



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
MEDICINA

Características clínico-epidemiológicas de intentos suicidas en
adultos mayores en un hospital general de Lima

Clinical and epidemiological characteristics of suicide attempts in
older adults in a general hospital in Lima

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA OPTAR POR EL
TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
PSIQUIATRÍA

AUTOR

ROSSANA MERCEDES CRUZ DEL CASTILLO ZAPATA

ASESOR

JORGE MARTIN AREVALO FLORES

LIMA – PERÚ

2026

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	CRUZ DEL CASTILLO ZAPATA ROSSANA MERCEDES

Perteneciente al programa de SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA autor (a) del proyecto de investigación titulado: **Características clínico-epidemiológicas de intentos suicidas en adultos mayores en un hospital general de Lima**, el cual ha sido elaborado y aprobado, para optar por el **TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN PSIQUIATRÍA**, bajo la modalidad de **Proyecto de investigación**.

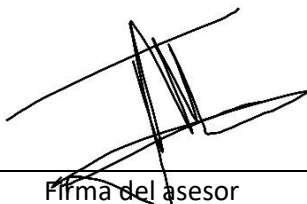
En calidad de docente (s) asesor (es) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	AREVALO FLORES JORGE MARTIN	MEDICINA	ASESOR

Declara que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **24%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **3616306364**; fecha de entrega: **23/07/2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 03 de agosto de 2026**



Firma del asesor
N° DNI: 40958009
ORCID: 0000-0001-7849-8839

2. RESUMEN

El intento suicida representa una de las crisis silentes más críticas en salud pública, habiéndose reportado que para el año 2024 el 1.88% de estos eventos en el Perú correspondieron a la población adulta mayor. El objetivo de este estudio es describir el perfil clínico-epidemiológico de los intentos suicidas en adultos mayores atendidos en el Hospital Cayetano Heredia desde el 1 de octubre de 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028. La investigación emplea un diseño observacional, descriptivo, prospectivo y de corte longitudinal, cuya población estará conformada por todos los pacientes mayores de 60 años que ingresen al servicio de emergencia con dicho diagnóstico durante el periodo señalado. Tras la estabilización médica y la firma del consentimiento informado, se procederá a la recolección de datos mediante instrumentos de valoración geriátrica que incluyen el Índice de Barthel, la Escala de Lawton y Brody, la Escala de Gijón y el Test de Yesavage, culminando con una evaluación cognitiva (MMSE) a las tres semanas de seguimiento. El análisis estadístico se llevará a cabo en el software STATA versión 16, utilizando medidas de tendencia central, dispersión, frecuencias y pruebas de comparación como Chi-cuadrado y T de Student. Este estudio destaca la importancia de trascender la estabilización orgánica mediante una valoración integral que permita sentar las bases para protocolos de tamizaje específicos y rutas de atención que combatan el subdiagnóstico en la vejez.

Palabras clave: Intento de Suicidio, Anciano, Evaluación Geriátrica.

3. INTRODUCCIÓN

El intento suicida definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una acción no habitual, con resultado no letal, iniciada y realizada por una persona para provocarse autolesión sin participación de otros, representando una de las crisis silentes en salud pública. La OMS reportó en el año 2025 que cada año 727 000 personas se suicidan y muchas más lo intentan. El suicidio puede ocurrir a cualquier edad y no solo ocurre en países de ingresos altos, ya que en el 2021 el 73% de suicidios ocurrió en países de ingresos bajos o medianos. Dentro de los grupos de riesgo en países con nivel socioeconómico alto se encuentran las enfermedades de salud mental como el trastorno depresivo y el consumo de alcohol; sin embargo, el principal factor de riesgo es un intento suicida previo. Por otro lado, también existen situaciones de impulsividad desencadenadas por estresores como problemas económicos, problemas familiares o enfermedades crónicas (1).

El envejecimiento es una etapa que conlleva interacciones biológicas, psicológicas y sociales, como la pérdida de autonomía, aislamiento social, además de la presencia de enfermedades crónicas que podrían generar malestar psicológico que incrementa el riesgo de suicidio (2).

