de herramientas que permitieran identificar de manera rápida y confiable problemas geriátricos en la consulta de medicina familiar.

La relevancia de este estudio radica en que reconoce una de las principales limitaciones de la Valoración Geriátrica Integral tradicional: su complejidad operativa. Aunque la VGI es considerada el estándar de referencia para la evaluación multidimensional de las personas mayores, su aplicación completa requiere tiempo, capacitación específica y la utilización de múltiples instrumentos, circunstancias que pueden dificultar su incorporación rutinaria en entornos asistenciales con alta demanda de pacientes. Ante esta problemática, los autores plantearon la necesidad de desarrollar una herramienta breve que preservara los principios fundamentales de la valoración geriátrica sin comprometer su factibilidad clínica.

La investigación se llevó a cabo en una Unidad de Medicina Familiar del IMSS ubicada en León, Guanajuato, e incluyó una muestra de 110 personas mayores de 65 años atendidas en consulta ambulatoria. Este aspecto resulta particularmente relevante porque la mayoría de los instrumentos geriátricos desarrollados previamente habían sido diseñados para poblaciones hospitalizadas o institucionalizadas, mientras que este estudio se enfocó en adultos mayores que permanecían en la comunidad y acudían regularmente a servicios de atención primaria. Por tanto, el instrumento fue concebido para un contexto donde la detección temprana de problemas geriátricos puede favorecer intervenciones preventivas antes de que aparezcan situaciones de dependencia, discapacidad o fragilidad avanzada.

Desde el punto de vista conceptual, el instrumento fue construido tomando como referencia las dimensiones clásicas de la Valoración Geriátrica Integral, incluyendo aspectos funcionales, cognitivos, emocionales, sociales y clínicos. A diferencia de otros instrumentos basados explícitamente en modelos teóricos de enfermería, como el desarrollado por Vallejo

Sánchez et al. (2007) fundamentado en Virginia Henderson, el instrumento de Yépez-Ramírez et al. se sustentó principalmente en los dominios tradicionalmente reconocidos por la geriatría clínica y la medicina familiar. Esta diferencia es importante porque refleja dos aproximaciones distintas a la construcción de instrumentos: una basada en marcos conceptuales enfermeros y otra orientada desde los componentes clásicos de la evaluación geriátrica multidimensional.

Uno de los aspectos metodológicos más relevantes del estudio es que incorporó procedimientos estadísticos para la selección y depuración de reactivos, situación poco frecuente en muchos instrumentos geriátricos desarrollados en Latinoamérica durante esa época. Inicialmente se elaboró una versión preliminar con un número mayor de preguntas, las cuales fueron sometidas a análisis estadísticos para determinar cuáles contribuían de manera más significativa a la evaluación integral del estado de salud de la persona mayor.

Los autores utilizaron correlaciones de Pearson para identificar los reactivos con mayor asociación respecto al constructo general evaluado y posteriormente aplicaron análisis factorial como estrategia para reducir el número de ítems y optimizar la estructura del instrumento. Este procedimiento permitió seleccionar aquellos reactivos que presentaban los mayores pesos factoriales y, por tanto, una mayor capacidad para representar las dimensiones incluidas en la valoración geriátrica. Como resultado de este proceso de depuración se obtuvo una versión final compuesta por 15 reactivos, considerablemente más breve que otros instrumentos de valoración integral utilizados en geriatría.

La utilización del análisis factorial constituye uno de los principales aportes metodológicos del estudio, ya que proporciona evidencia de validez de constructo. A diferencia de la validez de contenido, que se centra en determinar si los ítems representan adecuadamente el fenómeno de interés, la validez de constructo busca demostrar que la estructura interna del instrumento es coherente con el concepto que pretende medir. En este caso, el análisis factorial permitió identificar aquellos elementos que contribuían de manera

más significativa a la evaluación integral de la salud geriátrica, aportando evidencia empírica sobre la organización interna del instrumento.

Otro aspecto destacable fue la evaluación de la consistencia interna mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los autores reportaron valores de $\alpha = 0.813$ y $\alpha = 0.816$, resultados que indican una adecuada homogeneidad entre los reactivos incluidos en la versión final. Desde una perspectiva psicométrica, valores superiores a 0.80 suelen interpretarse como evidencia de buena confiabilidad, sugiriendo que los diferentes ítems del instrumento evalúan aspectos relacionados entre sí y contribuyen a la medición de un constructo común. Este hallazgo resulta especialmente relevante porque proporciona evidencia cuantitativa de confiabilidad, aspecto que no se encuentra reportado en muchos instrumentos geriátricos desarrollados durante la misma época.

Además de sus propiedades psicométricas, el estudio aporta información relevante sobre la factibilidad de aplicación. El tiempo promedio requerido para completar el instrumento fue de aproximadamente siete minutos, lo que demuestra su viabilidad para ser utilizado en consultas de medicina familiar donde el tiempo disponible suele ser limitado. Esta característica constituye una ventaja importante respecto a otros modelos de valoración geriátrica que requieren la aplicación secuencial de múltiples escalas y pueden resultar difíciles de implementar en escenarios de atención primaria con elevada carga asistencial.

Los resultados obtenidos mostraron que el 83.6 % de los participantes fueron clasificados con un estado integral de salud considerado óptimo, mientras que el resto presentó distintos grados de alteración en las dimensiones evaluadas. Aunque este hallazgo debe interpretarse con cautela debido a las características específicas de la muestra, demuestra que el instrumento fue capaz de discriminar diferentes niveles de estado de salud dentro de la población estudiada.

A pesar de estas fortalezas, el estudio presenta algunas limitaciones que deben considerarse al analizar sus aportaciones. En primer lugar, la validación de contenido no fue

documentada mediante procedimientos cuantitativos actualmente recomendados, tales como la V de Aiken, el Índice de Validez de Contenido o la Razón de Validez de Contenido de Lawshe. Tampoco se describen procesos estructurados de validación por expertos mediante metodologías Delphi ni se reportan indicadores de estabilidad temporal, concordancia interobservador o análisis factorial confirmatorio. Por tanto, aunque el estudio aporta evidencia importante de validez de constructo y consistencia interna, la evaluación de otras propiedades psicométricas permaneció limitada.

Asimismo, la muestra utilizada para la validación fue relativamente pequeña en comparación con los estándares actuales de validación instrumental, particularmente para estudios que incluyen análisis factoriales. Aunque los resultados obtenidos fueron satisfactorios, investigaciones posteriores con muestras más amplias podrían haber fortalecido la evidencia sobre la estabilidad de la estructura factorial identificada. En continuidad con la evolución observada en los instrumentos de valoración geriátrica integral, investigaciones más recientes han buscado no sólo incorporar múltiples dominios de salud en una misma herramienta, sino también fortalecer rigurosamente sus propiedades psicométricas. En este contexto destaca el estudio desarrollado por Li et al. (2021) en China, quienes diseñaron y validaron la Comprehensive Ability of Older People Assessment Scale (CAOPAs), una escala orientada a evaluar de manera multidimensional la capacidad integral de las personas mayores y facilitar la clasificación de sus necesidades de cuidado en entornos institucionales.

A diferencia de los trabajos previamente analizados, que se desarrollaron en residencias geriátricas y en servicios de atención primaria respectivamente, otro estudio surgió en el contexto de los sistemas de cuidados de larga duración en China, donde el envejecimiento poblacional acelerado ha generado la necesidad de establecer mecanismos estandarizados para determinar el nivel de dependencia y los recursos asistenciales requeridos por las personas mayores. Los autores identificaron que gran parte de los

instrumentos disponibles evaluaban dimensiones aisladas, particularmente funcionalidad o deterioro cognitivo, pero pocos permitían integrar simultáneamente componentes físicos, psicológicos, conductuales, sociales y de comunicación dentro de una única herramienta de evaluación.

La investigación se desarrolló en cuatro instituciones de cuidados de larga estancia y contó con una muestra de 971 personas mayores institucionalizadas, cifra considerablemente superior a la utilizada en muchos estudios previos de validación geriátrica. Esta amplitud muestral permitió realizar procedimientos psicométricos complejos con mayor estabilidad estadística y fortalecer la evidencia sobre la estructura interna del instrumento.

Uno de los aspectos más destacados del estudio es que la construcción de la escala siguió un proceso metodológico secuencial y sistemático. Inicialmente, los autores realizaron una revisión exhaustiva de la literatura científica, documentos normativos y sistemas nacionales de clasificación de dependencia. Posteriormente desarrollaron una versión preliminar de la herramienta mediante consultas a expertos y grupos focales integrados por profesionales especializados en geriatría, enfermería geriátrica, rehabilitación y atención institucional. Esta estrategia permitió incorporar tanto evidencia científica como experiencia clínica acumulada, favoreciendo la pertinencia de los contenidos incluidos en la escala.

Desde la perspectiva de la validez de contenido, el estudio presenta una fortaleza importante respecto a investigaciones anteriores. Aunque no utilizó indicadores como la V de Aiken o el Índice de Validez de Contenido, los autores desarrollaron un proceso estructurado de revisión por expertos que permitió depurar y reorganizar los ítems preliminares antes de la aplicación masiva del instrumento. Este procedimiento buscó garantizar que cada reactivo representara adecuadamente las dimensiones conceptuales asociadas con la capacidad integral de las personas mayores.

Posteriormente, los investigadores sometieron la escala a diversos procedimientos estadísticos orientados a demostrar su validez de constructo. Inicialmente aplicaron análisis de regresión y pruebas de discriminación de ítems para identificar aquellos reactivos con mejor desempeño. Después realizaron análisis factoriales que permitieron confirmar la existencia de una estructura multidimensional compuesta por seis grandes dominios. La versión final quedó integrada por 40 ítems distribuidos en seis dimensiones, las cuales reflejan una comprensión amplia del envejecimiento y de las necesidades de cuidado de la persona mayor:

1. Estado mental y cognitivo.
2. Percepción y comunicación.
3. Problemas emocionales.
4. Problemas mentales y conductuales.
5. Vida diaria y participación social.
6. Estado de la piel y salud bucal.

La estructura resultante es particularmente interesante porque incorpora dominios poco frecuentes en otros instrumentos de valoración geriátrica. Mientras muchas herramientas se concentran en funcionalidad, cognición o fragilidad, la escala de Li et al. incorpora explícitamente aspectos relacionados con comunicación, participación social, conducta y salud bucal. Esta amplitud conceptual coincide con las tendencias actuales de la geriatría y de la enfermería geriátrica, que reconocen la necesidad de valorar a la persona mayor desde una perspectiva integral y no exclusivamente biomédica.

Desde el punto de vista psicométrico, uno de los resultados más sólidos del estudio corresponde a la evaluación de la confiabilidad interna. Los autores reportaron un alfa de Cronbach global de 0.951, valor que indica una consistencia interna excelente. Asimismo, los coeficientes alfa obtenidos para las diferentes dimensiones oscilaron entre 0.760 y 0.946,

evidenciando una adecuada homogeneidad entre los ítems que integraban cada dominio específico.

Estos resultados sugieren que los reactivos incluidos dentro de cada dimensión evalúan constructos relacionados entre sí y que la escala presenta estabilidad interna suficiente para ser utilizada en la práctica clínica y en investigación. Desde una perspectiva psicométrica, valores superiores a 0.90 suelen interpretarse como evidencia de una elevada precisión de medición, mientras que coeficientes superiores a 0.70 se consideran adecuados para instrumentos de valoración clínica. Por tanto, la escala desarrollada por Li et al. exhibe niveles de confiabilidad superiores a los reportados en diversos instrumentos geriátricos previamente publicados.

En cuanto a la validez de constructo, los análisis factoriales realizados permitieron confirmar que los ítems se agrupaban de manera coherente dentro de las dimensiones teóricas propuestas. Las cargas factoriales obtenidas mostraron asociaciones significativas entre los reactivos y sus respectivos dominios, respaldando la estructura conceptual de la herramienta.

Otro aspecto innovador del estudio fue la clasificación de los participantes en distintos niveles de capacidad integral. Mediante análisis de conglomerados y análisis discriminante, los autores lograron establecer puntos de corte que permitían categorizar a las personas mayores según su nivel de dependencia y necesidad de cuidados. Este procedimiento otorgó a la herramienta una utilidad práctica adicional, ya que no sólo permitía identificar alteraciones específicas, sino también orientar decisiones relacionadas con la asignación de recursos y la planificación de cuidados de larga duración.

Desde una perspectiva conceptual, la escala de Li et al. resulta especialmente interesante porque refleja la transición desde modelos centrados exclusivamente en la enfermedad hacia enfoques orientados a la capacidad funcional y la interacción de múltiples dimensiones de salud. La inclusión de variables relacionadas con participación social,

comunicación, estado emocional y conducta reconoce que el envejecimiento saludable depende de factores que trascienden ampliamente el ámbito biomédico tradicional. Sin embargo, a pesar de sus fortalezas psicométricas, la escala presenta algunas limitaciones cuando se analiza desde una perspectiva disciplinar de enfermería. En primer lugar, su desarrollo no se fundamentó explícitamente en una teoría de enfermería, sino en conceptos gerontológicos generales y en normativas nacionales de evaluación funcional. En consecuencia, aunque permite identificar niveles de capacidad y dependencia, no está orientada específicamente a la detección de necesidades de cuidado susceptibles de intervención enfermera. Además, fue diseñada para población institucionalizada, por lo que su aplicabilidad en otros contextos asistenciales puede requerir procesos adicionales de adaptación y validación.

Conforme la investigación geriátrica ha evolucionado, se ha reconocido que la valoración integral de las personas mayores no siempre requiere instrumentos extensos para identificar situaciones de vulnerabilidad clínica. En determinados contextos asistenciales, particularmente durante la hospitalización aguda, resulta necesario contar con herramientas breves que permitan detectar de manera temprana a aquellos pacientes con mayor riesgo de desarrollar eventos adversos. En este contexto se sitúa el estudio desarrollado por Aronow et al. (2014) en Estados Unidos, cuyo propósito fue validar la herramienta Fulmer SPICES como instrumento de cribado para identificar riesgos asociados a fragilidad y síndromes geriátricos en personas mayores hospitalizadas.

La herramienta SPICES fue originalmente desarrollada por la enfermera geriatra Terry Fulmer y constituye uno de los instrumentos de detección rápida más conocidos en enfermería geriátrica. Su nombre corresponde al acrónimo de seis dominios considerados altamente prevalentes y clínicamente relevantes en personas mayores:

- Sleep disorders (alteraciones del sueño)
- Problems with eating or feeding (problemas de alimentación)

- Incontinence (incontinencia)
- Confusion (confusión o alteración cognitiva aguda)
- Evidence of falls (antecedentes o riesgo de caídas)
- Skin breakdown (alteraciones cutáneas)

La selección de estos seis dominios no fue arbitraria. Todos ellos representan síndromes geriátricos o condiciones frecuentemente asociadas con fragilidad, deterioro funcional, hospitalización prolongada, institucionalización y mortalidad. Desde la perspectiva de la enfermería geriátrica, estas áreas constituyen indicadores tempranos de vulnerabilidad que pueden ser identificados mediante una valoración inicial relativamente sencilla.

El estudio fue realizado en Estados Unidos e incluyó una muestra de 174 personas mayores hospitalizadas de 65 años o más, procedentes de unidades hospitalarias de atención aguda.

El entorno de aplicación fue el hospital, específicamente durante las primeras 24 horas posteriores al ingreso, momento en el que la detección temprana de riesgos puede influir significativamente en la planificación de cuidados y en la prevención de complicaciones.

A diferencia de los estudios previamente analizados, cuyo objetivo principal era construir instrumentos de valoración integral, Aronow et al. buscaron determinar si una herramienta breve como SPICES podía funcionar como un indicador válido del estado geriátrico global y predecir resultados clínicos adversos durante la hospitalización. En otras palabras, los autores pretendían establecer si la presencia acumulativa de problemas detectados mediante SPICES reflejaba efectivamente un mayor nivel de fragilidad y vulnerabilidad clínica.

Desde el punto de vista metodológico, el estudio utilizó datos procedentes de una cohorte prospectiva de pacientes hospitalizados. Cada participante fue evaluado mediante la herramienta SPICES durante las primeras 24 horas de ingreso. Paralelamente se recopilaban múltiples indicadores relacionados con fragilidad, incluyendo edad, comorbilidades, estado

funcional, síntomas depresivos y otras medidas geriátricas reconocidas. Posteriormente se realizó seguimiento para identificar la aparición de eventos adversos intrahospitalarios.

Uno de los aspectos más importantes del estudio es que aporta evidencia sólida de validez concurrente. Los autores analizaron la relación entre las puntuaciones obtenidas en SPICES y otras variables geriátricas reconocidas como indicadores de vulnerabilidad. Los resultados mostraron asociaciones significativas entre la puntuación total de SPICES y diversos indicadores de fragilidad, incluyendo edad avanzada, comorbilidad, vulnerabilidad clínica y síntomas depresivos. Estos hallazgos sugieren que la herramienta efectivamente refleja condiciones que forman parte del constructo de fragilidad geriátrica.

Desde una perspectiva psicométrica, esta evidencia resulta particularmente importante porque demuestra que la herramienta se comporta de manera consistente con otras medidas ampliamente aceptadas de deterioro geriátrico. En otras palabras, los pacientes que obtenían puntuaciones más elevadas en SPICES tendían también a presentar características reconocidas de vulnerabilidad y fragilidad.

Sin embargo, el principal aporte del estudio corresponde a la evaluación de la validez predictiva. Los autores encontraron que los pacientes que presentaban dos o más criterios positivos en SPICES tenían un riesgo aproximadamente tres veces mayor de experimentar eventos adversos durante la hospitalización en comparación con aquellos que presentaban uno o ningún criterio positivo. Este resultado constituye una evidencia particularmente robusta de utilidad clínica, ya que demuestra la capacidad de la herramienta para anticipar desenlaces relevantes antes de que estos ocurran.

La importancia de este hallazgo radica en que muchas herramientas geriátricas permiten describir la situación actual del paciente, pero no necesariamente predecir complicaciones futuras. SPICES, en cambio, mostró capacidad para identificar tempranamente a pacientes con mayor probabilidad de desarrollar problemas durante su estancia hospitalaria. Desde la perspectiva de la enfermería, esta capacidad predictiva

resulta especialmente valiosa porque permite implementar intervenciones preventivas de manera oportuna.

Otro resultado relevante fue la elevada prevalencia de criterios positivos observada en la muestra estudiada. Prácticamente todos los participantes presentaban al menos uno de los seis dominios evaluados, lo que confirma la elevada frecuencia de síndromes geriátricos en personas mayores hospitalizadas. Este hallazgo coincide con la literatura que describe a la hospitalización como un momento de especial vulnerabilidad para la persona mayor, caracterizado por mayor riesgo de delirium, inmovilidad, malnutrición, deterioro funcional y complicaciones asociadas al cuidado.

Uno de los principales aportes del estudio consiste en demostrar que la detección de un número reducido de síndromes geriátricos puede proporcionar información clínicamente relevante sobre el riesgo global del paciente. Esta observación es consistente con la evidencia contemporánea sobre fragilidad, la cual sostiene que la acumulación de déficits constituye uno de los principales determinantes de vulnerabilidad en las personas mayores. Sin embargo, desde la perspectiva de la presente investigación, es importante reconocer que SPICES no fue diseñado como un instrumento de valoración integral ni se fundamenta en una teoría de enfermería específica. La herramienta se centra principalmente en la detección de riesgos clínicos inmediatos y no aborda de manera profunda dimensiones como participación social, estado emocional, comunicación, red de apoyo, recursos comunitarios o necesidades espirituales. Por tanto, aunque constituye una excelente herramienta de tamizaje, no sustituye una valoración geriátrica integral exhaustiva.

Planteamiento del problema

El envejecimiento poblacional constituye uno de los fenómenos demográficos más importantes del siglo XXI y representa un desafío creciente para los sistemas de salud a nivel mundial. El aumento de la esperanza de vida, la disminución sostenida de las tasas de fecundidad y los cambios en la estructura poblacional han favorecido un incremento progresivo de la proporción de personas mayores en prácticamente todos los países (United Nations, 2023; Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022). México no es ajeno a esta transición demográfica. De acuerdo con las proyecciones del Consejo Nacional de Población, la población de 60 años y más ha experimentado un crecimiento acelerado durante las últimas décadas y continuará aumentando de manera sostenida en los próximos años (CONAPO, 2023). Actualmente, las personas mayores representan aproximadamente el 14% de la población nacional y se prevé que esta proporción continúe incrementándose durante las próximas décadas, configurando un escenario en el que el envejecimiento será una de las principales características demográficas del país (INEGI, 2024; CONAPO, 2023).

Este fenómeno ocurre de manera paralela a una transición epidemiológica caracterizada por el predominio de enfermedades crónicas no transmisibles, multimorbilidad y condiciones de salud complejas que afectan de forma particular a las personas mayores (Beard et al., 2016; OMS, 2022). Aunque la esperanza de vida ha aumentado considerablemente, dicho incremento no siempre se acompaña de una conservación equivalente de la capacidad funcional, lo que favorece la aparición de fragilidad, discapacidad, dependencia y deterioro cognitivo (World Health Organization, 2015; Cesari et al., 2018). Como consecuencia, las personas mayores presentan una mayor vulnerabilidad ante eventos adversos de salud, mayores tasas de hospitalización, reingreso hospitalario, institucionalización y mortalidad en comparación con otros grupos etarios (Clegg et al., 2013; Pilotto et al., 2023).

Además, la presencia de enfermedades crónicas, la acumulación de déficits fisiológicos asociados al envejecimiento y la disminución de las reservas funcionales favorecen la aparición de síndromes geriátricos, entre los que destacan las caídas, la inmovilidad, la incontinencia, el delirium, la desnutrición, la sarcopenia, la fragilidad, los trastornos del sueño, el estreñimiento, el dolor persistente y las lesiones por presión (Inouye et al., 2007; Dent et al., 2019). Estas condiciones se asocian con una disminución significativa de la capacidad funcional, deterioro de la calidad de vida, incremento de la dependencia y mayores costos para los sistemas de salud.

Ante esta realidad, la Valoración Geriátrica Integral (VGI) se ha consolidado como el estándar de referencia para la evaluación multidimensional de la persona mayor. Diversas investigaciones han demostrado que su aplicación sistemática permite identificar oportunamente alteraciones funcionales, cognitivas, emocionales, nutricionales y sociales que frecuentemente pasan inadvertidas durante la valoración clínica convencional, favoreciendo la implementación de intervenciones oportunas, la prevención de la discapacidad, la preservación de la funcionalidad y la mejora de los resultados en salud (Ellis et al., 2017; Pilotto et al., 2023).

En este contexto, los profesionales de enfermería desempeñan un papel fundamental debido a su participación continua en los procesos de valoración, planificación, ejecución y evaluación del cuidado. El crecimiento de la población envejecida, junto con la expansión del rol profesional de enfermería en geriatría y gerontología, exige que los profesionales cuenten con herramientas específicas que permitan identificar de manera temprana las necesidades de cuidado, los riesgos potenciales y las respuestas humanas derivadas de los problemas de salud presentes en este grupo poblacional (International Council of Nurses, 2021; American Nurses Association, 2021).

Sin embargo, a pesar del amplio desarrollo de la Valoración Geriátrica Integral y de la disponibilidad de múltiples instrumentos para evaluar dominios específicos como la

funcionalidad, el estado cognitivo, el estado afectivo, la nutrición, la movilidad o el apoyo social, actualmente no se dispone en México de un instrumento de valoración geriátrica integral de enfermería validado que integre de manera sistemática estos dominios dentro de un marco conceptual propio de la disciplina. En la práctica clínica, los profesionales de enfermería suelen recurrir a la aplicación simultánea de diversas escalas independientes, tales como Katz, Lawton y Brody, Mini Nutritional Assessment, SARC-F, Yesavage, Zarit, MoCA, CAM o Timed Up and Go, entre otras. Aunque estas herramientas proporcionan información valiosa sobre aspectos específicos de la salud de la persona mayor, sus resultados suelen analizarse de manera fragmentada y requieren posteriormente un proceso de integración clínica para identificar necesidades de cuidado, establecer prioridades y formular diagnósticos de enfermería.

Esta situación puede generar variabilidad en los procesos de valoración e identificación de necesidades de cuidado, aumentar el tiempo requerido para la evaluación y dificultar la estandarización del cuidado, particularmente en escenarios asistenciales caracterizados por una elevada carga de trabajo y una creciente demanda de atención a personas mayores. Asimismo, limita la posibilidad de contar con un lenguaje común que facilite la identificación sistemática de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería y dificulta la comparación de resultados entre profesionales, instituciones y niveles de atención.

La problemática adquiere especial relevancia en el contexto mexicano debido a la creciente participación de las enfermeras en programas comunitarios, estrategias de atención domiciliaria, unidades de primer nivel de atención, consultorios especializados de enfermería, hospitales generales y centros de alta especialidad. Actualmente, las enfermeras participan activamente en la detección temprana de síndromes geriátricos, la evaluación funcional, la estratificación del riesgo, la educación para la salud, la coordinación del cuidado, la gestión de casos complejos y la continuidad asistencial. Ejemplos de ello son los

programas de atención domiciliaria y envejecimiento saludable, así como las clínicas de enfermería geriátrica implementadas en instituciones de referencia nacional como el Instituto Nacional de Geriátrica (INGER), el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER), el Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) y el Hospital General “Dr. Manuel Gea González”. No obstante, las herramientas disponibles continúan siendo predominantemente biomédicas y fragmentadas, lo que dificulta la traducción de los hallazgos obtenidos mediante la VGI en necesidades de cuidado susceptibles de intervención por enfermería.

En consecuencia, existe una brecha entre el conocimiento gerontológico generado mediante la Valoración Geriátrica Integral y su aplicación sistemática dentro del proceso enfermero. Aunque la VGI permite identificar problemas clínicos y funcionales relevantes, no proporciona por sí misma un mecanismo estructurado para traducir dichos hallazgos en necesidades de cuidado desde una perspectiva disciplinar. Esta limitación puede afectar la formulación de diagnósticos de enfermería, la priorización de intervenciones y la evaluación de resultados, aspectos esenciales para garantizar una atención integral, centrada en la persona y orientada a la preservación de la funcionalidad.

Ante esta problemática, surge la necesidad de desarrollar herramientas de valoración geriátrica fundamentadas en teorías propias de enfermería que permitan integrar los principios de la Valoración Geriátrica Integral con los procesos de razonamiento clínico de la disciplina. La teoría de los 21 problemas de enfermería de Faye Glenn Abdellah ofrece un marco conceptual particularmente útil para este propósito, ya que permite identificar necesidades de cuidado desde una perspectiva holística, centrada en la persona y orientada a la resolución de problemas (Abdellah et al., 1960; George, 2019).

Por lo anterior, resulta pertinente diseñar y validar un instrumento de valoración geriátrica con enfoque en la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah que permita identificar de manera sistemática alteraciones reales y potenciales en las necesidades de la

persona mayor, favoreciendo la toma de decisiones clínicas, la planificación del cuidado y la prevención de complicaciones asociadas al envejecimiento. Asimismo, dicho instrumento contribuiría al fortalecimiento de la práctica basada en evidencia, a la estandarización de la valoración geriátrica de enfermería y al desarrollo de herramientas disciplinares aplicables en la comunidad, la atención domiciliaria, el primer nivel de atención, los consultorios de enfermería geriátrica, los hospitales generales y los centros de alta especialidad.

Derivado de lo anterior, se plantea la siguiente pregunta de investigación:

¿Presenta validez y confiabilidad el Instrumento de Valoración Geriátrica con enfoque en la Teoría de Enfermería de Faye Glenn Abdellah diseñado para la identificación de necesidades de cuidado en personas mayores?

Justificación

El envejecimiento poblacional representa uno de los mayores desafíos para los sistemas de salud a nivel mundial. El incremento sostenido de la esperanza de vida, la disminución de la fecundidad y la transición epidemiológica han favorecido un aumento progresivo de la población de personas mayores, fenómeno que se acompaña de una mayor prevalencia de enfermedades crónicas, multimorbilidad, síndromes geriátricos, discapacidad y dependencia (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2022; United Nations, 2023). En México, las proyecciones demográficas indican que la población de 60 años y más continuará creciendo durante las próximas décadas, lo que incrementará significativamente la demanda de servicios de salud y cuidados de larga duración (Consejo Nacional de Población [CONAPO], 2023; Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2024). Ante este escenario, resulta indispensable fortalecer las estrategias dirigidas a la identificación temprana de necesidades de salud, la prevención de complicaciones y la preservación de la funcionalidad de las personas mayores (OMS, 2022).

La atención geriátrica contemporánea reconoce que el estado de salud de la persona mayor no puede ser comprendido únicamente desde la presencia o ausencia de enfermedad, sino a partir de una valoración multidimensional que considere los aspectos funcionales, cognitivos, emocionales, nutricionales y sociales que influyen en su bienestar y calidad de vida (Ellis et al., 2017; Pilotto et al., 2023). En este sentido, la Valoración Geriátrica Integral (VGI) se ha consolidado como el estándar de referencia para la identificación de problemas geriátricos, la estratificación del riesgo, la planificación del cuidado y la toma de decisiones clínicas (World Health Organization, 2017; Pilotto et al., 2023). Diversos estudios han demostrado que su aplicación sistemática contribuye a mejorar los resultados en salud, reducir la estancia hospitalaria, prevenir eventos adversos, disminuir el riesgo de institucionalización, retrasar la discapacidad y favorecer la permanencia de la

persona mayor en su entorno habitual con el mayor nivel posible de independencia funcional (Ellis et al., 2017; Briggs et al., 2022).

Estos beneficios son congruentes con el modelo de Envejecimiento Saludable propuesto por la Organización Mundial de la Salud, el cual establece que el objetivo principal de los sistemas de salud debe orientarse a preservar y optimizar la capacidad funcional de las personas mayores, permitiéndoles mantener su autonomía y participación social durante el mayor tiempo posible (OMS, 2020; OMS, 2022). Desde esta perspectiva, la identificación oportuna de alteraciones funcionales, cognitivas, afectivas, nutricionales y sociales constituye una intervención estratégica para prevenir la dependencia y promover trayectorias de envejecimiento más saludables (OMS, 2020).

Asimismo, la presente investigación se encuentra alineada con las prioridades nacionales e internacionales en materia de envejecimiento y salud. En el ámbito nacional, contribuye al cumplimiento de los principios establecidos en el Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030, particularmente aquellos relacionados con la garantía efectiva del derecho a la salud, el fortalecimiento de la atención primaria, la prevención de enfermedades, la reducción de desigualdades en salud y la atención prioritaria de grupos históricamente vulnerables, entre ellos las personas mayores (Gobierno de México, 2025). Asimismo, se relaciona con los objetivos planteados en el Programa Sectorial de Salud y con las estrategias nacionales dirigidas al fortalecimiento de la atención integral de la población envejecida.

De igual manera, este estudio se vincula con el Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030, impulsado por la Organización de las Naciones Unidas y coordinado por la Organización Mundial de la Salud, particularmente con el área de acción orientada al acceso a servicios integrados de atención y cuidados centrados en la persona (OMS, 2020). Esta iniciativa internacional tiene como propósito mejorar la vida de las personas mayores, sus familias y comunidades mediante el fortalecimiento de los sistemas de salud y de

cuidados de larga duración, la lucha contra el edadismo y la creación de entornos amigables con las personas mayores (OMS, 2020).

Adicionalmente, la investigación contribuye indirectamente al cumplimiento de diversos Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, especialmente el ODS 3, que busca garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades; el ODS 10, orientado a la reducción de desigualdades; y el ODS 16, relacionado con la construcción de instituciones eficaces, inclusivas y centradas en las personas (Naciones Unidas, 2015). Asimismo, guarda coherencia con los principios establecidos en el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento y con la Estrategia y Plan de Acción Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, los cuales enfatizan la necesidad de desarrollar modelos de atención centrados en la funcionalidad, la autonomía y la participación social de las personas mayores (United Nations, 2002; World Health Organization, 2017).

A pesar de la reconocida utilidad de la Valoración Geriátrica Integral, actualmente existe una limitada disponibilidad de instrumentos de valoración desarrollados específicamente desde la perspectiva disciplinar de enfermería. La mayoría de las herramientas existentes se enfocan en dominios aislados o responden a modelos predominantemente biomédicos, lo que dificulta la integración de la información obtenida en un proceso sistemático de valoración de enfermería (Mlinac & Feng, 2016; Paúl et al., 2021). Esta situación adquiere especial relevancia considerando la expansión del rol profesional de las enfermeras en geriatría y gerontología, quienes actualmente participan de manera activa en la detección temprana de síndromes geriátricos, la evaluación funcional, la gestión de casos complejos, la coordinación del cuidado y la planificación del egreso hospitalario (International Council of Nurses, 2021).

En este contexto, el desarrollo de un instrumento de evaluación geriátrica fundamentado en la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah representa una

oportunidad para fortalecer la práctica profesional basada en evidencia. Los 21 problemas de enfermería propuestos por la autora constituyen un marco conceptual que favorece la identificación de necesidades reales y potenciales de las personas, permitiendo una valoración integral orientada a la resolución de problemas y a la planificación de intervenciones de cuidado individualizadas (Abdellah et al., 1960; George, 2019). La integración de este enfoque teórico con los dominios de la Valoración Geriátrica Integral permite construir una herramienta capaz de vincular el conocimiento gerontológico con el proceso enfermero, fortaleciendo el razonamiento clínico y la toma de decisiones.

Desde el punto de vista práctico, esta investigación permitirá disponer de un instrumento de evaluación geriátrica de enfermería válido, confiable, de fácil aplicación y factible de utilizar en diversos contextos asistenciales. Su estructura facilita la identificación de alteraciones en múltiples dimensiones del estado de salud de la persona mayor, permitiendo orientar intervenciones oportunas, establecer prioridades de atención y favorecer la continuidad de los cuidados.

Desde la perspectiva científica y disciplinar, el estudio contribuye al desarrollo del conocimiento propio de enfermería mediante la construcción y validación de una herramienta sustentada en una teoría de enfermería ampliamente reconocida. Además, fortalece el proceso de valoración como etapa fundamental del proceso enfermero y aporta evidencia sobre la aplicabilidad de los postulados de Faye Glenn Abdellah en el contexto de la atención geriátrica contemporánea.

Finalmente, la presente investigación se clasifica como de riesgo mínimo, dado que los procedimientos realizados no implican intervenciones que comprometan la integridad física, psicológica o social de los participantes. Todas las actividades se desarrollarán conforme a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2014). Asimismo, se garantizará el respeto a los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia mediante la

obtención del consentimiento informado, la protección de la confidencialidad de la información y la implementación de medidas de resguardo de los datos personales de los participantes (World Medical Association, 2013; Comisión Nacional de Bioética, 2023).

Objetivos

Objetivo general

Validar un instrumento de valoración geriátrica con enfoque en la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.

Objetivos específicos

- Identificar las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería en las personas mayores a partir de la evidencia científica y de la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.
- Desarrollar un instrumento de valoración geriátrica de enfermería que integre los dominios de la Valoración Geriátrica Integral y los problemas de enfermería descritos por Faye Glenn Abdellah.
- Disponer de una herramienta de valoración integral que contribuya a la identificación sistemática de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería en distintos niveles de atención.
- Generar evidencia de validez y confiabilidad que respalde el uso del instrumento en la práctica clínica de enfermería geriátrica y gerontológica.
- Contribuir al desarrollo de herramientas disciplinares que favorezcan la valoración integral, la toma de decisiones clínicas y la planificación del cuidado de las personas mayores.

Metodología

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de tipo **no experimental, analítico, longitudinal, prospectivo y polietápico**, orientado al diseño y validación de un instrumento de valoración geriátrica con enfoque en la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.

Se consideró un diseño no experimental, debido a que las variables de estudio no fueron manipuladas por los investigadores y los fenómenos se observaron en su contexto natural. Asimismo, fue analítico, ya que permitió examinar las propiedades psicométricas del instrumento y analizar la pertinencia de sus dimensiones e ítems durante las diferentes etapas de validación.

El estudio fue longitudinal, dado que el instrumento fue evaluado en distintos momentos mediante sucesivas rondas de validación y refinamiento, permitiendo observar su evolución a lo largo del proceso de construcción. De igual forma, se consideró prospectivo, ya que la recolección de datos se realizó de manera planificada y hacia adelante en el tiempo, conforme se desarrollaron las diferentes fases del estudio. Finalmente, se clasificó como polietápico debido a que comprendió múltiples etapas secuenciales, incluyendo la construcción inicial del instrumento, la validación de contenido mediante juicio de expertos, la revisión lingüística, la evaluación final de validez de contenido y la prueba piloto para la estimación de la confiabilidad.

Población y muestra

Panel de expertos

La validación de contenido del instrumento se realizó mediante un panel de expertos integrado por profesionales de enfermería con experiencia en geriatría, gerontología, investigación, gestión o docencia.

Universo. El universo de estudio estuvo conformado por profesionales de enfermería con conocimientos y experiencia en la atención de personas mayores o con trayectoria en

actividades académicas, administrativas y de investigación relacionadas con la geriatría y la gerontología.

Población. La población de estudio correspondió a profesionales de enfermería que cumplieran con las características anteriormente descritas.

Muestra. Se determinó una muestra inicial de 10 expertos, cifra considerada adecuada para la evaluación de la validez de contenido mediante juicio de expertos y para el cálculo de indicadores psicométricos como el coeficiente V de Aiken y el IVC. Asimismo, se contempló una pérdida potencial del 20% derivada de posibles abandonos o incumplimiento de los criterios de participación durante el proceso de validación.

Muestreo. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la disponibilidad y experiencia profesional de los candidatos, así como el cumplimiento de los criterios establecidos para su inclusión.

Personas mayores

La prueba piloto del instrumento se llevó a cabo en personas mayores de 60 años.

