



MedUNAB
ISSN: 0123-7047
ISSN: 2382-4603
medunab@unab.edu.co
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Colombia

Vargas-Silva, Francisco; Rute-Uribe, Hector; Parra-Soto, Solange;
Duran-Agüero, Samuel; Rotarou, Elena S; Pizarro-Mena, Rafael
Estudio transversal sobre niveles de conocimiento de las herramientas de Valoración Gerontológica
Integral (VGI) por profesionales, según experiencias previas trabajando con personas mayores de Chile
MedUNAB, vol. 28, núm. 1, 2025, Abril-Julio, pp. 120-131
Universidad Autónoma de Bucaramanga
Santander, Colombia

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.5133>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=71982942009>

- ▶ [Cómo citar el artículo](#)
- ▶ [Número completo](#)
- ▶ [Más información del artículo](#)
- ▶ [Página de la revista en redalyc.org](#)

redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de revistas científicas de Acceso Abierto diamante
Infraestructura abierta no comercial propiedad de la academia



REVISTA DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Vol. 28(1):120-131, abril – julio 2025
i-ISSN 0123-7047 e-ISSN 2382-4603



Artículo original

Estudio transversal sobre niveles de conocimiento de las herramientas de Valoración Gerontológica Integral (VGI) por profesionales, según experiencias previas trabajando con personas mayores de Chile

Cross-Sectional study on levels of knowledge regarding Comprehensive Gerontological Assessment (CGA) tools among professionals, based on prior experiences working with older adults in Chile

Estudo transversal sobre os níveis de conhecimento das ferramentas de Avaliação Gerontológica Ampla (AGA) por profissionais, com base em experiências prévias de trabalho com pessoas idosas no Chile

Francisco Vargas-Silva  

franvargassilva@gmail.com

Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida. Universidad de San Sebastián. Sede Los Leones. Santiago, Chile.

Magíster en Kinesiología Gerontológica y Geriátrica. Universidad San Sebastián, Chile.

Hector Rute-Uribe  

rutekine@gmail.com

Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida. Universidad de San Sebastián. Sede Los Leones. Santiago, Chile.

Magíster en Kinesiología Gerontológica y Geriátrica. Universidad San Sebastián, Chile.

Solange Parra-Soto   

sparra@ubiobio.cl

Departamento de Nutrición y Salud Pública. Facultad de Ciencias de la Salud y de los Alimentos. Universidad del Bío-Bío. Chile.

School Health and Wellbeing. University of Glasgow. G128TA, Reino Unido.

Red interuniversitaria de Envejecimiento Saludable de Latinoamérica y Caribe (RIES-LAC)

Samuel Duran-Agüero  

samuel.duran@uss.cl

Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida. Universidad de San Sebastián. Sede Los Leones. Santiago, Chile.

Red interuniversitaria de Envejecimiento Saludable de Latinoamérica y Caribe (RIES-LAC).

Elena S. Rotarou  

elena.rotarou@uss.cl

Facultad de Medicina. Universidad San Sebastián. Sede Los Leones. Santiago, Chile.

Núcleo Milenio Estudios en Discapacidad y Ciudadanía – DISCA (NCS2022_039).

Red interuniversitaria de Envejecimiento Saludable de Latinoamérica y Caribe (RIES-LAC).

Rafael Pizarro-Mena  

rafael.pizarro@uss.cl 

Facultad de Ciencias de la Rehabilitación y Calidad de Vida. Universidad de San Sebastián. Sede Los Leones. Santiago, Chile.

Núcleo Milenio Estudios en Discapacidad y Ciudadanía – DISCA (NCS2022_039).

Red interuniversitaria de Envejecimiento Saludable de Latinoamérica y Caribe (RIES-LAC)

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO:

Artículo recibido: 08 de agosto de 2024

Artículo aceptado: 31 de julio de 2025

DOI: <https://doi.org/10.29375/01237047.5133>

Cómo citar. Vargas-Silva F, Rute-Uribe H, Parra-Soto S, Duran-Agüero S, Rotarou ES, Pizarro-Mena R. Estudio transversal sobre niveles de conocimiento de las herramientas de Valoración Gerontológica Integral (VGI) por profesionales, según experiencias previas trabajando con personas mayores de Chile. MedUNAB [Internet]. 2025;28(1):120-131. doi: <https://doi.org/10.29375/01237047.5133>



Contribución de los autores

FVS, HRU, SPS, SDA, ER y RPM. Conceptualización. FVS, HRU, SDA y RPM. Metodología. SPS. Software. SDA, ER y RPM. Validación. SPS. Análisis formal. FVS, HRU, SDA y RPM. Investigación. FVS, HRU, SPS, SDA, ER y RPM. Recursos. FVS, SPS, ER y RPM. Data curación. FVS, HRU, SPS, SDA, ER y RPM. Escritura y preparación del borrador. FVS, HRU, SPS, SDA, ER y RPM. Escritura, revisión y edición. FVS, HRU, SPS, SDA, ER y RPM. Data visualización. SDA. Supervisión. RPM. Administración de proyectos. FVS, HRU, SPS, SDA, ER y RPM. Lectura y aceptación de la versión publicada del manuscrito.