La OMS también menciona que el ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado. Estimó que para el 2050 el 80% de adultos mayores vivirán en países con bajos y medianos ingresos (3).

Los reportes a nivel mundial mencionan que los pacientes adultos mayores suelen tener altas tasas de suicidio (4, 5). Además, se reporta que en este grupo etario se usan métodos de mayor letalidad, con más intencionalidad y planificación, y suelen tener menor oportunidad de ser auxiliados. Adicionalmente, debido a su fragilidad, podrían tener menor capacidad para recuperarse (6,7).

En América Latina se ha encontrado que los intentos de suicidio han incrementado en la última década, con un promedio de 45,800 muertes anuales. Mientras que en países como Uruguay, Chile y Argentina presentan tasas elevadas, el Perú ha reportado históricamente cifras más bajas, aunque existe la probabilidad de subreporte debido al estigma y a las deficiencias en los sistemas de vigilancia epidemiológica (8).

En nuestro país se ha evidenciado el incremento de la población de adultos mayores, que presentan factores como la pobreza, falta de instrucción, que podrían estar con relación a trastorno depresivo (9). Se reportó en el año 2024 que el 1.88% de los intentos suicidas fueron de personas adultas mayores (10).

En los últimos años, diversos estudios mencionan factores de riesgo de suicidio en personas mayores, centrándose en las alteraciones neurobiológicas propias del envejecimiento. En los sujetos que tenían intento suicida, los temas se relacionaron con la pérdida y recuperación del control, alienación, desconexión e invisibilidad, falta de sentido y razón de ser, y sufrimiento acumulado y una "vida dolorosa" (11).

Además, se han descrito diversas características con relación al intento suicida en adultos mayores, como el antecedente de depresión, siendo el factor más consistente en la mayoría de los casos de suicidio en este grupo etario (5,7).

A diferencia de la población adulta joven, los pacientes adultos mayores podrían tener diagnóstico reciente de deterioro cognitivo o demencia, lo cual también está en relación con conductas suicidas (12,5).

Otro de los factores importantes en este grupo poblacional es la carga de enfermedades médicas crónicas, como cáncer, dolor crónico, etc. Así como la pérdida de funcionalidad. Existe un "modelo conceptual de enfermedad física y comportamiento suicida" el que menciona que, al presentar deterioro físico con disminución de funcionalidad y afectación en la calidad de vida, hay una interacción con la depresión y la sensación de desesperanza (13).

En hospitales generales de Perú, se observa que métodos como la intoxicación medicamentosa y la ingesta de plaguicidas u organofosforados son frecuentemente utilizados en los intentos de suicidio, lo cual denota el acceso a medios letales (11).

Según el modelo de determinantes sociales de la salud de Dahlgren y Whitehead, la conducta suicida geriátrica se explica por múltiples niveles de influencia (2); se describen como determinantes individuales la edad avanzada y el sexo, siendo las mujeres quienes presentan mayor número de intentos y los hombres mayor número de suicidios consumados (12,14). También se mencionan como determinantes intermedios a las redes sociales y el estilo de vida, teniendo al aislamiento social y el

sentimiento de soledad como mayor problema. En la teoría interpersonal del suicidio, el deseo de morir surge del "sentido de pertenencia frustrada" y de la "percepción de ser una carga", sentimientos exacerbados por la viudez, la falta de apoyo social y el aislamiento (4,7). En el Perú, la ausencia de pareja conyugal se asocia significativamente a la depresión en esta edad. Continuando con las determinantes a nivel socioeconómico, la carencia de educación, problemas económicos, vivir en zonas rurales suelen ser factores estresores. A nivel nacional, ser mayor de 75 años, vivir en situación de pobreza y carecer de instrucción han sido identificados como fuertes factores de riesgo para padecer síntomas depresivos, creando un escenario propicio para el desarrollo de la ideación suicida y los intentos de suicidio (10).