Universo. El universo de estudio estuvo constituido por personas mayores de 60 años, sanas o con alguna condición de enfermedad, mientras que la población de estudio estuvo integrada por personas mayores de 60 años susceptibles de participar en la aplicación piloto del instrumento.

Muestra. Para esta etapa se incluyó una muestra de 30 personas mayores, tamaño recomendado en estudios piloto para evaluar la comprensión, aplicabilidad, consistencia interna y comportamiento preliminar de los ítems antes de su aplicación en muestras de mayor tamaño.

Muestreo. La selección de los participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando la accesibilidad de los sujetos y el cumplimiento de los criterios de selección previamente establecidos.

Criterios de selección

Panel de expertos

Criterios de inclusión. Profesionales de enfermería con grado académico mínimo de licenciatura, profesionales de enfermería en ejercicio activo, experiencia profesional mínima de tres años, experiencia en la atención de personas mayores o en actividades de investigación, gestión o docencia relacionadas con la geriatría y la gerontología, aceptación voluntaria para participar en el estudio.

Criterios de exclusión. Profesionales de enfermería que no aceptaran participar en el estudio.

Criterios de eliminación. Instrumentos de validación devueltos después de los 15 días posteriores a su recepción, decisión voluntaria de abandonar el estudio durante cualquiera de las etapas de validación, cédulas de validación respondidas de manera incompleta.

Personas mayores

Criterios de inclusión. Personas de 60 años o más, estado hemodinámico estable al momento de la valoración, capacidad cognitiva adecuada para comprender y responder los cuestionamientos del instrumento, aceptación voluntaria para participar en el estudio mediante la firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión. Personas mayores que no se encontraran disponibles al momento de la recolección de la información.

Criterios de eliminación. Personas mayores en quienes no fuera posible completar la aplicación del instrumento, cuestionarios incompletos derivados de la interrupción o abandono de la valoración.

Recolección de datos y análisis de la información

El proceso metodológico se llevó a cabo en diversas etapas secuenciales:

Etapla 1. Fundamentación teórica del instrumento y construcción conceptual

Con el propósito de fundamentar teóricamente la construcción del instrumento, se realizó una revisión exploratoria de la literatura científica orientada a identificar las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería y su relación con los problemas de enfermería descritos en la teoría de Faye Glenn Abdellah.

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre los meses de febrero 2025 y mayo 2025 en las bases de datos PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, CINAHL, Embase, SciELO y Biblioteca Virtual en Salud (BVS), por considerarse fuentes relevantes en las áreas de enfermería, geriatría, gerontología y ciencias de la salud.

Para la construcción de las estrategias de búsqueda se utilizaron términos controlados procedentes de los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) y de los Medical Subject Headings (MeSH), complementados con palabras clave libres y sinónimos relacionados con la valoración geriátrica, las necesidades de cuidado de las personas mayores y la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.

Entre los principales términos empleados se encontraron:

- Persona mayor
- Adulto mayor
- Anciano
- Older adults
- Older people
- Aged
- Geriatric assessment
- Comprehensive Geriatric Assessment

- Geriatric Nursing
- Nursing Assessment
- Nursing Care
- Nursing Theory
- Faye Glenn Abdellah
- Nursing Problems
- Functional Status
- Frailty
- Cognition
- Activities of Daily Living
- Social Support
- Quality of Life

Posteriormente, los términos fueron combinados mediante operadores booleanos AND, OR y NOT, con la finalidad de ampliar o restringir los resultados obtenidos según los objetivos de la búsqueda.

Algunos ejemplos de algoritmos utilizados fueron:

- ("Comprehensive Geriatric Assessment" OR "Geriatric Assessment") AND ("Nursing Assessment" OR "Geriatric Nursing")
- ("Older Adults" OR "Aged") AND ("Nursing Care" OR "Nursing Assessment")
- ("Faye Glenn Abdellah" OR "Nursing Problems") AND ("Older Adults" OR "Geriatric Care")
- ("Frailty" OR "Functional Decline") AND ("Nursing Assessment")
- ("Activities of Daily Living" OR "Functional Status") AND ("Older Adults")

La búsqueda inicial identificó un total de 243 registros. Posteriormente se eliminaron los registros duplicados y se realizó una revisión de títulos y resúmenes para determinar su pertinencia con respecto al objetivo del estudio.

Como criterios de inclusión se consideraron:

- Artículos científicos originales, revisiones sistemáticas, revisiones de alcance y guías clínicas.
- Publicaciones en inglés, español y portugués.
- Estudios relacionados con valoración geriátrica integral.
- Estudios sobre necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.
- Investigaciones relacionadas con modelos y teorías de enfermería aplicables al cuidado de personas mayores.
- Publicaciones comprendidas entre los años 2020 y 2025.
- Los criterios de exclusión fueron:
- Artículos sin acceso al texto completo.
- Estudios dirigidos exclusivamente a poblaciones no geriátricas.
- Publicaciones duplicadas.
- Editoriales, cartas al editor, resúmenes de congresos y literatura gris no sometida a revisión por pares.

Posteriormente, los artículos potencialmente elegibles fueron revisados en texto completo para identificar dimensiones, dominios, indicadores y necesidades geriátricas recurrentemente reportadas en la literatura.

La información extraída fue organizada mediante matrices de análisis temático que permitieron identificar categorías comunes relacionadas con el estado cognitivo, función sensorial, movilidad, funcionalidad, seguridad, nutrición, eliminación, confort físico, sueño y descanso, relaciones interpersonales y estado emocional.

Finalmente, los hallazgos obtenidos fueron contrastados con los 21 problemas de enfermería propuestos por Faye Glenn Abdellah, identificándose correspondencias conceptuales que permitieron estructurar las dimensiones preliminares del instrumento y formular los ítems de valoración correspondientes.

Etapas 2. Construcción de las dimensiones e ítems.

Una vez concluida la revisión exploratoria de la literatura y definido el marco conceptual del estudio se procedió a la construcción de la primera versión del instrumento. Esta etapa tuvo como finalidad operacionalizar las necesidades geriátricas identificadas en la evidencia científica y vincularlas con los problemas de enfermería descritos en la teoría de Faye Glenn Abdellah.

Para ello, los hallazgos obtenidos durante la revisión fueron organizados y analizados mediante matrices de síntesis temática, permitiendo identificar patrones recurrentes relacionados con la valoración integral de la persona mayor. Posteriormente, las necesidades geriátricas identificadas fueron agrupadas en categorías conceptualmente homogéneas, tomando como referencia los dominios tradicionalmente evaluados en la Valoración Geriátrica Integral y su correspondencia con los problemas de enfermería propuestos por Abdellah.

Tabla 1

Construcción de la primera versión del instrumento

Fase	Procedimiento realizado	Resultado
Identificación de conceptos	Análisis de la literatura científica y de la teoría de Faye Glenn Abdellah	Necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería
Agrupación temática	Clasificación de necesidades con características comunes	Definición de 11 dimensiones
Operacionalización	Identificación de indicadores observables para cada dimensión	Variables e indicadores de valoración
Redacción de ítems	Elaboración de reactivos basados en evidencia científica y práctica clínica	104 ítems iniciales

Tabla 1*Construcción de la primera versión del instrumento*

Fase	Procedimiento realizado	Resultado
Organización del instrumento	Distribución de ítems por dimensiones y estructura de aplicación	Primera versión del IVEPEMAD
Revisión interna	Evaluación de coherencia conceptual y operativa	Versión preliminar para validación por expertos
<i>Nota.</i> Elaboración propia		

Como resultado de este proceso se definieron once dimensiones de evaluación, consideradas representativas de las principales necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería:

- Estado cognitivo.
- Función sensorial.
- Actividad física y postura.
- Interacción con el entorno.
- Seguridad: prevención de accidentes y lesiones.
- Alimentación e ingesta hídrica.
- Eliminación urinaria e intestinal.
- Confort físico.
- Descanso y sueño.
- Relaciones interpersonales e integración social.
- Expresión consciente de sentimientos y emociones.

Cada dimensión fue conceptualizada como un conjunto de necesidades geriátricas relacionadas entre sí y sustentadas por la evidencia científica disponible. Posteriormente se identificaron indicadores clínicos, funcionales, cognitivos, emocionales y sociales que permitieran evaluar dichas necesidades durante la práctica profesional de enfermería.

La construcción de los ítems se realizó a partir de tres fuentes principales de información: los hallazgos de la revisión de la literatura, los componentes de la Valoración Geriátrica Integral y los principios conceptuales de la teoría de Faye Glenn Abdellah. Asimismo, se consideraron recomendaciones procedentes de guías de práctica clínica, consensos internacionales, escalas geriátricas ampliamente utilizadas y herramientas de valoración empleadas en los ámbitos clínico y comunitario.

Etapas 3. Primera ronda de validación por juicio de expertos

Una vez concluida la construcción de la primera versión del instrumento, integrada por 11 dimensiones y 104 ítems, se llevó a cabo la primera ronda de validación de contenido mediante juicio de expertos, con la finalidad de evaluar la adecuación conceptual y metodológica de los elementos que conformaban el instrumento.

Para esta fase se seleccionó un panel de diez expertos, considerando criterios relacionados con su formación académica, experiencia profesional, experiencia en atención geriátrica, gerontológica, docencia o investigación en enfermería. La participación de los expertos fue voluntaria y se realizó previa aceptación de la invitación correspondiente (anexo 1).

Se contactó a los expertos vía correo electrónico y se envió por la misma vía, la carta invitación y la cédula de validación con las especificaciones para su llenado (anexo 2). La cédula de validación fue diseñada específicamente para valorar la pertinencia de las dimensiones y de cada uno de los ítems que conformaban el instrumento. Asimismo, incluyó un apartado destinado a la recopilación de información sociodemográfica, académica y profesional de los participantes, con el propósito de caracterizar al panel de expertos y documentar su experiencia en el área de conocimiento correspondiente.

Entre las variables recopiladas se incluyeron datos como:

- Edad.
- Sexo.

- Profesión.
- Grado académico.
- Área de especialización.
- Institución de adscripción.
- Cargo desempeñado.
- Años de experiencia profesional.

Para la evaluación de las dimensiones e ítems se empleó una escala tipo Likert de seis puntos, con valores comprendidos entre 0 y 5; nada pertinente – muy pertinente.

Los expertos evaluaron de manera independiente tanto el nombre de las dimensiones como cada uno de los ítems que integraban el instrumento. La valoración se realizó considerando cuatro criterios fundamentales:

Coherencia

Referida al grado de correspondencia lógica entre cada dimensión o ítem y el constructo teórico que se pretendía medir. Se evaluó si los elementos guardaban relación conceptual con las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería y con el marco teórico de Faye Glenn Abdellah.

Relevancia

Relacionada con la importancia y utilidad del ítem para identificar aspectos significativos de la valoración geriátrica de la persona mayor. Se valoró la capacidad de cada elemento para aportar información relevante al proceso de evaluación.

Suficiencia

Entendida como el grado en que el conjunto de ítems incluidos en cada dimensión era capaz de representar adecuadamente el contenido que se pretendía evaluar. Este criterio permitió determinar si existían omisiones, redundancias o necesidad de incorporar nuevos elementos.

Claridad

Referida a la precisión, comprensión y facilidad de interpretación de la redacción utilizada. Los expertos evaluaron si los términos empleados eran adecuados para los profesionales de enfermería y si existían posibles ambigüedades que pudieran afectar la aplicación del instrumento.

Además de la evaluación cuantitativa mediante la escala Likert, la cédula incluyó espacios destinados a la emisión de observaciones cualitativas, sugerencias de redacción y recomendaciones de mejora para cada dimensión e ítem. Esto permitió obtener retroalimentación detallada sobre aspectos conceptuales, metodológicos y lingüísticos del instrumento.

Con el fin de favorecer una revisión exhaustiva, a los expertos se les otorgó un periodo de quince días hábiles para realizar la evaluación y reenviar la cédula debidamente completada. Durante este periodo se mantuvo comunicación con los participantes para resolver dudas relacionadas con el proceso de validación y garantizar la correcta comprensión de las instrucciones.

Una vez concluido el periodo establecido, las cédulas recibidas fueron concentradas en una base de datos en SPSS para su posterior análisis cualitativo y cuantitativo. Las observaciones emitidas por los expertos fueron examinadas de manera individual y comparativa, identificando áreas de consenso y oportunidades de mejora. De forma paralela, las puntuaciones otorgadas a cada dimensión e ítem fueron utilizadas para calcular los índices de validez de contenido mediante el coeficiente V de Aiken.

Los resultados obtenidos en esta primera ronda de validación constituyeron la base para la modificación, eliminación, reformulación o incorporación de elementos, permitiendo la construcción de una segunda versión del instrumento con mayor solidez conceptual y metodológica.

Etapas 4. Calibración y construcción de la segunda versión del instrumento

Una vez concluida la primera ronda de validación por juicio de expertos y realizado el análisis cuantitativo de la validez de contenido mediante el coeficiente V de Aiken, se procedió a la calibración del instrumento con el propósito de fortalecer su representatividad conceptual, precisión semántica y capacidad para identificar las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

Para ello, se llevó a cabo un análisis sistemático de las observaciones cualitativas emitidas por los expertos y de los resultados cuantitativos obtenidos para cada dimensión e ítem. Las recomendaciones formuladas por los jueces fueron revisadas individualmente y posteriormente contrastadas con la evidencia científica utilizada durante la construcción inicial del instrumento, con el fin de determinar la pertinencia de las modificaciones sugeridas.

Como criterio para la toma de decisiones, se consideraron prioritariamente aquellos ítems y dimensiones que obtuvieron valores del coeficiente V de Aiken inferiores a 0.90. Asimismo, se analizaron las observaciones cualitativas relacionadas con problemas de redacción, ambigüedad conceptual, duplicidad de contenido, insuficiencia de indicadores o dificultades para representar adecuadamente el constructo de interés.

Derivado de este proceso se realizaron diversas modificaciones orientadas a mejorar la calidad metodológica del instrumento. Entre las principales acciones efectuadas se encontraron:

- Reformulación de ítems cuya redacción generaba ambigüedad o dificultades de interpretación.
- Incorporación de nuevos ítems para fortalecer la representatividad de determinadas dimensiones.
- Reorganización de algunos indicadores dentro de las dimensiones correspondientes.
- Ajustes en la terminología utilizada para favorecer la precisión conceptual y clínica.

- Modificación parcial del nombre de algunas dimensiones con la finalidad de mejorar su congruencia con el contenido evaluado.
- Eliminación o sustitución de elementos considerados redundantes o insuficientemente representativos del constructo.

La incorporación de nuevos indicadores surgió principalmente de las recomendaciones emitidas por los expertos, quienes identificaron áreas de valoración geriátrica que requerían una exploración más profunda o una mejor representación dentro del instrumento. En consecuencia, se desarrollaron nuevos ítems sustentados en la literatura científica y en los fundamentos conceptuales de la teoría de Faye Glenn Abdellah, procurando mantener la coherencia teórica de cada dimensión.

Una vez implementadas las modificaciones propuestas, se llevó a cabo una revisión integral de la estructura del instrumento para verificar la correspondencia entre dimensiones, indicadores e ítems, así como la congruencia entre los contenidos evaluados y las necesidades geriátricas identificadas durante la revisión exploratoria de la literatura.

Como resultado de esta fase se obtuvo una segunda versión del instrumento, conservando la estructura general de once dimensiones, aunque con modificaciones menores en la denominación de algunas de ellas para reflejar con mayor precisión los fenómenos evaluados. Asimismo, el número total de ítems aumentó de 104 a 136, como consecuencia de la incorporación de nuevos elementos destinados a fortalecer la cobertura conceptual del instrumento y mejorar su capacidad de valoración integral.

Esta segunda versión constituyó la base para las etapas subsecuentes de validación, permitiendo someter a una nueva evaluación aquellos aspectos que habían sido identificados como susceptibles de mejora durante la primera ronda de juicio de expertos.

Etapas 5. Segunda ronda de validación por juicio de expertos

Una vez concluido el proceso de calibración y refinamiento del instrumento, se procedió a realizar una segunda ronda de validación por juicio de expertos con la finalidad de evaluar las modificaciones incorporadas y verificar el nivel de pertinencia de la nueva versión del instrumento.

La segunda versión del instrumento, integrada por once dimensiones y ciento treinta y seis ítems, fue remitida nuevamente a los especialistas que participaron en la primera ronda de validación. Sin embargo, durante esta etapa uno de los expertos decidió retirarse voluntariamente del estudio, por lo que el proceso de evaluación fue completado por un panel de nueve jueces.

A cada participante se le envió la versión actualizada del instrumento junto con la cédula de validación correspondiente y las instrucciones para su evaluación. Debido a que la información sociodemográfica, académica y profesional de los expertos ya había sido recopilada durante la primera ronda, en esta ocasión la cédula se centró exclusivamente en la valoración del contenido del instrumento, omitiéndose los apartados destinados a la caracterización de los jueces.

La evaluación se realizó mediante la misma escala tipo Likert empleada en la fase anterior, con valores comprendidos entre 0 y 5, donde las puntuaciones más bajas representaban una menor pertinencia y las puntuaciones más altas indicaban una mayor pertinencia del contenido evaluado.

Los expertos evaluaron nuevamente tanto la denominación de las once dimensiones como cada uno de los ciento treinta y seis ítems que integraban la segunda versión del instrumento. La valoración se centró en determinar la pertinencia de los elementos evaluados, considerando los mismos criterios metodológicos empleados durante la primera ronda:

- Coherencia.
- Relevancia.

- Suficiencia.
- Claridad.

La finalidad de esta segunda evaluación fue corroborar que las modificaciones realizadas a partir de las observaciones de la primera ronda habían contribuido a mejorar la representatividad del constructo, la precisión conceptual de las dimensiones y la claridad de los ítems incorporados o reformulados.

De igual forma, la cédula incluyó espacios para la emisión de observaciones cualitativas, permitiendo a los expertos realizar comentarios adicionales, sugerir ajustes finales o identificar posibles áreas de mejora que aún persistieran en la nueva versión del instrumento.

Con el propósito de facilitar una revisión detallada del contenido, se otorgó nuevamente a los jueces un periodo de quince días hábiles para completar la evaluación y remitir la cédula de validación al investigador.

Una vez concluido el periodo establecido, las cédulas recibidas fueron concentradas y sistematizadas para su análisis. Posteriormente, las puntuaciones otorgadas por los expertos fueron utilizadas para recalcular el coeficiente V de Aiken de cada dimensión e ítem, permitiendo determinar el grado de consenso alcanzado tras las modificaciones efectuadas durante la fase de calibración.

Asimismo, las observaciones cualitativas emitidas por los jueces fueron analizadas de manera complementaria con el objetivo de identificar oportunidades de mejora y fundamentar los ajustes finales del instrumento. Los resultados obtenidos en esta segunda ronda de validación constituyeron la base para el diseño de la versión prefinal del instrumento, la cual posteriormente fue sometida a revisión lingüística y evaluación operativa.

Etaapa 6. Integración de la versión prefinal del instrumento y diseño operativo

Una vez concluida la segunda ronda de validación por juicio de expertos, se procedió al análisis integral de los resultados obtenidos. Las observaciones cualitativas emitidas por los jueces fueron revisadas y sistematizadas, identificándose únicamente recomendaciones menores relacionadas con la redacción de algunos ítems. No se recibieron observaciones referentes a la estructura conceptual ni a la denominación de las once dimensiones, lo que evidenció un adecuado nivel de consenso respecto a la organización y contenido del instrumento.

Con base en dichas observaciones, se realizaron ajustes puntuales orientados a mejorar la precisión semántica, claridad y comprensión de determinados ítems, procurando conservar la coherencia conceptual alcanzada durante las etapas previas de validación. De forma paralela, se llevó a cabo un nuevo análisis cuantitativo de la validez de contenido mediante el cálculo del coeficiente V de Aiken. Los resultados obtenidos mostraron valores superiores a 0.90 para la totalidad de las dimensiones e ítems evaluados, evidenciando un elevado grado de acuerdo entre los expertos respecto a la pertinencia del contenido y confirmando la adecuada representación del constructo que se pretendía medir.

Considerando los resultados favorables de la validación cualitativa y cuantitativa, se procedió al diseño de la versión prefinal del instrumento. Durante esta etapa, además de preservar la solidez conceptual obtenida en las fases anteriores, se buscó optimizar su factibilidad de aplicación en la práctica clínica cotidiana de enfermería. Para ello, se priorizaron criterios de simplicidad, practicidad, objetividad y facilidad de uso.

Adicionalmente, se llevó a cabo un proceso de integración conceptual de los reactivos que conformaban la segunda versión del instrumento. Esta versión estaba constituida por 136 reactivos distribuidos en once dimensiones, los cuales habían sido previamente sometidos a validación por juicio de expertos. Si bien dicha estructura permitía una exploración exhaustiva de las necesidades geriátricas de la persona mayor, su extensión podía limitar su aplicabilidad en escenarios reales de atención debido al tiempo

requerido para su administración. Por tal motivo, se realizó un análisis teórico y clínico de los reactivos, identificando aquellos que evaluaban un mismo fenómeno, necesidad geriátrica o respuesta humana. A partir de este análisis, los reactivos fueron agrupados e integrados en indicadores sintéticos de valoración capaces de representar el contenido conceptual previamente validado. Este procedimiento se fundamentó en los principios de la Valoración Geriátrica Integral y en los veintiún problemas de enfermería descritos por Faye Glenn Abdellah, procurando preservar la cobertura de los dominios clínicos, funcionales, cognitivos, emocionales y sociales contemplados en el instrumento original. Como resultado, los 136 reactivos no fueron eliminados, sino reorganizados en un sistema de valoración estructurado que permitió sintetizar la información obtenida mediante 29 indicadores de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

Como resultado de este proceso, el instrumento conservó las once dimensiones previamente validadas, pero fue reorganizado en una estructura operativa compuesta por dos secciones complementarias: valoración de enfermería e identificación de necesidades geriátricas.

La primera sección, ubicada en el lado izquierdo del instrumento, fue diseñada para registrar la valoración realizada por el profesional de enfermería. Esta sección conserva operativamente los contenidos derivados de los 136 reactivos previamente validados, organizados en forma de preguntas de valoración y elementos de exploración clínica. Su finalidad es recopilar de manera sistemática la información necesaria para identificar alteraciones en las distintas dimensiones evaluadas, funcionando como un proceso de tamizaje estructurado basado en los componentes de la Valoración Geriátrica Integral. Esta sección integra preguntas específicas y elementos de exploración clínica que permiten obtener información relacionada con las distintas necesidades geriátricas evaluadas. Su propósito es funcionar como un proceso de tamizaje estructurado que facilite la recopilación

sistemática de datos clínicos, funcionales, cognitivos, emocionales y sociales de la persona mayor.

La segunda sección, ubicada en el lado derecho del instrumento, corresponde a la identificación de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería. Esta sección quedó integrada por 29 ítems resultantes del proceso de integración conceptual de los 136 reactivos originales. Cada ítem representa un indicador sintético construido a partir de un conjunto de variables de valoración relacionadas entre sí, permitiendo resumir la información obtenida durante el tamizaje previo y transformarla en una medida objetiva del grado de alteración, dependencia, riesgo o necesidad identificada en la persona mayor. Esta sección está constituida por un cuestionario integrado por 29 ítems, distribuidos entre las once dimensiones del instrumento. Cada ítem fue diseñado para sintetizar e interpretar la información obtenida durante el tamizaje previo realizado en la sección izquierda.

De esta manera, la valoración realizada por enfermería permite responder de forma objetiva los ítems de la sección de identificación de necesidades, reduciendo la subjetividad del evaluador y favoreciendo la estandarización del proceso de valoración.

Para la puntuación de los 29 ítems se diseñó una escala ordinal tipo Likert con valores comprendidos entre 0 y 3 puntos. En esta escala, las puntuaciones más bajas representan menor alteración, dependencia o riesgo, mientras que las puntuaciones más altas reflejan una mayor presencia de necesidades geriátricas, deterioro funcional, dependencia o riesgo clínico.

La suma de los puntajes obtenidos en los 29 ítems genera una puntuación global que permite estimar la carga total de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

Con la finalidad de facilitar la interpretación clínica de los resultados, se establecieron puntos de corte preliminares para clasificar el nivel de necesidades geriátricas identificadas.

Estos puntos de corte permiten categorizar a la persona mayor según el grado de alteración observado y orientar la priorización de las intervenciones de enfermería.

Adicionalmente, durante esta fase se elaboró el instructivo de llenado del instrumento. Dicho documento fue diseñado con el propósito de estandarizar su aplicación y facilitar su utilización por parte de los profesionales de enfermería.

El instructivo incluyó información referente al objetivo del instrumento, población a la que se dirige, procedimiento de aplicación, descripción de las dimensiones evaluadas, criterios para el registro de la información, sistema de puntuación, interpretación de resultados y recomendaciones para la identificación de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

La integración de la versión prefinal y de su instructivo de llenado constituyó la culminación del proceso de diseño conceptual y validación de contenido. La reorganización de los 136 reactivos originales en 29 indicadores operativos permitió mantener la representatividad del constructo, conservar las once dimensiones previamente validadas y mejorar significativamente la factibilidad de aplicación del instrumento en la práctica clínica cotidiana. De esta manera, se obtuvo una herramienta metodológicamente sólida, conceptualmente congruente con la Valoración Geriátrica Integral y la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah, y operativamente viable para su evaluación en escenarios reales de atención a personas mayores.

Etapas 7. Revisión lingüística del instrumento e instructivo de llenado

Una vez integrada la versión prefinal del instrumento y elaborado el instructivo de llenado, se llevó a cabo una revisión lingüística especializada con el propósito de fortalecer la calidad redaccional, la precisión semántica y la comprensión de los contenidos incluidos en ambos documentos.

Para esta etapa se contó con la participación de un experto en lingüística, seleccionado por su experiencia en análisis del lenguaje, corrección de textos técnicos y

evaluación de materiales académicos. La revisión tuvo como finalidad identificar posibles errores o áreas de mejora que pudieran afectar la comprensión, interpretación o aplicación del instrumento por parte de los profesionales de enfermería.

Se contactó al experto lingüista vía correo electrónico y por la misma vía se le envió la versión prefinal del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones, el instructivo de llenado correspondiente y la carta invitación con las especificaciones para la revisión lingüística diseñada específicamente para esta fase. La evaluación lingüística se centró en el análisis de los siguientes criterios:

Corrección gramatical

Se revisó el adecuado uso de las reglas gramaticales de la lengua española, incluyendo aspectos relacionados con concordancia, tiempos verbales, género, número y estructura de las oraciones.

Puntuación

Se evaluó la correcta utilización de signos de puntuación con el fin de favorecer la claridad y evitar interpretaciones ambiguas de los ítems, instrucciones y criterios de evaluación.

Claridad de redacción

Se analizó la facilidad con la que el contenido podía ser comprendido por los profesionales de enfermería, procurando que los mensajes fueran precisos, directos y libres de ambigüedades.

Coherencia y cohesión textual

Se valoró la relación lógica entre las ideas expresadas en los ítems y en las instrucciones, así como la adecuada conexión entre los diferentes apartados del instrumento y del instructivo de llenado.

Sintaxis

Se examinó la estructura de las oraciones y la organización de los elementos lingüísticos para garantizar una construcción adecuada y una interpretación uniforme del contenido.

Pertinencia del lenguaje empleado

Se evaluó la adecuación del vocabulario utilizado en función de la población objetivo del instrumento, verificando que la terminología empleada fuera consistente con el contexto clínico, geriátrico y profesional de enfermería.

Comprensibilidad de las instrucciones de llenado

Se revisó la claridad y suficiencia de las indicaciones dirigidas a los profesionales de enfermería, con el propósito de asegurar una aplicación homogénea del instrumento y minimizar posibles errores durante su utilización.

Con el fin de sistematizar la retroalimentación recibida, se solicitó al experto lingüista que registrara cada observación directamente sobre el contenido evaluado, identificando de manera específica:

- El ítem o instrucción original.
- La propuesta de corrección o modificación.
- El criterio lingüístico involucrado.
- La justificación o razón de la corrección sugerida.

Este procedimiento permitió documentar de manera transparente las modificaciones propuestas y fundamentar cada ajuste realizado en el instrumento y en el instructivo de llenado.

Una vez recibidas las observaciones, se efectuó un análisis comparativo entre la versión original y las propuestas de corrección. Posteriormente, las recomendaciones consideradas pertinentes fueron incorporadas al instrumento y al instructivo, procurando preservar el significado conceptual de los contenidos previamente validados por los expertos.

La revisión lingüística permitió fortalecer la precisión terminológica, la claridad de los ítems, la coherencia de las instrucciones y la calidad general de los documentos, contribuyendo a mejorar la comprensión y aplicabilidad del instrumento en los contextos clínicos donde sería utilizado por profesionales de enfermería.

Finalmente, una vez incorporadas las correcciones derivadas de esta fase, se obtuvo la versión lingüísticamente ajustada del instrumento y de su instructivo de llenado, los cuales fueron considerados aptos para continuar con las etapas posteriores de evaluación operativa y validación psicométrica.

Etapas 8. Tercera ronda de validación por expertos de la versión prefinal del instrumento

Una vez incorporadas las correcciones derivadas de la revisión lingüística a la versión prefinal del instrumento, se realizó una tercera ronda de validación por juicio de expertos con la finalidad de evaluar la correspondencia conceptual de la versión diseñada para su aplicación clínica y posterior pilotaje.

A diferencia de las rondas previas, orientadas principalmente a la evaluación del contenido de las dimensiones y de los indicadores que conformaban el instrumento, esta fase tuvo como propósito valorar la versión operativa definitiva, es decir, el instrumento estructurado en su formato de aplicación final, integrado por el sistema de valoración clínica, los veintinueve ítems de identificación de necesidades geriátricas, el sistema de puntuación y el instructivo de llenado.

Para esta etapa participaron los mismos nueve expertos que concluyeron la segunda ronda de validación. A cada uno de ellos se les remitió vía correo electrónico la versión prefinal del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor, el instructivo de llenado y la cédula de validación con las instrucciones para su llenado.

La finalidad de esta evaluación fue determinar el grado de relación existente entre cada uno de los veintinueve ítems del instrumento y el constructo que se pretendía medir, es

decir, las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería identificadas mediante la valoración realizada por el profesional de enfermería.

Para ello, se solicitó a los expertos valorar la relevancia y coherencia de cada ítem mediante una escala tipo Likert de cinco puntos, adaptada para valorar la relación de cada ítem con el constructo evaluado:

Tabla 2
Escala Likert para evaluar ítems con el concepto

1	2	3	4	5
Definitivamente no relacionado	No está relacionado	No estoy segura de su relación, requiere más revisión	Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	Extremadamente relacionado

Nota. Elaboración propia

Esta escala permitió identificar el grado de consenso entre los expertos respecto a la representatividad de cada ítem dentro de la versión prefinal del instrumento.

Asimismo, la cédula de validación incluyó espacios destinados a la emisión de observaciones cualitativas, con la finalidad de que los expertos pudieran justificar sus valoraciones, proponer modificaciones menores o señalar aspectos susceptibles de mejora antes de la aplicación piloto.

Se otorgó a los jueces un periodo de quince días hábiles para completar la evaluación y remitir la documentación correspondiente al equipo investigador. Durante dicho periodo se mantuvo comunicación con los participantes para atender posibles dudas relacionadas con la estructura del instrumento, el instructivo de llenado o los criterios de evaluación.

Una vez concluido el plazo establecido, las cédulas de validación fueron recopiladas y sistematizadas para su análisis. Las puntuaciones obtenidas permitieron estimar el nivel de acuerdo entre los expertos respecto a la relevancia y coherencia de los veintinueve ítems que conformaban la versión prefinal del instrumento. Paralelamente, las observaciones

cualitativas fueron revisadas con el propósito de identificar ajustes finales antes de la fase de pilotaje.

Para el análisis cuantitativo de la validez de contenido se empleó la metodología propuesta por Waltz y Bausell. Se calcularon el Índice de Validez por Ítem (IVxl), el Criterio de Validez (CV) y el Índice de Validez de Contenido global (IVC). Para ello, se consideraron como valoraciones favorables las puntuaciones de 4 (Relacionado, requiere pequeñas modificaciones) y 5 (Extremadamente relacionado). El IVxl se obtuvo dividiendo el número de expertos que otorgaron puntuaciones favorables a cada ítem entre el total de jueces participantes. Posteriormente, se determinó el Criterio de Validez (CV) mediante el porcentaje de ítems que alcanzaron el valor mínimo de aceptación establecido, y se estimó el Índice de Validez de Contenido global (IVC) mediante el promedio de los índices de validez obtenidos para cada ítem. Adicionalmente, se calculó el índice de acuerdo universal (S-CVI/UA) para estimar la proporción de ítems que alcanzaron consenso completo entre los expertos. Se consideró como criterio de aceptación un $IVxl \geq 0.78$, de acuerdo con las recomendaciones para paneles conformados por seis o más expertos.

Los resultados de esta tercera ronda de validación constituyeron la evidencia final de validez basada en el juicio de expertos y permitieron confirmar la pertinencia de la estructura operativa del instrumento, su sistema de puntuación y la correspondencia conceptual entre los ítems y las necesidades geriátricas que se pretendían evaluar. Una vez incorporados los ajustes derivados de esta fase, se obtuvo la versión final del instrumento para su aplicación en la prueba piloto.

Etapas 9. Aplicación piloto y estimación de la confiabilidad del instrumento

Una vez concluido el proceso de validación de contenido y obtenida la versión final del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones (IVEPEMAD), se llevó a cabo una prueba piloto con la finalidad de evaluar la factibilidad de

aplicación del instrumento en escenarios reales de atención a personas mayores y estimar preliminarmente su confiabilidad.

La prueba piloto se realizó en una muestra de 30 personas mayores de 60 años, seleccionadas mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. Con el propósito de explorar la aplicabilidad del instrumento en distintos contextos asistenciales, los participantes fueron reclutados en los tres niveles de atención del sistema de salud, incluyendo servicios de atención primaria, atención hospitalaria y atención especializada.

Previo a la aplicación del instrumento, se explicó a cada participante el propósito de la investigación y se obtuvo el consentimiento informado correspondiente. Posteriormente, la valoración fue realizada por el investigador principal mediante entrevista directa, observación clínica y revisión de la información disponible en el expediente clínico cuando fue necesario.

Durante esta etapa se evaluaron diversos aspectos relacionados con la operatividad del instrumento, entre ellos la comprensión de los ítems, la claridad de las instrucciones, la pertinencia del sistema de puntuación, el tiempo requerido para su aplicación y la capacidad del instrumento para identificar necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería en diferentes escenarios de atención.

Cada participante fue valorado mediante las dos secciones que integran el instrumento. En la primera sección se realizó el tamizaje estructurado de las once dimensiones evaluadas mediante preguntas de valoración y exploración clínica. Posteriormente, con base en la información obtenida, se completó la segunda sección correspondiente a los veintinueve ítems de identificación de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

Las puntuaciones obtenidas fueron capturadas en una base de datos diseñada para el estudio y sometidas a análisis estadístico. Con la finalidad de evaluar la consistencia interna del instrumento, se estimó el coeficiente alfa de Cronbach para la puntuación global obtenida en los 29 ítems. Este coeficiente permitió determinar el grado de homogeneidad

existente entre los reactivos y establecer si los ítems medían de manera consistente el constructo de interés.

La interpretación del coeficiente alfa de Cronbach se realizó considerando los criterios convencionalmente aceptados en la literatura: valores inferiores a 0.60 fueron considerados indicativos de consistencia interna baja; valores entre 0.60 y 0.69, consistencia cuestionable; entre 0.70 y 0.79, aceptable; entre 0.80 y 0.89, buena; y valores iguales o superiores a 0.90, excelente consistencia interna.

Adicionalmente, se efectuó un análisis descriptivo de las puntuaciones obtenidas en cada dimensión y en la puntuación global del instrumento, con el propósito de identificar posibles dificultades operativas, distribuciones atípicas o comportamientos inesperados de los reactivos antes de su utilización en estudios posteriores.

Los resultados obtenidos durante esta fase permitieron valorar la viabilidad de aplicación del instrumento en población real, identificar oportunidades de mejora operativa y aportar evidencia preliminar sobre su confiabilidad, constituyendo el último paso metodológico previo a su recomendación para uso clínico e investigaciones futuras.

Consideraciones éticas y legales

La presente investigación se desarrolló atendiendo los principios éticos aplicables a la investigación en seres humanos y las disposiciones jurídicas vigentes en México en materia de investigación para la salud. Debido a que el estudio comprendió la participación de profesionales de enfermería como jueces expertos y, posteriormente, la aplicación piloto del instrumento en personas mayores de 60 años, se establecieron medidas dirigidas a garantizar el respeto a la dignidad, autonomía, privacidad, confidencialidad, seguridad y bienestar de las personas participantes durante todas las etapas del estudio.

Desde el punto de vista ético, la investigación se sustentó en los principios de respeto por las personas, autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia. La participación fue voluntaria y estuvo precedida por un proceso de información suficiente respecto a los objetivos, procedimientos, posibles inconvenientes, beneficios esperados, manejo de la información y libertad para retirarse del estudio en cualquier momento, sin que esta decisión implicara perjuicio alguno en la atención recibida o en la relación de los participantes con las instituciones involucradas.

Estos principios adquieren particular relevancia durante la fase de pilotaje, debido a la participación de personas mayores. La edad cronológica por sí misma no fue considerada una condición de incapacidad para decidir sobre la participación. Por tanto, se respetó la autonomía de las personas mayores y se verificó que su condición clínica y cognitiva permitiera comprender la información proporcionada y expresar voluntariamente su decisión de participar. En aquellos casos en los que las condiciones establecidas en los criterios de selección no permitieran completar adecuadamente el proceso de consentimiento o la valoración, la persona no sería incorporada al pilotaje.