RESUMEN

Introducción. Siguiendo la tendencia mundial, Latinoamérica está atravesando un proceso de envejecimiento acelerado. En este contexto, en Latinoamérica no se ha explorado el nivel de conocimiento de herramientas de valoración gerontológica integral. El objetivo de este estudio fue determinar el nivel de conocimiento de herramientas de valoración gerontológica integral por profesionales de salud, según el sexo, edad, formación, años y horas diarias de trabajo con personas mayores. **Metodología.** Estudio observacional, transversal. El muestreo fue no probabilístico. La muestra incluyó profesionales que trabajan con personas mayores, quienes respondieron una encuesta en línea, la cual incluyó datos sociodemográficos y 4 listados de herramientas de cada esfera de Valoración Gerontológica Integral (listado de 13 herramientas de la esfera biomédica, 13 herramientas funcionales, 15 herramientas mentales: cognitivo-anímicas; y 7 herramientas sociales), con el objetivo de identificar su máximo nivel de conocimiento. **Resultados.** La encuesta fue contestada por 236 profesionales. La edad promedio fue de 36.2 (DE=10.2) años, las mujeres predominaron en el estudio (67.8%). Se identificó heterogeneidad en nivel de conocimiento de herramientas de Valoración Gerontológica Integral. Mayor nivel de conocimiento: EVA, Katz, Barthel, TUG, MMSE, MEFO, GDS, Genograma. Los profesionales con formación en el área y experiencia de 6 años o más trabajando con personas mayores tenían un mayor nivel de conocimiento de herramientas de Valoración Gerontológica Integral (mayoría de las esferas). **Discusión.** Se identifican resultados similares en estudios realizados en España y Alemania. Los resultados inéditos en la región indican que poseer mayor formación/experiencia de trabajo con personas mayores favorece un alto nivel de conocimiento y uso de herramientas de Valoración Gerontológica Integral, y en consecuencia, un mejor abordaje de Síndromes Geriátricos. **Conclusiones.** Se ha identificado en profesionales el nivel de conocimiento de herramientas de Valoración Gerontológica Integral según experiencias previas con personas mayores, por lo tanto, y a la luz de los resultados, se requiere mayor formación y capacitación de Valoración Gerontológica Integral y sus herramientas, en pre y postgrado en los países de la región.

Palabras clave:

Anciano; Mecanismos de Evaluación de la Atención de Salud; Evaluación Geriátrica; Envejecimiento Saludable; Geriátrica; Servicios de Salud para Ancianos; Impacto Psicosocial; Chile.

ABSTRACT

Introduction. Following the global trend, Latin America is experiencing a process of accelerated population aging. In this context, the level of knowledge about Comprehensive Gerontological Assessment tools has not been explored in Latin America. The aim of this study was to determine the level of knowledge of Comprehensive Gerontological Assessment tools among health professionals, according to sex, age, education, years of experience, and daily hours worked with older adults. **Methodology.** Observational, cross-sectional study. The sampling was non-probabilistic. The sample included professionals who work with older adults and who completed an online survey, which included sociodemographic data and 4 lists of tools from each domain of Comprehensive Gerontological Assessment (a list of 13 tools from the biomedical domain, 13 functional tools, 15 mental tools: cognitive-affective; and 7 social tools), with the objective of identifying their maximum level of knowledge. **Results.** The survey was completed by 236 professionals. The average age was 36.2 (SD=10.2) years, with women predominating in the study (67.8%). Heterogeneity was identified in the level of knowledge of Comprehensive Gerontological Assessment tools. Higher level of

knowledge: VAS, Katz, Barthel, TUG, MMSE, MEFO, GDS, Genogram. Professionals with training in the field and 6 or more years of experience working with older adults demonstrated a higher level of knowledge of Comprehensive Gerontological Assessment tools (in the majority of domains). **Discussion.** Similar results have been identified in studies conducted in Spain and Germany. These novel findings in the region indicate that greater education and work experience with older adults promote a high level of knowledge and utilization of Comprehensive Gerontological Assessment tools, and consequently, a more effective management of Geriatric Syndromes. **Conclusions.** The level of knowledge of Comprehensive Gerontological Assessment tools among professionals has been identified according to prior experiences with older adults, therefore, and in light of the results, greater education and training in Comprehensive Gerontological Assessment and its tools is required at the undergraduate and postgraduate levels in countries throughout the region.

Keywords:

Aged; Health Care Evaluation Mechanisms; Geriatric Assessment; Healthy Aging; Geriatrics; Health Services for the Aged; Psychosocial Impact; Chile.