Finalmente, por lo anterior expuesto, surge la necesidad de formular la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las características clínico-epidemiológicas de los intentos suicidas en adultos mayores de 60 años que ingresen al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia en el periodo de octubre de 2026 a noviembre de 2028? La respuesta a esta pregunta se justifica plenamente en la urgencia de generar evidencia científica local que trascienda la urgencia médica, integrando una valoración geriátrica multidimensional indispensable para diseñar rutas de atención específicas, tamizajes oportunos y protocolos preventivos eficaces adaptados a la realidad de nuestra población geriátrica.

4. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Describir el perfil clínico epidemiológico de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil, religión) de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir el método de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir el antecedente de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir la letalidad médica de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir las comorbilidades médicas de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.

- Describir la polifarmacia de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 31 de noviembre del 2028.
- Describir los antecedentes de enfermedades psiquiátricas de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir el consumo de sustancias en intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir la funcionalidad para actividades básicas de vida diaria de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir la funcionalidad para actividades instrumentales de vida diaria de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir el estado sociofamiliar de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.
- Describir el estado cognitivo de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.

- Describir el estado afectivo de intentos suicidas en adultos mayores en el Hospital Nacional Cayetano Heredia desde el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.

5. MATERIAL Y MÉTODO

a) Diseño de estudio:

Es un estudio observacional descriptivo de corte longitudinal, prospectivo.

b) Población:

La población será todos los adultos mayores de 60 años que ingresen a emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia con intento suicida en el periodo del 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028.

Criterios de inclusión:

- Pacientes de 60 años a más que ingresan al servicio de emergencia por intento suicida.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con deterioro cognitivo severo que impida la recolección de datos
- Pacientes con hipoacusia severa que impida la recolección de datos
- Paciente o familiar que no deseen participar

c) Muestra:

El tipo de muestreo que se empleará en esta investigación será no probabilístico por conveniencia (tipo consecutivo), debido a la naturaleza de la captación de los participantes en una situación de atención de urgencia médica.

- **Unidad de análisis:** Está constituida por cada paciente adulto mayor (60 años a más) que ingrese al servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia con diagnóstico de intento suicida dentro del marco temporal del estudio.
- **Unidad de muestreo:** El servicio de emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- **Tamaño y selección de la muestra:** No se aplicará una fórmula para el cálculo de un tamaño muestral mínimo ni se delimitará un marco muestral previo, debido a que se recolectarán todos los pacientes de la población objetivo de forma sucesiva. Es decir, la muestra estará conformada por la totalidad de los adultos mayores de 60 años que ingresen a la emergencia del Hospital Nacional Cayetano Heredia con intento suicida en el periodo comprendido entre el 1 de octubre del 2026 hasta el 30 de noviembre del 2028, y que cumplan estrictamente con los criterios de inclusión y exclusión determinados. Al abarcar a todos los individuos elegibles en dicho lapso, la muestra efectiva coincidirá con la población accesible disponible en el tiempo de estudio.

d) Definición operacional de las variables:

Nombre de la variable	Tipo de variable	Definición operacional	Escala de medición	Registro
Edad	Cuantitativa discreta	Años de vida	Razón	Años cumplidos
Sexo	Cualitativa nominal	Según género	Dicotómica	1. Femenino 2. Masculino
Nivel educativo	Cualitativa ordinal	Grado de instrucción	Politómica	1. Analfabeto 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnico superior 5. Superior
Estado civil	Cualitativa ordinal	Estado civil referido	Politómica	1. Soltero 2. Conviviente 3. Casado 4. Separado o Divorciado 5. Viudo
Religión	Cualitativa nominal	Según reporte	Dicotómica	1. SI 2. NO
Método utilizado	Cualitativa nominal	Método que utilizó para el intento suicida	Politómica	1. Ingesta de fármacos 2. Ingesta de plaguicidas u órganos fosforados 3. Ingesta de corrosivos 4. Arma blanca 5. Precipitación 6. Ahorcamiento 7. Arma de fuego
Intento suicida previo	Cualitativa nominal	Reporte de intento suicida anteriormente	Dicotómica	1. SI 2. NO
Letalidad médica	Cualitativa ordinal	Requerimiento de soporte vital	Politómica	1. Leve (Sala de observación)