El consentimiento informado se obtuvo antes de realizar cualquier procedimiento relacionado con la investigación. La información fue proporcionada mediante lenguaje claro, suficiente y comprensible, explicando la naturaleza del estudio y enfatizando el carácter

voluntario de la participación. Se otorgó a cada participante la oportunidad de formular preguntas y resolver dudas antes de otorgar su consentimiento.

En relación con el balance riesgo-beneficio, el estudio se consideró de riesgo mínimo, debido a que durante la prueba piloto se realizaron procedimientos de valoración clínica, entrevista, observación y aplicación del instrumento sin incorporar intervenciones terapéuticas experimentales ni modificar intencionalmente las variables fisiológicas, psicológicas o sociales de las personas participantes. La valoración geriátrica contempló la exploración de aspectos funcionales, cognitivos, emocionales, nutricionales, sociales y clínicos, por lo que se reconoció la posibilidad de generar incomodidad, cansancio o malestar emocional durante algunas preguntas. Ante estas situaciones, se contempló la posibilidad de interrumpir temporal o definitivamente la valoración de acuerdo con la voluntad y condiciones de la persona participante.

La investigación procuró maximizar los beneficios potenciales y reducir los riesgos asociados a su realización. Aunque la participación no implicó necesariamente un beneficio terapéutico directo, la información obtenida permitió evaluar la factibilidad y comportamiento preliminar de un instrumento diseñado para favorecer la identificación integral de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería. Asimismo, el conocimiento generado podrá contribuir al fortalecimiento de la valoración enfermera de las personas mayores y al desarrollo posterior de estrategias de cuidado centradas en la prevención de complicaciones, mantenimiento de la funcionalidad y atención integral.

El principio de justicia se garantizó mediante la aplicación uniforme de los criterios de inclusión, exclusión y eliminación previamente establecidos, evitando cualquier forma de discriminación en la selección de los participantes. La inclusión de personas mayores procedentes de los tres niveles de atención respondió al propósito metodológico de explorar el funcionamiento del instrumento en diferentes contextos asistenciales y no a criterios de conveniencia relacionados con condiciones sociales, económicas o de vulnerabilidad.

En las etapas correspondientes al juicio de expertos también se garantizó la participación voluntaria. Los profesionales de enfermería invitados fueron informados acerca del propósito de su participación, las características del instrumento, el procedimiento de evaluación y el uso académico y científico de sus valoraciones. Se preservó la confidencialidad de sus respuestas individuales y los resultados derivados de las rondas de validación fueron analizados de manera conjunta, evitando atribuir públicamente opiniones o puntuaciones específicas a un juez determinado.

Protección de la privacidad, confidencialidad y datos personales

La información obtenida durante la investigación fue tratada bajo criterios de privacidad y confidencialidad. Los datos recolectados se utilizaron exclusivamente para los fines establecidos en el protocolo de investigación y fueron registrados mediante mecanismos que evitaran la identificación innecesaria de los participantes en las bases utilizadas para el análisis estadístico.

Los documentos que contenían información identificable, incluidos los consentimientos informados, se mantuvieron separados de las bases de datos utilizadas para el análisis. Los resultados fueron presentados de manera agregada, por lo que ninguna persona participante puede ser identificada individualmente en el informe final, presentaciones académicas o publicaciones científicas derivadas de la investigación.

El acceso a la información quedó restringido al equipo investigador autorizado. Asimismo, se contempló el resguardo seguro de los documentos físicos y electrónicos, evitando su utilización para finalidades distintas a las informadas a los participantes. El tratamiento de datos personales se realizó de conformidad con la legislación mexicana aplicable en materia de protección de datos personales y con las disposiciones institucionales correspondientes.

Marco jurídico y normativo mexicano

La investigación se fundamentó en la Ley General de Salud, particularmente en las disposiciones relativas a investigación para la salud, las cuales establecen las bases para el desarrollo de investigaciones orientadas al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos de los seres humanos, así como al conocimiento y control de los problemas de salud.

Asimismo, se consideró el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, particularmente las disposiciones relativas a la investigación en seres humanos. Conforme a este marco normativo, en toda investigación debe prevalecer el respeto a la dignidad y la protección de los derechos y bienestar de las personas participantes. De igual manera, establece criterios relacionados con la justificación de la investigación, proporcionalidad entre riesgos y beneficios, consentimiento informado, privacidad y clasificación del riesgo de los procedimientos realizados.

Se atendieron también las disposiciones de la Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos, particularmente en lo referente a la conducción ética y metodológica de los proyectos, protección de las personas participantes, documentación del consentimiento informado, confidencialidad de la información y responsabilidades de los investigadores e instituciones participantes.

En materia de privacidad y confidencialidad, el tratamiento de la información se sujetó a la legislación mexicana vigente en materia de protección de datos personales, considerando el régimen jurídico aplicable de acuerdo con la naturaleza pública o privada de las instituciones en las que se obtuvieron y resguardaron los datos. Los participantes fueron informados acerca del tratamiento de su información mediante el consentimiento informado y, cuando correspondió, mediante el aviso de privacidad institucional.

Consideraciones éticas internacionales

De manera complementaria al marco jurídico mexicano, el estudio consideró los principios internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, relativos al respeto de los derechos, dignidad, integridad, autodeterminación, privacidad y confidencialidad de las personas que participan en investigación. Asimismo, se consideraron las Pautas Éticas Internacionales para la Investigación Relacionada con la Salud con Seres Humanos del Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), particularmente en lo relacionado con valor social y científico de la investigación, consentimiento informado, selección equitativa de participantes, protección de la información y atención a personas o grupos que pudieran encontrarse en condiciones de vulnerabilidad.

Finalmente, el desarrollo de las diferentes etapas de la investigación se realizó procurando mantener congruencia entre el rigor científico y la responsabilidad ética. La construcción y validación del instrumento, el juicio de expertos y la prueba piloto fueron planteados de manera que los objetivos científicos no prevalecieran sobre los derechos, seguridad y bienestar de las personas participantes. La información obtenida fue utilizada exclusivamente con fines académicos y científicos y los resultados se presentan respetando los principios de integridad científica, transparencia y confidencialidad.

Resultados

A continuación, se describen los resultados obtenidos de acuerdo con las etapas mencionadas en el capítulo de metodología.

Fundamentación teórica del instrumento y construcción conceptual

Se realizó una revisión de la literatura, para determinar las dimensiones del instrumento (ver tabla 3).

Tabla 3

Fundamentación teórica del instrumento y construcción conceptual

Dimensiones	Necesidad geriátrica evaluada	Relación con los Problemas de Enfermería de Abdellah	Citas
Descanso y sueño adecuados	<ul style="list-style-type: none"> Mantener un patrón de sueño reparador 	<ul style="list-style-type: none"> Promover una actividad óptima (ejercicio, descanso y sueño adecuados). Mantener una buena higiene personal y comodidad física. 	<ul style="list-style-type: none"> Sánchez E. et al (2020). Crowley K (2020). Miner B. y Kryger MH (2021). Patel D. et al (2022). Vetrano DL. Et al (2023).
Confort físico	<ul style="list-style-type: none"> Aliviar el dolor y promover bienestar físico 	<ul style="list-style-type: none"> Mantener una buena higiene personal y comodidad física. 	<ul style="list-style-type: none"> Abdulla A. et al. (2021) Schofield P (2021) Briggs R. et al. (2022) Ellis G, et al (2022).
Alimentación e ingesta hídrica adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> Mantener un estado nutricional e hidratación adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar el mantenimiento de una adecuada nutrición en todas las células del cuerpo. Facilitar el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos. 	<ul style="list-style-type: none"> Volkert D, et al (2022). Kawakami R, et al (2020). Rolland Y, et al (2021). Wallace JI y Schwartz RS (2021). Toniazzo MP, et al (2021).

			<ul style="list-style-type: none"> • Barker LA, et al (2021) • Hooper L, et al (2021). • Stookey JD, et al (2022).
Eliminación de los desechos del cuerpo adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener patrones adecuados de eliminación 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el mantenimiento de la eliminación (función excretora). • Facilitar el mantenimiento del equilibrio de líquidos y electrolitos. • Facilitar el mantenimiento de los mecanismos y funciones reguladoras del organismo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Markland AD, et al (2020). • Bharucha AE, et al (2021).
Actividad física y postura adecuadas	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener movilidad y desempeño físico adecuados 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover una actividad óptima (ejercicio, descanso y sueño adecuados). • Mantener una buena mecánica corporal y prevenir o corregir deformidades. • Crear o mantener un entorno terapéutico adecuado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cesari M, et al (2022). • Dent E, et al (2021). • Cruz-Jentoft AJ y Sayer AA (2021). • Beard JR, et al (2021). • Hunter DJ y Bierma-Zeinstra S (2021).
Seguridad: Prevención de accidentes y lesiones	<ul style="list-style-type: none"> • Reducir riesgos y prevenir daños relacionados con la dependencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover la seguridad previniendo accidentes, lesiones u otros traumatismos, y evitando la propagación de infecciones. 	<ul style="list-style-type: none"> • Montero-Odasso, M, et al (2022). • Hopewell, S, et al. (2021). • Rankin, A, et al (2021). • Curtin, D, et al (2022). • Delmore, B, et al. (2021). • Beeckman, D, et al (2022).
Mantenimiento de la función sensorial	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener la integridad de los sistemas 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el mantenimiento de la función sensorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Whitson, H. E., et al. (2021). • Doty, R. L (2022).

	<p>sensoriales para favorecer la interacción con el entorno</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer las respuestas fisiológicas del cuerpo a las condiciones de enfermedad (cambios patológicos, fisiológicos y mecanismos compensatorios). 	<ul style="list-style-type: none"> • Schiffman, S. S (2021). • Shaffer, S. W. y Harrison, A. L (2020). • Welmer, A. K et al (2021). • Kuo, P. L et al (2021) • Methven, L et al (2020). • Mahoney, J. R. y Verghese, J. (2022).
Expresión de sentimientos y emociones	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer el bienestar emocional y detectar alteraciones afectivas 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y aceptar las expresiones, sentimientos y reacciones tanto positivos como negativos, Identificar y aceptar la interrelación entre las emociones y la enfermedad orgánica (física). • Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz. • Facilitar la conciencia de sí mismo (auto-conocimiento) como individuo con necesidades físicas, emocionales y de desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kok, R. M., & Reynolds, C. F (2022). • Alexopoulos, G. S (2021). • Robert, P, et al (2021). • Fitten, L. J (2021). • Pillemer, K, et al (2021). • Dong, X (2022).
Estado cognitivo óptimo	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener una función cognitiva adecuada y detectar oportunamente deterioro cognitivo y delirium 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilitar el mantenimiento de una comunicación verbal y no verbal eficaz. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ismail, Z, et al (2022). • Inouye, S. K, et al (2021). • Pinto, T. C. C, et al (2020). • Tiegues, Z, et al (2021). • Belleville, S, et al (2022). • Han, J. H, et al (2021).

Interacción con el entorno adecuada	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener independencia funcional y adaptación al entorno 	<ul style="list-style-type: none"> • Crear o mantener un entorno terapéutico adecuado • Aceptar las metas óptimas posibles del cuidado a la luz de las limitaciones físicas y emocionales del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clegg, A, et al (2023). • Stuck, A. E et al (2021). • Beard, J. R, et al (2020). • Fieo, R, et al (2021). • Jekel, K, et al (2021). • Cesari, M, et al (2021). • Freedman, V. A, et al (2022). • Dent, E, et al (2021).
	<ul style="list-style-type: none"> • Favorecer la interacción social y el soporte social 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar los recursos de la comunidad como ayuda para resolver los problemas derivados de la enfermedad. • Comprender el papel de los problemas sociales como factores influyentes en la causa de la enfermedad. • Promover el desarrollo de relaciones interpersonales productivas. • Facilitar el progreso hacia el logro de las metas espirituales personales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Hoogendijk, E. O, et al (2021). • World Health Organization Healthy Ageing Collaboration (2022). • Tsutsumimoto, K. et al (2021). • Holt-Lunstad, J (2021). • Litwin, H, et al (2020). • Adelman, R. D, et al (2021). • Ornstein, K, et al (2021). • Wolff, J. L, et al (2021). • Pilotto, A, et al (2023).
Relaciones interpersonales efectivas			

Nota.

Elaboración propia

Dimensión 1. Descanso y sueño. Esta dimensión se centra en la valoración de la calidad de sueño en la persona mayor como proceso fisiológico esencial para mantener su salud cognitiva emocional y funcional. Su alteración se asocia con múltiples síndromes geriátricos como trastorno del sueño, deterioro funcional, desacondicionamiento físico, caídas, polifarmacia, depresión, deterioro cognitivo y delirium.

Dimensión 2. Confort. Esta dimensión implica la evaluación del confort como una necesidad geriátrica básica relacionada con el bienestar físico, psicológico, social y ambiental. Por el contrario, el discomfort y el dolor pueden afectar directamente en la funcionalidad, bienestar y calidad de vida de las personas mayores, por ello, es importante su evaluación para su manejo adecuado y oportuno. La alteración de esta necesidad, se asocia con síndromes geriátricos como trastorno del sueño, deterioro funcional, desacondicionamiento físico, inmovilidad, fragilidad, caídas, depresión y delirium.

Dimensión 3. Alimentación e ingesta hídrica. Esta dimensión se enfoca en la identificación de riesgos nutricionales a través de la valoración del patrón de alimentación así como la hidratación, como potenciales desencadenantes de otros problemas tales como deshidratación, desequilibrio hidro-electrolítico, malnutrición, sarcopenia, lesiones por presión, fragilidad, caídas, estreñimiento e impactación fecal.

Dimensión 4. Eliminación. Esta dimensión se orienta a la valoración del patrón de eliminación de la persona mayor para identificar problemas reales y potenciales como son: estreñimiento, impactación, retención urinaria, incontinencia urinaria y fecal que a su vez puedan desencadenar otros relacionados, tales como, lesiones por humedad, deterioro funcional, desacondicionamiento físico, depresión delirium.

Dimensión 5. Actividad física y postura. Esta dimensión se concentra en la valoración de la movilidad y desempeño físico de la persona mayor, permitiendo identificar de manera temprana problemas potenciales, tales como deterioro funcional, discapacidad, caídas, deterioro funcional, desacondicionamiento físico y fragilidad.

Dimensión 6. Seguridad: prevención de accidentes y lesiones. Esta dimensión hace hincapié en la valoración de factores presentes en la persona mayor que puedan aumentar el riesgo de caídas, a la identificación de polifarmacia y de lesiones relacionadas a la dependencia que puedan favorecer la presencia de otras complicaciones como deterioro funcional, desacondicionamiento físico, inmovilidad y delirium.

Dimensión 7. Mantenimiento de la función sensorial. Esta dimensión apunta a la evaluación de los sentidos en la persona mayor; visión, audición, tacto, gusto y el olfato, ya que le permiten interactuar con su entorno, mantener su funcionalidad física y cognitiva. La identificación oportuna de alteraciones sensoriales puede evitar la presencia de otros problemas geriátricos tales como depresión, caídas, deterioro cognitivo, delirium, inmovilidad, deterioro funcional y desacondicionamiento físico.

Dimensión 8. Expresión de sentimientos y emociones. Esta dimensión gira en torno a la evaluación emocional de la persona mayor y la detección oportuna de alteraciones que pudieran favorecer la aparición de trastornos afectivos tales como la depresión y que además desencadenen otros problemas relacionados, tales como, el deterioro funcional y cognitivo, desacondicionamiento físico, inmovilidad y fragilidad.

Dimensión 9. Estado cognitivo. Esta dimensión se centra en la evaluación de las funciones cognitivas en la persona mayor, tales como la memoria, la atención y la

orientación que indiquen una alteración cognitiva de tipo aguda o crónica que requieran una evaluación específica, de tal manera que se identifiquen de manera oportuna procesos como delirium, trastorno neurocognitivo leve o mayor.

Dimensión 10. Interacción con el entorno. Esta dimensión hace referencia a la valoración de la funcionalidad de la persona mayor, específicamente en su capacidad para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria las cuales, le permiten desenvolverse de manera independiente en su entorno. La alteración de esta dimensión está relacionada con la aparición de síndromes geriátricos como, deterioro funcional, deterioro cognitivo, depresión, caídas, sarcopenia y fragilidad.

Dimensión 11. Relaciones interpersonales. Esta dimensión implica la evaluación de las relaciones sociales y la red de apoyo de la persona mayor. Su alteración puede afectar directamente su funcionalidad física y cognitiva, así como su salud emocional desencadenando otros problemas geriátricos como la depresión, malnutrición, sarcopenia, fragilidad y deterioro funcional y cognitivo. Su valoración permite identificar la presencia de problemas como maltrato o sobrecarga del cuidador.

Etapas 2. Construcción de las dimensiones e ítems

Luego de determinar las dimensiones, se redactaron 104 ítems preliminares del instrumento distribuidos por dimensión de la siguiente manera (ver tabla 4):

Tabla 4

Dimensiones e ítems de la primera versión del IVEPEMAD

Dimensión	Necesidad geriátrica principal	Número de ítems
Estado cognitivo óptimo	Deterioro cognitivo y delirium	10 (1-10)
Mantenimiento de la función sensorial	Alteraciones visuales, auditivas y sensoriales	10 (11-20)

Tabla 4*Dimensiones e ítems de la primera versión del IVEPEMAD*

Dimensión	Necesidad geriátrica principal	Número de ítems
Actividad física y postura adecuadas	Movilidad y desempeño físico	10 (21-32)
Interacción con el entorno adecuada	Funcionalidad y potencial rehabilitador	2 (33-42)
Seguridad: prevención de accidentes y lesiones	Caídas, polifarmacia y lesiones relacionadas con la dependencia	15 (43-52)
Alimentación e ingesta hídrica adecuadas	Riesgo nutricional, hidratación y sarcopenia	12 (53-67)
Eliminación de los desechos del cuerpo adecuadas	Alteraciones de la eliminación	10 (68-77)
Confort físico	Dolor agudo y crónico	10 (78-82)
Descanso y sueño adecuados	Alteraciones del sueño	10 (83-92)
Relaciones interpersonales efectivas	Redes de apoyo y participación social	10 (93-94)
Expresión de sentimientos y emociones	Síntomas depresivos y maltrato	5
Total		104

Primera ronda de validación por juicio de expertos

La validación del contenido del instrumento se basó en la evaluación de 10 expertos con las siguientes características (ver tabla 5).

Tabla 5*Características sociodemográficas de jueces expertos: primera ronda (n=10)*

	Media
Edad	36.4
Experiencia laboral	12.2
	%
Nivel académico	
Licenciatura	10 (1)
Licenciatura y Especialidad	50 (5)

Nota. Las especialidad que se tomó en cuenta para la selección de jueces fue, en Enfermería del Anciano.

Se determinó la validez de contenido de las dimensiones e ítems del instrumento mediante el cálculo del coeficiente estadístico V de Aiken (ver tabla 6). El análisis, evidenció algunas puntuaciones de las dimensiones e ítems por debajo de 0.90, aunque según la metodología propuesta por Aiken, se considera bueno, se adecuaron (ver tabla 7).

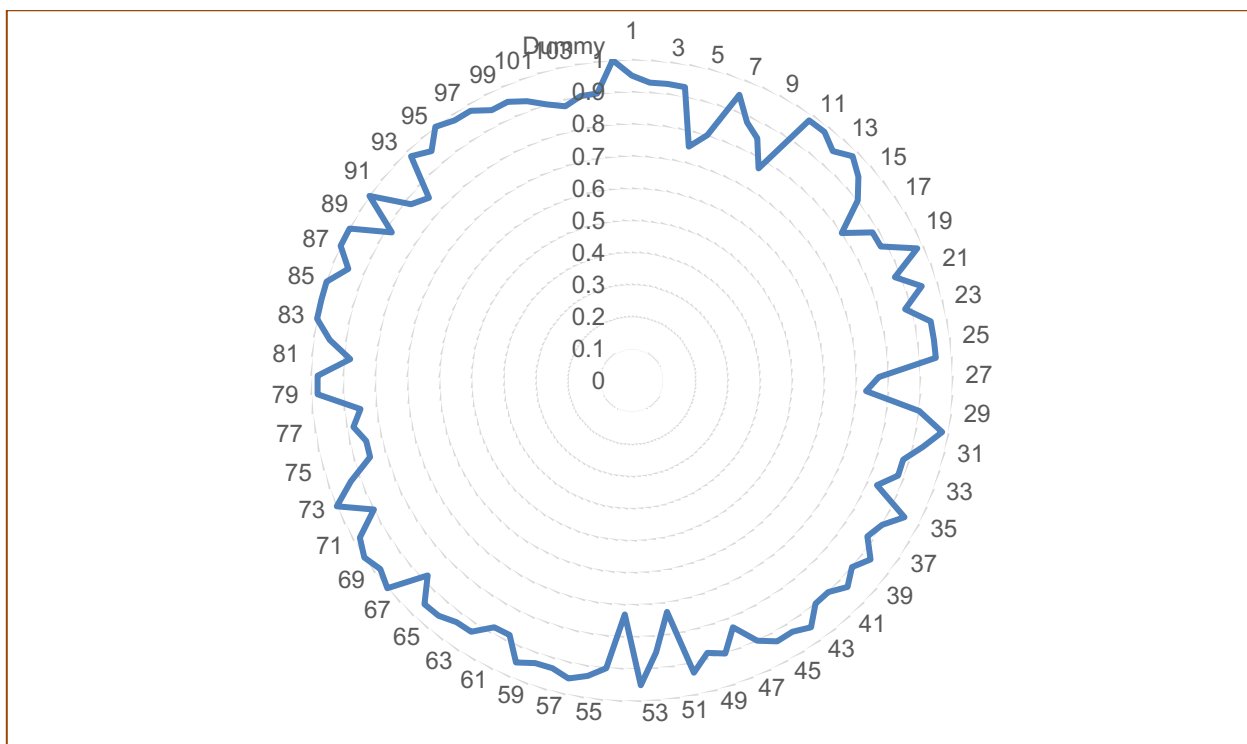
Tabla 6

Resultados de evaluación de expertos por dimensión: primera ronda

Dimensión	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
1. Descanso y sueño	0.93	(0.80-0.97)	No
2. Confort físico	0.98	(0.87-1)	No
3. Alimentación e ingesta hídrica	0.98	(0.87-1)	No
4. Eliminación de los desechos del cuerpo.	0.93	(0.80-0.97)	Sí
5. Actividad física y postura	1	(0.90-1)	No
6. Seguridad: Prevención de accidentes y lesiones	1	(0.91-1)	No
7. Función sensorial	0.95	(0.83-0.99)	No
8. Expresión de sentimientos y emociones	0.98	(0.87-1)	Sí
9. Estado cognitivo	0.93	(0.80-0.97)	No
10. Interacción con el entorno	0.98	(0.87-1)	No
11. Relaciones interpersonales e integración social	0.95	(0.83-0.99)	No

Figura 1

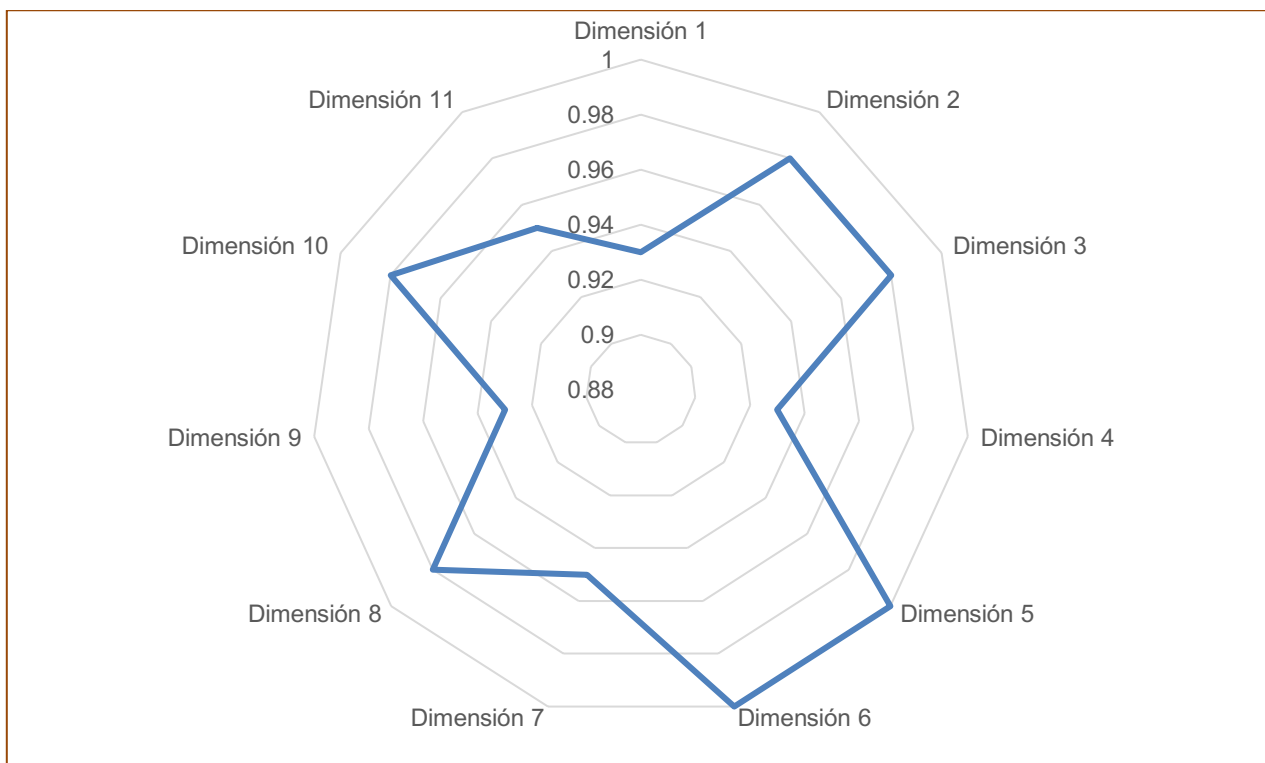
Resultados de evaluación de expertos del IVEPEMAD



La figura 1 muestra los coeficientes V de Aiken obtenidos para cada uno de los 104 ítems de la primera versión del Instrumento. Se observa que la mayoría de los reactivos alcanzó valores superiores a 0.80, evidenciando un elevado nivel de acuerdo entre los expertos respecto a su pertinencia y representatividad. Los coeficientes oscilaron entre aproximadamente 0.75 y 1.00, identificándose únicamente algunos ítems con puntuaciones inferiores al resto, los cuales fueron objeto de revisión y ajuste durante la fase de calibración del instrumento. En conjunto, estos resultados sugieren una adecuada validez de contenido de la versión inicial y respaldan la continuidad del proceso de refinamiento y validación del instrumento.

Figura 2

Resultados por dimensión de evaluación de expertos del IVEPEMAD



La figura 2 muestra los coeficientes V de Aiken obtenidos para cada una de las once dimensiones que integran la primera versión del Instrumento. Todas las dimensiones alcanzaron valores superiores a 0.90, lo que evidencia un elevado grado de acuerdo entre los expertos respecto a su pertinencia y representatividad. Las dimensiones 5 y 6 obtuvieron los coeficientes más altos, cercanos a 1.00, reflejando un consenso prácticamente unánime sobre su relevancia conceptual. Por su parte, las dimensiones 4 y 9 presentaron los valores más bajos; sin embargo, estos permanecieron dentro de rangos considerados adecuados para la conservación de una dimensión. En conjunto, los resultados respaldan la validez de contenido de la estructura dimensional propuesta y sugieren que las once dimensiones representan adecuadamente los dominios que conforman la valoración geriátrica desde el enfoque de la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.

Tabla 7.

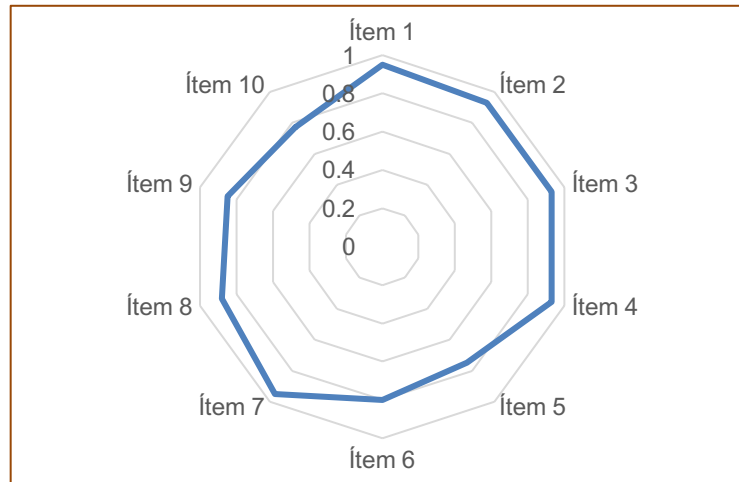
Resultados de evaluación de expertos por ítem: primera ronda

Dimensión	ítem	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
Descanso y sueño	1	0.95	(0.83-0.99)	No
	2	0.93	(0.80-0.97)	No
	3	0.93	(0.80-0.97)	No
	4	0.93	(0.80-0.97)	No
	5	0.75	(0.60-0.86)	Sí
	6	0.80	(0.65-0.90)	Sí
	7	0.95	(0.83-0.99)	No
	8	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	9	0.85	(0.71-0.93)	Sí
	10	0.77	(0.62-0.88)	Sí
Confort físico	11	0.98	(0.87-1)	No
	12	0.98	(0.87-1)	No
	13	0.95	(0.83-0.99)	No
	14	0.98	(0.87-1)	No
	15	0.95	(0.83-0.99)	No
	16	0.90	(0.77-0.96)	No
	17	0.80	(0.65-0.90)	Sí
	18	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	19	0.88	(0.74-0.95)	No
	20	0.98	(0.87-1)	No
Alimentación e ingesta hídrica	21	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	22	0.95	(0.83-0.99)	No
	23	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	24	0.95	(0.83-0.99)	No
	25	0.95	(0.83-0.99)	No
	26	0.95	(0.83-0.99)	No
	27	0.77	(0.62-0.88)	Sí
	28	0.73	(0.57-0.84)	Sí
	29	0.90	(0.77-0.96)	No
	30	0.98	(0.87-1)	No
	31	0.93	(0.80-0.97)	No

Continúa

Figura 3

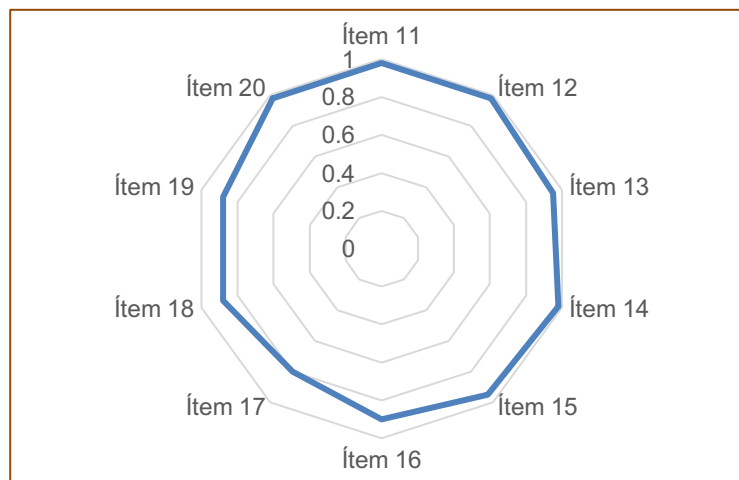
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 1. Descanso y sueño



Los coeficientes V de Aiken obtenidos para los ítems de la dimensión Descanso y sueño evidenciaron un elevado grado de acuerdo entre los expertos, observándose valores predominantemente superiores a 0.80. Los reactivos 1, 2, 3, 4 y 7 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 5 y 6 presentaron valores ligeramente inferiores, aunque dentro de rangos aceptables. Estos resultados respaldan la pertinencia de los reactivos propuestos y la adecuada representación del constructo evaluado (ver figura 3).

Figura 4

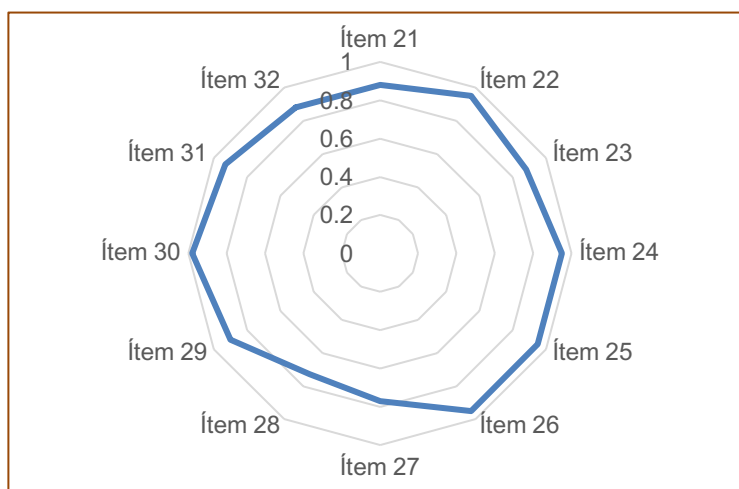
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 2. Confort físico



La evaluación de la dimensión Confort físico mostró coeficientes V de Aiken elevados y relativamente homogéneos entre los reactivos evaluados. Los ítems 11, 12, 15, 19 y 20 obtuvieron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 16 y 17 presentaron valores ligeramente inferiores. No obstante, todos los reactivos alcanzaron valores considerados adecuados, lo que respalda la validez de contenido de esta dimensión (ver figura 4).

Figura 5

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 3. Alimentación e ingesta hídrica



Los resultados obtenidos para la dimensión Alimentación e ingesta hídrica evidenciaron coeficientes V de Aiken predominantemente superiores a 0.80. Los ítems 22, 23, 25 y 26 alcanzaron los valores más elevados, mientras que los reactivos 27 y 28 presentaron las puntuaciones más bajas dentro de la dimensión. No obstante, todos los ítems se mantuvieron dentro de rangos aceptables de validez de contenido, respaldando la pertinencia de la dimensión para la evaluación de necesidades relacionadas con la nutrición e hidratación de la persona mayor (ver figura 5).

Tabla 4

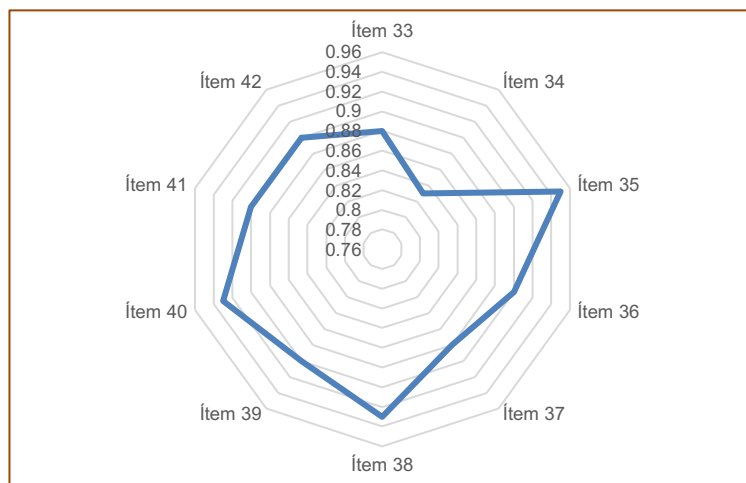
Resultados de evaluación de expertos por ítem: primera ronda (continuación)

Dimensión	ítem	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
Eliminación de los desechos del cuerpo	33	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	34	0.83	(0.68-0.91)	Sí
	35	0.95	(0.83-0.99)	No
	36	0.90	(0.77-0.96)	No
	37	0.88	(0.74-0.95)	No
	38	0.93	(0.80-0.97)	No
	39	0.90	(0.77-0.96)	No
	40	0.93	(0.80-0.97)	No
	41	0.90	(0.77-0.96)	No
	42	0.90	(0.77-0.96)	No
Actividad física y postura	43	0.95	(0.83-0.99)	No
	44	0.93	(0.80-0.97)	No
	45	0.93	(0.80-0.97)	No
	46	0.90	(0.77-0.96)	No
	47	0.83	(0.68-0.91)	No
	48	0.90	(0.77-0.96)	No
	49	0.88	(0.74-0.95)	No
	50	0.93	(0.80-0.97)	No
	51	0.73	(0.57-0.84)	No
	52	0.85	(0.71-0.93)	No
Seguridad: Prevención de accidentes y lesiones	53	0.95	(0.83-0.99)	No
	54	0.73	(0.57-0.84)	Sí
	55	0.90	(0.77-0.96)	No
	56	0.93	(0.80-0.97)	No
	57	0.95	(0.83-0.99)	No
	58	0.93	(0.80-0.97)	No
	59	0.93	(0.80-0.97)	No
	60	0.95	(0.83-0.99)	No
	61	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	62	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	63	0.93	(0.80-0.97)	No
	64	0.93	(0.80-0.97)	No
	65	0.95	(0.83-0.99)	No
	66	0.95	(0.83-0.99)	No
	67	0.88	(0.74-0.95)	Sí

Continúa

Figura 6

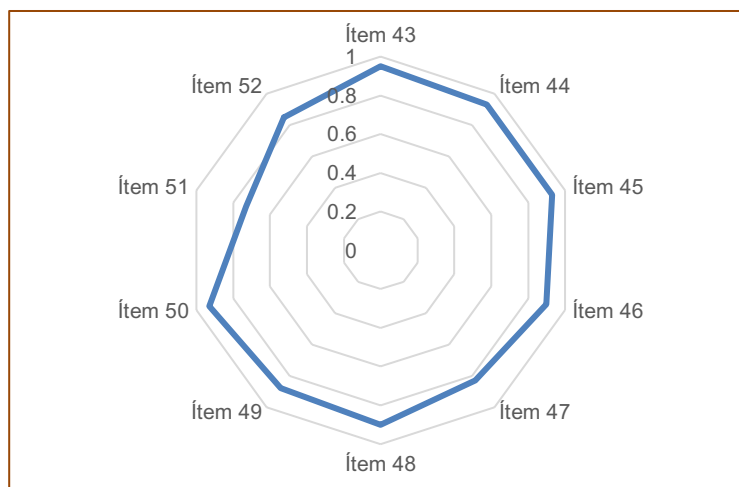
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 4. Eliminación de los desechos del cuerpo



Los coeficientes V de Aiken obtenidos para la dimensión Eliminación de los desechos del cuerpo oscilaron entre valores aproximados de 0.85 y 0.95. Los ítems 35 y 38 alcanzaron las puntuaciones más elevadas, mientras que el ítem 34 presentó el valor más bajo de la dimensión. No obstante, todos los reactivos fueron considerados pertinentes por los expertos, evidenciando una adecuada validez de contenido para esta dimensión (ver figura 6).