RESUMO

Introdução. Em consonância com a tendência mundial, a América Latina está passando por um processo de envelhecimento acelerado. Nesse contexto, o nível de conhecimento sobre ferramentas de Avaliação Gerontológica Ampla ainda não foi explorado na região. O objetivo deste estudo foi determinar o nível de conhecimento sobre ferramentas de Avaliação Gerontológica Ampla entre profissionais de saúde, considerando o sexo, idade, formação, anos de experiência e carga horária de trabalho com pessoas idosas. **Metodologia.** Estudo observacional, transversal, com amostragem não probabilística. A amostra incluiu profissionais que trabalham com pessoas idosas, que responderam a um questionário on-line composto por dados sociodemográficos e quatro listas de instrumentos de cada esfera da Avaliação Gerontológica Ampla (13 instrumentos da esfera biomédica, 13 instrumentos funcionais, 15 instrumentos mentais (cognitivo-afetivos) e 7 instrumentos sociais), com o objetivo de identificar o seu nível máximo de conhecimento. **Resultados.** A pesquisa foi respondida por 236 profissionais. A média de idade foi de 36,2 (DP=10,2) anos, com predomínio de mulheres no estudo (67,8%). Identificou-se heterogeneidade no nível de conhecimento das ferramentas de Avaliação Gerontológica Ampla. As de maior conhecimento foram: EVA, Katz, Barthel, TUG, MMSE, MEFO, GDS e Genograma. Profissionais com formação na área e experiência de seis ou mais anos no trabalho com pessoas idosas apresentaram maior nível de conhecimento das ferramentas de Avaliação Gerontológica Ampla (na maioria das esferas). **Discussão.** Foram encontrados resultados semelhantes em estudos realizados na Espanha e na Alemanha. Os achados inéditos na região indicam que ter mais formação ou experiência de trabalho com pessoas idosas favorece um nível mais elevado de conhecimento e utilização das ferramentas de Avaliação Gerontológica Ampla e, conseqüentemente, uma melhor abordagem das Síndromes Geriátricas. **Conclusões.** Foi identificado, entre profissionais, o nível de conhecimento das ferramentas de Avaliação Gerontológica Ampla de acordo com experiências prévias com pessoas idosas. Portanto, à luz dos resultados, evidencia-se a necessidade de ampliar a formação e a capacitação em Avaliação Gerontológica Ampla e suas ferramentas, tanto na graduação quanto na pós-graduação, nos países da região.

Palavras-chave:

Idoso; Mecanismos de Avaliação da Assistência à Saúde; Avaliação Geriátrica; Envelhecimento Saudável; Geriatria; Serviços de Saúde para Idosos; Impacto Psicossocial; Chile.

Introducción

A nivel mundial, se espera que la población de 60 años en adelante aumente de 900 millones en 2015 a más de 1,400 millones en 2030, lo que representa un aumento del 64% en solo 15 años, convirtiéndola en el grupo de edad de más rápido crecimiento (1). En América Latina y el Caribe, aunque el proceso de envejecimiento es aún incipiente o moderado en la mitad de los países (muchos de los cuales son naciones en desarrollo), la región está entrando en una fase de envejecimiento acelerado, y se esperan los mayores cambios para el 2030 (1). En este contexto, Chile enfrenta un rápido envejecimiento poblacional, para 2050 se proyecta que, en cifras absolutas, el grupo de los mayores de 64 años crecerá en más de 3 millones con respecto a la situación actual (2). No solo aumentará la población mayor a 64 años, sino que también se modificará la estructura al interior de ese grupo de edad, elevándose el número de personas de 80 años en adelante (2). En el 2018, este grupo constituía el 12% de la población, mientras que para 2050 se proyecta que se duplique y llegue a 25% de la población del país. También, se proyecta que al 2031 la proporción de personas mayores (PM) superará la proporción de los menores de 15 años (2).

Este aumento en la proporción de PM ocurre junto con un aumento de enfermedades crónicas, síndromes geriátricos, discapacidad y dependencia (3). Estas transiciones demográficas y epidemiológicas han creado una nueva realidad sanitaria, lo que conduce a mayores necesidades y oportunidades de intervención para la población de PM de la región, así como mayor necesidad de formación y capacitación de médicos y profesionales (3).

La Valoración Gerontológica Integral (VGI) es uno de los grandes pilares o piedras angulares del abordaje en Gerontología (como ciencia del envejecimiento) y de la Geriatria (como rama de la salud de esta ciencia), junto al trabajo interdisciplinario, y la coordinación y manejo en niveles (4,5). Es una tecnología dentro de la Gerontología y Geriatria (6), conceptualizada como “el proceso diagnóstico interdisciplinario orientado a identificar y/o cuantificar las necesidades, problemas, potencialidades y oportunidades que presentan las PM y su entorno, en aspectos biomédico, físico-funcional, cognitivo, afectivo, sociofamiliar, ambiental y de calidad de vida, con la finalidad de desarrollar un plan de atención promocional, preventivo, terapéutico, rehabilitador y de seguimiento, integrado y coordinado, para satisfacer esas necesidades, con el fin de lograr la máxima autonomía, funcionalidad y calidad de vida de PM” (5,7-9) colaborando con ello, a un envejecimiento saludable, activo y exitoso (5). Tradicionalmente, estas esferas se sintetizan en 4: biomédica, funcional, mental (cognitiva y anímica) y social (5), y su énfasis es la pesquisa temprana de PM pre-frágiles, frágiles, con multimorbilidad, síndromes geriátricos, discapacidad y dependencia, y como protocolo de ingreso a cualquier institución (4-6,10).