				2. Moderado (Cuidados intermedios) 3. Grave (requirió soporte vital)
Comorbilidad	Cualitativa nominal	Mayor o igual a 3 enfermedades crónicas	Dicotómica	1. SI 2. NO
Polifarmacia	Cualitativa nominal	Mayor o igual a 5 fármacos	Dicotómica	1. SI 2. NO
Antecedentes psiquiátricos	Cualitativa nominal	Diagnostica do por médico psiquiatra previamente	Dicotómica	1. SI NO
Consumo de sustancias	Cualitativa nominal	Reporte de consumo de alcohol, benzodiacep inas, sustancias ilícitas	Dicotómica	1. SI 2. NO
Funcionalidad para actividades básicas de la vida diaria	Cualitativa ordinal	Escala de Barthel	Politómica	1. Independiente: 100 puntos 2. Dependencia leve: 60 puntos 3. Dependencia moderada: 40 – 55 puntos 4. Dependencia grave: 20 - 35 puntos 5. Dependencia total: menor de 20 puntos
Funcionalidad para actividades instrumentales	Cualitativa nominal	Escala Lawton Brody	Dicotómica	1. Dependiente: Hombre 0-5, Mujer 0-7

s de la vida diaria				Independiente: Hombre 6-8, Mujer 8
Valoración sociofamiliar	Cualitativa ordinal	Escala de valoración socio familiar GIJON	Politómica	1. Buena aceptable: 5-9 2. Riesgo social: 10-14 3. Problema social: más de 15
Estado cognitivo	Cualitativa ordinal	MMSE	Politómica	1. Sin deterioro cognitivo: 24 – 30 puntos 2. Deterioro cognitivo leve: 21 – 23 puntos 3. Deterioro cognitivo moderado: 11 – 20 puntos 4. Deterioro cognitivo severo: 0 – 10 puntos
Estado afectivo	Cualitativa nominal	Yesavage	Dicotómica	1. Sin depresión 2. Con depresión

e) Procedimientos y técnicas:

La ejecución del estudio se realizará en el Hospital Nacional Cayetano Heredia mediante la captación de pacientes mayores de 60 años ingresados a emergencia por intento suicida; tras su estabilización orgánica, estos serán evaluados por el psiquiatra de guardia vía interconsulta telefónica. Para asegurar una cobertura óptima y minimizar la pérdida de casos, se mantendrá una coordinación directa con todos los tópicos de la emergencia, lo cual se complementará con una revisión diaria de las historias clínicas

electrónicas por parte de la investigadora para identificar casos no notificados. Una vez obtenido el consentimiento informado del paciente o familiar responsable en su área de estancia, se procederá al llenado de la ficha de recolección de datos de forma anónima mediante un código, empleando los instrumentos validados Índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody, Escala de Gijón y el Test de Yesavage de 15 ítems. Finalmente, con el propósito de evitar sesgos derivados del estado afectivo agudo y asegurar la validez de los resultados, la evaluación cognitiva mediante el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) se postergará tres semanas, realizándose en el consultorio externo una vez alcanzada la estabilidad clínica y afectiva del paciente.

f) Aspectos éticos:

En cumplimiento de la normativa institucional, el proyecto se someterá a la aprobación previa de los Comités de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Nacional Cayetano Heredia, rigiéndose bajo los principios de la Declaración de Helsinki. La inclusión de los sujetos estará condicionada a la firma obligatoria de un consentimiento informado por parte del paciente o su familiar responsable. Asimismo, se garantizará el anonimato y la confidencialidad de la información mediante un sistema de codificación manejado exclusivamente por el equipo investigador. Por último, se declara que la investigación es independiente, libre de financiamiento o influencia de empresas externas o farmacéuticas, y que los participantes no recibirán los resultados individuales del estudio.

g) Plan de análisis:

El análisis de datos comenzará con la descripción de las características clínicas y demográficas mediante tablas y gráficos. Las variables cuantitativas continuas se expresarán como medias y desviación estándar ($\pm$ DE) si siguen una distribución normal, o como medianas y rangos intercuartílicos (RIQ) en caso contrario. Por su parte, las variables categóricas se presentarán en distribuciones de frecuencia y se compararán mediante la prueba de chi-cuadrado. Adicionalmente, se empleará la prueba t de Student para muestras independientes para la comparación de medias en variables con distribución normal. Toda la información recolectada será procesada y analizada estadísticamente utilizando el software especializado STATA versión 16.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Ginebra: OMS; 28 de agosto de 2024 [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
2. Carvalho ML, Costa APC, Monteiro CFS, Figueiredo MLF, Avelino FVSD, Rocha SS. Suicide in the elderly: approach to social determinants of health in the Dahlgren and Whitehead model. *Rev Bras Enferm.* 2020;73.
3. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS; 1 de octubre de 2022 [citado 23 de marzo de 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
4. Conejero I, Olié E, Courtet P, Calati R. Suicide in older adults: current perspectives. *Clin Interv Aging.* 2018;13:691-699.
5. Kułak-Bejda A, Bejda G, Waszkiewicz N. Mental disorders, cognitive impairment and the risk of suicide in older adults. *Front Psychiatry.* 2021;12.
6. Yárnoz-Goñi N, López-Goñi JJ, Goñi-Sarriés A. Intentos de suicidio en personas mayores en servicios de urgencias psiquiátricas hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica.* 2023;97.

7. Sadek J, Diaz-Piedra B, Saleh L, MacDonald L. A narrative review: suicide and suicidal behaviour in older adults. *Front Psychiatry*. 2024;15.
8. Mascayano F, Irrazabal M, Emilia WD, Shah B, Vaner SJ, Sapag JC, et al. Suicide in Latin America: a growing public health issue. *Rev Fac Cien Med Univ Nac Cordoba* [Internet]. 2015 Dec 11 [citado 23 de marzo de 2026];72(4):295-303.
9. Martina M, Ara MA, Gutiérrez C, Nolberto V, Piscoya J. Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015. *An Fac Med*. 2017.
10. Rojas Medina Y. Situación epidemiológica de los intentos de suicidio en el Perú - 2024. Lima: Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, Ministerio de Salud (MINSA); 2024.
11. Beghi M, Butera E, Cerri CG, Cornaggia CM, Febbo F, Mollica A, et al. Suicidal behaviour in older age: a systematic review of risk factors associated to suicide attempts and completed suicides. *Neurosci Biobehav Rev*. 2021;127:193-211.
12. Ding OJ, Kennedy GJ. Understanding vulnerability to late-life suicide. *Curr Psychiatry Rep*. 2021;23(9):58.
13. Shah J, Kandil OA, Mortagy M, Abdelhameed A, Shah A, Kuron M, et al. Frailty and suicidality in older adults: a mini-review and synthesis. *Gerontology*. 2022;68(5):571-577.
14. Barker J, Oakes-Rogers S, Leddy A. What distinguishes high and low-lethality suicide attempts in older adults? A systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res*. 2022;154:91-101.

7. PRESUPUESTO Y CRONOGRAMA

Presupuesto

Categoría	Descripción	Cantidad	Costo unitario (S/)	Total (S/)
Bienes	Papel A4 (ficha recolección y consentimientos)	5	18	90

	Tóner/tinta para impresora	2	150	300
	Materiales de escritorio (lapiceros, folders)	--	50	50
Servicios	Licencia de software estadístico STATA, versión 16	1	550	550
	Acceso a bases de datos y bibliografía especializada	26 meses	40	1,040.00
	Impresión, anillado y empastado del informe final	3	60	180
Otros	Movilidad para citas de seguimiento (3 semanas post emergencia)	--	600	600
TOTAL				S/ 2,810.00

Cronograma

Fase de la Investigación	2025 (II)	2026 (I)	2026 (II)	2027 (I-II)	2028 (I)	2028 (II)
Elaboración y revisión del proyecto	X	X				
Aprobación por Comité de Ética y SIDISI		X				
Inicio de captación de pacientes en Emergencia (oct 2026)			X			
Recolección de datos y seguimiento (Barthel, Lawton, Gijón, Yesavage)			X	X	X	X
Evaluación cognitiva a las 3 semanas (MMSE)			X	X	X	X
Procesamiento y análisis de datos en STATA 16					X	X
Redacción del informe final y discusión de resultados						X
Sustentación de tesis y cierre del proyecto (Nov 2028)						X

8. ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del proyecto: Características clínico-epidemiológicas de intentos suicidas en adultos mayores en un hospital general de Lima.