Figura 7

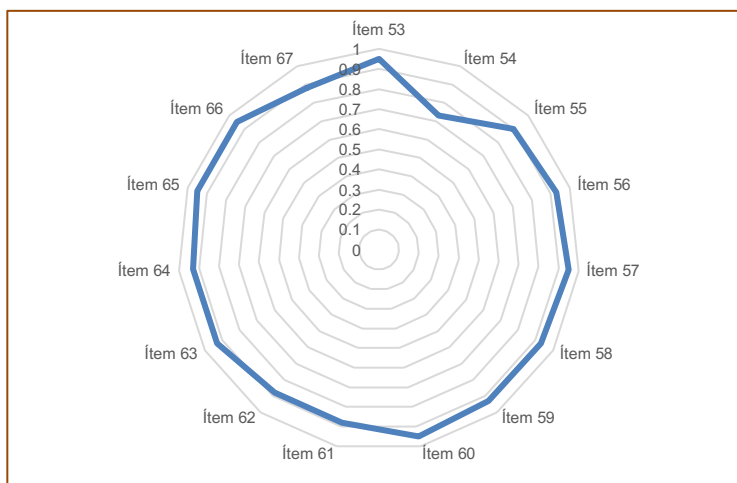
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 5. Actividad física y postura



La dimensión Actividad física y postura presentó coeficientes V de Aiken elevados y homogéneos entre sus reactivos. Los ítems 43, 44, 50 y 52 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los reactivos 47 y 48 mostraron los valores más bajos dentro de la dimensión. No obstante, todos los ítems obtuvieron coeficientes superiores a los valores mínimos recomendados, respaldando la adecuada validez de contenido de esta dimensión (ver figura 7).

Figura 8

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 6. Seguridad: prevención de accidentes y lesiones



Los resultados correspondientes a la dimensión Seguridad: prevención de accidentes y lesiones evidenciaron coeficientes V de Aiken elevados y homogéneos entre los reactivos evaluados. El ítem 53 obtuvo la puntuación más alta de la dimensión, mientras que los ítems 54 y 61 presentaron valores ligeramente inferiores. En conjunto, todos los reactivos alcanzaron coeficientes satisfactorios, reflejando un alto grado de acuerdo entre los expertos y respaldando la validez de contenido de esta dimensión (ver figura 8).

Tabla 4

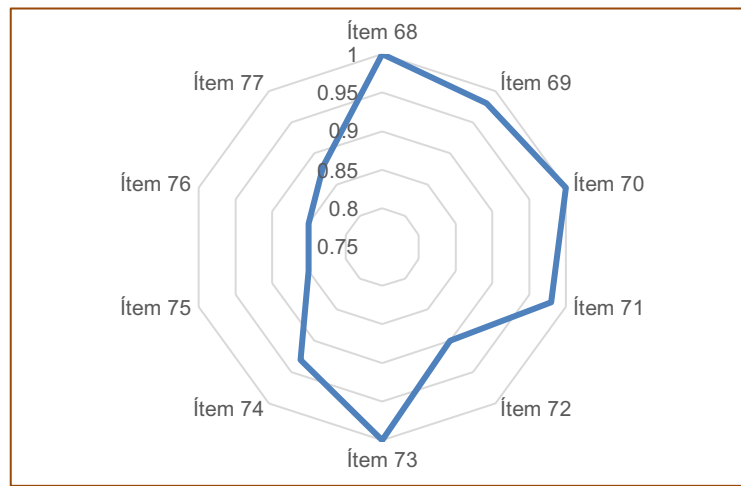
Resultados de evaluación de expertos por ítem: primera ronda (continuación)

Dimensión	ítem	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
Función sensorial	68	1	(0.91-1)	No
	69	0.98	(0.87-1)	No
	70	1	(0.91-1)	No
	71	0.98	(0.87-1)	No
	72	0.90	(0.77-0.96)	No
	73	1	(0.91-1)	No
	74	0.93	(0.80-0.97)	No
	75	0.85	(0.71-0.93)	Sí
	76	0.85	(0.71-0.93)	Sí
	77	0.88	(0.74-0.95)	Sí
Expresión de sentimientos y emociones	78	0.85	(0.71-0.93)	Sí
	79	0.98	(0.87-1)	No
	80	0.98	(0.87-1)	No
	81	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	82	0.95	(0.83-0.99)	No
Estado cognitivo	83	1	(0.91-1)	No
	84	1	(0.91-1)	No
	85	1	(0.91-1)	No
	86	0.95	(0.83-0.99)	No
	87	1	(0.91-1)	No
	88	1	(0.91-1)	No
	89	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	90	1	(0.91-1)	No
	91	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	92	0.85	(0.71-0.93)	Sí
Interacción con el entorno	93	0.98	(0.87-1)	No
	94	0.95	(0.83-0.99)	No
Relaciones interpersonales e integración social	95	1	(0.91-1)	No
	96	0.98	(0.87-1)	No
	97	0.98	(0.87-1)	No
	98	0.95	(0.83-0.99)	No
	99	0.95	(0.83-0.99)	No

	100	0.93	(0.80-0.97)	No
	101	0.90	(0.77-0.96)	No
	102	0.88	(0.74-0.95)	Sí
	103	0.90	(0.77-0.96)	No
	104	0.90	(0.77-0.96)	No

Figura 9

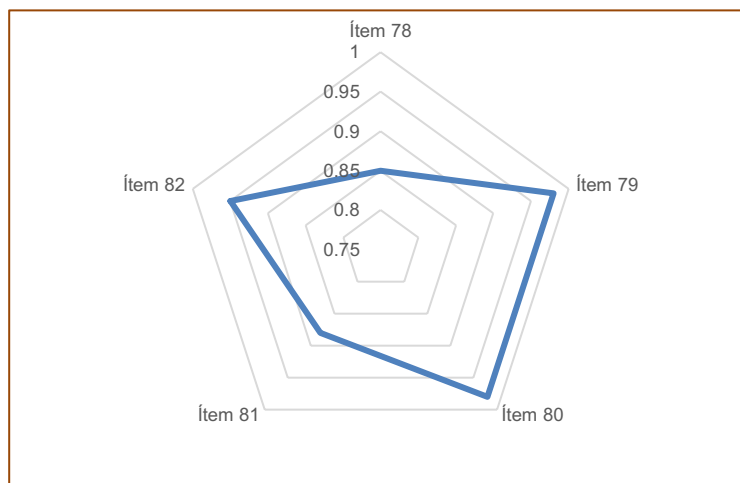
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 7. Función sensorial



Los reactivos correspondientes a la dimensión Función sensorial alcanzaron coeficientes V de Aiken predominantemente superiores a 0.85. Los ítems 68 y 73 obtuvieron las puntuaciones más elevadas, mientras que los reactivos 72 y 75 presentaron los valores más bajos dentro de la dimensión. No obstante, todos los ítems alcanzaron coeficientes considerados satisfactorios, evidenciando una adecuada validez de contenido (ver figura 9).

Figura 10

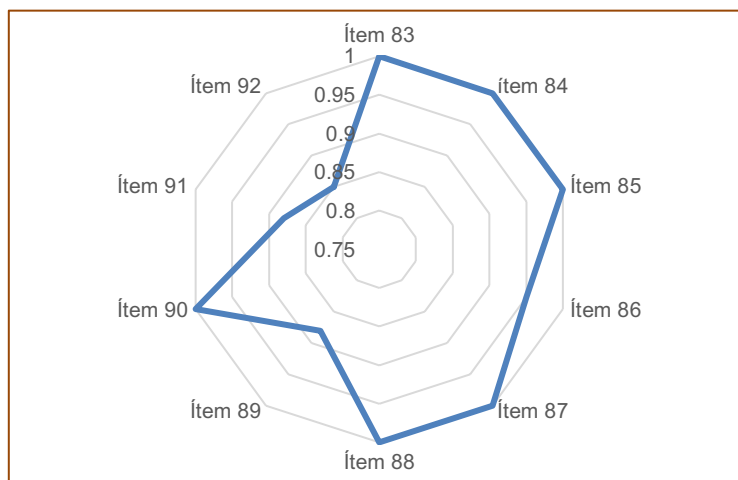
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 8. Expresión de sentimientos y emociones



La dimensión Expresión de sentimientos y emociones presentó coeficientes V de Aiken elevados para todos sus reactivos. Los ítems 79 y 80 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 78 y 81 obtuvieron los valores más bajos. Sin embargo, todos los reactivos mostraron niveles adecuados de validez de contenido, respaldando su pertinencia para la evaluación de aspectos emocionales en la persona mayor (ver figura 10).

Figura 11

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 9. Estado cognitivo

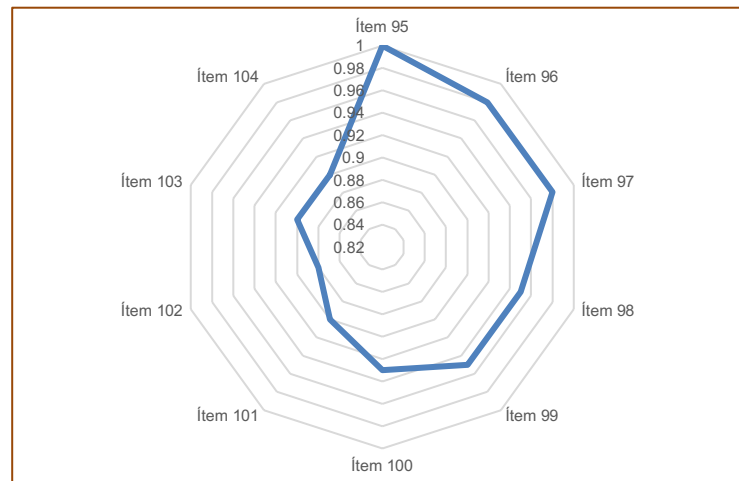


Los resultados correspondientes a la dimensión Estado cognitivo evidenciaron coeficientes V de Aiken elevados, con predominio de valores superiores a 0.90. Los ítems 83, 85, 88 y 90 obtuvieron las puntuaciones más altas, mientras que el ítem 89 presentó el valor más bajo de la dimensión. En conjunto, los resultados respaldan la adecuada validez de contenido de los reactivos orientados a la valoración cognitiva de la persona mayor (ver figura 11).

La dimensión Interacción con el entorno no fue representada gráficamente debido a que, en esta versión del instrumento, estuvo conformada únicamente por dos reactivos, lo que limita la utilidad de una representación mediante gráfico de radar. No obstante, los resultados de la evaluación por expertos mostraron coeficientes V de Aiken elevados para ambos ítems. El ítem 93 obtuvo un coeficiente de 0.98, mientras que el ítem 94 alcanzó un coeficiente de 0.95, evidenciando un alto nivel de acuerdo entre los expertos respecto a su pertinencia y representatividad. Estos resultados respaldan la validez de contenido de la dimensión y sugieren que los reactivos incluidos reflejan adecuadamente los aspectos relacionados con la interacción de la persona mayor con su entorno físico y social.

Figura 12

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 11. Relaciones interpersonales e integración social



La dimensión Relaciones interpersonales e integración social presentó coeficientes V de Aiken elevados para la totalidad de los reactivos evaluados. El ítem 95 obtuvo la puntuación más alta, mientras que los ítems 101, 102 y 103 presentaron los valores más bajos de la dimensión. No obstante, todos los coeficientes se mantuvieron dentro de rangos satisfactorios, evidenciando una adecuada validez de contenido para la evaluación de aspectos sociales y relacionales de la persona mayor (ver figura 12).

Los hallazgos derivados de la primera ronda de validación proporcionaron evidencia preliminar favorable sobre la validez de contenido del instrumento, al demostrar que las dimensiones y reactivos propuestos eran considerados pertinentes para la identificación de necesidades de cuidado en la persona mayor desde la perspectiva de enfermería. La elevada valoración otorgada por los expertos respaldó la adecuación de la estructura teórica inicial; sin embargo, el análisis de los coeficientes V de Aiken y de las observaciones cualitativas permitió identificar áreas susceptibles de optimización. Este proceso de retroalimentación constituyó un elemento fundamental para el refinamiento del instrumento, favoreciendo una revisión crítica de sus contenidos y la ampliación de dimensiones que requerían una mayor representación conceptual. Como resultado, se desarrolló una segunda versión fortalecida, destinada a incrementar la precisión, pertinencia y cobertura de los dominios evaluados, manteniendo su congruencia con la teoría de Faye Glenn Abdellah y los principios de la Valoración Geriátrica Integral.

Calibración y construcción de la segunda versión del instrumento

Los resultados de la primera ronda de validación evidenciaron una adecuada aceptación de las dimensiones propuestas; sin embargo, los expertos señalaron la conveniencia de ampliar algunos dominios para mejorar la representatividad de los contenidos evaluados. Particularmente, se sugirió incorporar nuevos reactivos relacionados con aspectos funcionales, sociales, ambientales y de seguridad de la persona mayor. En atención a estas recomendaciones, se llevó a cabo un proceso de calibración mediante el

cual se revisó exhaustivamente el contenido del instrumento, realizándose modificaciones en la redacción de diversos ítems, la incorporación de nuevos reactivos, la combinación de aquellos que evaluaban contenidos similares y la eliminación de ítems considerados redundantes o con menor aportación conceptual (ver tabla 5).

Tabla 5

Modificación de reactivos posterior a la validación de contenido por técnica de jueces

Ítem	Original Primera versión del instrumento	Modificación Incorporada a la segunda versión del instrumento
5	¿A qué hora se va a la cama?	¿A qué hora se duerme por las noches?
8	¿Qué tiempo duerme durante el día?	¿Cuánto tiempo duerme durante el día?
9	¿Qué es lo último que hace antes de dormir?	¿Cuál es la última actividad que realiza antes de dormir?
10	¿A qué le atribuye sus problemas para dormir?	¿Le atribuye la dificultad para dormir bien, a alguna situación en específico? (situaciones familiares, padecimientos, etc.)
17	Antes de ingresar aquí, ¿presentaba dolor?	Previamente, ¿presentaba dolor?
19	¿Con qué frecuencia?	¿Con qué frecuencia lo presentaba?
21	¿Se encuentra en ayuno?	¿Ha dejado de comer por más de dos días por alguna causa en específico? Si la vía es oral, aproximadamente ¿qué cantidad de la dieta consume? (Registrar el %)
23	Aproximadamente ¿qué cantidad de la dieta que aquí le proporcionan se come?.	Preguntar a la persona cuidadora, si procede
28	¿Qué alimentos no le gustan?	¿Hay algún alimento que le disguste, le produzca alergia o algún malestar?
33	¿Presenta micción espontánea o catéter urinario?	¿Presenta micción espontánea o por catéter urinario?
34	¿Presenta incontinencia diagnosticada?	¿Presenta incontinencia urinaria? ¿de qué tipo?
37	¿Bajo qué circunstancias?	¿Presenta incontinencia fecal? ¿de qué tipo?
47	¿La persona mayor se suesta o se moviliza a reposet u otro aditamento?	¿Bajo qué circunstancias? (P.ej. cuando se agacha, estornuda, levanta peso o no alcanza a llegar a baño)
49	¿Qué grado de fuerza presenta en miembros pélvicos?	¿Puede trasladarse a reposet o silla para baño sin ayuda?
		¿Presenta disminución de la fuerza o tono en miembros pélvicos o torácicos?

52	Antes de estar aquí, ¿tenía algún problema para moverse libremente?	Previamente, ¿tenía dificultad para moverse libremente? ¿Cuál era el motivo?
62	En su casa, ¿el baño le queda cerca?	El baño de su casa, ¿es seguro?
67	¿Toma algún suplemento o producto herbolario de manera regular? ¿Cuáles?	¿Cuáles son los medicamentos, suplementos alimenticios o terapias alternativas que toma de manera regular?
75	¿Tiene disminución de la sensibilidad táctil?	¿Tiene disminución de la sensibilidad táctil?
76	¿Tiene dificultades para oler adecuadamente?	Considerar valorar dermatomas. ¿Ha notado que tiene dificultad para distinguir olores? ¿cuáles?
77	¿Le cuesta trabajo percibir ciertos sabores?	¿Le cuesta trabajo percibir ciertos sabores? ¿cuáles?
78	¿Visita con regularidad a algún psiquiatra o psicólogo?	¿Visita con regularidad a algún psiquiatra o psicólogo? ¿Cuál es el motivo?
81	Antes de llegar aquí, ¿el cuidador primario ha observado ansiedad, tristeza o desinterés?	¿Se observan datos de apatía o desinterés?
89	¿Pasa la mayor parte del tiempo dormido, y es difícil de estimular?	¿Pasa la mayor parte del tiempo dormido o es difícil de mantener activo? (preguntar a la persona cuidadora, si procede).
91	¿Tiene deterioro cognitivo menor o mayor diagnosticado?	¿Tiene trastorno neurocognitivo leve o trastorno neurocognitivo mayor diagnosticados?
92	¿En qué consiste el tratamiento?	¿Recibe alguna terapia psico-cognitiva?
102	¿Cada cuánto le llaman por teléfono?	¿Con qué frecuencia habla con ellos por teléfono?

Nota. El ítem 54. ¿La persona mayor deambula?, se eliminó ya que se encontraba repetido en otra dimensión.

Asimismo, se modificó la denominación de algunas dimensiones con el propósito de mejorar su claridad conceptual, fortalecer su correspondencia con los contenidos evaluados y favorecer su congruencia con los principios de la Valoración Geriátrica Integral y la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah (ver tabla 6). Como resultado de este proceso, se fortaleció la cobertura de algunas dimensiones y se optimizó la estructura general del instrumento.

Tabla 6

Modificación de dimensiones posterior a la validación de contenido por técnica de jueces

Dimensión	Original Primera versión del instrumento	Modificación Incorporada a la segunda versión del instrumento
1	Descanso y sueño adecuados	Descanso y sueño
3	Alimentación e ingesta hídrica adecuadas	Alimentación e ingesta hídrica
4	Eliminación de los desechos del cuerpo adecuadas	Eliminación urinaria e intestinal
5	Actividad física y postura adecuadas	Actividad física y postura
7	Mantenimiento de la función sensorial	Función sensorial
8	Expresión de sentimientos y emociones	Expresión consciente de sentimientos y emociones
9	Estado cognitivo óptimo	Estado cognitivo
10	Interacción con el entorno adecuada	Interacción con el entorno
11	Relaciones interpersonales efectivas	Relaciones interpersonales e interacción social

La segunda versión conservó las once dimensiones originales, pero incrementó su contenido de 104 a 135 ítems, fortaleciendo la representatividad del constructo y la cobertura de las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería antes de someterlo a una nueva ronda de evaluación por expertos.

Segunda ronda de expertos

Para la segunda ronda, un experto abandonó el estudio, los 9 expertos restantes, evaluaron la segunda versión del instrumento, nuevamente se calculó el coeficiente estadístico V de Aiken para todas las dimensiones (ver Tabla 7).

Tabla 7

Resultados de evaluación de expertos por dimensión: segunda ronda

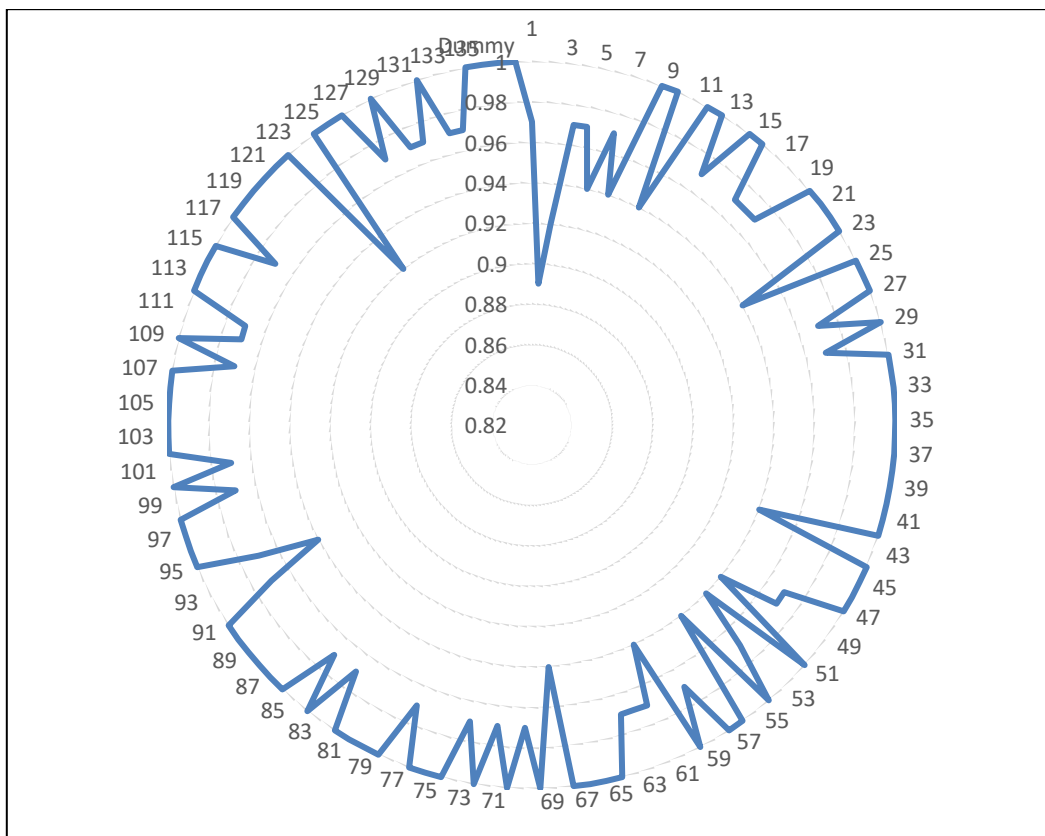
Dimensión	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
1. Descanso y sueño	1	(0.90-1)	No
2. Confort físico	1	(0.90-1)	No
3. Alimentación e ingesta hídrica	1	(0.90-1)	No
4. Eliminación de urinaria e intestinal	1	(0.90-1)	No
5. Actividad física y postura	1	(0.90-1)	No

6. Seguridad: Prevención de accidentes y lesiones	1	(0.90-1)	No
7. Función sensorial	1	(0.90-1)	No
8. Expresión de sentimientos y emociones	1	(0.90-1)	No
9. Estado cognitivo	1	(0.90-1)	No
10. Interacción con el entorno	0.94	(0.82-0.98)	No
11. Relaciones interpersonales e integración social	1	(0.90-1)	No

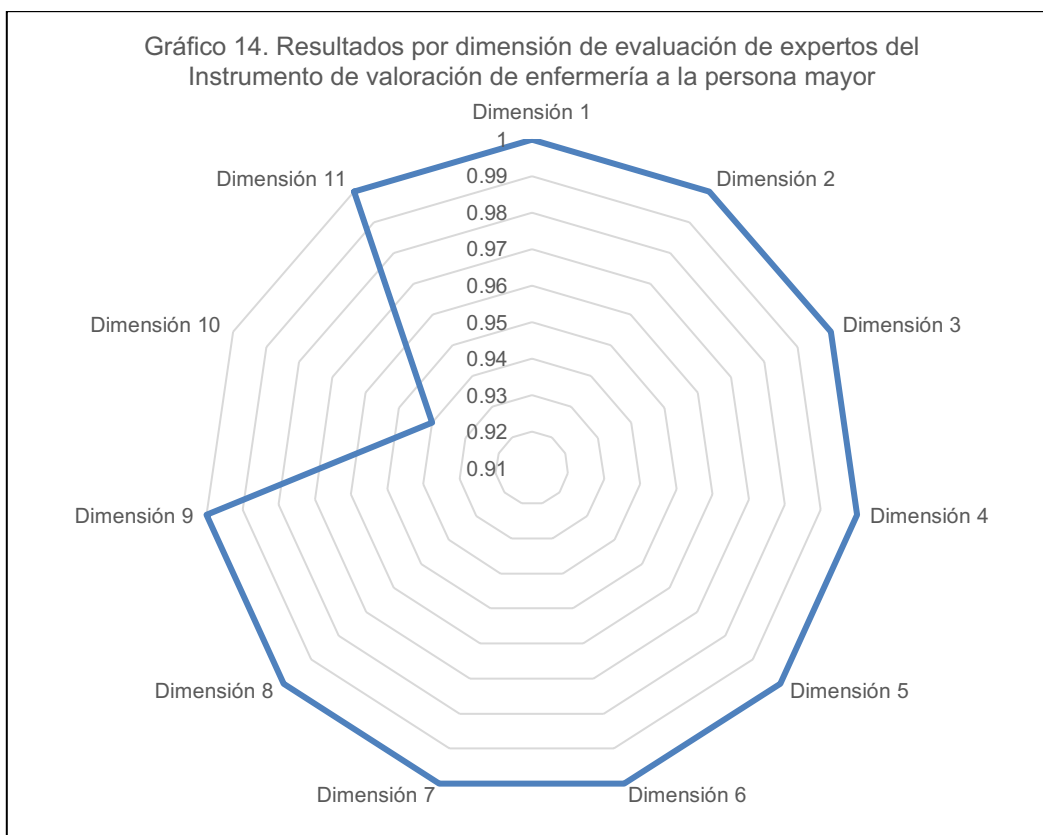
En la figura 13 se pueden observar los coeficientes V de Aiken obtenidos durante la segunda ronda de evaluación por expertos de la segunda versión del Instrumento, integrada por 135 ítems. Se observa que la mayoría de los reactivos alcanzó valores comprendidos entre 0.90 y 1.00, evidenciando un elevado grado de acuerdo entre los expertos respecto a su pertinencia y representatividad. En comparación con la primera ronda de validación, se aprecia una menor dispersión de los coeficientes y una mayor concentración en los valores superiores de la escala, lo que sugiere que los ajustes realizados a partir de las observaciones de los expertos contribuyeron a fortalecer la validez de contenido del instrumento. En conjunto, los resultados respaldan la adecuación conceptual de los reactivos y la pertinencia de la estructura propuesta para la evaluación de las necesidades de la persona mayor desde la perspectiva de enfermería.

Figura 13

Resultados de evaluación de expertos del IVEPEMAD



La figura 14 muestra los coeficientes V de Aiken promedio obtenidos para las once dimensiones de la segunda versión del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor. Todas las dimensiones alcanzaron valores superiores a 0.90, evidenciando un elevado nivel de acuerdo entre los expertos respecto a su pertinencia y representatividad. Las dimensiones 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 11 obtuvieron coeficientes cercanos a 1.00, reflejando un consenso prácticamente unánime. Por su parte, la dimensión 10 presentó el coeficiente más bajo; sin embargo, éste permaneció dentro de rangos considerados excelentes para la validez de contenido. En conjunto, los resultados respaldan la adecuación conceptual de la estructura dimensional propuesta y evidencian una mejora respecto a la primera ronda de evaluación.

Figura 14*Resultados por dimensión de evaluación de expertos del IVEPEMAD***Tabla 8***Resultados de evaluación de expertos por ítem: segunda ronda*

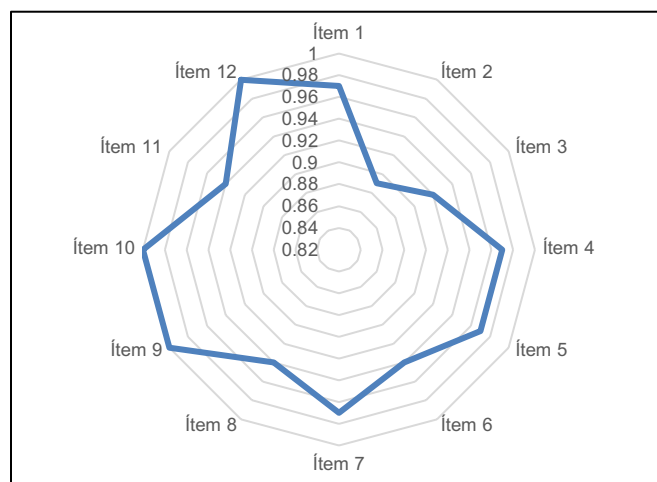
Dimensión	ítem	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
Descanso y sueño	1	0.97	(0.86-1)	No
	2	0.89	(0.75-0.96)	No
	3	0.92	(0.78-0.97)	No
	4	0.97	(0.86-1)	No
	5	0.97	(0.86-1)	No
	6	0.94	(0.82-0.98)	No
	7	0.97	(0.86-1)	No
	8	0.94	(0.82-0.98)	No
	9	1	(0.90-1)	No
	10	1	(0.90-1)	No
	11	0.94	(0.82-0.98)	No
	12	1	(0.90-1)	No
Confort físico	13	1	(0.90-1)	No
	14	0.97	(0.86-1)	No

	15	1	(0.90-1)	No
	16	1	(0.90-1)	No
	17	0.97	(0.86-1)	No
	18	0.97	(0.86-1)	No
	19	0.97	(0.86-1)	No
	20	1	(0.90-1)	No
	21	1	(0.90-1)	No
	22	1	(0.90-1)	No
	23	1	(0.90-1)	No
	24	0.94	(0.82-0.98)	No
	25	1	(0.90-1)	No
Alimentación e ingesta hídrica	26	1	(0.90-1)	No
	27	1	(0.90-1)	No
	28	0.97	(0.86-1)	No
	29	1	(0.90-1)	No
	30	0.97	(0.86-1)	No
	31	1	(0.90-1)	No
	32	1	(0.90-1)	No
	33	1	(0.90-1)	No
	34	1	(0.90-1)	No
	35	1	(0.90-1)	No
	36	1	(0.90-1)	No
	37	1	(0.90-1)	No
	38	1	(0.90-1)	No

Continúa

Figura 15

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 1. Descanso y sueño

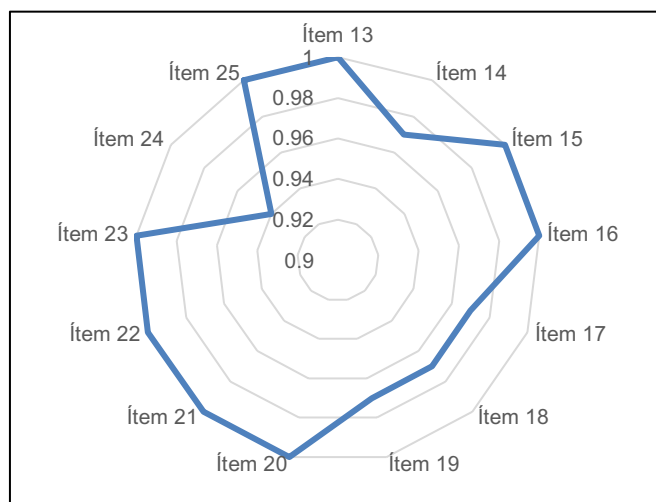


Los reactivos correspondientes a la dimensión Confort físico alcanzaron coeficientes V de Aiken predominantemente superiores a 0.95. Los ítems 13, 15, 16, 20 y 23 obtuvieron las puntuaciones más elevadas, mientras que los ítems 18 y 19 presentaron valores ligeramente

inferiores. En conjunto, los resultados evidencian una excelente validez de contenido y un elevado nivel de acuerdo entre los expertos (ver figura 16).

Figura 16

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 2. Confort físico



La dimensión Alimentación e ingesta hídrica presentó coeficientes V de Aiken elevados y homogéneos, observándose valores predominantemente superiores a 0.95. Los ítems 26, 27, 29, 32 y 33 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los reactivos 28 y 30 registraron los valores más bajos de la dimensión. No obstante, todos los ítems mostraron niveles excelentes de validez de contenido, respaldando su pertinencia para la evaluación de las necesidades nutricionales e hídricas de la persona mayor (ver figura 17)

Figura 17

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 3. Alimentación e ingesta hídrica

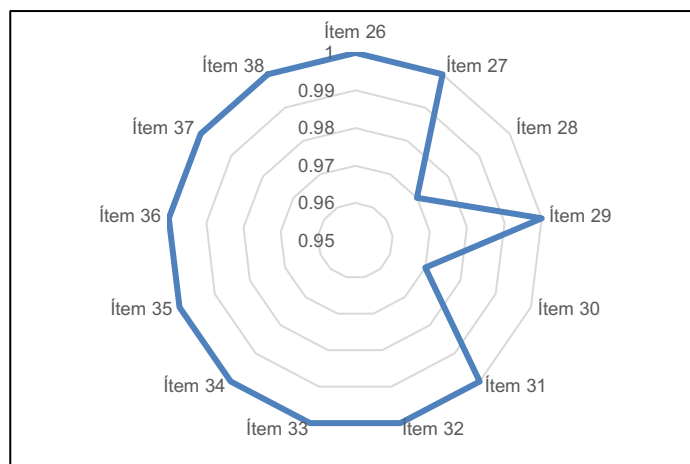


Tabla 8

Resultados de evaluación de expertos por ítem: segunda ronda (continuación)

Dimensión	ítem	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
Eliminación urinaria e intestinal	39	1	(0.90-1)	No
	40	1	(0.90-1)	No
	41	1	(0.90-1)	No
	42	1	(0.90-1)	No
	43	0.94	(0.82-0.98)	No
	44	1	(0.90-1)	No
	45	1	(0.90-1)	No
	46	1	(0.90-1)	No
	47	1	(0.90-1)	No
	48	0.97	(0.86-1)	No
	49	0.97	(0.86-1)	No
Actividad física y postura	50	0.94	(0.82-0.98)	No
	51	1	(0.90-1)	No
	52	0.94	(0.82-0.98)	No
	53	0.97	(0.86-1)	No
	54	1	(0.90-1)	No
	55	0.94	(0.82-0.98)	No
	56	1	(0.90-1)	No
	57	1	(0.90-1)	No
	58	0.97	(0.86-1)	No
	59	1	(0.90-1)	No
	60	0.94	(0.82-0.98)	No
	61	0.97	(0.86-1)	No
	62	0.97	(0.86-1)	No
	63	0.97	(0.86-1)	No
	64	1	(0.90-1)	No

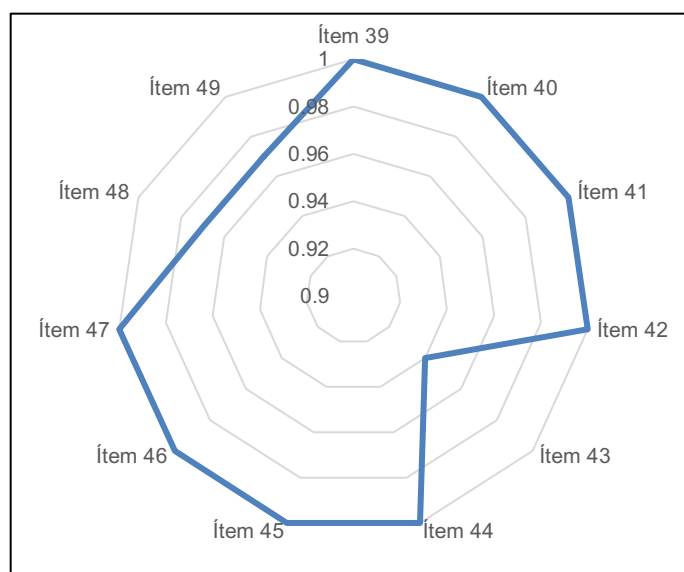
Seguridad: Prevención de accidentes y lesiones	65	1	(0.90-1)	No
	66	1	(0.90-1)	No
	67	1	(0.90-1)	No
	68	0.94	(0.82-0.98)	No
	69	1	(0.90-1)	No
	70	0.97	(0.86-1)	No
	71	1	(0.90-1)	No
	72	0.97	(0.86-1)	No
	73	1	(0.90-1)	No
	74	0.97	(0.86-1)	No
	75	1	(0.90-1)	No
	76	1	(0.90-1)	No
	77	1	(0.90-1)	No
	78	0.97	(0.86-1)	No

Continúa

La dimensión Eliminación presentó coeficientes V de Aiken elevados para la mayoría de los reactivos, observándose valores predominantemente superiores a 0.95. Los ítems 39, 40, 41, 42, 44, 45 y 46 obtuvieron las puntuaciones más altas, mientras que el ítem 43 presentó el valor más bajo de la dimensión. No obstante, todos los reactivos alcanzaron niveles satisfactorios de validez de contenido, evidenciando una adecuada representación del constructo evaluado (ver figura 18).

Figura 18

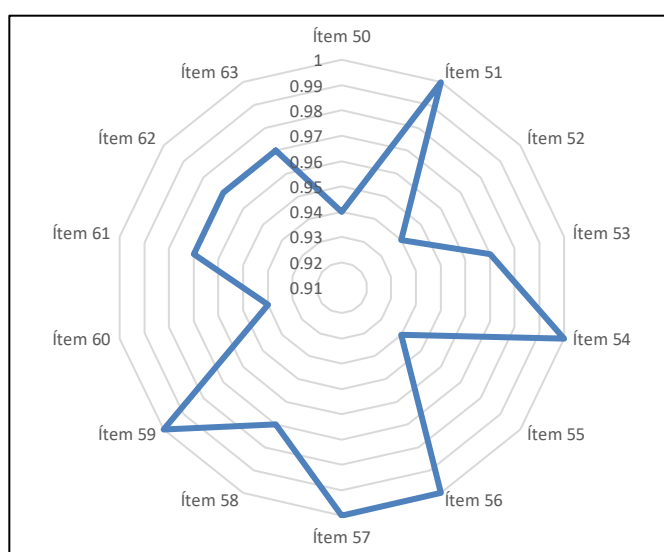
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 4. Eliminación



Los reactivos correspondientes a la dimensión Actividad física y postura alcanzaron coeficientes V de Aiken elevados, observándose valores predominantemente superiores a 0.95. Los ítems 51, 54, 57 y 59 obtuvieron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 50, 53, 55 y 60 registraron los valores relativamente más bajos dentro de la dimensión. En conjunto, los resultados evidencian una excelente validez de contenido para esta dimensión (ver figura 19).