Por una parte, comprende un conjunto de herramientas de evaluación para estos dominios y esferas de las PM (11,12), por medio de escalas, cuestionarios/encuestas, índices, pruebas clínicas y de rendimiento, esquema/dibujo/pictograma; utilizadas en diferentes contextos, niveles de atención, programas y servicios que involucran a la PM y su entorno (13); y por otro, con la entrevista a la PM, su familiar y/o cuidador (13), evaluaciones clínicas y de experticia

propia de cada profesión, y exámenes de laboratorio e imagenológicos, orientados a profundizar en los diferentes dominios y esferas de VGI (4,14). Recientemente, se ha publicado una revisión de la literatura que recopila las principales herramientas de evaluación de la VGI validadas en Latinoamérica, sus características psicométricas, y su uso en políticas públicas de países de la región, a la vez, de proponer su uso en diferentes niveles de atención, programas y servicios; la mayoría de ellas consultadas en esta investigación (5).

La cantidad de geriatras, psicosociales con formación especializada en el área, y de otros profesionales de la salud aún es muy baja en los países de la región (1,15). En este contexto, se ha investigado el conocimiento y uso de las herramientas de VGI en geriatras en España (16) y Alemania (17), sin embargo, no se ha hecho con profesionales de la salud y psicosociales en los países latinoamericanos. La hipótesis de esta investigación propone que ciertas variables sociodemográficas y/o experiencias previas de trabajo con PM, presentan mayor conocimiento y uso de las herramientas de la VGI. Por tanto, el objetivo de esta investigación fue determinar el nivel de conocimiento de herramientas de valoración gerontológica integral por profesionales de salud, según el sexo, edad, formación, años y horas diarias de trabajo con personas mayores.

Metodología

Diseño del estudio

Estudio observacional, transversal, siguiendo las directrices de *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) para estudios transversales (18). La lista de verificación se encuentra como material suplementario.

Muestra

Se realizó un muestreo no probabilístico a nivel nacional. Los criterios de inclusión fueron: profesionales y médicos de sexo femenino y masculino, que trabajaran con PM una o más horas al día, residentes en Chile, con capacidad de seguir instrucciones escritas, sin problemas de visión, y que pudieran responder el cuestionario en línea autoinformado. Los criterios de exclusión fueron: profesionales y médicos que trabajaran con PM, pero que no aceptaron el consentimiento informado, que no se lograron contactar a través de sus correos electrónicos. Se utilizó un documento de *Google Forms* que contenía el instrumento de evaluación de la investigación, metodología previamente utilizada (17,19), el cual fue enviado a una base de datos nacional (n=5,000) construida para tal fin, y a través de redes sociales (*Facebook*, *Instagram* y *X*). El cuestionario estuvo disponible del 19 de enero al 31 de marzo del 2018.

Consideraciones éticas

Al acceder al enlace de *Google Forms*, los participantes debían leer y aceptar el consentimiento informado. Si respondían “No” al consentimiento informado, eran redirigidos al final de la encuesta y se les agradecía por su tiempo sin participar en la investigación. Si respondían “Sí” al consentimiento informado, se les mostraba el instrumento de evaluación para que lo diligenciaran. La declaración inicial del consentimiento informado estipulaba que ser profesional era un requisito para participar en el estudio. Además, establecía explícitamente que debía responderse de forma individual, voluntaria, confidencial y en línea (virtual). El estudio fue realizado de acuerdo con la Declaración de Helsinki (20), y aprobado por el Comité de Ética del Servicio de Salud Metropolitano Occidente (ID: 67).

Evaluación y variables

El instrumento de medición constaba de 5 ítems, e incluía preguntas cerradas de respuesta única y múltiple. El primer ítem estuvo orientado a la recolección de datos sociodemográficos: sexo, edad, profesión, lugar de trabajo (centro/programa), años de ejercicio profesional, años trabajando con PM, horas diarias trabajadas con PM, y formación en Gerontología y Geriatria.

El segundo ítem examinó el nivel de conocimiento de VGI en la esfera Biomédica, listado de 13 herramientas presentadas. El tercer ítem, lo examinó en la esfera Funcional, listado de 13 herramientas. El cuarto ítem, lo examinó en la esfera Mental (cognitiva y anímica), listado de 15 herramientas. El quinto ítem, lo examinó en la esfera Social, listado de 7 herramientas. Las herramientas consultadas son de uso regular y referenciadas en documentos de gobierno del país (6,14,21,22). En estos 4 ítems, y frente a cada herramienta del listado, el profesional debía indicar su máximo nivel de conocimiento y uso, según: 0=no lo conoce; 1=solamente ha escuchado del instrumento, pero no conoce para qué se utiliza, ni como se aplica; 2=conoce el instrumento, su objetivo y cómo se aplica, pero no lo usa; 3=lo aplica regularmente; 4=lo aplica regularmente y además ha sido capacitado en su uso; 5=enseña su aplicación a otros profesionales, técnicos o estudiantes; lo que se transformó en un índice para cada herramienta (0-5); mayor puntaje, mayor nivel de conocimiento y uso de la herramienta; examinándose un total de 48 herramientas de VGI.