Investigadora principal: Rossana Mercedes Cruz del Castillo Zapata.

Asesor: Jorge Martin Arevalo Flores.

Institución: Universidad Peruana Cayetano Heredia / Hospital Nacional Cayetano Heredia

1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Se le invita a participar en este proyecto de investigación que busca describir las características de salud y el entorno social de los adultos mayores que ingresan al servicio de emergencia. El objetivo es generar información local que permita mejorar los protocolos de atención y prevención para este grupo etario.

2. PROCEDIMIENTOS:

Si acepta participar, se realizarán las siguientes actividades:

- **Entrevista inicial:** Se recolectarán datos sobre su salud, antecedentes y situación familiar mediante escalas de valoración geriátrica durante su estancia hospitalaria.
- **Evaluación de seguimiento:** Se le solicitará acudir a una cita en consultorio externo de Psiquiatría a las **tres (3) semanas** de su ingreso para realizar una prueba de memoria y estado cognitivo (Mini-mental), asegurando que se encuentre en mejores condiciones para dicha evaluación.

3. RIESGOS Y BENEFICIOS: La participación no implica riesgos físicos ni costos económicos para usted. Si bien no recibirá un beneficio directo o pago por participar, su colaboración ayudará a que el hospital cuente con mejores estrategias de salud para adultos mayores en el futuro.

4. CONFIDENCIALIDAD Y ANONIMATO: Toda la información recolectada será estrictamente confidencial. Su nombre no aparecerá en los resultados finales, ya que se utilizará un **código aleatorio** para identificar su ficha. Los datos serán manejados únicamente por los investigadores responsables.

5. VOLUNTARIEDAD: Su participación es totalmente voluntaria. Puede decidir no participar o retirar su consentimiento en cualquier momento sin que esto afecte de ninguna manera la atención médica que recibe en el hospital.

6. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO: He leído (o se me ha leído) la información anterior, he podido hacer preguntas y estas han sido respondidas. Entiendo que este estudio se rige por la Declaración de Helsinki y ha sido aprobado por los Comités de Ética correspondientes.

Nombre:

Firma del participante o representante legal: _____

DNI: _____ **Fecha:** ____/____/2026

Firma del investigador: _____

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

I. SOCIODEMOGRÁFICO

- Código (Día/mes/año/orden de ingreso): _____
- Edad: ____
- Sexo: F ____ M ____
- Nivel educativo: Analfabeto ____, Primaria ____, Secundaria ____, Técnico ____, Superior ____, Superior ____
- Estado civil: Soltero ____, conviviente ____, casado ____, divorciado ____, viudo ____
- Teléfonos:
- Religión:

II. CARACTERÍSTICAS DEL INTENTO SUICIDA

- Método: Ingesta de fármacos ____, Ingesta de plaguicidas u órganos fosforados ____, Ingesta de corrosivos, Arma blanca ____, Precipitación ____, Ahorcamiento ____, Arma de fuego ____.
- Intento suicida previo: SÍ ____ NO ____
- Letalidad médica: Leve (Leve - Sala de observación) ____, Moderado (Cuidados intermedios) ____, Grave (requirió soporte vital) ____

III. ANTECEDENTES

- Comorbilidades: SÍ ____ NO ____
- Polifarmacia: SÍ ____ NO ____
- Antecedentes de enfermedades psiquiátricas previas: SÍ ____ NO ____
- Consumo de sustancias: SÍ ____ NO ____