Figura 19

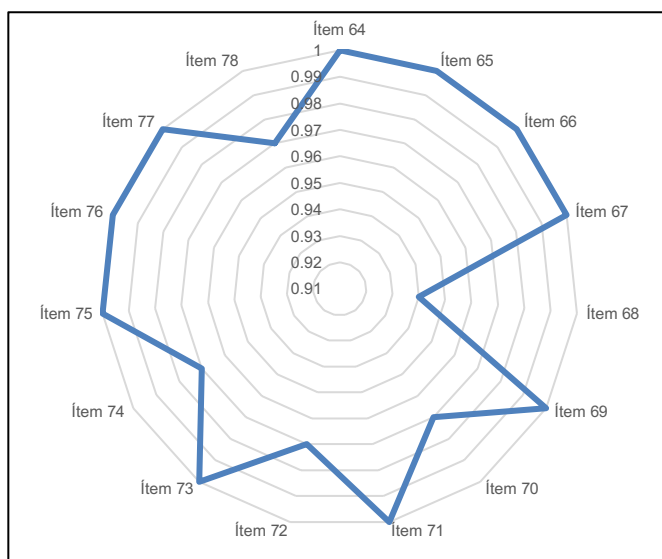
Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 5. Actividad física y postura



La dimensión Seguridad: prevención de accidentes y lesiones presentó coeficientes V de Aiken elevados para la totalidad de los reactivos evaluados. Los ítems 67, 69, 71, 73 y 77 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 68 y 72 registraron los valores más bajos de la dimensión. No obstante, todos los reactivos mostraron niveles excelentes de validez de contenido, respaldando su pertinencia para la identificación de riesgos y la prevención de lesiones en la persona mayor (ver figura 20) .

Gráfico 20

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 6. Seguridad: prevención de accidentes y lesiones

**Tabla 8**

Resultados de evaluación de expertos por ítem: segunda ronda (continuación)

Dimensión	ítem	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
Función sensorial	79	1	(0.90-1)	No
	80	1	(0.90-1)	No
	81	1	(0.90-1)	No
	82	1	(0.90-1)	No
	83	0.97	(0.86-1)	No
	84	1	(0.90-1)	No
	85	0.97	(0.86-1)	No
	86	1	(0.90-1)	No
	87	1	(0.90-1)	No
	88	1	(0.90-1)	No
	89	1	(0.90-1)	No
Expresión de sentimientos y emociones	90	1	(0.90-1)	No
	91	1	(0.90-1)	No
	92	0.97	(0.86-1)	No
	93	0.94	(0.82-0.98)	No
	94	0.97	(0.86-1)	No
	95	1	(0.90-1)	No
	96	1	(0.90-1)	No
	97	1	(0.90-1)	No
	98	1	(0.90-1)	No
	99	0.97	(0.86-1)	No

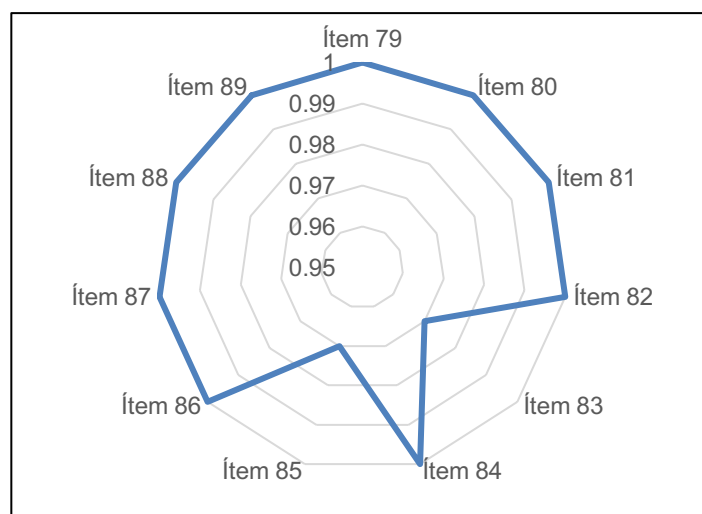
Estado cognitivo	100	1	(0.90-1)	No
	101	0.97	(0.86-1)	No
	102	1	(0.90-1)	No
	103	1	(0.90-1)	No
	104	1	(0.90-1)	No
	105	1	(0.90-1)	No
	106	1	(0.90-1)	No
	107	1	(0.90-1)	No
	108	0.97	(0.86-1)	No
	109	1	(0.90-1)	No
	110	0.97	(0.86-1)	No

Continúa

La dimensión Función sensorial presentó coeficientes V de Aiken elevados para todos los reactivos evaluados. Los ítems 79, 82, 84, 86, 88 y 89 obtuvieron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 83 y 85 registraron los valores relativamente más bajos. No obstante, todos los coeficientes se mantuvieron dentro de rangos excelentes de validez de contenido, evidenciando un elevado grado de acuerdo entre los expertos (ver figura 21).

Figura 21

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 7. Función sensorial

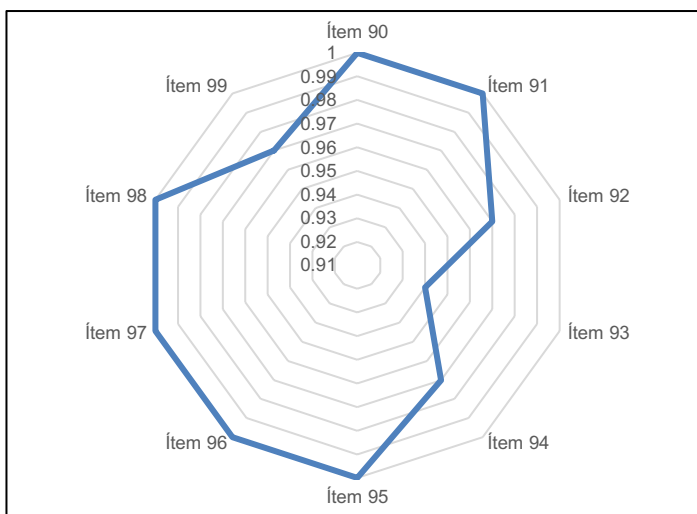


Los reactivos de la dimensión Expresión de sentimientos y emociones alcanzaron coeficientes V de Aiken predominantemente superiores a 0.95. Los ítems 90, 91, 95, 97 y 98

presentaron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 93 y 94 registraron los valores relativamente más bajos de la dimensión. En conjunto, los resultados evidencian una excelente validez de contenido y respaldan la pertinencia de esta dimensión para la valoración emocional de la persona mayor (ver figura 22).

Figura 22

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 8. Expresión de sentimientos y emociones



La dimensión Estado cognitivo presentó coeficientes V de Aiken elevados para todos los reactivos evaluados. Los ítems 100, 102, 103, 104, 105, 106 y 109 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 101, 107 y 108 mostraron valores relativamente inferiores. No obstante, todos los reactivos obtuvieron coeficientes superiores a los valores mínimos recomendados, respaldando una excelente validez de contenido para esta dimensión (ver figura 23).

Figura 23

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 9. Estado cognitivo

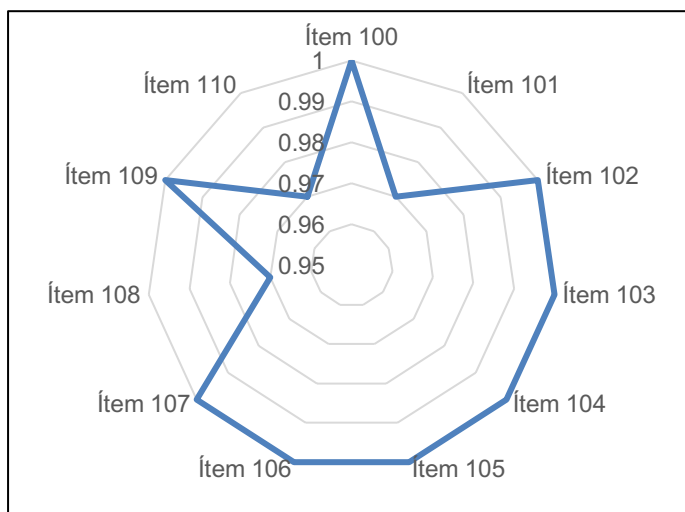


Tabla 4.

Resultados de evaluación de expertos por ítem: segunda ronda (continuación)

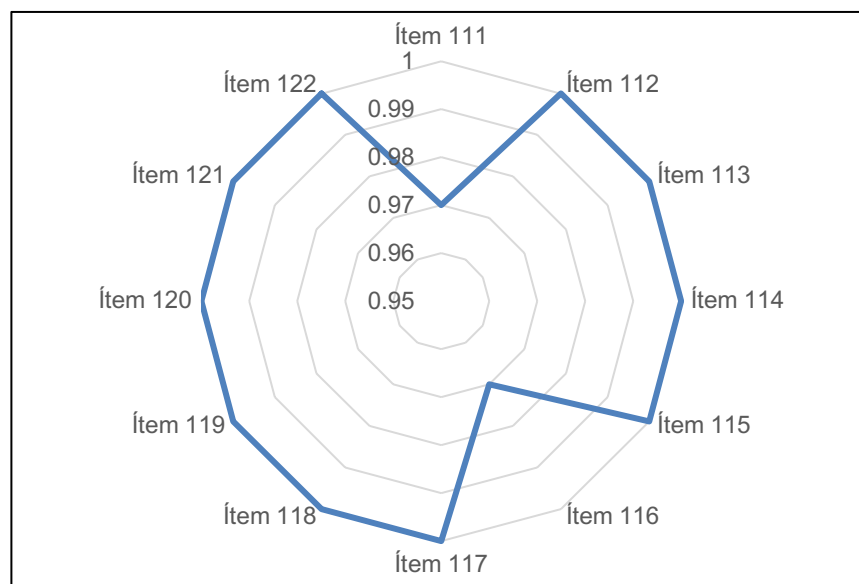
Dimensión	ítem	Pertinencia	IC 95%	¿Se adecua ítem?
Interacción con el entorno	111	0.97	(0.86-1)	No
	112	1	(0.90-1)	No
	113	1	(0.90-1)	No
	114	1	(0.90-1)	No
	115	1	(0.90-1)	No
	116	0.97	(0.86-1)	No
	117	1	(0.90-1)	No
	118	1	(0.90-1)	No
	119	1	(0.90-1)	No
	120	1	(0.90-1)	No
	121	1	(0.90-1)	No
	122	1	(0.90-1)	No
Relaciones interpersonales e integración social	123	0.92	(0.78-0.97)	No
	124	1	(0.90-1)	No
	125	1	(0.90-1)	No
	126	1	(0.90-1)	No
	127	0.97	(0.86-1)	No
	128	1	(0.90-1)	No
	129	0.97	(0.86-1)	No
	130	0.97	(0.86-1)	No
	131	1	(0.90-1)	No
	132	0.97	(0.86-1)	No
	133	0.97	(0.86-1)	No
	134	1	(0.90-1)	No

135	1	(0.90-1)	No
136	1	(0.90-1)	No

La dimensión Interacción con el entorno presentó coeficientes V de Aiken elevados para la totalidad de los reactivos evaluados, observándose valores comprendidos entre aproximadamente 0.97 y 1.00. Los ítems 112, 115, 117, 118 y 122 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 111 y 116 registraron los valores relativamente más bajos de la dimensión. No obstante, todos los reactivos obtuvieron coeficientes superiores a los valores recomendados para la validez de contenido, evidenciando un elevado grado de acuerdo entre los expertos respecto a su pertinencia y representatividad (ver figura 24).

Figura 24

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 10. Interacción con el entorno



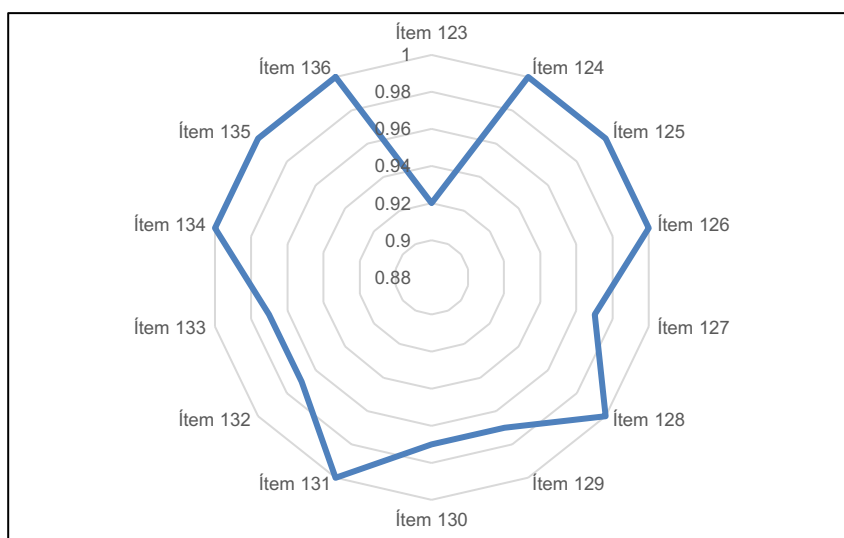
En la primera ronda de validación, la dimensión Interacción con el entorno estuvo conformada únicamente por dos reactivos, los cuales obtuvieron coeficientes V de Aiken de 0.98 y 0.95. A partir de las observaciones realizadas por los expertos, la dimensión fue ampliada mediante la incorporación de nuevos reactivos que permitieron una evaluación más amplia y específica del constructo. Los resultados obtenidos en la segunda ronda muestran

que los nuevos reactivos alcanzaron coeficientes elevados y homogéneos, lo que respalda la pertinencia de las modificaciones realizadas y evidencia un fortalecimiento de la validez de contenido de esta dimensión.

La dimensión Relaciones interpersonales e integración social presentó coeficientes V de Aiken elevados para todos los reactivos evaluados, observándose valores comprendidos entre aproximadamente 0.92 y 1.00. Los ítems 124, 126, 128, 131 y 136 alcanzaron las puntuaciones más altas, mientras que los ítems 123 y 127 registraron los valores relativamente más bajos de la dimensión. No obstante, todos los reactivos obtuvieron coeficientes superiores a los valores recomendados para la validez de contenido, evidenciando un elevado grado de acuerdo entre los expertos respecto a su pertinencia y representatividad (ver figura 25).

Figura 25

Resultados de evaluación de expertos: Dimensión 11. Relaciones interpersonales e integración social



En conjunto, las once dimensiones que conformaron la segunda versión del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor alcanzaron coeficientes V de Aiken predominantemente superiores a 0.90, observándose una importante concentración de los valores entre 0.95 y 1.00. Estos resultados evidencian un elevado nivel de consenso

entre los expertos respecto a la pertinencia, representatividad y congruencia conceptual de las dimensiones y reactivos propuestos. Asimismo, la comparación con la primera ronda de validación muestra una disminución de la variabilidad de los coeficientes y una mejora generalizada en los niveles de acuerdo, lo que sugiere que las modificaciones realizadas a partir de las observaciones de los expertos contribuyeron al fortalecimiento de la validez de contenido del instrumento. Los hallazgos obtenidos respaldaron la elaboración de una versión prefinal, la cual fue posteriormente sometida a revisión lingüística y a una tercera ronda de evaluación por expertos antes de proceder a la prueba piloto y estimación de la confiabilidad.

Integración de la versión prefinal del instrumento

Los resultados obtenidos durante la segunda ronda de validación evidenciaron un elevado grado de consenso entre los expertos, observándose coeficientes V de Aiken superiores a 0.90 para la totalidad de las dimensiones y reactivos evaluados. Asimismo, las observaciones cualitativas realizadas por los jueces fueron escasas y estuvieron orientadas principalmente a aspectos de redacción y precisión semántica de algunos ítems, sin que se identificaran recomendaciones relacionadas con la estructura conceptual del instrumento ni con la denominación de las once dimensiones previamente establecidas.

Considerando estos resultados favorables, y con la finalidad de optimizar la factibilidad de aplicación del instrumento sin comprometer la representatividad del constructo, los 136 reactivos que conformaban la segunda versión fueron sometidos a un proceso de integración conceptual. Este procedimiento consistió en agrupar reactivos que evaluaban un mismo fenómeno clínico o necesidad geriátrica, generando indicadores sintéticos de valoración susceptibles de ser puntuados por el profesional de enfermería. La reorganización se fundamentó en los principios de la Valoración Geriátrica Integral y en los problemas de enfermería descritos por Faye Glenn Abdellah, permitiendo conservar las once dimensiones previamente validadas y reducir el instrumento a 29 ítems operativos para su

aplicación clínica. La Tabla 9 muestra la correspondencia entre los reactivos de la segunda versión y los ítems que integraron la versión prefinal del instrumento.

Como resultado de este proceso se diseñó la versión prefinal del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones (IVEPEMAD), la cual conservó las once dimensiones previamente validadas, pero fue reorganizada en dos secciones complementarias: valoración de enfermería e identificación de necesidades geriátricas. La primera sección fue diseñada para guiar de manera estructurada la valoración clínica realizada por el profesional de enfermería, mientras que la segunda sección quedó integrada por 29 ítems destinados a identificar necesidades geriátricas susceptibles de intervención enfermera.

La versión prefinal incorporó un sistema de puntuación tipo Likert de cuatro categorías (0 a 3 puntos), donde las puntuaciones más elevadas representan una mayor alteración, dependencia o riesgo. La suma de los puntajes permite obtener una puntuación global comprendida entre 0 y 87 puntos, clasificando a la persona mayor según la carga de necesidades geriátricas identificadas en tres categorías: menor presencia de necesidades geriátricas alteradas (0-29 puntos), presencia intermedia de necesidades geriátricas alteradas (30-58 puntos) y mayor carga de problemas geriátricos (59-87 puntos).

Paralelamente, se elaboró el instructivo de llenado correspondiente, con la finalidad de estandarizar la aplicación del instrumento y facilitar su utilización por parte de los profesionales de enfermería. Dicho documento incluyó información relativa al objetivo del instrumento, procedimiento de aplicación, criterios de valoración, sistema de puntuación e interpretación de resultados. La integración de la versión prefinal y de su instructivo constituyó la culminación de la fase de diseño y validación de contenido, generando una herramienta conceptualmente sólida y operativamente viable para su posterior revisión lingüística, evaluación final por expertos y aplicación piloto.

Tabla 9

Integración conceptual de los 136 reactivos de la segunda versión en los 29 ítems de la versión prefinal del IVEPEMAD

Dimensión	Ítem final	Reactivos de la versión 2 que lo integran	Justificación conceptual
Estado cognitivo	1. ¿Presenta cambios en el estado cognitivo que sugieran confusión aguda?	106, 107	Ambos reactivos exploraban manifestaciones compatibles con delirium o síndrome confusional agudo.
Estado cognitivo	2. ¿Presenta alteraciones en las funciones cognitivas?	100, 101, 102, 103, 104, 105	Integran orientación, atención, memoria inmediata y concentración, componentes centrales del funcionamiento cognitivo.
Estado cognitivo	3. ¿Presenta alteraciones de la memoria y esto le causa problemas en sus actividades diarias?	108, 109, 110	Evalúan memoria funcional, diagnóstico previo y necesidad de rehabilitación cognitiva.
Función sensorial	4. ¿Presenta alteraciones en la función sensorial?	79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 87, 88, 89	Integran visión, audición, tacto, olfato y gusto.
Función sensorial	5. ¿El déficit sensorial tiene tratamiento?	79, 81, 83, 84, 86	Evalúan uso, seguimiento y adherencia a auxiliares o tratamientos sensoriales.
Actividad física y postura	6. ¿Presenta problemas de movilidad?	50, 51, 52, 53, 54, 56, 58, 59	Integran capacidad de desplazamiento, transferencias y ayudas técnicas.
Actividad física y postura	7. ¿Tiene disminución del desempeño físico?	55, 60, 61, 62, 63	Evalúan fuerza muscular, resistencia y capacidad funcional física.
Actividad física y postura	8. ¿Cómo es el potencial rehabilitador?	55, 56, 57, 58, 59	Determina la posibilidad de recuperación funcional considerando alteraciones físicas presentes.

Tabla 9

Integración conceptual de los 136 reactivos de la segunda versión en los 29 ítems de la versión prefinal del IVEPEMAD

Dimensión	Ítem final	Reactivos de la versión 2 que lo integran	Justificación conceptual
Interacción con el entorno	9. ¿Presenta dependencia para ABVD?	111, 112, 113, 114	Corresponden a actividades básicas de la vida diaria.
Interacción con el entorno	10. ¿Presenta dependencia para AIVD?	115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122	Corresponden a actividades instrumentales de la vida diaria.
Interacción con el entorno	11. ¿Presentaba pérdida de la funcionalidad previa?	111-122	Resume el deterioro funcional respecto al nivel previo de independencia.
Seguridad	12. ¿Presenta factores de riesgo para caídas?	64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73	Integran factores intrínsecos y extrínsecos asociados al riesgo de caída.
Seguridad	13. ¿Cuántos fármacos consume?	77, 78	Evalúan polifarmacia y conocimiento de efectos adversos.
Seguridad	14. ¿Presenta lesiones relacionadas a la dependencia?	74, 75, 76	Integran presencia, localización y gravedad de lesiones cutáneas.
Seguridad	15. ¿Las lesiones relacionadas con la dependencia tienen tratamiento?	74, 75, 76	Valora seguimiento terapéutico de las lesiones detectadas.
Alimentación e ingesta hídrica	16. ¿Presenta riesgos nutricionales?	26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36	Integra problemas de alimentación, disfagia, salud oral y pérdida ponderal.
Alimentación e ingesta hídrica	17. ¿Presenta riesgo de desequilibrio hidroelectrolítico por baja ingesta de líquidos?	35	Resume la valoración de hidratación.
Alimentación e ingesta hídrica	18. ¿Presenta riesgo de sarcopenia?	37, 38	Considera IMC, perímetro braquial y perímetro de pantorrilla.
Eliminación urinaria e intestinal	19. ¿Presenta alteración en la eliminación urinaria?	39, 40, 41, 42, 43	Evalúan continencia, cateterismo y alteraciones urinarias.

Tabla 9

Integración conceptual de los 136 reactivos de la segunda versión en los 29 ítems de la versión prefinal del IVEPEMAD

Dimensión	Ítem final	Reactivos de la versión 2 que lo integran	Justificación conceptual
Eliminación urinaria e intestinal	20. ¿Presenta alteración en la eliminación intestinal?	44, 45, 46, 47, 48, 49	Integran continencia fecal, estreñimiento, estomas y características de la eliminación.
Confort físico	21. ¿Presenta dolor agudo bien controlado?	13, 14, 15, 16, 17, 18	Integran presencia, intensidad, características y control del dolor agudo.
Confort físico	22. ¿Presenta dolor crónico en tratamiento?	19, 20, 21, 22, 23, 24, 25	Integran antecedentes de dolor persistente y estrategias terapéuticas.
Descanso y sueño	23. ¿Cómo es la calidad de su sueño y descanso?	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8	Integran cantidad y calidad del sueño nocturno.
Descanso y sueño	24. ¿Qué tanto afectan los problemas para dormir?	7, 9, 10, 11, 12	Evalúan repercusión funcional y medidas utilizadas para dormir.
Relaciones interpersonales e integración social	25. ¿Cómo es la relación con su familia?	124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131	Evalúan estructura y apoyo familiar.
Relaciones interpersonales e integración social	26. ¿Cómo son sus relaciones sociales?	132, 133	Evalúan interacción e integración comunitaria.
Relaciones interpersonales e integración social	27. ¿Existe riesgo de colapso de la persona cuidadora?	123, 134, 135, 136	Integran disponibilidad de cuidador, sobrecarga y red de apoyo.
Expresión consciente de sentimientos y emociones	28. ¿Presenta síntomas depresivos?	90, 91, 92, 93, 94	Integran tristeza, anhedonia, aislamiento y apatía.
Expresión consciente de sentimientos y emociones	29. ¿Presenta datos de maltrato?	95, 96, 97, 98, 99	Integran satisfacción familiar, convivencia y posibles indicadores de violencia o maltrato.

La reducción de 136 a 29 reactivos no correspondió a un proceso de eliminación de contenido, sino a una estrategia de integración conceptual. Los reactivos de la segunda versión constituyeron elementos de valoración clínica utilizados para identificar necesidades geriátricas específicas. En la versión prefinal, estos reactivos fueron reorganizados en 29 indicadores sintéticos que permiten resumir la información obtenida durante la valoración de enfermería y clasificar el nivel de alteración de cada necesidad geriátrica. Esta transformación tuvo como propósito mejorar la factibilidad de aplicación del instrumento en la práctica clínica sin perder la cobertura conceptual de las dimensiones previamente validadas.

Resultados de la revisión lingüística del instrumento e instructivo de llenado

Una vez concluido el proceso de integración conceptual de los reactivos y diseñada la versión prefinal del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones, así como su respectivo instructivo de llenado, ambos documentos fueron sometidos a revisión lingüística especializada.

La evaluación fue realizada por una profesional experta en lingüística, quien efectuó un análisis sistemático del instrumento y del instructivo considerando aspectos relacionados con corrección gramatical, puntuación, claridad de redacción, coherencia y cohesión textual, sintaxis, pertinencia del lenguaje empleado y comprensibilidad de las instrucciones de aplicación. Como resultado de esta revisión se identificaron diversas oportunidades de mejora orientadas a fortalecer la precisión terminológica, la uniformidad del lenguaje y la comprensión de los contenidos por parte de los profesionales de enfermería.

Las observaciones emitidas se concentraron principalmente en cuatro aspectos: a) homologación de la voz narrativa utilizada a lo largo del instrumento e instructivo, procurando que todas las instrucciones estuvieran dirigidas al profesional de enfermería responsable de la valoración; b) mejora de la redacción y estructura sintáctica de preguntas e indicaciones para favorecer su claridad; c) incorporación de lenguaje inclusivo y eliminación de

masculinos genéricos; y d) precisión de conceptos, abreviaturas y criterios de interpretación de resultados.

Entre las modificaciones más relevantes destacó la reestructuración de múltiples instrucciones que originalmente estaban redactadas como preguntas dirigidas a la persona mayor, transformándolas en indicaciones dirigidas al personal de enfermería, con el fin de mantener una voz narrativa uniforme en todo el documento. Asimismo, se realizaron ajustes en la organización de algunos apartados, se mejoró la puntuación, se corrigieron errores gramaticales menores y se precisaron determinadas definiciones operativas e instrucciones de puntuación.

De igual forma, se emitieron recomendaciones para explicitar el significado de algunas abreviaturas y fortalecer la interpretación de las puntuaciones obtenidas. Tras el análisis de las recomendaciones emitidas, se incorporaron aquellas consideradas pertinentes, procurando conservar íntegramente el contenido conceptual previamente validado por los expertos. Ninguna de las observaciones realizadas implicó modificaciones a la estructura conceptual del instrumento, a las dimensiones evaluadas o a los indicadores que lo conformaban; los cambios efectuados estuvieron orientados exclusivamente a optimizar la calidad lingüística, claridad operativa y comprensión de las instrucciones (ver tabla 10). Como resultado de esta fase se obtuvo la versión lingüísticamente ajustada del instrumento y de su instructivo de llenado, los cuales fueron considerados aptos para continuar con la tercera ronda de validación por juicio de expertos.

Tabla 10

Principales observaciones derivadas de la revisión lingüística de la versión prefinal del instrumento y del instructivo de llenado

Categoría de revisión	Observaciones identificadas	Correcciones realizadas
Uniformidad de formato	Existían diferencias en el estilo de redacción de listas, viñetas y elementos descriptivos.	Se homologó la presentación de listas, viñetas y apartados para mantener consistencia visual y textual.

Tabla 10

Principales observaciones derivadas de la revisión lingüística de la versión prefinal del instrumento y del instructivo de llenado

Categoría de revisión	Observaciones identificadas	Correcciones realizadas
Corrección gramatical y puntuación	Se identificaron errores menores de puntuación, uso de mayúsculas, concordancia y construcción de oraciones.	Se realizaron correcciones ortográficas, gramaticales y de puntuación en el instrumento y el instructivo.
Homologación de la voz narrativa	Las instrucciones alternaban entre dirigirse al profesional de enfermería y a la persona mayor.	Se estandarizó la redacción para dirigir todas las instrucciones al profesional de enfermería responsable de la valoración.
Precisión semántica	Algunas preguntas e instrucciones podían generar interpretaciones ambiguas o confusas.	Se reformularon diversos enunciados para mejorar su precisión y comprensión.
Coherencia textual	Algunos apartados contenían instrucciones extensas o con secuencia lógica poco clara.	Se reorganizaron frases y se mejoró la conexión entre ideas para facilitar la comprensión del texto.
Perspectiva de género y lenguaje inclusivo	Se identificó el uso recurrente de masculinos genéricos.	Se sustituyeron expresiones por formas neutras o concordantes con el término "persona mayor".
Consistencia terminológica	Existían diferencias en la forma de nombrar dimensiones, incisos y conceptos clínicos.	Se homologó la terminología utilizada en todo el instrumento e instructivo.
Organización de preguntas clínicas	Algunas preguntas agrupaban varios conceptos en un mismo enunciado.	Se reorganizaron en secuencias más claras para favorecer una aplicación uniforme.
Uso de abreviaturas y siglas	Algunas abreviaturas no se explicaban adecuadamente o no seguían un uso uniforme.	Se incorporaron definiciones y se estandarizó el uso de siglas a lo largo del documento.
Eliminación de redundancias	Se identificaron expresiones repetitivas o innecesarias.	Se simplificó la redacción conservando el significado original.
Claridad de criterios clínicos	Algunos criterios diagnósticos o interpretativos podían resultar ambiguos.	Se mejoró la descripción de criterios clínicos utilizados para la valoración.
Interpretación de resultados	No se describía de manera explícita cómo asignar las puntuaciones del instrumento.	Se recomendó incorporar instrucciones específicas para la asignación e interpretación de puntajes.
Aplicabilidad clínica	Algunas instrucciones podían dificultar una aplicación homogénea del instrumento.	Se simplificó la redacción y se fortaleció la orientación operativa dirigida al personal de enfermería.

En términos generales, las observaciones emitidas por la especialista en lingüística estuvieron orientadas a mejorar aspectos formales de redacción, sintaxis, claridad y consistencia terminológica del instrumento y su instructivo de llenado. Ninguna de las recomendaciones implicó modificaciones a las once dimensiones, a la estructura conceptual del instrumento o a los indicadores previamente validados por los expertos. Por el contrario, los ajustes realizados fortalecieron la comprensión, precisión semántica y estandarización de la herramienta, incrementando su factibilidad de aplicación en la práctica clínica de enfermería y garantizando la preservación del constructo evaluado.

Validez de contenido del instrumento

Posterior a la revisión lingüística y a la incorporación de las modificaciones sugeridas, la versión prefinal del *Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones* fue sometida a una tercera ronda de validación por juicio de expertos. Esta fase tuvo como finalidad valorar la correspondencia conceptual de la versión operativa del instrumento con el constructo de interés: las necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería, identificadas mediante la valoración realizada por el profesional de enfermería.

En esta etapa participaron nueve jueces expertos, quienes evaluaron los 29 ítems que integraban la versión prefinal del instrumento mediante una escala tipo Likert de cinco puntos. Para el análisis cuantitativo de la validez de contenido se consideraron como valoraciones favorables las puntuaciones de 4 y 5, correspondientes a las categorías “Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones” y “Extremadamente relacionado”. A partir de estas puntuaciones se calculó el Índice de Validez por Ítem (IVxI), el Criterio de Validez (CV), el Índice de Validez de Contenido global (IVC) y el índice de acuerdo universal (S-CVI/UA), de acuerdo con la metodología propuesta por Waltz y Bausell (ver tabla 11).

El Índice de Validez por Ítem mostró valores entre 0.78 y 1.00. Veintitrés ítems obtuvieron un IVxl de 1.00, lo que indica que la totalidad de los jueces los calificó con puntuaciones favorables. Cinco ítems obtuvieron un IVxl de 0.89, correspondiente a ocho de nueve jueces con valoraciones favorables, mientras que un ítem obtuvo un IVxl de 0.78, equivalente a siete de nueve jueces con puntuaciones de 4 o 5. A pesar de esta variación, todos los ítems alcanzaron el criterio mínimo de aceptación establecido para paneles conformados por seis o más expertos, por lo que ninguno fue eliminado en esta fase.

El Criterio de Validez fue de 100%, ya que los 29 ítems evaluados alcanzaron valores iguales o superiores al punto de corte establecido de $IVxl \geq 0.78$. Este resultado indica que la totalidad de los ítems presentó una adecuada relación conceptual con el constructo evaluado y que, desde la perspectiva del panel de expertos, los reactivos resultaron pertinentes para identificar necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

El Índice de Validez de Contenido global, calculado mediante el promedio de los IVxl obtenidos en los 29 ítems, fue de 0.97. Este valor evidencia una excelente validez de contenido global de la versión prefinal del instrumento, al demostrar que el conjunto de ítems presenta un alto grado de representatividad respecto al constructo evaluado. Asimismo, el índice de acuerdo universal fue de 0.79, lo que indica que el 79% de los ítems obtuvo consenso completo entre los nueve jueces expertos.

Tabla 11

Índices globales de validez de contenido del IVEPEMAD

Índice	Fórmula operacional	Resultado	Interpretación
IVxl	Número de jueces con puntuación ≥ 4 / total de jueces	0.78–1.00	Todos los ítems alcanzaron el criterio mínimo de aceptación.
CV	$\frac{\text{Ítems válidos}}{\text{total de ítems}} \times 100$	100%	La totalidad de los ítems fue considerada válida.

Tabla 11*Índices globales de validez de contenido del IVEPEMAD*

Índice	Fórmula operacional	Resultado	Interpretación
IVC	$\Sigma IV_{xi} / \text{total de ítems}$	0.97	Excelente validez de contenido global.
S-CVI/UA	Ítems con acuerdo universal / total de ítems	0.79	Elevada proporción de ítems con consenso completo.

Nota. Participaron nueve jueces expertos y se evaluaron 29 ítems. Se consideraron favorables las puntuaciones de 4 y 5. El criterio mínimo de aceptación fue $IV_{xi} \geq 0.78$.

Al analizar la validez de contenido por dimensión, se observó que los valores del IVC dimensional oscilaron entre 0.89 y 1.00. Las dimensiones Estado cognitivo, Función sensorial, Actividad física y postura, Interacción con el entorno, Eliminación urinaria e intestinal, Confort físico, y Descanso y sueño alcanzaron un IVC de 1.00, lo que refleja acuerdo favorable absoluto entre los expertos respecto a la pertinencia y coherencia de los ítems que las integran.

Las dimensiones Seguridad y Alimentación e ingesta hídrica obtuvieron valores de IVC de 0.97 y 0.96, respectivamente, lo que también evidencia una adecuada representatividad conceptual. Por su parte, las dimensiones Relaciones interpersonales e integración social, y Expresión consciente de sentimientos y emociones obtuvieron un IVC de 0.89. Aunque estos valores fueron menores en comparación con las demás dimensiones, se mantuvieron por encima del criterio mínimo de aceptación, por lo que fueron consideradas válidas dentro de la estructura final del instrumento.

Tabla 12*Índice de Validez de Contenido por dimensión*

Dimensión	Ítems	IVC por dimensión
Estado cognitivo	1–3	1.00
Función sensorial	4–5	1.00

Tabla 12*Índice de Validez de Contenido por dimensión*

Dimensión	Ítems	IVC por dimensión
Actividad física y postura	6–8	1.00
Interacción con el entorno	9–11	1.00
Seguridad	12–15	0.97
Alimentación e ingesta hídrica	16–18	0.96
Eliminación urinaria e intestinal	19–20	1.00
Confort físico	21–22	1.00
Descanso y sueño	23–24	1.00
Relaciones interpersonales e integración social	25–27	0.89
Expresión consciente de sentimientos y emociones	28–29	0.89

Los resultados obtenidos permiten afirmar que la versión prefinal del instrumento presentó evidencia favorable de validez de contenido tanto a nivel global como por dimensión. La totalidad de los ítems superó el criterio mínimo de aceptación y el IVC global alcanzó un valor elevado, lo que respalda la pertinencia de conservar los 29 ítems en la versión final. Asimismo, los valores por dimensión muestran que la estructura del instrumento mantiene coherencia con las áreas de valoración geriátrica propuestas y con el enfoque de identificación de necesidades susceptibles de intervención por enfermería.

En conjunto, esta tercera ronda permitió confirmar la correspondencia conceptual entre los ítems, las dimensiones del instrumento y el constructo general de necesidades geriátricas. Por lo tanto, los resultados de esta fase constituyeron la evidencia final de validez de contenido basada en juicio de expertos y permitieron consolidar la versión final del instrumento para su aplicación en la prueba piloto.

Confiabilidad del instrumento

La prueba piloto se realizó en una muestra de 30 personas mayores tanto en entornos hospitalarios (73.3%), como en el ambulatorio (26.7%). Predominó el grupo de

edad de 60 a 65 años (53.3%), seguido de los grupos de 66 a 70 años y de 71 a 75 años, ambos con 13.3%. Respecto al sexo, la mayoría de los participantes fueron mujeres (66.7%). En relación con la escolaridad, el grupo más frecuente correspondió a personas con entre 1 y 6 años de estudio (36.7%), seguido de quienes contaban con 7 a 9 años de escolaridad (26.7%). En cuanto al estado civil, predominó la población casada (46.7%), seguida de las personas viudas (43.3%). La ocupación más frecuente fue trabajadora del hogar (53.3%) (ver tabla 13).