Análisis estadístico

Variables continuas se presentan como media y desviación estándar (DE); variables categóricas, como frecuencia y porcentaje. Para evaluar variables cualitativas se utilizó la prueba Chi cuadrado; y para variables continuas T-student. El nivel de significancia se fijó en $p < 0.05$ para las pruebas. Todos los análisis se realizaron con *software STATA 16.1* (*Stata-Corp, College Station, TX, EE. UU.*).

Resultados

Las características sociodemográficas se describen en la Tabla 1. Un total de 236 profesionales (13 disciplinas) contestaron la encuesta. La edad promedio fue de 36.2 (DE=10.2) años, y el 67.8% eran mujeres. El promedio de años trabajando con PM fue de 7.6 (DE=6.6). El 42.8% tiene formación en Gerontología y Geriatría.

Tabla 1. Características sociodemográficas de profesionales

Variables	n	media [DE] / %
Edad (años)	236	36.2 (10.2)
Sexo		
Mujeres	160	67.8
Hombres	76	32.2
Profesión		
Asistente Social	16	6.8
Enfermero(a)	23	9.7
Fonoaudiólogo(a)	12	5.1
Geriatra	17	7.2
Kinesiólogo(a)	96	40.7
Matrón(a)	2	0.8
Médico	13	5.5
Nutricionista	14	5.9
Odontólogo(a)	3	1.3
Profesor(a) Educación Física	5	2.1
Psicólogo(a)	8	3.4
Químico Farmacéutico	2	0.8
Terapeuta Ocupacional	25	10.6
Lugar de trabajo (Centro / Programa)		
Atención domiciliaria	21	8.9
Centro de Día	7	3.0
Centro Gerontológica/Centro de salud mental de nivel secundario/Centro de apoyo a personas con Demencia	7	3.0
CESFAM/Consultorio en APS	62	26.3
Clínica privada	10	4.2
Consulta particular	4	1.7
ELEAM/Residencia	29	12.3
Gestión/Otro	3	1.3

Hospital	5	2.1
Hospital Geriátrico	4	1.7
Oncológico y Cuidados Paliativos	2	0.8
Programa Adulto Mayor en Movimiento (Instituto Nacional del Deporte)	6	2.5
Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (APS)	20	8.5
Proyecto Municipal	10	4.2
RBC/CCR	19	8.1
Servicio Geriatría	7	3.0
Servicio Medicina	4	1.7
Unidad Geriátrica de Agudos	5	2.1
Universidad	11	4.7
Años de ejercicio profesional	236	10.3 (9.5)
Años trabajando con PM	236	7.6 (6.6)
Horas diarias trabajadas con PM	236	5.1 (2.5)
Formación en Gerontología y Geriatría		
No (No posee/Curso)	135	57.2
Sí (Diplomado/Postítulo/Magíster/Doctorado)	101	42.8

Abreviaturas: DE: Desviación estándar; CESFAM: Centro Salud Familiar; APS: Atención Primaria de Salud; ELEAM: Establecimiento larga estadia del Adulto Mayor; RBC: Rehabilitación basada en Comunidad; CCR: Centro Comunitario de Rehabilitación.

Fuente: elaborado por los autores.

La comparación del índice de nivel de conocimiento de herramientas de VGI por profesionales según sexo, edad, años trabajando con PM, horas diarias trabajadas con PM, y formación en el área, se muestran en las Tablas 2, 3, 4 y 5, para las esferas Biomédica, Funcional, Mental y Social, respectivamente.

En relación con la formación en el área de Gerontología y Geriatría, en todas las esferas se evidenció que los profesionales con este tipo de formación mostraron un mayor índice de nivel de conocimiento de herramientas: en las 13 herramientas de la esfera Biomédica, en 12/15 herramientas de la esfera Mental, en 9/13 de la esfera Funcional, y en 3/7 herramientas de la esfera Social (diferencias estadísticamente significativas, destacado con * en las tablas).