IV. VALORACIÓN FUNCIONAL

ÍNDICE DE BARTHEL (Actividades básicas de la vida diaria)					
COMER			VESTIRSE		
10	INDEPENDIENTE	Capaz de comer por sí solo, y en un tiempo razonable. <i>*La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</i>	10	INDEPENDIENTE	Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.
5	NECESITA AYUDA	Para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo.	5	NECESITA AYUDA	Necesita ayuda, pero puede realizar al menos la mitad de las tareas en el tiempo necesario.
0	DEPENDIENTE	Necesita ser alimentado por otra persona.	0	DEPENDIENTE	Dependiente.
ARREGLARSE / ASEO PERSONAL			BAÑARSE		
5	INDEPENDIENTE	Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda (lavarse la cara, dientes, manos, peinarse y afeitarse). <i>*Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.</i>	5	INDEPENDIENTE	Entra y sale de la ducha sin una persona presente.
0	DEPENDIENTE	Necesita alguna ayuda.	0	DEPENDIENTE	Dependiente.
DEPOSICIÓN			MICCIÓN		
10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia	10	CONTINENTE	Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí solo
5	INCONTINENCIA OCASIONAL	Menos de una vez por semana o necesita ayuda (enemas o supositorios)	5	INCONTINENCIA OCASIONAL	Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas; incluye necesitar ayuda en la manipulación de sonda u otro dispositivo
0	INCONTINENTE	Incontinente	0	INCONTINENTE	Incontinente
IR AL RETRETE			SUBIR / BAJAR ESCALERAS		
10	INDEPENDIENTE	Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona. Se sienta, se levanta solo o con barras, se limpia o se pone la ropa solo.	10	INDEPENDIENTE	Capaz de subir o bajar un piso sin ayuda ni supervisión, aunque use barandillas o instrumentos de apoyo.
5	NECESITA AYUDA	Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de	5	NECESITA AYUDA	Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar las escaleras.

		usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.			
0	DEPENDIENTE	Incapaz de manejarse por sí solo.	0	DEPENDIENTE	Incapaz de subir escaleras.
TRASLADO SILLÓN - SILLA			DEAMBULACIÓN		
15	INDEPENDIENTE	No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente	15	INDEPENDIENTE	Puede andar 50 m, o su equivalente, en casa, sin ayuda o supervisión. Puede usar ayuda de instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérselas y quitárselas solo.
10	MÍNIMA AYUDA	Necesita mínima ayuda o supervisión verbal o pequeña ayuda física.	10	NECESITA AYUDA	Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
5	GRAN AYUDA	Precisa de ayuda de una persona fuerte o entrenada. Puede sentarse, pero necesita mucha ayuda, asistencia para el traslado.	5	INDEPENDIENTE *	*SILLA DE RUEDAS. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros.
0	DEPENDIENTE	Necesita grúa o alzamiento entre dos personas, incapaz de permanecer sentado.	0	DEPENDIENTE	Dependiente
RESULTADO					
<20 = dependencia total		20-35 = dependencia severa	40-55 = dependencia moderada	60-95 = dependencia leve	100 = independiente
ESCALA DE LAWTON Y BRODY (Actividades instrumentales de la vida diaria)					
USO DEL TELÉFONO			IR DE COMPRAS		
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc..		1	Realiza todas las compras necesarias independientemente	
1	Es capaz de marcar bien algunos números conocidos.		0	Realiza independientemente pequeñas compras	
1	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.		0	Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	
0	No utiliza el teléfono en absoluto.		0	Totalmente incapaz de comprar	
PREPARACIÓN DE COMIDA			LAVADO DE ROPA		
1	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo(a) adecuadamente.		1	Lava por sí mismo(a) toda su ropa	
0	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes		1	Lava por sí mismo(a) pequeñas prendas (aclarar medias, etc.)	

0	Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.	0	Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.
0	Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE	
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		1	Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche
1	Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte
0	Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis	1	Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona
0	No es capaz de administrar su medicación	0	Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros
CUIDADO DE LA CASA		0	No viaja en absoluto
1	Mantiene la casa solo(a) o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS	
1	Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1	Maneja asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco)
1	Realiza las tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza		
0	Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos.
0	No participa en ninguna labor de la casa	1	Incapaz de manejar dinero
RESULTADO			
HOMBRE: Dependiente = 0 – 5 / Independiente = 6 - 8		MUJER: Dependiente = 0 - 7 / Independiente = 8	

V. VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR

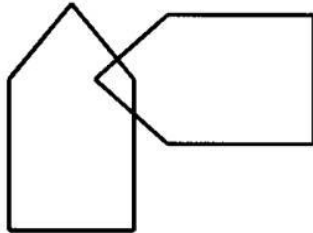
ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR (GIJÓN)					
SITUACIÓN FAMILIAR		VIVIENDA		SITUACIÓN ECONÓMICA	
1	Vive con familia, sin dependencia física/psíquica	1	Adecuadas necesidades	1	Más de 1.5 veces el salario mínimo
2	Vive con cónyuge de similar edad	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, etc.)	2	Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo
3	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3	Humedades, mala higiene, equipamiento adecuado (sin baño completo, agua caliente)	3	Desde el salario mínimo a la pensión mínima contributiva
4	Vive solo y tiene hijos próximos	4	Ausencia de ascensor, teléfono	4	LISMI-FAS-Pensión no contributiva
5	Vive solo y carece de hijos próximos	5	Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruinas, ausencia de equipamiento mínimos)	5	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior
RELACIONES SOCIALES		APOYO DE LA RED SOCIAL		RESULTADO	
1	Relaciones	1	Con apoyo familiar y vecinal	5 – 9 = Buena, aceptable 10 – 14 = Riesgo social ≥ 15 Problema social	
2	Relación social solo con familia y vecinos	2	Voluntariado social, ayuda domiciliaria		
3	Relación social solo con familia o vecinos	3	No tiene apoyo		
4	No sale de domicilio, recibe visitas	4	Pendiente ingreso a residencia geriátrica		
5	No sale y no recibe visitas	5	Tiene cuidados permanentes		

VI. ESTADO COGNITIVO

	MINIMENTAL	
PARAMETROS	SITUACIÓN DEL PACIENTE	PUNTOS
Orientación temporal (1 punto por cada respuesta correcta), máximo 5 puntos	¿En qué año estamos?	1
	¿En qué estación?	1
	¿En qué día? (fecha)	1
	¿En qué mes?	1
	¿En qué día de la semana?	1
Orientación espacial	¿En qué hospital (o lugar) estamos?	1
	¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?	1

(1 punto por cada respuesta correcta), máximo 5 puntos	¿En qué ciudad?	1
	¿En qué provincia estamos?	1
	¿En qué país?	1
Fijación Máximo 3 puntos	Nombre 3 palabras: Peseta - Caballo - Manzana (o Balón - Bandera - Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se le pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto para cada palabra correcta , pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.	
Concentración y calculo máximo 3 puntos	Sí tiene 30 monedas y me va dando de tres en tres. ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. Colocar 1 punto por cada respuesta correcta	
Memoria máximo 3 puntos	Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Colocar 1 punto por cada acierto	
Lenguaje y Construcción	DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar “¿Qué es esto?”. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera	1 punto por acierto
	REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: <u>"Ni sí, ni no, ni pero"</u> (o "En un trigal había 5 perros").	1 punto si repite correcto
	ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "Coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" . <u>Coje con mano derecha:</u> 1 PTO. <u>Dobla por la mitad:</u> 1 PTO. <u>Pone en el suelo:</u> 1 PTO.	
	LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase.	1 punto si lo realiza correcto
	ESCRITURA. Que escriba una oración	1 punto si lo realiza correcto

COPIA. Copie este dibujo.



Para otorgar el punto, deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.

VII. ESTADO AFECTIVO

TEST YESAVAGE 15 ITEMS		
±	±	
	Si	No
¿Está satisfecho con su vida?		
¿Ha renunciado a muchas actividades		
¿Siente que su vida está vacía		
¿Se encuentra a menudo aburrido		
¿Tiene a menudo buen animo		
¿Teme que algo malo le pase?		
¿Se siente feliz muchas veces?		
¿Se siente a menudo abandonado/a?		
¿Prefiere quedarse en casa que salir?		
¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?		
¿Piensa que es maravilloso vivir?		
¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?		
¿Se siente lleno/a de energía?		
¿Siente que su situación es desesperada?		
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?		
Puntaje total		
§ Sin depresión: 0 – 5		
§ Con depresión: 5 o más		