Tabla 13

Características sociodemográficas de la muestra piloto (n=30)

Variables		f	%
Edad			
	60–65 años	16	53.3
	66–70 años	4	13.3
	71–75 años	4	13.3
	76–80 años	3	10.0
	81–85 años	2	6.7
	Más de 86 años	1	3.3
Sexo			
	Masculino	10	33.3
	Femenino	20	66.7
Años de estudio			
	Analfabeta	5	16.7
	1–6 años	11	36.7
	7–9 años	8	26.7
	10–12 años	5	16.7
	13–17 años	1	3.3
Estado civil			
	Casada(o)	14	46.7
	Viuda(o)	13	43.3
	Divorciada(o)	3	10.0
Ocupación			
	Trabajadora del hogar	16	53.3
	Jubilada(o)	2	6.7
	Comerciante	6	20.0

Tabla 13*Características sociodemográficas de la muestra piloto (n=30)*

Variables	f	%
Desempleada(o)	5	16.7
Otra	1	3.3
Entorno de evaluación		
Ambulatorio	8	26.7
Hospitalario	22	73.3

La consistencia interna preliminar del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. El análisis realizado en una muestra piloto de 30 personas mayores mostró un alfa global de 0.675, valor que indica una consistencia interna moderada. Este resultado se considera aceptable para una fase inicial de pilotaje, particularmente debido a la naturaleza multidimensional del instrumento, el cual integra dominios funcionales, cognitivos, físicos, emocionales y sociales derivados de la Valoración Geriátrica Integral y de la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah (ver tabla 14).

Tabla 14

Análisis de consistencia interna del IVEPEMAD (n=30)

Indicador	Resultado
Número de participantes	30
Número de ítems	29
Alfa de Cronbach global	0.675
Correlación ítem-total corregida mínima	-0.322
Correlación ítem-total corregida máxima	0.577
Alfa mínimo si se elimina un ítem	0.650
Alfa máximo si se elimina un ítem	0.716

Nota. La consistencia interna fue estimada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Las correlaciones ítem-total corregidas oscilaron entre -0.322 y 0.577. El mayor incremento del alfa se observó al eliminar el ítem 13 ($\alpha = 0.716$), aunque éste fue conservado debido a su relevancia conceptual y a la evidencia favorable de validez de contenido obtenida durante el juicio de expertos.

La consistencia interna preliminar del instrumento fue evaluada mediante el coeficiente alfa de Cronbach. Los resultados mostraron un alfa global de 0.675, lo que indica una consistencia interna moderada para la versión piloto del instrumento. Asimismo, las correlaciones ítem-total corregidas evidenciaron una adecuada contribución de la mayoría de los reactivos a la puntuación global, mientras que el análisis del alfa si se elimina el ítem permitió identificar aquellos reactivos con menor asociación interna, sin que ello justificara su eliminación debido a su relevancia teórica y clínica. Los resultados se presentan en la Tabla 15.

Tabla 15

Correlación ítem-total corregida y alfa de Cronbach si se elimina el ítem del IVEPEMAD

Ítem	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
1	0.214	0.667
2	0.183	0.670
3	0.127	0.673
4	0.301	0.661
5	0.450	0.649
6	0.469	0.646
7	0.577	0.639
8	0.352	0.657
9	0.289	0.663
10	0.479	0.645
11	0.264	0.664
12	0.318	0.660
13	-0.322	0.716
14	-0.095	0.689
15	-0.008	0.680
16	0.445	0.649
17	0.051	0.683
18	0.238	0.666
19	0.194	0.670
20	0.282	0.663
21	0.163	0.672
22	0.074	0.685
23	0.061	0.687

Tabla 15

Correlación ítem-total corregida y alfa de Cronbach si se elimina el ítem del IVEPEMAD

Ítem	Correlación ítem-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el ítem
24	0.286	0.663
25	-0.079	0.690
26	0.108	0.676
27	0.221	0.668
28	0.437	0.650
29	0.174	0.671

Nota. Alfa de Cronbach global = 0.675. Las correlaciones ítem-total corregidas oscilaron entre -0.322 y 0.577. El mayor incremento del coeficiente alfa se observó al eliminar el ítem 13 ($\alpha = 0.716$), seguido de los ítems 25 ($\alpha = 0.690$), 14 ($\alpha = 0.689$) y 23 ($\alpha = 0.687$). No obstante, estos reactivos se conservaron debido a su relevancia conceptual dentro del constructo de necesidades geriátricas y a la evidencia favorable de validez de contenido obtenida durante las tres rondas de juicio de expertos.

El análisis de correlación ítem-total corregida mostró que la mayoría de los reactivos presentó asociaciones positivas con la puntuación global del instrumento. Los coeficientes más elevados se observaron en los ítems relacionados con actividad física y postura, función sensorial, alimentación e ingesta hídrica y expresión consciente de sentimientos y emociones, lo que indica una adecuada contribución de dichos reactivos a la consistencia interna del instrumento. Por otra parte, algunos ítems presentaron correlaciones bajas o negativas, particularmente aquellos pertenecientes a las dimensiones de seguridad y relaciones interpersonales. Sin embargo, debido a su relevancia clínica y a los altos índices de validez de contenido obtenidos durante la evaluación por expertos, se decidió conservarlos en la versión final del instrumento.

El análisis del alfa de Cronbach si se elimina el ítem mostró que la exclusión de determinados reactivos produciría incrementos discretos en la consistencia interna global. No obstante, ninguno de estos incrementos justificó la eliminación de los ítems, ya que el objetivo del instrumento es valorar múltiples dominios de la persona mayor desde una perspectiva integral y no medir un único constructo unidimensional. Por ello, se optó por

mantener la estructura completa del instrumento para su evaluación en estudios posteriores con muestras de mayor tamaño.

En conjunto, los resultados obtenidos muestran evidencia preliminar favorable respecto a la consistencia interna del instrumento y respaldan la pertinencia de continuar con su evaluación psicométrica en muestras más amplias. La elevada validez de contenido obtenida previamente mediante juicio de expertos, aunada a los resultados de confiabilidad observados durante el pilotaje, sugieren que el instrumento posee potencial para su utilización en la identificación de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

Análisis exploratorio de las puntuaciones del instrumento

Con la finalidad de explorar el comportamiento de las puntuaciones obtenidas durante la prueba piloto, se calculó la puntuación total del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones mediante la suma de los 29 ítems que lo integran. Posteriormente, se realizó un análisis descriptivo de la distribución de las puntuaciones obtenidas por los 30 participantes incluidos en el estudio.

Las puntuaciones observadas oscilaron entre 5 y 45 puntos, con una media de 26.73 puntos, una mediana de 26.50 puntos y una desviación estándar de 8.50 puntos. El rango observado fue de 40 puntos, lo que evidencia variabilidad en la magnitud de las necesidades geriátricas identificadas en la muestra evaluada. Los estadísticos descriptivos se presentan en la Tabla 16.

Tabla 16

Estadísticos descriptivos de la puntuación total del IVEPEMAD (n=30)

Estadístico	Valor
Mínimo	5.0
Máximo	45.0
Rango	40.0
Media	26.73
Mediana	26.50
Desviación estándar	8.50
Asimetría	-0.423
Curtosis	0.681
Percentil 10	16.70
Percentil 25 (Q1)	23.00
Percentil 50 (Q2)	26.50
Percentil 75 (Q3)	32.75
Percentil 90	35.10

Nota. Puntuación total calculada mediante la suma de los 29 ítems del instrumento.

La distribución de las puntuaciones presentó una asimetría de -0.423 y una curtosis de 0.681. Estos valores indican una distribución relativamente simétrica, con una ligera tendencia hacia puntuaciones más elevadas y una concentración moderada de casos alrededor de la media. En conjunto, los resultados sugieren que la distribución de las puntuaciones no presentó desviaciones importantes respecto a la normalidad.

El análisis percentilar mostró que el 25% de los participantes obtuvo puntuaciones iguales o inferiores a 23 puntos (Q1), mientras que el 75% presentó puntuaciones iguales o inferiores a 32.75 puntos (Q3). Asimismo, el percentil 90 se ubicó en 35.10 puntos, indicando que únicamente el 10% de los participantes alcanzó puntuaciones superiores a dicho valor. Estos hallazgos sugieren que las

puntuaciones de la muestra se concentraron principalmente en niveles bajos e intermedios de alteración.

Finalmente, debido al carácter exploratorio de la prueba piloto y al tamaño reducido de la muestra, los percentiles obtenidos fueron utilizados únicamente para describir el comportamiento inicial de la escala. Por consiguiente, no se emplearon para modificar los puntos de corte teóricos establecidos durante la fase de diseño del instrumento. La determinación de puntos de corte empíricos y la evaluación de la estructura interna de la escala deberán realizarse en estudios posteriores mediante análisis factorial y validación en muestras más amplias y representativas de la población objetivo.

El análisis exploratorio de las puntuaciones permitió describir el comportamiento inicial de la escala y evidenció una distribución relativamente simétrica de las puntuaciones obtenidas durante el pilotaje. Sin embargo, este procedimiento no constituye una evaluación de la estructura interna del instrumento. La validación de constructo requerirá la realización de análisis factorial exploratorio y confirmatorio en muestras más amplias, con el propósito de determinar empíricamente la agrupación de los ítems y corroborar la estructura dimensional propuesta durante la fase de diseño.

Discusión

La tercera ronda de validación permitió obtener evidencia sólida de validez de contenido para la versión prefinal del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones. Los resultados mostraron un Índice de Validez de Contenido global (IVC) de 0.97, un Criterio de Validez del 100% y valores de IVxl comprendidos entre 0.78 y 1.00, lo que indica que la totalidad de los ítems fue considerada pertinente y conceptualmente relacionada con el constructo evaluado por parte del panel de expertos. Estos hallazgos sugieren que el instrumento posee una elevada representatividad del dominio conceptual que pretende medir y que los ítems incluidos son adecuados para identificar necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería.

Los resultados obtenidos son consistentes con los principios descritos por Vallejo Sánchez et al. (2007), quienes desarrollaron un instrumento de valoración geriátrica fundamentado en las catorce necesidades de Virginia Henderson. Los autores señalaron que la construcción de herramientas de valoración en enfermería requiere una estrecha correspondencia entre los componentes del instrumento y el modelo teórico que les da sustento, ya que dicha congruencia constituye la base para garantizar la pertinencia clínica de la información obtenida durante el proceso de valoración. En este sentido, ambos estudios comparten la premisa de que la valoración geriátrica debe trascender la recopilación aislada de datos clínicos y orientarse hacia la identificación sistemática de necesidades de cuidado desde una perspectiva disciplinar.

Mientras que Vallejo Sánchez et al. estructuraron su propuesta a partir de las necesidades fundamentales de Henderson, el presente estudio se fundamentó en los problemas de enfermería descritos por Faye Glenn Abdellah y en los dominios de la Valoración Geriátrica Integral. Esta integración permitió desarrollar una herramienta que no

sólo explora aspectos funcionales, cognitivos, afectivos y sociales ampliamente reconocidos en la geriatría contemporánea, sino que además los vincula explícitamente con necesidades susceptibles de intervención por enfermería. Desde esta perspectiva, el instrumento diseñado no se limita a detectar alteraciones o síndromes geriátricos, sino que favorece la interpretación clínica de los hallazgos en términos de necesidades de cuidado, aspecto congruente con el enfoque problemático planteado por Abdellah.

Otro aspecto relevante es que el instrumento desarrollado por Vallejo Sánchez et al. se diseñó como una guía de valoración estructurada basada en necesidades, mientras que el instrumento propuesto en el presente estudio incorpora adicionalmente un sistema de puntuación que permite clasificar el grado de afectación de las necesidades identificadas. Esta característica proporciona una ventaja operativa, ya que facilita la priorización clínica de problemas, la toma de decisiones y el seguimiento longitudinal de la persona mayor en distintos niveles de atención.

La elevada validez de contenido observada en las dimensiones Estado cognitivo, Función sensorial, Actividad física y postura, Interacción con el entorno, Eliminación urinaria e intestinal, Confort físico y Descanso y sueño (IVC = 1.00) evidencia que los expertos identificaron una correspondencia conceptual prácticamente unánime entre los ítems y los dominios que representan. Estos resultados coinciden con la evidencia disponible sobre valoración geriátrica, la cual reconoce que dichas áreas constituyen componentes esenciales para la detección temprana de necesidades de cuidado y para la planificación de intervenciones dirigidas a preservar la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores.

Las dimensiones Relaciones interpersonales e integración social y Expresión consciente de sentimientos y emociones obtuvieron valores de IVC ligeramente inferiores

(0.89), aunque permanecieron por encima de los criterios de aceptación recomendados. Este comportamiento puede atribuirse a la naturaleza más compleja y subjetiva de los fenómenos psicosociales evaluados. A diferencia de dimensiones como movilidad, eliminación o estado nutricional, los aspectos relacionados con la integración social, el apoyo familiar, la expresión emocional o las experiencias de maltrato suelen estar influenciados por factores culturales, contextuales y personales que pueden generar interpretaciones diversas entre los expertos. No obstante, los valores obtenidos indican que estas dimensiones mantienen una adecuada representatividad conceptual y justifican plenamente su inclusión en la versión final del instrumento.

Asimismo, el índice de acuerdo universal obtenido ($S-CVI/UA = 0.79$) refleja que una elevada proporción de los ítems alcanzó consenso absoluto entre los expertos. Aunque este valor es más exigente que el IVC global, debido a que requiere acuerdo completo de todos los jueces, el resultado obtenido respalda la estabilidad conceptual del instrumento y confirma que la mayoría de los ítems fue percibida de manera homogénea por el panel evaluador.

En conjunto, los resultados de esta fase permiten afirmar que la versión final del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor presenta una adecuada validez de contenido, sustentada tanto en la valoración cuantitativa como en el consenso cualitativo de los expertos. Al igual que el instrumento desarrollado por Vallejo Sánchez et al. (2007), la propuesta aquí presentada se apoya en una teoría de enfermería para estructurar la valoración de la persona mayor; sin embargo, incorpora además los principios de la Valoración Geriátrica Integral y un sistema de clasificación de necesidades que fortalece su aplicabilidad clínica. Por ello, la herramienta desarrollada constituye una alternativa metodológicamente sólida para la identificación de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería en distintos escenarios asistenciales.

Respecto a la evaluación preliminar de las propiedades psicométricas del Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones, la evidencia obtenida es consistente con los resultados reportados por Yépez-Ramírez et al. (2013), quienes desarrollaron y validaron un instrumento clinimétrico para la valoración geriátrica integral en el ámbito de la medicina familiar. En dicho estudio, los autores enfatizaron la importancia de construir herramientas que integren múltiples dominios de la salud de las personas mayores, reconociendo que el envejecimiento es un fenómeno multidimensional que no puede ser explicado únicamente mediante variables biomédicas aisladas. De manera similar, el instrumento desarrollado en la presente investigación incorpora dimensiones cognitivas, funcionales, físicas, sensoriales, emocionales y sociales derivadas de la Valoración Geriátrica Integral, lo que favorece una aproximación más amplia y congruente con la complejidad del proceso de envejecimiento.

Asimismo, Yépez-Ramírez et al. señalaron que la utilidad clínica de los instrumentos geriátricos depende no sólo de su capacidad para identificar problemas de salud, sino también de su potencial para orientar la toma de decisiones clínicas. En este sentido, una de las principales fortalezas del instrumento aquí desarrollado radica en que los hallazgos de la valoración se traducen directamente en necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería, permitiendo priorizar problemas y orientar la planificación del cuidado.

Respecto a la confiabilidad, el presente estudio mostró un alfa de Cronbach global de 0.675. Aunque este valor se encuentra ligeramente por debajo del punto de corte convencional de 0.70, debe interpretarse considerando la naturaleza multidimensional del instrumento. A diferencia de las escalas diseñadas para medir un único constructo, el Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor integra once dimensiones que exploran fenómenos distintos pero complementarios dentro del proceso de valoración

geriátrica. Por ello, no necesariamente se espera una elevada homogeneidad interna entre todos los reactivos.

Esta situación es comparable a la reportada por Li et al. (2021) durante el desarrollo de la *Comprehensive Ability of Older People Assessment Scale*. Los autores diseñaron una escala multidimensional orientada a evaluar la capacidad integral de las personas mayores, incorporando dominios relacionados con la función física, cognitiva, psicológica y social. Durante el proceso de validación, los investigadores observaron que la estructura multidimensional del instrumento requería evaluar la consistencia interna tanto de manera global como por dominios específicos, reconociendo que la heterogeneidad inherente de los constructos geriátricos puede influir en los coeficientes de confiabilidad. Este planteamiento coincide con los hallazgos obtenidos en el presente estudio, donde algunas dimensiones mostraron coeficientes de consistencia interna superiores a otras, sin que ello implique necesariamente una deficiencia conceptual de los reactivos.

De manera particular, las dimensiones Descanso y sueño ($\alpha = 0.821$), Interacción con el entorno ($\alpha = 0.758$) y Función sensorial ($\alpha = 0.698$) mostraron los niveles más elevados de consistencia interna. En contraste, algunas dimensiones presentaron coeficientes más bajos, especialmente aquellas conformadas por dos o tres reactivos. Este comportamiento ha sido descrito ampliamente en la literatura psicométrica, donde se reconoce que el coeficiente alfa de Cronbach se encuentra influenciado por el número de ítems que integran cada escala. Por lo tanto, la interpretación de estos resultados debe realizarse considerando tanto la extensión de las dimensiones como el propósito clínico del instrumento.

Por otra parte, Aronow et al. (2014), al validar la herramienta SPICES como instrumento de cribado para la identificación de riesgos asociados con fragilidad en personas mayores hospitalizadas, señalaron que los instrumentos geriátricos destinados al tamizaje

clínico no necesariamente requieren elevados niveles de homogeneidad interna comparables a los observados en escalas psicológicas o de personalidad. Los autores argumentan que muchas herramientas de valoración geriátrica están diseñadas para identificar condiciones clínicas diversas que pueden coexistir en una misma persona sin presentar una correlación estrecha entre sí. Este planteamiento resulta especialmente pertinente para interpretar los resultados del presente estudio, dado que el instrumento evalúa necesidades relacionadas con la cognición, la movilidad, la nutrición, la eliminación, la seguridad, la funcionalidad, la interacción social y el estado emocional, dimensiones que representan fenómenos distintos del envejecimiento y que, por tanto, no necesariamente deben presentar altas correlaciones entre ellas.

Otro hallazgo relevante del pilotaje fue la distribución de las necesidades geriátricas identificadas. La mayoría de los participantes se clasificó en la categoría de menor presencia de necesidades geriátricas (60%), mientras que el 40% presentó una presencia intermedia de necesidades geriátricas. Ningún participante fue clasificado en la categoría de mayor carga de necesidades geriátricas. Aunque estos resultados pueden estar influenciados por las características de la muestra seleccionada, sugieren que el sistema de puntuación desarrollado posee una capacidad inicial para discriminar distintos niveles de afectación. Este comportamiento es congruente con los principios de estratificación clínica descritos por Yépez-Ramírez et al. (2013) y por Li et al. (2021), quienes destacan la importancia de que los instrumentos geriátricos permitan identificar gradientes de vulnerabilidad y complejidad clínica para orientar la toma de decisiones.

Finalmente, aunque los resultados obtenidos durante el pilotaje aportan evidencia preliminar favorable sobre la confiabilidad y el funcionamiento del instrumento, es necesario reconocer algunas limitaciones. El tamaño de la muestra utilizado fue reducido y no permitió realizar análisis factoriales robustos para explorar la estructura interna del instrumento.

Asimismo, la estimación de la consistencia interna se realizó en una muestra piloto de 30 personas mayores, por lo que los coeficientes obtenidos deben considerarse preliminares. En consecuencia, futuras investigaciones deberán evaluar las propiedades psicométricas del instrumento en muestras más amplias y heterogéneas que permitan confirmar su estructura dimensional, estimar con mayor precisión su confiabilidad y fortalecer la evidencia de validez de constructo.

Conclusiones

El presente estudio permitió diseñar y validar el Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones (IVEPEMAD), una herramienta desarrollada a partir de la integración de la teoría de los problemas de enfermería de Faye Glenn Abdellah y los principios de la Valoración Geriátrica Integral. Esta articulación teórico-conceptual hizo posible la construcción de un instrumento orientado a la identificación de necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería mediante la valoración estructurada de once dimensiones que abarcan aspectos cognitivos, funcionales, físicos, sensoriales, emocionales y sociales de la persona mayor.

La revisión de la literatura y el proceso de construcción conceptual permitieron delimitar los componentes esenciales de la valoración geriátrica desde la perspectiva disciplinar de enfermería. Posteriormente, el proceso secuencial de validación por expertos favoreció el refinamiento progresivo del instrumento, fortaleciendo su representatividad conceptual, claridad y pertinencia clínica. Como resultado, una propuesta inicial de 104 reactivos evolucionó hacia una versión operativa de 29 ítems, conservando la cobertura de las necesidades geriátricas identificadas durante el diseño.

La tercera ronda de validación aportó evidencia sólida de validez de contenido. El instrumento obtuvo un Índice de Validez de Contenido global de 0.97, un criterio de validez del 100% y valores por dimensión comprendidos entre 0.89 y 1.00, resultados que respaldan la correspondencia entre los reactivos, las dimensiones propuestas y el constructo de necesidades geriátricas. A ello se suma la revisión lingüística especializada, que fortaleció la precisión semántica, la claridad de las instrucciones y la comprensión de los reactivos, favoreciendo la factibilidad de aplicación del instrumento en escenarios clínicos.

Durante la prueba piloto, el IVEPEMAD mostró capacidad inicial para discriminar distintos niveles de necesidades geriátricas y una consistencia interna global moderada ($\alpha = 0.675$). Aunque este resultado debe interpretarse con cautela debido al carácter

multidimensional del instrumento y al tamaño de la muestra, constituye evidencia preliminar favorable sobre su funcionamiento y respalda la continuidad de su proceso de validación psicométrica.

La principal aportación de esta investigación trasciende el desarrollo de un nuevo instrumento de valoración. El IVEPEMAD representa una propuesta metodológica que operacionaliza la teoría de Faye Glenn Abdellah en el contexto de la atención geriátrica contemporánea, demostrando que las teorías de enfermería continúan siendo un marco vigente para la generación de herramientas clínicas orientadas a resolver problemas reales de la práctica profesional. En este sentido, el estudio contribuye a fortalecer el cuerpo de conocimiento propio de la enfermería al transformar un referente teórico en un instrumento aplicable para la identificación sistemática de necesidades de cuidado.

Asimismo, el instrumento aporta una perspectiva disciplinar a la Valoración Geriátrica Integral. Mientras que la mayoría de las herramientas disponibles se centran en la evaluación de dominios específicos o en la detección de síndromes geriátricos mediante escalas independientes, el IVEPEMAD integra dichos componentes en un único proceso de valoración y los interpreta desde las necesidades de cuidado susceptibles de intervención enfermera. Esta característica favorece el razonamiento clínico, la priorización de problemas, la planificación individualizada de los cuidados y la continuidad del proceso enfermero.

Otra aportación relevante radica en su potencial de aplicación en los diferentes niveles de atención. En el primer nivel, puede contribuir a la detección temprana de necesidades geriátricas y al fortalecimiento de las acciones preventivas y de promoción del envejecimiento saludable. En el segundo nivel, facilita la valoración integral de las personas mayores durante la atención hospitalaria y ambulatoria, apoyando la planificación del cuidado y la continuidad asistencial. En el tercer nivel, constituye una herramienta útil para complementar la valoración clínica de personas mayores con alta complejidad, favoreciendo la toma de decisiones, el trabajo interdisciplinario y la planeación del egreso. Su carácter

transversal le confiere el potencial de estandarizar la valoración de enfermería geriátrica en los distintos ámbitos del sistema de salud.

No obstante, el desarrollo psicométrico del instrumento debe entenderse como un proceso continuo. La evidencia obtenida en esta investigación constituye una base sólida para avanzar hacia la validación de constructo mediante análisis factorial exploratorio y confirmatorio en muestras más amplias y representativas, lo que permitirá corroborar la estructura interna propuesta y fortalecer la evidencia de validez. De igual manera, será necesario evaluar otras propiedades psicométricas, entre ellas la estabilidad temporal, la validez de criterio, la sensibilidad clínica y la capacidad predictiva del instrumento.

En conclusión, el IVEPEMAD constituye una herramienta metodológicamente sólida y con un importante potencial para la práctica clínica, la investigación y la docencia en enfermería geriátrica. Más que un instrumento de evaluación, representa una propuesta disciplinar que vincula la teoría de Faye Glenn Abdellah con la práctica clínica contemporánea, transformando la valoración integral de la persona mayor en un proceso sistemático de identificación de necesidades de cuidado. La consolidación de sus propiedades psicométricas permitirá disponer de un instrumento específico para enfermería que contribuya a fortalecer la calidad, la continuidad y la estandarización del cuidado geriátrico en los diferentes niveles de atención.

En este sentido, el IVEPEMAD no sólo constituye el resultado de un proceso de investigación metodológica, sino una contribución al desarrollo del conocimiento disciplinar de la enfermería geriátrica, al demostrar que las teorías de enfermería pueden traducirse en herramientas clínicas válidas, aplicables y orientadas a fortalecer la práctica basada en evidencia y la atención integral de las personas mayores

Referencias

- Abdellah, F. G., Beland, I. L., Martin, A., & Matheney, R. V.** (1960). *Patient-centered approaches to nursing*. Macmillan.
- Abdellah, F. G., & Levine, E.** (1986). *Better patient care through nursing research* (4th ed.). Macmillan.
- Alligood, M. R.** (2022). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier.
- American Geriatrics Society Beers Criteria Update Expert Panel.** (2023). American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults. *Journal of the American Geriatrics Society*, 71(7), 2052–2081. <https://doi.org/10.1111/jgs.18372>
- American Nurses Association.** (2021). *Gerontological nursing: Scope and standards of practice* (3rd ed.). ANA.
- Aronow, H. U., Borenstein, J., Haus, F., Braunstein, G. D., & Bolton, L. B.** (2014). Validating SPICES as a screening tool for frailty risks among hospitalized older adults. *Nursing Research and Practice*, 2014, Article 846759. <https://doi.org/10.1155/2014/846759>
- Beard, J. R., Officer, A., de Carvalho, I. A., Sadana, R., Pot, A. M., Michel, J. P., Lloyd-Sherlock, P., Epping-Jordan, J. E., Peeters, G., Mahanani, W. R., Thiyagarajan, J. A., & Chatterji, S.** (2016). The World report on ageing and health. *The Gerontologist*, 56(Suppl. 2), S163–S166. <https://doi.org/10.1093/geront/gnw037>
- Briggs, R., McDonough, A., Ellis, G., Bennett, K., O'Neill, D., & Robinson, D.** (2022). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Age and Ageing*, 51(2), afab242.
- Cesari, M., Prince, M., Thiyagarajan, J. A., de Carvalho, I. A., Bernabei, R., Chan, P., Gutierrez-Robledo, L. M., Michel, J. P., Morley, J. E., Ong, P., Rodriguez Mañas, L., Sinclair, A., Won, C. W., Beard, J., & Vellas, B.** (2018). Frailty: An emerging public health priority. *Journal of the American Medical Directors Association*, 17(3), 188–192.
- Clegg, A., Young, J., Iliffe, S., Rikkert, M. O., & Rockwood, K.** (2013). Frailty in elderly people. *The Lancet*, 381(9868), 752–762.
- Comisión Nacional de Bioética.** (2023). *Guía nacional para la integración y funcionamiento de los comités de ética en investigación*.
- Consejo Nacional de Población.** (2023). *Proyecciones de la población de México y de las entidades federativas 2020-2070*. CONAPO.
- Cruz-Jentoft, A. J., Bahat, G., Bauer, J., Boirie, Y., Bruyère, O., Cederholm, T., Cooper, C., Landi, F., Rolland, Y., Sayer, A. A., Schneider, S. M., Sieber, C. C., Topinkova, E., Vandewoude, M., Visser, M., & Zamboni, M.** (2019). Sarcopenia: Revised European

consensus on definition and diagnosis. *Age and Ageing*, 48(1), 16–31. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy169>

Ellis, G., Gardner, M., Tsiachristas, A., Langhorne, P., Burke, O., Harwood, R. H., Conroy, S. P., Kircher, T., Somme, D., Saltvedt, I., Wald, H., O'Neill, D., Robinson, D., & Shepperd, S. (2017). Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9), CD006211. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006211.pub3>

Fawcett, J., & DeSanto-Madeya, S. (2013). *Contemporary nursing knowledge: Analysis and evaluation of nursing models and theories* (3rd ed.). F. A. Davis.

Fulmer, T., & Foreman, M. D. (2001). The need for geriatric nursing. *Geriatric Nursing*, 22(5), 243–244. <https://doi.org/10.1067/mgn.2001.118802>

George, J. B. (2019). *Nursing theories: The base for professional nursing practice* (7th ed.). Pearson.

Gobierno de México. (2025). *Plan Nacional de Desarrollo 2025-2030*.

Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227–237. <https://doi.org/10.1177/1745691614568352>

INEGI. (2024). *Estadísticas a propósito de las personas adultas mayores en México*.

Inouye, S. K., Studenski, S., Tinetti, M. E., & Kuchel, G. A. (2007). Geriatric syndromes: Clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *Journal of the American Geriatrics Society*, 55(5), 780–791. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2007.01156.x>

Inouye, S. K., Westendorp, R. G. J., & Saczynski, J. S. (2014). Delirium in elderly people. *The Lancet*, 383(9920), 911–922. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)60688-1](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60688-1)

International Council of Nurses. (2021). *Nurses: A voice to lead. A vision for future healthcare*.

Kane, R. L., Ouslander, J. G., Resnick, B., & Malone, M. L. (2018). *Essentials of clinical geriatrics* (8th ed.). McGraw-Hill Education.

Li, Y., Wang, J., Xiao, X., Wang, H., Li, X., Wang, C., & Liu, Y. (2021). Development and psychometric evaluation of the Comprehensive Ability of Older People Assessment Scale. *Nursing Open*, 8(6), 3468–3478. <https://doi.org/10.1002/nop2.1020>

Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2016). Assessment of activities of daily living, self-care and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 31(6), 506–516.

Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., Cesari, M., Chumlea, W. C., Doehner, W., Evans, J., Fried, L. P., Guralnik, J. M., Katz, P. R., Malmstrom, T. K., McCarter, R. J., Gutierrez Robledo, L. M., Rockwood, K., von Haehling, S., Vandewoude, M. F., & Walston, J. (2013). Frailty consensus: A call to

action. *Journal of the American Medical Directors Association*, 14(6), 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>

Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*.

National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2020). *Social isolation and loneliness in older adults: Opportunities for the health care system*. The National Academies Press. <https://doi.org/10.17226/25663>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Decenio del Envejecimiento Saludable 2021-2030*.

Organización Mundial de la Salud. (2022). *Global report on ageism*. OMS.

Paúl, C., Ribeiro, O., Teixeira, L., & Afonso, R. M. (2021). Comprehensive geriatric assessment and nursing practice: Current challenges and perspectives. *Nursing Reports*, 11(4), 832–844.

Panel on Prevention of Falls in Older Persons, American Geriatrics Society and British Geriatrics Society. (2011). Summary of the updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society clinical practice guideline for prevention of falls in older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), 148–157. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2010.03234.x>

Pilotto, A., Cella, A., Pilotto, A., Daragjati, J., Veronese, N., Musacchio, C., Mello, A. M., Logroscino, G., Padovani, A., Prete, C., Panza, F., & Ferrucci, L. (2017). Three decades of comprehensive geriatric assessment: Evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 18(2), 192.e1–192.e11. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.11.004>

Pilotto, A., Cella, A., Pilotto, A., Daragjati, J., Veronese, N., Musacchio, C., Mello, A. M., Logroscino, G., & Padovani, A. (2020). Three decades of comprehensive geriatric assessment: Evidence coming from different healthcare settings and specific clinical conditions. *Journal of the American Medical Directors Association*, 21(2), 192–208. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2019.11.004>

Pilotto, A., Cella, A., Pilotto, A., Daragjati, J., Veronese, N., Musacchio, C., Logroscino, G., & Panza, F. (2023). Three decades of comprehensive geriatric assessment: Evidence and future directions. *Journal of Clinical Medicine*, 12(3), 1025.

Potter, P. A., Perry, A. G., Stockert, P. A., & Hall, A. M. (2021). *Fundamentals of nursing* (10th ed.). Elsevier.

Secretaría de Salud. (2014). *Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud*.

Tinetti, M. E., & Kumar, C. (2010). The patient who falls: “It’s always a trade-off”. *JAMA*, 303(3), 258–266. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.2024>

Touhy, T. A., & Jett, K. F. (2022). *Ebersole and Hess' gerontological nursing & healthy aging* (6th ed.). Elsevier.

United Nations. (2002). *Madrid International Plan of Action on Ageing*.

United Nations. (2023). *World Social Report 2023: Leaving no one behind in an ageing world*.

Vallejo Sánchez, M. C., Rodríguez Palma, M., Ramírez Moreno, J. M., Torrente Vázquez, M. J., López Martínez, M. J., & Martín Caro, C. (2007). Valoración de enfermería geriátrica: Diseño de un instrumento basado en las necesidades de Virginia Henderson. *Gerokomos*, 18(2), 84–90.

Volkert, D., Beck, A. M., Cederholm, T., Cruz-Jentoft, A., Goisser, S., Hooper, L., Kiesswetter, E., Maggio, M., Raynaud-Simon, A., Sieber, C. C., Sobotka, L., van Asselt, D., Wirth, R., & Bischoff, S. C. (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition and hydration in geriatrics. *Clinical Nutrition*, 38(1), 10–47. <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2018.05.024>

World Health Organization. (2015). *World report on ageing and health*. WHO.

World Health Organization. (2017). *Global strategy and action plan on ageing and health*.

World Health Organization. (2020). *Decade of Healthy Ageing 2021–2030*. WHO.

World Health Organization. (2024). *Ageing and health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

World Medical Association. (2013). Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*, 310(20), 2191–2194. <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>

Yépez-Ramírez, M. C., Sánchez-Mendoza, M., García-Peña, C., Gutiérrez-Robledo, L. M., Pérez-Zepeda, M. U., & Rivera-Márquez, J. A. (2013). Confiabilidad y validez de un instrumento clinimétrico para la valoración geriátrica integral en medicina familiar. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 51(5), 530–539.

Anexos

Figura 26

Anexo 1 Carta invitación validación de contenido



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

Estado de México, 24 de octubre de 2025
Asunto: Invitación

EEA. ITZEL TERESA MALDONADO MARTÍNEZ
INSTITUTO NACIONAL DE GERIATRÍA
P R E S E N T E

Reconociendo su trayectoria académica, experiencia y conocimiento en el tema, me complace hacerle una cordial invitación para participar como **Juez Evaluador** y miembro del **Panel de Expertos**, para la validación del **"Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor"**, como parte del protocolo de investigación que lleva por nombre: **Diseño y validación de un instrumento de valoración geriátrica con enfoque de la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.**

Anexo a este documento; la cédula de validación y la versión preliminar del instrumento. Solicito amablemente, reenviar el instrumento en un período no mayor a 7 días, a fin de que el investigador principal pueda continuar con la investigación.

No omito mencionar, que podrá ponerse en contacto con el investigador a través del correo electrónico: **juellarb002@uaemex.mx** para cualquier duda derivada de la cédula de validación.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
El investigador principal

EEA. José Antonio Cuellar Buendía



Figura 27

Anexo 2 Cédula de validación de la primera versión IVEPEMAD



Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

"INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR"

Actualmente, en nuestro idioma y en el contexto mexicano, no existe un instrumento validado de evaluación geriátrica con el enfoque de enfermería; es por ello, que este estudio tiene la finalidad de diseñar y validar un instrumento de tamizaje que permita al profesional de enfermería, identificar necesidades de salud y respuestas humanas de la persona mayor, a fin de planear intervenciones de enfermería oportunas para dar solución a los problemas de salud reales y potenciales identificados.

El instrumento, ha sido estructurado en 11 dimensiones con base en las necesidades básicas de la persona mayor, desde el enfoque de la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.

La validación del instrumento permitirá que se cuente con una herramienta que posea validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad, para la valoración por enfermería a la persona mayor.

Para ello, en una primera etapa del proceso de validación, los ítems del instrumento serán sometidos a evaluación por todos los miembros del panel de expertos a través de la presente "cédula de validación", posteriormente, de acuerdo con los datos obtenidos se harán los ajustes necesarios para mejorar su contenido y validez, y de ser necesario se solicitará otra evaluación por los jueces expertos.

Es importante hacer mención, que esta no es la versión final del instrumento, ya que esta etapa consiste únicamente en evaluar el contenido del instrumento (dimensiones e ítems). Una vez hechos los ajustes necesarios, se diseñará la versión final del instrumento de tamizaje, de tal modo que, sea de fácil aplicación en el menor tiempo posible.





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

**CÉDULA DE VALIDACIÓN
DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR**

Instrucciones: La siguiente cédula de validación, tiene como objetivo evaluar el contenido del “Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor”, consta de 2 secciones; en la primera se le preguntan datos sociodemográficos y en la segunda se le pide que evalúe la pertinencia de los ítems a través de una escala tipo Likert.

SECCIÓN I. DATOS GENERALES

Instrucciones: Conteste según corresponda.