Tabla 2. Comparación entre índice de nivel de conocimiento de herramientas de VGI por profesionales (esfera Biomédica, listado de 13 herramientas presentadas); con sexo, edad, años trabajando con PM, horas diarias trabajadas con PM y formación en Gerontología y Geriatría

Variables	Sexo		Prueba estadística	Edad		Prueba estadística	Años trabajando con PM			Horas diarias trabajadas con PM			Formación en área		
	Mujeres (160)	Hombres (76)		24-34 años (143)	35-70 años (93)		1-5 años (121)	6-40 años (115)	1-5 hrs. (136)	6-12 hrs. (100)	Prueba estadística	No (135)	Sí (101)	Prueba estadística	
	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value
Escala Dowton	2.11 (1.31)	2.14 (1.25)	0.858	2.08 (1.26)	2.18 (1.33)	0.566	2.10 (1.33)	2.15 (1.25)	0.772	2.06 (1.22)	2.21 (1.38)	0.375	1.96 (1.27)	2.35 (1.29)	0.021*
ETADI	1.34 (1.53)	1.46 (1.40)	0.554	1.27 (1.37)	1.55 (1.64)	0.154	1.17 (1.38)	1.59 (1.57)	0.442	1.29 (1.37)	1.50 (1.63)	0.277	1.01 (1.24)	1.86 (1.65)	0.000*
ICIQ-SF	0.93 (1.09)	0.97 (1.30)	0.764	0.78 (0.97)	1.19 (1.36)	0.007*	0.78 (1.02)	1.11 (1.27)	0.022*	0.81 (1.06)	1.12 (1.26)	0.041*	0.64 (0.96)	1.35 (1.28)	0.000*
GUSS	0.75 (1.10)	0.72 (1.30)	0.872	0.69 (1.26)	0.83 (1.02)	0.361	0.72 (1.25)	0.77 (1.09)	0.456	0.71 (1.15)	0.79 (1.20)	0.586	0.50 (1.03)	1.06 (1.27)	0.000*
Escala Norton	1.79 (1.47)	2.04 (1.37)	0.211	1.78 (1.32)	2.01 (1.60)	0.223	1.81 (1.37)	1.93 (1.52)	0.645	1.79 (1.32)	1.98 (1.60)	0.310	1.59 (1.29)	2.24 (1.56)	0.001*
Escala Braden	1.43 (1.46)	1.45 (1.39)	0.911	1.33 (1.34)	1.59 (1.56)	0.169	1.40 (1.46)	1.46 (1.40)	0.582	1.41 (1.36)	1.46 (1.53)	0.799	1.21 (1.28)	1.73 (1.57)	0.005*
MNA	1.51 (1.58)	1.37 (1.58)	0.532	1.21 (1.38)	1.85 (1.78)	0.002*	1.26 (1.46)	1.67 (1.67)	0.497	1.35 (1.52)	1.61 (1.65)	0.218	0.92 (1.26)	2.19 (1.67)	0.000*
ECAAM	0.84 (1.15)	0.99 (1.23)	0.364	0.73 (0.99)	1.13 (1.39)	0.010*	0.82 (1.08)	0.96 (1.27)	0.104	0.77 (1.12)	1.04 (1.25)	0.084	0.67 (1.01)	1.17 (1.33)	0.001*
Escala Frail	1.34 (1.37)	1.58 (1.57)	0.230	1.24 (1.24)	1.68 (1.68)	0.024*	1.14 (1.26)	1.70 (1.56)	0.516	1.22 (1.29)	1.68 (1.59)	0.015*	1.01 (1.17)	1.95 (1.59)	0.000*
Cuestionario Sarc-F	1.01 (1.24)	1.22 (1.43)	0.233	0.95 (1.20)	1.27 (1.44)	0.068	0.93 (1.25)	1.23 (1.35)	0.907	0.91 (1.16)	1.30 (1.46)	0.024*	0.79 (1.07)	1.47 (1.48)	0.000*
Índice Charlson	0.85 (1.20)	1.05 (1.51)	0.267	0.79 (1.18)	1.11 (1.47)	0.069	0.72 (1.18)	1.12 (1.41)	0.510	0.71 (1.05)	1.19 (1.56)	0.005*	0.57 (0.97)	1.38 (1.55)	0.000*
EVA	2.99 (1.64)	3.14 (1.46)	0.494	3.08 (1.52)	2.99 (1.68)	0.678	2.95 (1.49)	3.14 (1.67)	0.762	2.91 (1.60)	3.22 (1.54)	0.139	2.76 (1.58)	3.42 (1.51)	0.002*
GOHAI	0.42 (0.88)	0.55 (1.09)	0.313	0.29 (0.73)	0.72 (1.17)	0.001*	0.27 (0.72)	0.66 (1.12)	0.005*	0.39 (0.88)	0.56 (1.04)	0.175	0.22 (0.54)	0.78 (1.25)	0.000*

Abreviaturas: DE: Desviación estándar; Dowton: ETADI: Etapificación de Dismovilidad de Dinamarca; ICIQ-SF: *International Consultation on Incontinence Questionnaire Short-Form*; GUSS: *Gugging Swallowing Screen*; MNA: *Mini Nutritional Assessment*; ECAAM: Encuesta de Calidad de alimentación del adulto mayor; EVA: Escala visual análoga; GOHAI: *Geriatric Oral Health Assessment Index*. * p < 0.05.

Fuente: elaborado por los autores.