Nombre:			
Edad:		Sexo:	
Institución donde labora:			
Puesto que desempeña:			
Años de ejercicio profesional:			
Grado (s) académico (s):			

SECCIÓN 2. PERTINENCIA DE LOS ÍTEMS

Instrucciones: Seleccione con una X en qué medida considera pertinente cada ítem:

1	2	3	4	5
Nada pertinente	Poco pertinente	Medianamente pertinente	Pertinente	Muy pertinente

Para ello, considere:

- **Suficiencia:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.
- **Claridad:** El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.
- **Coherencia:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.
- **Relevancia:** El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.

En el apartado de observaciones, puede escribir sus comentarios y sugerencias.





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERIA A LA PERSONA MAYOR						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 1: DESCANSO Y SUEÑO ADECUADOS						
1. ¿Tiene problemas para dormir?						
2. ¿Le cuesta trabajo comenzar el sueño?						
3. ¿Despierta fácilmente durante la noche?						
4. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?						
5. ¿A qué hora se va a la cama?						
6. ¿A qué hora se despierta por las mañanas?						
7. ¿Duerme durante el día?						
8. ¿Qué tiempo duerme durante el día?						
9. ¿Qué es lo último que hace antes de dormir?						
10. ¿A qué le atribuye sus problemas para dormir?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 2: CONFORT FÍSICO						
1. En este momento, ¿le duele algo?						
2. ¿Dónde le duele?						
3. En una escala del 1 al 10, dónde 1 significa que le duele poco y 10 es el mayor dolor que ha sentido, ¿cómo califica su dolor?						





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

4. ¿De qué tipo es su dolor? (ardoroso, punzante)						
5. ¿Considera que el dolor aumenta con algo en particular?						
6. ¿Hay alguna postura que disminuya su dolor?						
7. Antes de ingresar aquí, ¿presentaba dolor?						
8. ¿Dónde se localizaba su dolor?						
9. ¿Con qué frecuencia?						
10. ¿El dolor le impedía realizar ciertas actividades? ¿Cuáles?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 3: ALIMENTACIÓN E INGESTA HÍDRICA ADECUADAS						
1. ¿Se encuentra en ayuno?						
2. ¿Cómo es su alimentación? (oral, enteral, parenteral)						
3. Aproximadamente ¿qué cantidad de la dieta que aquí le proporcionan se come?.						
4. ¿Presenta problemas odontológicos? (adoncia, edentulia)						
5. ¿Usa prótesis dental? ¿la trajo al hospital?						
6. ¿Tiene dificultades para tragar los alimentos?						
7. ¿Qué alimentos le gustan más?						





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

8. ¿Qué alimentos no le gustan?						
9. Antes de estar aquí, ¿qué cantidad de líquidos ingería?						
10. En los últimos 6 meses, ¿ha perdido peso o tallas sin conocer la causa?						
11. ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto mide?						
12. ¿Cuál es su circunferencia braquial? ¿Cuál es su circunferencia de pantorrilla?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 4 : ELIMINACIÓN DE LOS DESECHOS DEL CUERPO ADECUADAS						
1. ¿Presenta micción espontánea o catéter urinario?						
2. ¿Presenta incontinencia diagnosticada?						
3. ¿La incontinencia es urinaria o fecal?						
4. Antes de llegar aquí, ¿tenía escapes involuntarios de orina o heces fecales?						
5. ¿Bajo que circunstancias?						
6. ¿Hace cuánto tiempo de su última evacuación y micción?						
7. ¿Qué características tienen las heces fecales y la orina?						
8. ¿Presenta evacuación espontánea o lo hace						





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

mediante un estoma de eliminación?						
9. Antes de llegar aquí, ¿tenía dificultad para evacuar?						
10. ¿Tomaba algún medicamento o suplemento para ello?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 5: ACTIVIDAD FÍSICA Y POSTURA ADECUADAS						
1. ¿La persona mayor puede levantarse de la cama solo o con ayuda?						
2. ¿La persona mayor pasa la mayor parte del tiempo en cama?						
3. ¿Cuál es el motivo o contraindicación?						
4. ¿La persona mayor deambula solo o con ayuda?						
5. ¿La persona mayor se sienta o se moviliza a reposar u otro aditamento?						
6. Antes de estar aquí, ¿utilizaba algún auxiliar para la marcha? (bastón, andadera) ¿Lo trae?						
7. ¿Qué grado de fuerza presenta en miembros pélvicos?						
8. ¿Tiene algún antecedente que le impida la libre movilidad? (amputación, cirugía reciente)						





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

9. ¿Todas las partes del cuerpo se encuentran bien alineadas?						
10. Antes de estar aquí, ¿tenía algún problema para moverse libremente?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 6: SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES						
1. ¿Ha tenido alguna caída durante su estancia en esta institución?						
2. ¿La persona mayor deambula?						
3. ¿La persona mayor y/o cuidador primario conocen las medidas de seguridad para prevenir caídas?						
4. ¿La persona mayor cuenta con calzado adecuado para iniciar la deambulaci3n?						
5. ¿Ha tenido una o más caídas en los últimos 6 meses?						
6. ¿En qué circunstancias ocurrió?						
7. ¿Qué tipo de calzado utiliza?						
8. ¿Utiliza escaleras de manera cotidiana? ¿Tienen barandal?						
9. ¿De qué material es el piso de su casa?						
10. En su casa, ¿el baño le queda cerca?						
11. La persona mayor, ¿presenta lesiones						





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

relacionadas a la dependencia?						
12. ¿De qué tipo y grado?						
13. ¿Dónde se localizan?						
14. ¿Toma medicamentos? ¿Cuáles?						
15. ¿Toma algún suplemento o producto herbolario de manera regular? ¿Cuáles?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 7: MANTENIMIENTO DE LA FUNCIÓN SENSORIAL						
1. ¿Considera que escucha bien?						
2. ¿Se ha realizado algún examen auditivo? ¿Hace cuánto tiempo?						
3. ¿Utiliza auxiliar auditivo? ¿Lo trae a la institución?						
4. ¿Considera que ve bien?						
5. ¿Hace cuánto tiempo de su último examen visual?						
6. ¿Utiliza anteojos? ¿Los trae a la institución?						
7. ¿Utiliza sus auxiliares de manera regular?						
8. ¿Tiene disminución de la sensibilidad táctil?						
9. ¿Tiene dificultades para oler adecuadamente?						
10. ¿Le cuesta trabajo percibir ciertos sabores?						





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 8: EXPRESIÓN DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES						
1. ¿Visita con regularidad a algún psiquiatra o psicólogo?						
2. ¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste?						
3. ¿Ha dejado de realizar ciertas actividades que le gustan?						
4. Antes de llegar aquí, ¿el cuidador primario ha observado ansiedad, tristeza o desinterés?						
5. ¿Tiene depresión diagnosticada por algún profesional de la salud?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 9. ESTADO COGNITIVO ÓPTIMO						
1. ¿Sabe la fecha de hoy?						
2. ¿Sabe dónde estamos?						
3. Repita estas 3 palabras: <i>papel, bicicleta, cuchara.</i>						
4. ¿Puede deletrear la palabra MUNDO al revés o contar del 5 al 10 al revés?						
5. ¿Puede recordar las palabras que le pedí que repitiera?						
6. En las últimas 24 hrs., ¿ha tenido cambios						



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

de conducta; desorientación, agitación o agresividad?						
7. ¿Pasa la mayor parte del tiempo dormido, y es difícil de estimular?						
8. ¿Se le olvidan las cosas con frecuencia? ¿Esto le causa problemas en sus actividades diarias?						
9. ¿Tiene deterioro cognitivo menor o mayor diagnosticado?						
10. ¿En qué consiste el tratamiento?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 10. INTERACCIÓN CON EL ENTORNO ADECUADA						
1. ¿Tiene dificultad para bañarse, vestirse, levantarse de la cama, utilizar el escusado o comer sin ayuda?						
2. ¿Tiene dificultades para salir de su casa, utilizar el transporte público, tomar sus medicamentos correctamente, manejar dinero o preparar alimentos sencillos sin ayuda?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianamente pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 11. RELACIONES INTERPERSONALES EFECTIVAS						
1. ¿Con quién vive?						





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

2. ¿La persona mayor cuenta con cuidador primario?						
3. ¿Cuenta con cuidador en este momento?						
4. ¿La persona mayor considera que, en caso de requerir ayuda cuenta con alguien que lo apoye?						
5. ¿Quién es esa persona?						
6. ¿Tiene hijos? ¿Cuántos?						
7. ¿Cada cuánto tiempo lo visitan?						
8. ¿Cada cuánto le llaman por teléfono?						
9. ¿El cuidador primario presenta datos de fatiga o cansancio?						
10. ¿El cuidador primario tiene apoyo de otras personas para el cuidado de la persona mayor?						

Es importante que **no deje ninguna pregunta sin contestar**, ya que ello dificulta el análisis de los datos obtenidos y representaría un sesgo en el estudio.

Si ha contestado todas las preguntas, guarde este documento en PDF y reenvíe al investigador.

¡MUCHAS GRACIAS!



Figura 28

Anexo 2 Cédula de validación de la segunda versión IVEPEMAD



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

“INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR”

Como se mencionó previamente, este estudio tiene la finalidad de diseñar y validar un instrumento de tamizaje que permita al profesional de enfermería, identificar necesidades de salud y respuestas humanas de la persona mayor, a fin de planear intervenciones de enfermería oportunas para dar solución a los problemas de salud reales y potenciales identificados. Ha sido estructurado en 11 dimensiones con base en las necesidades básicas de la persona mayor, desde el enfoque de la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.

La validación del instrumento permitirá que se cuente con una herramienta que posea validez de contenido, validez de constructo y confiabilidad, para la valoración por enfermería a la persona mayor.

A fin de continuar con el proceso de validación del contenido del instrumento, este se someterá a una **SEGUNDA RONDA DE VALORACIÓN POR LOS JUECES EXPERTOS**, por lo que a continuación, se presenta la **SEGUNDA VERSIÓN DEL INSTRUMENTO**, con los cambios derivados de la etapa previa, en la que los evaluadores realizaron sugerencias respecto a las dimensiones e ítems, por lo que se sugiere leer detenidamente cada dimensión e ítem para realizar una segunda evaluación.

No omito mencionar, que, de ser necesario, se realizará una tercera ronda de jueceo de expertos para garantizar la validez de contenido del instrumento, que es el objetivo de este estudio.

Recapitulo, que esta no es la versión final del instrumento, ya que esta etapa consiste únicamente en evaluar el contenido del instrumento (dimensiones e ítems). Una vez hechos los ajustes necesarios, se diseñará la versión final del instrumento de tamizaje, de tal modo que, sea de fácil aplicación en el menor tiempo posible.





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

**CÉDULA DE VALIDACIÓN
DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR**

Instrucciones: La siguiente cédula de validación, tiene como objetivo evaluar el contenido del “Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor”, se le pide que evalúe la pertinencia de los ítems a través de una escala tipo Likert.

PERTINENCIA DE LOS ÍTEMS

Instrucciones: Seleccione con una X en qué medida considera pertinente cada ítem:

1	2	3	4	5
Nada pertinente	Poco pertinente	Medianamente pertinente	Pertinente	Muy pertinente

Para ello, considere:

- **Suficiencia:** Los ítems que pertenecen a una misma dimensión bastan para obtener la medición de esta.
- **Claridad:** El ítem se comprende fácilmente, es decir, su sintáctica y semántica son adecuadas.
- **Coherencia:** El ítem tiene relación lógica con la dimensión que está midiendo.
- **Relevancia:** El ítem es esencial o importante, es decir debe ser incluido.

En el apartado de observaciones, puede escribir sus comentarios y sugerencias.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 1: DESCANSO Y SUEÑO						
1. ¿Cuántas horas duerme durante la noche?						
2. ¿Considera que duerme bien?						
3. ¿Le cuesta trabajo comenzar el sueño?						
4. ¿Presenta dificultad para mantener el sueño?						
5. ¿A qué hora se despierta por las mañanas?						
6. ¿Se siente con energía al despertar?						

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

Av. Hermenegildo Galeana No.3 Col. Ma. Isabel, Valle de Chalco C.P.56615 Edo. De México Tel: (55)59714940, 29787577

Página: <http://cux.uaem.mx> e-mail: jmoralesa@uaemex.mx

www.uaemex.mx



CUVCH



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

7. ¿Le atribuye la dificultad para dormir bien, a alguna situación en específico? (situaciones familiares, padecimientos, etc.)						
8. ¿A qué hora se duerme por las noches?						
9. ¿Duerme durante el día?						
10. ¿Cuánto tiempo duerme durante el día?						
11. ¿Cuál es la última actividad que realiza antes de dormir?						
12. ¿Toma algún medicamento o suplemento para dormir?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 2: CONFORT FÍSICO						
13. En este momento, ¿le duele algo?						
14. ¿Dónde le duele?						
15. ¿Cuánto tiempo lleva con ese dolor?						
16. En una escala del 0 al 10, dónde 0 es la ausencia de dolor y 10 es el peor dolor posible, ¿qué número representa el dolor que siente ahora mismo? (ENA) Mostrar escala visual análoga, si procede (EVA).						
17. ¿Cómo describiría el dolor? ¿es punzante, quemante, sordo, cólico, ardoroso, etc.?						
18. ¿Hay algo que alivie su dolor?						
19. Previamente, ¿presentaba dolor?						
20. ¿Dónde se localizaba su dolor?						





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

21. ¿Desde hace cuánto tiempo ha tenido ese dolor?						
22. ¿Con qué frecuencia lo presentaba?						
23. ¿El dolor le impedía realizar ciertas actividades?						
24. ¿Qué actividades?						
25. ¿Cómo trataba ese dolor?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 3: ALIMENTACIÓN E INGESTA HÍDRICA						
26. ¿Ha dejado de comer por más de dos días por alguna causa en específico?						
27. ¿Cuál es la vía de alimentación del paciente? (oral, enteral, parenteral)						
28. Si la vía es oral, aproximadamente ¿qué cantidad de la dieta consume? (Registrar el %) Preguntar a la persona cuidadora, si procede.						
29. ¿Presenta problemas odontológicos? (edentulia parcial o total, caries, halitosis, etc.) Explorar por el evaluador						
30. ¿Usa prótesis dental? ¿la usa con regularidad?						
31. ¿La prótesis se encuentra ajustada o funcional?						
32. ¿Tiene dificultades para tragar los alimentos? ¿sólidos, líquidos, semisólidos?						





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

33. ¿Qué alimentos le gustan más?						
34. ¿Hay algún alimento que le disguste, le produzca alergia o algún malestar?						
35. Habitualmente, ¿qué cantidad de líquidos toma en 24hrs.?						
36. En los últimos 12 meses, ¿ha perdido peso o tallas de manera no intencional?						
37. ¿Cuánto pesa? ¿Cuánto mide?						
38. ¿Cuál es su circunferencia braquial? ¿Cuál es su circunferencia de pantorrilla? (Estas respuestas se obtienen por el evaluador realizando la medición).						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 4 : ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL						
39. Previamente, ¿tenía escapes involuntarios de orina o heces?						
40. ¿Bajo qué circunstancias? (P.ej. cuando se agacha, estornuda, levanta peso o no alcanza a llegar a baño)						
41. ¿Presenta micción espontánea o por catéter urinario?						
42. ¿El catéter urinario es permanente o intermitente?						
43. ¿Presenta incontinencia urinaria? ¿de qué tipo?.						
44. ¿Presenta incontinencia fecal? ¿de qué tipo?.						





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

45. ¿Hace cuánto tiempo de su última evacuación y micción?						
46. ¿Qué características tienen las heces y la orina?						
47. ¿Presenta estoma de eliminación? ¿De qué tipo?						
48. ¿Presenta estreñimiento? ¿Desde cuándo?						
49. ¿Toma algún medicamento o suplemento para el estreñimiento?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 5: ACTIVIDAD FÍSICA Y POSTURA						
50. ¿Puede movilizarse de manera independiente o sin ayuda?						
51. ¿Existe contraindicación para la deambulaci3n? ¿cuál?						
52. ¿Puede trasladarse a reposet o silla para ba1o sin ayuda?						
53. ¿Utiliza alg3n auxiliar para la marcha? (bast3n, andadera)						
54. El uso del dispositivo auxiliar de la marcha ¿es correcto?						
55. ¿Presenta disminuci3n de la fuerza o tono en miembros pélvicos o torácicos?						
56. ¿Tiene alguna alteraci3n de la movilidad? Valorar rangos articulares y mi3tomas.						





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

57. ¿Todas las partes del cuerpo se encuentran bien alineadas?						
58. ¿Utiliza alguna órtesis o prótesis?						
59. Previamente, ¿tenía dificultad para moverse libremente? ¿Cuál era el motivo?						
60. ¿Tiene dificultad para caminar una manzana sin ayuda?						
61. ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones sin ayuda?						
62. ¿Se siente cansado la mayor parte del tiempo?						
63. ¿Tiene dificultad para levantar o cargar 4.5kg?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 6: SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES						
64. ¿Ha tenido una o más caídas en los últimos 6 meses?						
65. ¿En qué circunstancias ocurrió? (cinemática de la caída)						
66. ¿Alguna vez le han explicado las medidas para prevenir caídas?						
67. ¿Qué tipo de calzado utiliza?						
68. ¿Utiliza escaleras de manera cotidiana? ¿Tienen barandal?						
69. ¿De qué material es el piso de su casa?						
70. El baño de su casa, ¿es seguro?						





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

71. Considera que su casa, ¿se encuentra bien iluminada?						
72. ¿Cuenta con tapetes en su casa? Estos, ¿son fijos?.						
73. ¿Presenta alguna enfermedad neurológica o psiquiátrica que aumente el riesgo de caídas? Preguntar a la persona cuidadora, si procede.						
74. ¿Presenta lesiones relacionadas a la dependencia? (Explorar por el evaluador)						
75. ¿De qué tipo y categoría?						
76. ¿Dónde se localizan?						
77. ¿Cuáles son los medicamentos, suplementos alimenticios o terapias alternativas que toma de manera regular?						
78. ¿Conoce los posibles efectos secundarios?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 7: FUNCIÓN SENSORIAL						
79. ¿Utiliza auxiliar auditivo? ¿Lo trae a la institución?						
80. ¿Considera que escucha bien?						
81. ¿Se ha realizado algún examen auditivo? ¿Hace cuánto tiempo?						
82. ¿Considera que ve bien?						
83. ¿Hace cuánto tiempo de su último examen visual?						
84. ¿Utiliza anteojos?						





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

85. ¿Cómo es su visión con los anteojos puestos?						
86. ¿Utiliza sus auxiliares visuales/auditivos de manera regular?						
87. ¿Tiene disminución de la sensibilidad táctil? Considerar valorar dermatomas.						
88. ¿Ha notado que tiene dificultad para distinguir olores? ¿cuáles?						
89. ¿Le cuesta trabajo percibir ciertos sabores? ¿cuáles?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 8: EXPRESIÓN CONSCIENTE DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES						
90. ¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste?						
91. ¿Ha dejado de realizar actividades que solía disfrutar debido a cambios emocionales o estados de ánimo?						
92. ¿Prefiere quedarse en casa o su habitación , más que salir y convivir con otras personas?						
93. ¿Se observan datos de apatía o desinterés?						
94. ¿Visita con regularidad a algún psiquiatra o psicólogo? ¿Cuál es el motivo?						
95. ¿Se siente satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema o necesidad?						





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

96. ¿Se siente satisfecho con la libertad que su familia le proporciona para realizar sus propias actividades?						
97. ¿Se siente satisfecho con el tiempo que pasa con su familia?						
98. ¿Se siente satisfecho con el tipo de convivencia que tiene con su familia?						
99. ¿Se ha sentido agredido u ofendido por alguna persona últimamente?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 9. ESTADO COGNITIVO						
100.¿Me podría decir la fecha completa del día de hoy?						
101.¿Me podría decir en qué lugar estamos?						
102.Repita estas 3 palabras: caballo, rosa, lápiz. Trate de recordarlas ya que más adelante se las volveré a preguntar.						
103.¿Puede deletrear la palabra RAMÓN al revés?						
104.¿Puede contar del 5 al 10 al revés?						
105.¿Puede recordar las palabras que le pedí que repitiera?						
106.En las últimas 24 hrs., ¿ha tenido cambios de conducta; desorientación, agitación o agresividad? (preguntar a la persona cuidadora, si procede)						
107.¿Pasa la mayor parte del tiempo dormido o es difícil de mantener activo?						

Centro Universitario UAEM Valle de Chalco

Av. Hermenegildo Galeana No.3 Col. Ma. Isabel, Valle de Chalco C.P.56615 Edo. De México Tel: (55)59714940, 29787377

Página: <http://cux.uaem.mx> e-mail: jmoralesa@uaemex.mx

www.uaemex.mx



CUVCH



Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

(preguntar a la persona cuidadora, si procede).						
108. ¿Se le olvidan las cosas con frecuencia? ¿Esto le causa problemas en sus actividades diarias?						
109. ¿Tiene trastorno neurocognitivo leve o trastorno neurocognitivo mayor diagnosticados?						
110. ¿Recibe alguna terapia psico-cognitiva?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias
DIMENSIÓN 10. INTERACCIÓN CON EL ENTORNO						
111. ¿Puede bañarse solo o necesita ayuda?						
112. ¿Puede vestirse solo o necesita ayuda?						
113. ¿Puede ir al baño solo o necesita ayuda?						
114. ¿Puede comer solo o necesita ayuda?						
115. ¿Puede usar el teléfono sin ayuda?						
116. ¿Puede realizar compras sin ayuda?						
117. ¿Puede cocinar sin ayuda?						
118. ¿Puede realizar tareas del hogar sin ayuda?						
119. ¿Puede lavar ropa sin ayuda?						
120. ¿Puede usar el transporte sin ayuda?						
121. ¿Puede tomar sus medicamentos sin ayuda?						
122. ¿Puede manejar su dinero sin ayuda?						
	1 Nada pertinente	2 Poco pertinente	3 Medianament e pertinente	4 Pertinente	5 Muy pertinente	Observacione s o Sugerencias





Universidad Autónoma del Estado de México
Centro Universitario Valle de Chalco

DIMENSIÓN 11. RELACIONES INTERPERSONALES E INTEGRACIÓN SOCIAL						
123.¿Se encuentra acompañada por alguna persona cuidadora?						
124.¿Cuál es su estado civil?						
125.¿Con quién vive?						
126.¿Tiene hijos? ¿Cuántos?						
127.¿Cada cuánto tiempo lo visitan o usted los visita?						
128.¿Con qué frecuencia habla con ellos por teléfono?						
129. En caso de requerir ayuda, ¿contaría con alguien que lo apoye?						
130.¿Quién sería esa persona?						
131.¿Cuál es el vínculo o parentesco que guarda con esa persona?						
132.¿Con cuántas personas tiene interacción en un día o semana habitual?						
133.¿Acude con regularidad a algún grupo social o de personas mayores?						
134.¿Se observan datos de fatiga o cansancio en la persona cuidadora?						
135.¿La persona cuidadora tiene apoyo de otras personas para el cuidado de la persona mayor? (preguntar directamente a la persona cuidador, si procede)						
136.¿Cuántas personas son las involucradas en el cuidado de la persona mayor? (preguntar directamente a la persona cuidador, si procede)						

Es importante que **no deje ninguna pregunta sin contestar**, ya que ello dificulta el análisis de los datos





Universidad Autónoma del Estado de México

Centro Universitario Valle de Chalco

obtenidos y representaría un sesgo en el estudio.

Si ha contestado todas las preguntas, guarde este documento en PDF y reenvíe al investigador.

¡MUCHAS GRACIAS!



Figura 29
Anexo 3 Carta invitación revisión lingüística



Universidad Autónoma del Estado de México

Estado de México, 26 de mayo de 2026
Asunto: Revisión lingüística de instrumento de evaluación

LIC. TAMARA DONAJÍ VALENCIA LÓPEZ
P R E S E N T E

Reconociendo su trayectoria académica y experiencia, me complace hacerle una cordial invitación para colaborar como **Experta en el área lingüística**, para la revisión del contenido del **"Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor"**, así como de su correspondiente instructivo de llenado, como parte del protocolo de investigación titulado: Diseño y validación de un instrumento de valoración geriátrica con enfoque de la teoría de enfermería de Faye Glenn Abdellah.

El propósito de esta revisión, es evaluar la calidad lingüística, redaccional y comprensiva tanto de los ítems del instrumento como de las indicaciones para su aplicación, con la finalidad de fortalecer su claridad, precisión y adecuada interpretación durante su utilización.

En este sentido, agradeceré su apoyo en la valoración de aspectos relacionados con:

- Corrección gramatical: identificar errores gramaticales y el uso de tiempos verbales.
- Puntuación: verificar que el uso de signos de puntuación sea correcto y adecuado para la estructura y calidad del texto.
- Claridad de redacción, coherencia y cohesión textual: revisar el sentido general de cada oración, señalando incoherencias o ambigüedades que puedan dificultar su comprensión.
- Sintaxis: revisar la estructura sintáctica de cada oración para asegurar la correcta disposición de las palabras y frases y lograr una lectura fluida.
- Pertinencia : evaluar la pertinencia de cada ítem en relación con el propósito del instrumento b, asegurándose de que el contenido sea claro, relevante y preciso.
- Comprensibilidad de las instrucciones de llenado

Su participación contribuirá significativamente al proceso de validación del instrumento y al fortalecimiento de su calidad metodológica, académica y operativa.

Anexo a este documento; el instrumento y su instructivo de llenado. Solicito amablemente, que incluya las sugerencias en el siguiente formato para identificar el ítem o instrucción original, la corrección y una breve explicación del motivo de la corrección.

Ítem/instrucción original	Corrección sugerida	Observaciones
Ejemplo: ¿Cómo son sus relaciones sociales?	(Aquí puede escribir la corrección que usted propone)	Aquí se puede detallar la razón de la corrección: problema gramatical, ambigüedad, falta de ortografía, etc.

Con la finalidad de favorecer una revisión más objetiva, me permito precisar que el instrumento no corresponde a una herramienta de autoevaluación para pacientes, sino a un instrumento de uso profesional dirigido al personal de enfermería. Asimismo, que el instrumento tiene como propósito identificar necesidades geriátricas susceptibles de intervención por enfermería mediante una evaluación integral de la persona mayor. Se encuentra estructurado en 12 dimensiones relacionadas con diferentes necesidades geriátricas y aspectos del estado de salud de la persona mayor.



1

Av. Hermenegildo Galena No. 3, Col. María Isabel, C.P. 56615, Valle de Chalco Solidaridad, Estado de México., Tel: 55-597-8-7577, 55-597-1-4940



Universidad Autónoma del Estado de México

Su estructura se divide en dos apartados: en la sección izquierda se documenta la valoración realizada por enfermería y, en la sección derecha, se integran los ítems de evaluación e interpretación de acuerdo con los hallazgos identificados durante la valoración.

No omito mencionar, que podrá ponerse en contacto con el investigador a través del correo electrónico: jcuellarb002@uaemex.mx para cualquier duda.

Sin más por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente
El investigador principal

EEA. José Antonio Cuellar Buendía



Figura 29

Anexo 4 Cédula de validación tercera versión del IVEPEMAD



Universidad Autónoma del Estado de México

“INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR”

Derivado de las 2 rondas de evaluación previas, en las cuales se evaluaron los ítems que debía contener el instrumento en cada dimensión, se construyó la tercera versión. Uno de los objetivos de diseñar este instrumento fue el de ser práctico y de fácil aplicación, es por ello, que se estructuró de la siguiente manera:

- a) **Sección 1. Valoración de Enfermería (izquierda):** se trata de un tamizaje en el cual, mediante preguntas dirigidas a la persona mayor y/o persona cuidadora, la enfermera recoge datos específicos sobre el estado de salud actual de la persona por dimensión, que le permitirán contestar de manera objetiva la sección 2.
- b) **Sección 2. Detección de necesidades geriátricas (derecha):** se trata de 29 ítems con opciones de respuesta en escala tipo Likert de 0 a 3, donde 0 representa menor alteración dependencia o riesgo y el 3, viceversa. Se optó por este tipo de respuesta ya que permitirá obtener las propiedades psicométricas del instrumento y de este modo comprobar que el instrumento mide lo que se pretende (necesidades geriátricas).

Es así, que el Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor constituye una herramienta de evaluación geriátrica integral orientada a la identificación de necesidades, problemas reales y riesgos potenciales susceptibles de intervención por enfermería. El instrumento permitirá valorar el estado global de salud de la persona mayor e identificar las dimensiones geriátricas con mayor grado de alteración a través de un abordaje multidimensional compuesto por sus 11 dimensiones.

En esta **tercera ronda de evaluación**, del instrumento ya diseñado, se le solicita evaluar la **relevancia y claridad** de los ítems finales propuestos. Para ello además de la presente cédula de validación se anexa el instrumento y su respectivo instructivo. Para ello, se sugiere: **1.** revisar el instrumento, **2.** de manera simultánea llenar la cédula de validación y **3.** consultar el instructivo sólo en caso de tener duda o bien comunicarse directamente con el investigador.





Universidad Autónoma del Estado de México

CÉDULA DE VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR

Instrucciones: La siguiente cédula de validación, tiene como objetivo evaluar el contenido de la versión preliminar del *"Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor"*, se le pide que evalúe la relevancia y claridad de los ítems a través de una escala tipo Likert; seleccione con una X en qué medida considera **relevante y claro** cada ítem:

1	2	3	4	5
Definitivamente no relacionado	No está relacionado	No estoy segura de su relación, requiere más revisión	Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	Extremadamente relacionado

En el apartado de observaciones, puede escribir sus comentarios y sugerencias.

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 1: ESTADO COGNITIVO						
1. ¿Presenta cambios en el estado cognitivo que sugieran confusión aguda?						
2. ¿Presenta alteraciones en las funciones cognitivas?						
3. ¿Presenta alteraciones de la memoria y eso le causa problemas en sus actividades diarias?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 2: FUNCIÓN SENSORIAL						
4. ¿Presenta alteraciones en la función sensorial?						
5. ¿El déficit sensorial tiene tratamiento?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 3: ACTIVIDAD FÍSICA Y POSTURA						
6. ¿Presenta problemas de movilidad?						
7. ¿Tiene disminución del desempeño físico?						





Universidad Autónoma del Estado de México

8. ¿Cómo es el potencial rehabilitador?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 4: INTERACCIÓN CON EL ENTORNO						
9. ¿Presenta dependencia para ABVD?						
10. ¿Presenta dependencia para AIVD?						
11. ¿Presentaba pérdida de la funcionalidad previa?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 5: SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES						
12. ¿Presenta factores de riesgo para caídas?						
13. ¿Cuántos fármacos consume?						
14. ¿Presenta lesiones relacionadas a la dependencia?						
15. ¿Las lesiones relacionadas a la dependencia tienen tratamiento?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 6: ALIMENTACIÓN E INGESTA HÍDRICA						
16. ¿Presenta riesgos nutricionales?						
17. ¿Presenta riesgo de desequilibrio hidro-electrolítico por baja ingesta de líquidos?						
18. ¿Presenta riesgo de sarcopenia?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 7: ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL						
19. ¿Presenta alteración en la eliminación urinaria?						
20. ¿Presenta alteración en la eliminación intestinal?						





Universidad Autónoma del Estado de México

	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 8: CONFORT FÍSICO						
21. ¿Presenta dolor agudo bien controlado?						
22. ¿Presenta dolor crónico en tratamiento?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 9. DESCANSO Y SUEÑO						
23. ¿Cómo es la calidad de su sueño y descanso?						
24. ¿Qué tanto afectan los problemas para dormir?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 10. RELACIONES INTERPERSONALES E INTEGRACIÓN SOCIAL						
25. ¿Cómo es la relación con su familia?						
26. ¿Cómo son sus relaciones sociales?						
27. ¿Existe riesgo de colapso de la persona cuidadora?						
	1 Definitivamente no relacionado	2 No está relacionado	3 No estoy segura de su relación, requiere más revisión	4 Relacionado, necesario realizar pequeñas modificaciones	5 Extremadamente relacionado	Observaciones o Sugerencias
DIMENSIÓN 11. EXPRESIÓN CONSCIENTE DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES						
28. ¿Presenta síntomas depresivos?						
29. ¿Presenta datos de maltrato?						

Es importante que **no deje ninguna pregunta sin contestar**, ya que ello dificulta el análisis de los datos obtenidos y representaría un sesgo en el estudio.

Si ha contestado todas las preguntas, guarde este documento en PDF y reenvíe al investigador.

¡MUCHAS GRACIAS!



Figura 30
Anexo 5 Versión final del IVEPEMAD-C

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR POR DIMENSIONES DE CUELLAR (IVEPEMAD-C)													
Nombre: <input style="width: 100%;" type="text"/>				Edad: <input style="width: 50%;" type="text"/>		Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>							
Fecha de nacimiento: <input style="width: 100%;" type="text"/>				Años de estudio: <input style="width: 100%;" type="text"/>									
Entorno de evaluación: ☐ Hospitalario ☐ Ambulatorio													
A) VALORACIÓN DE ENFERMERÍA					B) IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES GERIÁTRICAS								
DIMENSIÓN 1. ESTADO COGNITIVO													
Orientación temporo-espacial¹			Memoria²			1. ¿Presenta cambios en el estado cognitivo que sugieran confusión aguda (a+b+c+ d ó e)? <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 0 Nunca 1 Algunas veces 2 Casi siempre 3 Siempre </div>							
Fecha	☐	Trabajo	☐	Episódica	☐								
Día de la semana	☐	Caballo	☐	Caballo	☐								
Hora	☐	Rosa	☐	Rosa	☐								
Lugar	☐	Lápiz	☐	Lápiz	☐								
Atención³			Confusión aguda			2. ¿Presenta alteraciones en las funciones cognitivas? <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 0 Sin alteración 1 Alteración en una función cognitiva 2 Alteración en 2 funciones cognitivas 3 Alteración en 3 funciones o incapaz de contestar </div>							
☐ N / R	☐ 10	☐ Inicio agudo ^a											
☐ Ó / A	☐ 9	☐ Curso fluctuante ^b											
☐ M / M	☐ 8	☐ Inatención ^c											
☐ A / Ó	☐ 7	☐ Alteración de la conciencia ^d											
☐ R / N	☐ 6	☐ Pensamiento desorganizado ^e				3. ¿Presenta alteraciones de la memoria y eso le causa problemas en sus actividades diarias? <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 0 Nunca 1 Algunas veces 2 Casi siempre 3 Siempre </div>							
Alteraciones cognitivas			Tratamiento										
☐ Queja subjetiva de memoria													
☐ Trastorno Neurocognitivo Leve													
☐ Trastorno Neurocognitivo Mayor													
DIMENSIÓN 2. FUNCIÓN SENSORIAL													
Déficit sensorial					4. ¿Presenta alteraciones en la función sensorial? <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 0 Sin alteración 1 Alteración de la visión o la audición 2 Alteración de la visión y la audición 3 Alteración de 3 o más sentidos </div>								
Déficit visual													
☐ Corregido	☐ No corregido												
☐ Auxiliar visual	☐ Los usa	☐ No los usa	☐ A veces										
Examen visual	No ☐	Sí ☐	Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>										
Déficit auditivo					5. ¿El déficit sensorial tiene tratamiento? <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 0 Sin déficit sensorial 1 Recibe tratamiento adecuado 2 No sigue el tratamiento 3 Sin tratamiento </div>								
Déficit auditivo													
☐ Corregido	☐ No corregido												
☐ Auxiliar auditivo	☐ Los usa	☐ No los usa	☐ A veces										
Audiometría	No ☐	Sí ☐	Fecha: <input style="width: 100%;" type="text"/>										
c) Otros sentidos													
☐ Gusto	☐ Olfato				☐ Tacto								
DIMENSIÓN 3. ACTIVIDAD FÍSICA Y POSTURA													
Movilidad					6. ¿Presenta problemas de movilidad? <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 0 Sin dificultad para movilizarse 1 Deambula con ayuda 2 Se moviliza fuera de cama pero no deambula 3 Se moviliza en cama con ayuda </div>								
☐ Independiente	☐ Con ayuda									☐ No se moviliza			
Sedestación	☐ Independiente									☐ Con ayuda			
☐ Independiente	☐ Con ayuda									☐ No se moviliza			
Cambio postural	☐ Independiente									☐ Con ayuda			
☐ Bastón	☐ Andadera				☐ Silla de ruedas								
Desempeño físico					7. ¿Tiene disminución del desempeño físico? <div style="display: flex; justify-content: space-between; padding: 0 10px;"> 0 Sin disminución del desempeño 1 Disminución del desempeño leve (1pto) 2 Disminución del desempeño moderada (2pts) 3 Disminución del desempeño grave (>3pts) </div>								
☐ Dificultad ¹	☐ Sin dificultad ⁰												
Subir o bajar escalones	☐ Dificultad ¹									☐ Sin dificultad ⁰			
☐ Fatiga ¹	☐ Sin fatiga ⁰												
Fatiga	☐ Dificultad ¹									☐ Sin dificultad ⁰			
Levantar más de 4.5kg													

Potencial rehabilitador	
Arcos de movilidad	☐ Conservados ☐ Disminuidos

Zonas:

Fuerza y tono	☐ Conservados ☐ Disminuidos
---------------	---

Zonas:

8. ¿Cómo es el potencial rehabilitador?

0 Sin limitaciones 1 Limitación leve 2 Limitación moderada 3 Limitación grave o rigidez

DIMENSIÓN 4. INTERACCIÓN CON EL ENTORNO

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Baño	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Vestido	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Uso del WC	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Transferencias	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Continencia	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Alimentación	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²

9. ¿Presenta dependencia para ABVD?

0 Sin dependencia 1 Dependencia leve (1 - 4pts) 2 Dependencia moderada (5 - 8pts) 3 Dependencia grave (> 9 pts)

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Uso del teléfono	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Transporte	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Medicación	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Finanzas	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Compras	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Cocina	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Cuidado del hogar	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²
Lavandería	☐ Independiente ⁰ ☐ Ayuda parcial ¹ ☐ Dependiente ²

10. ¿Presenta dependencia para AIVD?

0 Sin dependencia 1 Dependencia leve (1 - 5pts) 2 Dependencia moderada (6 - 10pts) 3 Dependencia grave (> 10pts)

11. ¿Presentaba pérdida de la funcionalidad previa?

0 Sin dependencia 1 Dependencia en más de 1 AIVD 2 Dependencia en más de 1 ABVD 3 Dependencia en ABVD y AIVD

DIMENSIÓN 5. SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES

Caídas

Historia de caídas ☐ < 6 meses ☐ > 6 meses

Circunstancia:

Factores de riesgo extrínsecos

☐ Calzado ¹	☐ Escaleras ¹	☐ Piso/suelo ¹	☐ Baño ¹
☐ Iluminación ¹	☐ Obstáculos ¹	Otros: <input type="text"/>	

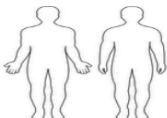
Factores de riesgo intrínsecos

☐ Comorbilidades ¹	☐ Fármacos ¹	☐ Miedo a caer ¹	☐ Déficit sensorial ¹
☐ Deterioro funcional ¹	☐ Deterioro cognitivo ¹	Otros: <input type="text"/>	

Identificación de Polifarmacia

Medicamento/Suplemento/Herbolaria	Dosis	Intervalo
1		
2		
3		
4		
5		

Lesiones relacionadas a la dependencia (LrD)

Localización	Tipo	Categoría
		

12. ¿Presenta factores de riesgo para caídas?

0 Sin factores de riesgo 1 Presenta más de 1 factor extrínseco 2 Presenta más de 1 factor intrínseco 3 Presenta factores intrínsecos y extrínsecos

13. ¿Cuántos fármacos consume?

0 No consume fármacos, suplementos o herbolaria 1 Consume entre 1 y 2 fármacos, suplementos o herbolaria 2 Consume entre 3 y 4 fármacos, suplementos o herbolaria 3 Consume 5 o más fármacos, suplementos o herbolaria

14. ¿Presenta lesiones relacionadas a la dependencia?

0 Sin LrD 1 Presenta LPP C1, LESCAH E1 o desgarre cutáneo 2 Presenta LPP >C1 o LESCAH >E1 3 Presenta lesiones mixtas

LPP= Lesiones por presión / C1= Categoría 1

LESCAH= Lesiones cutáneas asociadas a humedad / E1= Estadio 1

15. ¿Las LrD tienen tratamiento?

0 Sin LrD 1 Recibe tratamiento adecuado 3 Sin tratamiento

DIMENSIÓN 6. ALIMENTACIÓN E INGESTA HÍDRICA

Alimentación Oral			
Sólidos	☐ > 75%	☐ 50-75% ¹	☐ <50% ¹
Líquidos	☐ >1500 ml	☐ 1000-1500ml	☐ <1000ml
Alergias	<input type="text"/>		
Otras vías	☐ Enteral	☐ Parenteral	☐ Mixta
Ayuno	☐ Absoluto ¹	☐ Diagnóstico	☐ Enteral
Restricciones <input type="text"/>			
Problemas odontológicos			
Edentulismo	☐ Parcial	☐ Total	☐ Corregido
Prótesis dental	☐ No tiene ¹	☐ No la usa ¹	☐ No le ajusta ¹
Otros	☐ Xerostomía ¹	☐ Disfagia ¹	☐ T. Deglución ¹
Mediciones			
Peso:	<input type="text"/>	P. Braquial:	<input type="text"/>
Talla:	<input type="text"/>	P. Pantorrilla:	<input type="text"/>
IMC:	<input type="text"/>	Glucosa:	<input type="text"/>
IMC= 22-27 kg/m² P. Pantorrilla= >31cm / P. Braquial= >23cm			
Pérdida de peso no intencionada			
☐ Sin pérdida ☐ <3kg ☐ >3kg ¹ ☐ No sabe			

16. ¿Presenta riesgos nutricionales?

0 Sin riesgos 1 Riesgo bajo (1 - 3 pts) 2 Riesgo moderado (4 - 6 pts) 3 Riesgo alto (>7 pts)

17. ¿Presenta riesgo de desequilibrio hidro-electrolítico por baja ingesta de líquidos?

0 Sin riesgo Ingesta de >1500 1 Riesgo bajo Ingesta de 1000 - 1500ml + Lq. IV 2 Riesgo moderado Ingesta de 1000-1500ml 3 Riesgo alto Ingesta <1000ml

18. ¿Presenta riesgo de sarcopenia?

0 IMC y perímetros normales 1 Presenta disminución del IMC 2 Presenta disminución del P. Braquial y/o P. Pantorrilla 3 Presenta disminución del IMC y perímetros

DIMENSIÓN 7. ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL

Urinaria		Intestinal	
Incontinencia	Retención	Incontinencia	Eliminación
☐ Esfuerzo	☐ Globo vesical	☐ Gases	☐ <24hrs
☐ Funcional	☐ Retención	☐ Líquidas	☐ 24-72hrs
☐ Urgencia	Eliminación	☐ Sólidas	☐ >72 hrs
☐ Rebosamiento	☐ Espontánea	☐ Urgencia	Tipo
Manejo	☐ CU Intermitente	Estreñimiento	☐ Espontánea
☐ Pañal	☐ CU Permanente	☐ Estreñimiento	☐ Colostomía
☐ Protector	☐ Cistostomía	☐ Impactación	☐ Ileostomía
	☐ Urostomía	Tratamiento	<input type="text"/>

19. ¿Presenta alteración en la eliminación urinaria?

0 Sin problemas 1 Presenta estoma de eliminación 2 Presenta incontinencia urinaria o retención 3 Presenta incontinencia mixta

20. ¿Presenta alteración en la eliminación intestinal?

0 Sin problemas 1 Presenta estoma de eliminación 2 Presenta incontinencia fecal o estreñimiento 3 Presenta impactación fecal

DIMENSIÓN 8. CONFORT FÍSICO

Dolor agudo			
Localización	<input type="text"/>	Evolución	<input type="text"/>
Intensidad	<input type="text"/>	Alivio	<input type="text"/>
Tipo	<input type="text"/>	Tratamiento	<input type="text"/>
<input type="text"/>			
Dolor crónico			
Localización	<input type="text"/>	Impacto	<input type="text"/>
Frecuencia	<input type="text"/>	Tratamiento	<input type="text"/>
Evolución	<input type="text"/>	Automedicación	<input type="text"/>
<input type="text"/>			

21. ¿Presenta dolor agudo bien controlado?

0 Sin dolor 1 Dolor con tratamiento farmacológico 2 Dolor recurrente que ha requerido aumentar la dosis de analgésicos 3 Dolor sin tratamiento

22. ¿Presenta dolor crónico en tratamiento?

0 Sin dolor 1 Dolor con tratamiento farmacológico 2 Dolor sin tratamiento médico, se automedica 3 Dolor sin tratamiento

DIMENSIÓN 9. DESCANSO Y SUEÑO

Patrón del sueño			
Horas	☐ < 5hrs ☐ 5-7 hrs ☐ > 7hrs		
Calidad del sueño	☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala		
Hora de dormir	<input type="text"/>	Hora de despertar	<input type="text"/>

23. ¿Cómo es la calidad de su sueño y descanso?

0 Excelente 1 Buena, pero toma medicamentos para dormir. 2 Regular, tiene malos hábitos. 3 Mala, presenta insomnio.

Energía al despertar ☐ Siempre ☐ Algunas veces ☐ Casi siempre
 No. Siestas Duración
 Hábitos antes de dormir

Problemas para dormir

- ☐ Dificultad para iniciar el sueño
☐ Despertares nocturnos frecuentes
☐ Despertar temprano no deseado

Factor asociado

Insomnio ☐ No ☐ Sí

Medicación: ☐ No ☐ Sí

24. ¿Qué tanto afectan los problemas para dormir?

- 0 Sin problemas
 1 Tiene problemas, pero no afectan sus actividades
 2 No afectan sus actividades, pero tiene somnolencia diurna
 3 Se siente sin energía, prefiere dormir durante el día

DIMENSIÓN 10. RELACIONES INTERPERSONALES E INTEGRACIÓN SOCIAL

Estado civil

- ☐ Soltera ☐ Casada ☐ Trabajadora del hogar
☐ Viuda ☐ Divorciada ☐ Jubilada ☐ Comerciante
 Otro: ☐ Desempleada Otra:

Ocupación

25. ¿Cómo es la relación con su familia?

- 0 Excelente, convive con todos los miembros de su familia
 1 Buena, convive con algunos miembros de su familia
 2 Regulares, mantiene comunicación vía remota con su familia
 3 Mala, no convive con su familia o vive sólo

Relaciones sociales

- Vive** ☐ Sola ☐ Hijo(s) (as) No. Hijos:
☐ Cónyugue Otra: No. Hijos:
Convivencia ☐ Diario ☐ 1v / semana ☐ No los frecuente
☐ 2-3v/semana ☐ Cada mes Otra:
Contacto vía remota ☐ Diario ☐ 1v / semana ☐ No los frecuente
☐ 2-3v/semana ☐ Cada mes Otra:
Interacción social ☐ Amigos ☐ Vecinos Otra:

26. ¿Cómo son sus relaciones sociales?

- 0 Excelentes, mantiene interacción social
 1 Buenas, convive con otras personas
 2 Regulares, convive sólo con su familia
 3 Malas, no convive con otras personas

Pertenece a un grupo social:

Persona cuidadora

Nombre:
 Relación:
 No de personas involucradas en el cuidado:
 Datos de colapso:

27. ¿Existe riesgo de colapso de la persona cuidadora?

- 0 Sin riesgo, hay varias personas involucradas
 1 Riesgo bajo, recibe apoyo de al menos dos personas
 2 Mediano riesgo, recibe sólo apoyo económico o moral de otras personas
 3 Alto riesgo, no recibe apoyo de otras personas. Presenta datos de colapso.

DIMENSIÓN 11. EXPRESIÓN CONSCIENTE DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES

Presencia de síntomas depresivos

- ¿En las últimas 2 semanas se ha sentido triste? ☐ NO⁰ ☐ SI¹
 ¿Ha dejado de realizar actividades que solía disfrutar? ☐ NO⁰ ☐ SI¹
 ¿Prefiere quedarse en casa más que salir? ☐ NO⁰ ☐ SI¹
 ¿Considera que es maravilloso estar vivo? ☐ NO¹ ☐ SI⁰
 ¿Se siente con energía la mayor parte del tiempo? ☐ NO¹ ☐ SI⁰

Depresión diagnóstica ☐ NO ☐ SI

Tratamiento

Sospecha de maltrato

- ¿Se siente satisfecho con la la ayuda que recibe de su familia cuando tiene alguna necesidad o problema? ☐ NO¹ ☐ SI⁰
 ¿Se siente satisfecho con la libertad que su familia le da para tomar sus propias decisiones o hacer sus actividades? ☐ NO¹ ☐ SI⁰

¿Se siente satisfecho con el tiempo que pasa con su familia? ☐ NO¹ ☐ SI⁰

¿Se ha sentido agredido u ofendido por alguna persona últimamente?
☐ NO⁰ ☐ SI¹

28. ¿Presenta síntomas depresivos?

- 0 Sin síntomas depresivos
 1 Tiene depresión diagnosticada en tratamiento
 2 Tiene 1 o 2 síntomas depresivos (1-2 pts)
 3 Tiene más de 3 síntomas depresivos (>3pts)

29. ¿Presenta datos de maltrato?

- 0 Sin datos de maltrato
 1 Presenta 1 dato sugerente de maltrato
 2 Presenta 2 datos sugerentes de maltrato (1-2 pts)
 3 Presenta 3 o más datos de maltrato (>3 pts)

Evaluación

Puntaje	Interpretación
0 - 29 pts	Menor presencia de necesidades geriátricas alteradas
30 - 58 pts	Presencia intermedia de necesidades geriátricas alteradas
59 - 87 pts	Mayor carga de problemas geriátricos

IDENTIFICACIÓN DE NECESIDADES GERIÁTRICAS

DIMENSIÓN 1. ESTADO COGNITIVO (puntuación máxima: 9 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-2 puntos	Estado cognitivo conservado o con bajo riesgo de deterioro.	Mantener actividades de estimulación cognitiva y orientación temporoespacial. No se requiere valoración cognitiva complementaria, salvo cambios clínicos. Revalorar en controles periódicos.
2- 3 puntos	Presencia de indicadores sugestivos de deterioro cognitivo leve o riesgo de alteración cognitiva.	Implementar estrategias de estimulación cognitiva, promover la participación en actividades sociales y cognitivas y realizar un tamizaje cognitivo en un plazo aproximado de tres meses.
6-9 puntos	Alta probabilidad de deterioro cognitivo o alteración significativa del estado cognitivo.	Realizar valoración cognitiva mediante instrumentos validados (Mini-Cog, Mini-Mental State Examination, MoCA u otro según la reserva cognitiva). Valorar delirium cuando exista cambio agudo y referir al equipo interdisciplinario cuando proceda.
DIMENSIÓN 2. FUNCIÓN SENSORIAL (puntuación máxima: 6 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-1 puntos	Función sensorial conservada.	Mantener vigilancia periódica y promover el cuidado preventivo de la visión, audición y demás funciones sensoriales.
2- 3 puntos	Alteración sensorial leve con posible impacto funcional.	Revisar el uso y estado de lentes, auxiliares auditivos u otros dispositivos. Favorecer estrategias de compensación y educación para prevenir accidentes.
4-6 puntos	Alteración sensorial importante con repercusión funcional.	Realizar valoración específica de visión y audición, considerar pruebas complementarias y referir a oftalmología, audiología u otorrinolaringología según corresponda. Implementar medidas para disminuir el riesgo de caídas y aislamiento social.
DIMENSIÓN 3. ACTIVIDAD FÍSICA Y POSTURA (puntuación máxima: 9 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-2 puntos	Movilidad y desempeño físico conservados.	Promover actividad física regular y ejercicios de fortalecimiento y equilibrio.
2- 3 puntos	Disminución leve del desempeño físico o riesgo de deterioro funcional.	Implementar programas de ejercicio terapéutico y valorar el desempeño físico mediante pruebas como TUG o SPPB.
6-9 puntos	Alteración importante de la movilidad y del desempeño físico.	Realizar valoración funcional integral, identificar riesgo de sarcopenia y fragilidad, establecer medidas de prevención de caídas y referir a rehabilitación física cuando sea necesario.
DIMENSIÓN 4. INTERACCIÓN CON EL ENTORNO (puntuación máxima: 9 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-2 puntos	Conserva independencia en la interacción con su entorno.	Mantener seguimiento periódico y fomentar la autonomía funcional.
2- 3 puntos	Dificultad leve para desenvolverse en el entorno.	Evaluar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria mediante escalas como Katz o Lawton e identificar barreras ambientales.
6-9 puntos	Limitación importante para interactuar con el entorno.	Elaborar un plan de intervención orientado a preservar la funcionalidad, adecuar el entorno físico y coordinar la participación de terapia ocupacional y trabajo social cuando proceda.
DIMENSIÓN 5. SEGURIDAD: PREVENCIÓN DE ACCIDENTES Y LESIONES (puntuación máxima: 12 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0- 3 puntos	Riesgo bajo de eventos adversos.	Mantener medidas generales de seguridad y educación para la prevención de riesgos.
4- 7 puntos	Riesgo moderado de caídas, eventos adversos o complicaciones.	Evaluar factores de riesgo, revisar polifarmacia, implementar estrategias de prevención de caídas y educación al paciente y cuidador.
8- 12 puntos	Riesgo elevado de eventos adversos.	Realizar valoración integral del riesgo de caídas, revisar cuestionarios Beers o STOPP/START cuando sea pertinente, fortalecer medidas de seguridad y coordinar intervenciones interdisciplinarias.

DIMENSIÓN 6. ALIMENTACIÓN E INGESTA HÍDRICA (puntuación máxima: 9 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-2 puntos	Estado nutricional aparentemente adecuado.	Promover alimentación equilibrada e hidratación suficiente.
2- 3 puntos	Riesgo de malnutrición o hidratación inadecuada.	Aplicar un tamizaje nutricional (MNA-SF, MNA o MUST), valorar ingesta de líquidos y reforzar educación alimentaria.
6-9 puntos	Alta probabilidad de desnutrición, deshidratación o disfagia.	Realizar valoración nutricional integral, valorar riesgo de sarcopenia (SARC-F), identificar disfagia y referir a nutrición o fonoaudiología cuando corresponda.
DIMENSIÓN 7. ELIMINACIÓN URINARIA E INTESTINAL (puntuación máxima: 6 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-1 puntos	Eliminación conservada.	Mantener vigilancia periódica y promover el cuidado preventivo de la visión, audición y demás funciones sensoriales.
2- 3 puntos	Alteraciones leves de la eliminación.	Revisar el uso y estado de lentes, auxiliares auditivos u otros dispositivos. Favorecer estrategias de compensación y educación para prevenir accidentes.
4-6 puntos	Alteraciones importantes de la eliminación.	Realizar valoración específica de incontinencia, retención urinaria o estreñimiento, implementar intervenciones individualizadas y referir al especialista cuando sea necesario.
DIMENSIÓN 8. CONFORT FÍSICO (puntuación máxima: 6 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-1 puntos	Confort físico adecuado.	Mantener vigilancia periódica y promover el cuidado preventivo de la visión, audición y demás funciones sensoriales.
2- 3 puntos	Molestias físicas leves o intermitentes.	Valorar intensidad del dolor mediante escalas apropiadas e implementar medidas no farmacológicas de confort.
4-6 puntos	Dolor o malestar físico significativo.	Realizar valoración integral del dolor (EVA, PAINAD u otra), instaurar intervenciones analgésicas y coordinar la atención interdisciplinaria cuando sea necesario.
DIMENSIÓN 9. DESCANSO Y SUEÑO (puntuación máxima: 6 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-1 puntos	Patrón de sueño adecuado.	Favorecer hábitos saludables de sueño y seguimiento periódico.
2- 3 puntos	Alteraciones leves del descanso.	Implementar medidas de higiene del sueño e identificar factores desencadenantes.
4-6 puntos	Alteración importante del sueño con repercusión funcional.	Realizar valoración integral del sueño, identificar causas médicas o emocionales y referir cuando sea necesario.
DIMENSIÓN 10. RELACIONES INTERPERSONALES E INTEGRACIÓN SOCIAL (puntuación máxima: 9 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-2 puntos	Adecuada integración social y red de apoyo.	Favorecer la participación comunitaria y mantener seguimiento.
2- 3 puntos	Riesgo de aislamiento social o disminución del apoyo.	Explorar red de apoyo, identificar sobrecarga del cuidador y promover recursos comunitarios.
6-9 puntos	Aislamiento social importante o vulnerabilidad social.	Realizar valoración social integral, identificar riesgo de maltrato o abandono y coordinar la intervención de trabajo social y otros profesionales.

DIMENSIÓN 11. EXPRESIÓN CONSCIENTE DE SENTIMIENTOS Y EMOCIONES (puntuación máxima: 6 puntos)		
Puntuación	Interpretación	Intervención de enfermería
0-1 puntos	Estado emocional estable.	Mantener vigilancia periódica y promover el cuidado preventivo de la visión, audición y demás funciones sensoriales.
2- 3 puntos	Manifestaciones leves de alteración emocional.	Profundizar en la valoración emocional y aplicar un tamizaje para depresión o ansiedad (GDS-15, PHQ-2 u otro según el contexto).
4-6 puntos	Alta probabilidad de alteración emocional significativa.	Realizar valoración psicológica más amplia, fortalecer el apoyo familiar y social y referir a psicología o psiquiatría cuando proceda.

Figura 31

Anexo 6 Instructivo para el llenado del IVEPEMAD-C

INSTRUCCIONES PARA EL LLENADO DEL INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA A LA PERSONA MAYOR POR DIMENSIONES DE CUELLAR (IVEPEMAD-C)

Objetivo

Identificar integralmente las necesidades geriátricas de la persona mayor susceptibles de intervención por enfermería, con el propósito de prevenir complicaciones y detectar oportunamente riesgos geriátricos.

Descripción

El Instrumento de Valoración de Enfermería a la Persona Mayor por Dimensiones de Cuellar (**IVEPEMAD-C**) constituye una herramienta de evaluación geriátrica integral orientada a la identificación de necesidades, problemas reales y riesgos potenciales susceptibles de intervención por enfermería. El instrumento permite valorar el estado global de salud de la persona mayor e identificar las dimensiones geriátricas con mayor grado de alteración a través de un abordaje multidimensional compuesto por 11 dimensiones.

Requerimientos

- Formato impreso
- Bolígrafo
- Cinta métrica
- Glucómetro
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación

30 minutos. El tiempo puede variar dependiendo del contexto y la situación en la que se encuentre la persona mayor.

Instrucciones

Evalúe las siguientes dimensiones en la persona mayor. Marque con una X o conteste según corresponda. Al finalizar, sume los puntajes obtenidos por cada ítem, para hacer la identificación de necesidades geriátricas.

Ficha de identificación

1. Anote la fecha de evaluación.
2. Pregunte a la persona mayor su nombre, su edad y su nivel educativo; si no concluyó sus estudios, registre en años el grado escolar hasta el que cursó.
3. Seleccione el entorno en el que se realiza la valoración; hospitalario o ambulatorio.

Dimensión 1. Estado cognitivo

a) Orientación temporo-espacial

1. Pregunte a la persona mayor datos temporoespaciales como: fecha; día de la semana; hora; lugar donde se encuentra.

b) Memoria de trabajo

1. Pida a la persona mayor que repita las palabras: caballo, rosa, lápiz. Posteriormente, mencione la importancia de recordarlas porque volverá a preguntarlas.

c) Atención

1. Pida a la persona mayor que deletree la palabra Ramón al revés. Si la persona mayor tiene dificultad para responder, pida que cuente del 10 al 5 (retroceso).

d) Memoria episódica

1. Pida a la persona mayor que repita las tres palabras mencionadas anteriormente. La evaluación de las funciones cognitivas anteriores (orientación, atención y memoria) le ayudará a responder el ítem 2.

e) Confusión aguda

Para evaluar esta dimensión, pida a la persona cuidadora formal o informal que responda las siguientes preguntas.

- 1) Inicio agudo: ¿El paciente ha tenido cambios repentinos de conducta o del estado mental a lo largo del día en comparación con su estado habitual?
- 2) Curso fluctuante: ¿Estos síntomas empeoran o mejoran a lo largo del día? Ej. *Suele estar más lúcida por las mañanas que por las noches.*
- 3) Inatención: ¿Fue incapaz de responder el inciso “c) atención”? ¿La persona mayor tiene dificultad para mantener la atención o seguir una conversación? ¿Se distrae fácilmente con estímulos externos? Ej. *Pierde el hilo de lo que se le está diciendo*
- 4) Alteración del nivel de conciencia: ¿la persona mayor tiene somnolencia excesiva o hiperactividad inusual?
- 5) Pensamiento desorganizado: ¿la persona fue incapaz de responder el inciso “a) orientación temporo- espacial”? ¿Su forma de pensar es desorganizada, incoherente o ilógica?

La presencia de los criterios 1, 2 y 3 además de cualquiera de 3 y 4, sugieren confusión aguda, indague con el cuidador formal o informal la fluctuación de estos, para poder responder el ítem 1.

f) Alteraciones cognitivas

Realice a la persona mayor las siguientes preguntas:

1. ¿Considera que se le olvidan las cosas frecuentemente? ¿Qué tipo de cosas olvidan? (Los olvidos benignos entran dentro de queja subjetiva de memoria. Ej. entra a una habitación y se le olvida a qué iba).
Si en la pregunta anterior, la persona expresó dificultad para recordar acontecimientos recientes o citas importantes; que pierde o cambia de lugar objetos de uso cotidiano, podría tratarse de Trastorno Neurocognitivo Leve (TNCL).
Si la persona olvida el nombre de personas conocidas; apagar la estufa; cerrar la llave del agua; tomar sus medicamentos; o tiene problemas para realizar tareas cotidianas, podría tratarse de Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM).
2. ¿Tiene diagnóstico de trastornos neurocognitivos? Ej. Alzheimer.

g) Tratamiento

1. Si la persona tiene trastornos neurocognitivos diagnosticados, pregunte cuál es su tratamiento farmacológico y no farmacológico.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 1**, conteste los **ítems 1, 2 y 3**.

Dimensión 2. Función sensorial

Realice las siguientes preguntas a la persona mayor:

a) Déficit visual

1. ¿Cómo considera su visión? ¿Utiliza lentes? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuándo fue la fecha de su último examen visual?

b) Déficit auditivo

1. ¿Cómo considera que es su audición? ¿Utiliza algún aparato auditivo? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuándo fue la fecha de su último examen auditivo (audiometría)?

c) Otros sentidos

1. ¿Presenta alguna dificultad para percibir algunos sabores u olores o bien, pérdida de la sensibilidad al tacto?

Con base en la evaluación de la **Dimensión 2**, conteste los **ítems 4 y 5**.

Dimensión 3. Actividad física y postura

Realice las siguientes preguntas a la persona mayor:

a) Movilidad

Indique si tiene dificultad o si necesita ayuda para realizar las siguientes actividades: caminar; sentarse; moverse dentro de una cama.

¿Utiliza bastón, andadera o silla de ruedas para moverse?

b) Desempeño físico

Indique si tiene dificultad para realizar las siguientes actividades de manera independiente: caminar 2 cuadras; subir o bajar escalones; levantar objetos de más de 4.5kg (Ej. bolsa de súper o cubeta con agua).

¿Frecuentemente se siente cansada o fatigada?

c) Potencial rehabilitador

Evalúe los arcos de movilidad de la persona y anote las zonas con los hallazgos más relevantes.

Evalúe la fuerza y tono de la persona y anote las zonas con los hallazgos más relevantes.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 3**, conteste los **ítems 6, 7 y 8**.

Dimensión 4. Interacción con el entorno

Realice las siguientes preguntas a la persona mayor:

a) Actividades básicas de la vida diaria

Indique si necesita ayuda para realizar las actividades que se enlistan a continuación. Si la persona refiere que necesita ayuda para alguna actividad, que describa en qué consiste la ayuda para identificar si es parcial o totalmente dependiente.

1. Bañarse
2. Vestirse
3. Ir al baño
4. Trasladarse
5. Controlar sus esfínteres
6. Alimentarse.

b) Actividades instrumentales de la vida diaria

Indique si necesita ayuda para realizar las actividades que se enlistan a continuación. Si la persona refiere que necesita ayuda para alguna actividad, que describa en qué consiste la ayuda para identificar si es parcial o totalmente dependiente.

1. Usar el teléfono
2. Usar el transporte
3. Tomar medicamentos
4. Manejar su dinero
5. Hacer compras
6. Cocinar
7. Hacer tareas del hogar
8. Lavar ropa

Con base en la evaluación de la **Dimensión 4**, conteste los **ítems 9, 10 y 11**.

Dimensión 5. Seguridad: Prevención de accidentes y lesiones.

a) Caídas

Pregunte a la persona mayor si se ha caído en los últimos 6 meses; y en qué circunstancias ocurrió.

b) Factores de riesgo extrínsecos

Realice las siguientes preguntas a la persona mayor:

1. ¿Qué tipo de calzado utiliza frecuentemente?
2. Que indique si la casa en donde vive cuenta con alguna de las siguientes características:
 - a. Escaleras con barandales.
 - b. Barras de apoyo en el baño.
 - c. Zonas poco iluminadas.
 - d. Tapetes u objetos que obstaculicen su camino. (También se puede incluir alguna mascota libre).
3. ¿De qué tipo de material es el piso de la casa donde habita?
Identifique otros factores. Recuerde que los factores extrínsecos son ajenos a la persona, por ende, modificables.

c) Factores de riesgo intrínsecos

Si es necesario, obtenga los siguientes datos del expediente de la persona mayor o pregunte a la persona cuidadora.

1. ¿La persona presenta comorbilidades que disminuyan su capacidad funcional (Ej. *Evento cerebrovascular*)?
2. ¿Toma medicamentos que aumenten el riesgo de caída (Ej. *Diuréticos, antipsicóticos*)?
3. ¿Tuvo caídas previas que le hayan provocado el síndrome de “miedo a caer”?
4. ¿Presenta déficit sensorial? (dimensión 2)
5. ¿Presenta deterioro funcional o cognitivo previo?

Identifique otros factores. Recuerde que los factores intrínsecos son los inherentes a la persona, por ende, no se pueden modificar.

d) Polifarmacia

Pregunte a la persona mayor qué medicamentos toma. Debe incluir suplementos; productos alternativos; y herbolaria.

El uso simultáneo de 5 o más medicamentos prescritos o por automedicación, incluyendo productos herbolarios o suplementos, es considerado polifarmacia en la persona mayor.

e) Lesiones relacionadas a la dependencia (LrD)

1. Haga una exploración céfalo- podal de la persona mayor. Observe e identifique lesiones cutáneas relacionadas a la dependencia; lesiones por presión (LPP); lesiones cutáneas asociadas a humedad (LESCAH); desgarres cutáneos, etc. Ponga especial énfasis en prominencias óseas y pliegues cutáneos (abdomen, mamas, zona genital e interglútea).
2. Anote los principales hallazgos en la tabla; tipo, categoría o estadio y marque con una X, su localización en la figura.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 5**, conteste los **ítems 12, 13, 14 y 15**.

Dimensión 6. Alimentación e ingesta hídrica

a) Alimentación oral

Realice las siguientes preguntas a la persona mayor:

1. ¿Qué cantidad de alimento consumió hoy? ¿Qué cantidad de líquido bebe en un día? ¿Es alérgico a algún alimento? ¿Tiene restricciones alimenticias?

b) Otras vías

1. ¿La vía de alimentación es enteral o parenteral?

c) Ayuno

1. ¿Se encuentra en ayuno?, ¿cuál es el motivo?

d) Problemas odontológicos

1. Inspeccione la cavidad oral de la persona e identifique el edentulismo total o parcial y si este está corregido.

Si el paciente utiliza prótesis dental, pregunte si la usa todo el tiempo; le ajusta adecuadamente.

e) Otros problemas

Pregunte a la persona mayor si frecuentemente siente la boca seca; tiene dolor al tragar los alimentos; siente que se ahoga cuando traga los líquidos.

La alteración en alguno de los criterios anteriores, se considera riesgo nutricional para la persona mayor:

- Ingesta alimenticia menor al 50%
- Restricciones alimenticias o ayunos prolongados
- Problemas odontológicos por ausencia parcial o total de piezas dentales
- Xerostomía, disfagia o trastorno de la deglución.

Mediciones

Realice las siguientes mediciones de la persona mayor:

1. Con ayuda de un estadiómetro y una báscula, mida el peso y la talla.
2. Con ayuda de una cinta métrica, mida la circunferencia braquial y de pantorrilla.
3. Con un glucómetro, mida la glucosa capilar.

La sarcopenia primaria; disminución de la masa muscular, es atribuida al proceso normal de envejecimiento; sin embargo, se considera un problema cuando la persona mayor tiene disminución del desempeño y de la fuerza muscular.

Los perímetros braquiales y de pantorrilla pueden ser predictores de sarcopenia secundaria:

- IMC normal: 22-27 kg/m²
- Perímetro braquial normal: >23cm
- Perímetro de pantorrilla normal: ≥31cm

f) Pérdida de peso no intencionada

1. Pregunte a la persona mayor si en el último año ha perdido peso o tallas de manera no intencionada; ¿cuántos kilos aproximadamente?

Con base en la evaluación de la **Dimensión 6**, conteste los **ítems 16, 17, y 18**.

Dimensión 7. Eliminación urinaria e intestinal

a) Incontinencia urinaria

Realice las siguientes preguntas a la persona mayor para determinar si presenta incontinencia urinaria y de qué tipo:

1. Incontinencia: ¿Ha tenido escapes involuntarios de orina?
2. Incontinencia de esfuerzo: ¿Los escapes ocurren cuando hace algún esfuerzo como agacharse, estornudar o toser?
3. Incontinencia funcional: ¿La incontinencia es debida a barreras o a su condición de salud actual?
4. Incontinencia de urgencia: ¿Los escapes ocurren porque no alcanza a llegar al sanitario?
5. Rebosamiento: ¿Los escapes de orina son continuos?

b) Manejo de la incontinencia

Pregunte a la persona mayor cómo maneja la incontinencia; si utiliza algún protector o pañal.

c) Retención urinaria

1. Explore a la persona mayor; ¿Se palpa globo vesical? ¿Hay retención urinaria?

d) Eliminación urinaria

1. ¿La persona presenta micción espontánea o lo hace mediante estoma de eliminación o catéter urinario (CU)? ¿El CU es permanente o intermitente?

e) Incontinencia fecal

Realice las siguientes preguntas a la persona mayor para determinar si presenta incontinencia y de qué tipo:

1. Incontinencia fecal: ¿Ha tenido escapes involuntarios de heces?
2. Grado I; gases: ¿Tiene escapes de gases de manera involuntaria?
3. Grado II; líquidas: ¿Los escapes ocurren sólo con heces muy blandas o líquidas (diarrea)?
4. Grado III; sólidas: ¿Los escapes ocurren todo el tiempo o con heces sólidas?
5. Urgencia: ¿Los escapes ocurren porque no logra llegar al sanitario a tiempo?

f) Eliminación intestinal

1. Pregunte a la persona mayor cuándo fue su última evacuación.
2. Tipo: ¿La persona presenta evacuación espontánea o lo hace mediante estoma de eliminación?

g) Estreñimiento

1. De acuerdo con la evaluación del apartado f, determine si la persona presenta estreñimiento; si respondió que su última evacuación sucedió hace más de 72 hrs., explore a la persona mayor para descartar presencia de impactación fecal.
2. Dependiendo del entorno de evaluación; pregunte a la persona mayor en qué consiste su tratamiento farmacológico y/o no farmacológico, o bien, revise la prescripción médica para identificar el tratamiento.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 7**, conteste los **ítems 19 y 20**.

Dimensión 8. Confort físico

a) Dolor agudo

1. Pregunte a la persona mayor si presenta dolor al momento de la evaluación; en dónde; cómo lo calificaría en una escala del 1 al 10; cómo describiría este dolor; si hay alguna postura en la que disminuya el dolor; si tiene indicado algún tratamiento para atender ese dolor; en qué consiste.

b) Dolor crónico

1. Pregunte a la persona mayor si previamente presentaba dolor; en dónde; hace cuánto tiempo lo presenta; si le impedía realizar actividades cotidianas; si tomaba algún medicamento. En caso de que la respuesta a la última pregunta sea afirmativa, preguntar si el medicamento fue prescrito por un médico.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 8**, conteste los **ítems 21 y 22**.

Dimensión 9. Descanso y sueño

a) Patrón del sueño

1. Pregunte a la persona mayor cuántas horas duerme durante la noche; cómo considera su calidad de sueño; a qué hora se acuesta y se levanta; qué es lo último que hace antes de dormir; si se siente con energía al despertar; si duerme durante el día. En caso de que esta última pregunta sea afirmativa, indagar cuántas siestas toma; cuánto tiempo duran.

b) Problemas para dormir

2. Pregunte a la persona mayor si tiene dificultad para quedarse dormido luego de acostarse; se despierta varias veces durante la noche; se despierta muy temprano y tiene dificultad para volver a conciliar el sueño.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 9**, conteste los **ítems 23 y 24**.

Dimensión 10. Relaciones interpersonales e integración social

a) Estado civil

1. ¿Cuál es su estado civil?

b) Ocupación

1. ¿A qué se dedica?

c) Relaciones sociales

1. Pregunte a la persona mayor con quién vive, si tiene hijas y/o hijos; cuántos, cada cuánto les visita o usted los visita; cada cuánto le llaman por teléfono; además de su familia, con qué otras personas convive en un día; si acude con frecuencia a algún grupo religioso o de personas mayores.

d) Persona cuidadora

Estas preguntas están dirigidas a la persona cuidadora:

1. ¿Cuál es su nombre?
2. ¿Qué relación guarda con la persona mayor?
3. ¿De cuántas personas recibe apoyo para el cuidado de la persona mayor?
4. ¿Se siente cansada o fatigada?

Otros signos y/o síntomas de colapso que se pueden identificar en la persona cuidadora, además de sentirse fatigada son: irritabilidad; apatía; pérdida de la paciencia; llanto frecuente; falta grave del autocuidado; agresividad hacia la persona mayor; verbalización de incapacidad para terminar; etc.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 10**, conteste los **ítems 25, 26 y 27**.

Dimensión 11. Expresión consciente de sentimientos y emociones.

Para esta dimensión, es necesario solicitar a la persona cuidadora que se retire por un momento.

Indique las instrucciones del cuestionario a la persona mayor. Si identifica síntomas depresivos o de maltrato, refiera a la persona mayor con las personas miembros del equipo interdisciplinario adecuados. Ej. *personal de psicóloga, trabajador social*.

Con base en la evaluación de la **Dimensión 11**, conteste los **ítems 28 y 29**.

Interpretación

Interpretación global de las necesidades geriátricas:

Para identificar el nivel global de necesidades geriátricas, sume las puntuaciones obtenidas en los 29 ítems del instrumento. El puntaje total puede oscilar entre 0 y 87 puntos. Posteriormente, ubique el resultado en el nivel correspondiente:

- **0 – 29 puntos:** menor presencia de necesidades geriátricas alteradas.
- **30 – 58 puntos:** presencia intermedia de necesidades geriátricas que requieren seguimiento e intervención oportuna de enfermería.
- **59 – 87 puntos:** mayor carga de necesidades geriátricas, alteración multidimensional y alta necesidad de intervención de enfermería.

Interpretación por dimensión:

Para identificar las necesidades geriátricas por dimensión, sume las puntuaciones de los ítems que integran cada una de ellas. Posteriormente, identifique las dimensiones que presentan mayor grado de alteración y consulte las recomendaciones de valoración, seguimiento e intervención de enfermería correspondientes.