Tabla 3. Comparación entre índice de nivel de conocimiento de herramientas de VGI por profesionales (esfera Funcional, listado de 13 herramientas presentadas); con sexo, edad, años trabajando con PM, horas diarias trabajadas con PM y formación en Gerontología y Geriatría

Variables	Sexo		Prueba estadística	Edad		Prueba estadística	Años trabajando con PM			Horas diarias trabajadas con PM			Formación en área		
	Mujeres (160)	Hombres (76)		24-34 años (143)	35-70 años (93)		1-5 años (121)	6-40 años (115)	1-5 hrs. (136)	6-12 hrs. (100)	Prueba estadística	No (135)	Sí (101)	Prueba estadística	
	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value
Índice Katz	2.86 (1.43)	2.76 (1.42)	0.640	2.69 (1.38)	3.04 (1.48)	0.060	2.58 (1.35)	3.09 (1.47)	0.069	2.72 (1.41)	2.97 (1.44)	0.185	2.47 (1.33)	3.31 (1.41)	0.000*
Índice Barthel	3.49 (1.29)	3.29 (1.42)	0.274	3.41 (1.27)	3.45 (1.43)	0.827	3.32 (1.29)	3.54 (1.38)	0.732	3.30 (1.37)	3.60 (1.28)	0.090	3.11 (1.29)	3.85 (1.28)	0.000*
FIM	1.75 (1.57)	1.92 (1.39)	0.419	1.86 (1.46)	1.72 (1.60)	0.490	1.75 (1.40)	1.86 (1.63)	0.001*	1.61 (1.45)	2.07 (1.57)	0.021*	1.52 (1.43)	2.19 (1.54)	0.001*
Escala Lawton y Brody	2.51 (1.72)	2.53 (1.68)	0.933	2.48 (1.57)	2.56 (1.89)	0.736	2.35 (1.55)	2.69 (1.84)	0.436	2.21 (1.69)	2.93 (1.63)	0.001*	1.94 (1.52)	3.28 (1.63)	0.000*
Cuestionario Pfeffer	2.69 (1.58)	2.41 (1.67)	0.203	2.60 (1.61)	2.60 (1.62)	0.997	2.55 (1.58)	2.66 (1.64)	0.882	2.40 (1.63)	2.87 (1.55)	0.028*	2.17 (1.50)	3.18 (1.57)	0.000*
EFAM	2.98 (1.40)	2.93 (1.45)	0.836	2.97 (1.36)	2.96 (1.50)	0.966	2.90 (1.36)	3.03 (1.47)	0.771	2.79 (1.44)	3.20 (1.34)	0.026*	2.72 (1.34)	3.29 (1.44)	0.002*
EU	2.54 (1.66)	2.76 (1.73)	0.350	2.76 (1.65)	2.39 (1.71)	0.094	2.73 (1.65)	2.50 (1.71)	0.120	2.46 (1.74)	2.82 (1.58)	0.107	2.47 (1.64)	2.80 (1.72)	0.138
TUG	2.78 (1.67)	3.12 (1.58)	0.143	2.92 (1.63)	2.85 (1.69)	0.762	2.86 (1.62)	2.92 (1.68)	0.340	2.69 (1.71)	3.16 (1.52)	0.031*	2.65 (1.63)	3.21 (1.63)	0.010*
Escala Tinetti	2.11 (1.61)	2.63 (1.62)	0.021*	2.28 (1.53)	2.28 (1.77)	0.999	2.11 (1.49)	2.46 (1.74)	0.559	2.10 (1.69)	2.52 (1.51)	0.051	2.05 (1.59)	2.58 (1.62)	0.012*
TM6	1.88 (1.60)	2.30 (1.56)	0.057	2.03 (1.60)	2.00 (1.59)	0.895	1.80 (1.39)	2.24 (1.76)	0.412	1.85 (1.67)	2.24 (1.46)	0.065	1.93 (1.57)	2.13 (1.62)	0.352
Escala Borg	1.74 (1.70)	2.45 (1.80)	0.004*	2.08 (1.78)	1.80 (1.74)	0.232	1.83 (1.62)	2.11 (1.90)	0.715	1.88 (1.80)	2.08 (1.71)	0.396	1.84 (1.73)	2.13 (1.80)	0.221
SFT	1.12 (1.52)	1.64 (1.62)	0.016*	1.38 (1.60)	1.15 (1.52)	0.278	1.32 (1.49)	1.25 (1.65)	0.102	1.22 (1.59)	1.38 (1.55)	0.442	1.19 (1.49)	1.43 (1.67)	0.245
SPPB	0.78 (1.24)	1.17 (1.52)	0.037*	0.86 (1.25)	0.98 (1.48)	0.510	0.75 (1.16)	1.07 (1.50)	0.555	0.78 (1.20)	1.08 (1.50)	0.089	0.67 (1.09)	1.23 (1.57)	0.001*

Abreviaturas: DE: Desviación estándar; FIM: *Functional independence measure*; EFAM: Evaluación Funcional del Adulto Mayor-Chile; EU: Estación Unipodal; TUG: *Timed up and go*; TM6: Test de marcha de 6 minutos; SFT: *Senior Fitness Test*; SPPB: *Short Physical Performance Battery*. * $p < 0.05$.

Fuente: elaborado por los autores.

Tabla 4. Comparación entre índice de nivel de conocimiento de herramientas de VGI por profesionales (esfera Mental, Cognitiva y Anímica; listado de 15 herramientas presentadas); con sexo, edad, años trabajando con PM, horas diarias trabajadas con PM y formación en Gerontología y Geriátrica

Variables	Sexo		Prueba estadística	Edad		Prueba estadística	Años trabajando con PM			Horas diarias trabajadas con PM			Formación en área		
	Mujeres (160)	Hombres (76)		24-34 años (143)	35-70 años (93)		1-5 años (121)	6-40 años (115)	1-5 hrs. (136)	6-12 hrs. (100)	Prueba estadística	No (135)	Sí (101)	Prueba estadística	
	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value
CAM	1.16 (1.24)	1.36 (1.60)	0.311	1.20 (1.29)	1.27 (1.48)	0.689	1.09 (1.21)	1.37 (1.50)	0.122	0.99 (1.08)	1.54 (1.63)	0.002*	0.90 (1.09)	1.66 (1.56)	0.000*
MMSE	2.72 (1.62)	2.72 (1.60)	0.983	2.71 (1.51)	2.73 (1.76)	0.934	2.65 (1.48)	2.79 (1.74)	0.335	2.47 (1.60)	3.06 (1.58)	0.005*	2.27 (1.45)	3.32 (1.63)	0.000*
Cuestionario Pfeiffer	2.40 (1.78)	2.12 (1.70)	0.250	2.44 (1.70)	2.11 (1.82)	0.154	2.36 (1.62)	2.26 (1.89)	0.452	2.05 (1.70)	2.66 (1.77)	0.008*	1.90 (1.55)	2.85 (1.87)	0.000*
MOCA	1.76 (1.68)	1.72 (1.63)	0.889	1.88 (1.61)	1.54 (1.72)	0.121	1.75 (1.55)	1.74 (1.78)	0.645	1.49 (1.62)	2.10 (1.65)	0.005*	1.47 (1.47)	2.12 (1.83)	0.003*
ACE-R	1.15 (1.44)	0.87 (1.38)	0.156	1.17 (1.49)	0.89 (1.30)	0.146	1.05 (1.40)	1.07 (1.45)	0.876	0.95 (1.38)	1.21 (1.47)	0.163	0.87 (1.30)	1.32 (1.54)	0.016*
Test Reloj	2.11 (1.73)	2.28 (1.72)	0.497	2.15 (1.67)	2.19 (1.83)	0.840	1.99 (1.64)	2.35 (1.81)	0.537	1.88 (1.69)	2.56 (1.70)	0.002*	1.65 (1.52)	2.85 (1.75)	0.000*
MEFO	3.16 (1.43)	3.12 (1.50)	0.852	3.09 (1.53)	3.23 (1.32)	0.486	3.11 (1.58)	3.18 (1.30)	0.392	3.23 (1.36)	3.03 (1.56)	0.301	3.30 (1.35)	2.93 (1.56)	0.050*
AD8	0.98 (1.30)	0.83 (1.26)	0.397	0.87 (1.25)	1.03 (1.35)	0.336	0.76 (1.10)	1.11 (1.44)	0.222	0.75 (1.09)	1.18 (1.49)	0.011*	0.70 (1.04)	1.24 (1.51)	0.002*
FAB	1.04 (1.46)	1.04 (1.59)	0.984	1.10 (1.50)	0.96 (1.50)	0.481	1.01 (1.48)	1.08 (1.52)	0.666	0.88 (1.42)	1.27 (1.58)	0.045*	0.79 (1.27)	1.39 (1.70)	0.002*
NPI-Q	0.81 (1.26)	0.82 (1.42)	0.959	0.74 (1.28)	0.91 (1.36)	0.324	0.62 (1.20)	1.01 (1.40)	0.755	0.63 (1.06)	1.06 (1.56)	0.012*	0.53 (1.02)	1.18 (1.55)	0.000*
ESS	0.68 (0.95)	0.78 (1.17)	0.508	0.69 (1.01)	0.74 (1.06)	0.718	0.67 (1.06)	0.76 (1.00)	0.434	0.62 (0.94)	0.84 (1.13)	0.101	1.07 (1.22)	1.43 (1.48)	0.094
ISI	0.63 (0.93)	0.59 (1.01)	0.769	0.62 (0.98)	0.61 (0.92)	0.941	0.61 (1.04)	0.63 (0.85)	0.321	0.52 (0.85)	0.75 (1.07)	0.070	0.61 (0.97)	0.84 (1.09)	0.084
GDS-15	2.81 (1.54)	2.58 (1.48)	0.284	2.78 (1.42)	2.67 (1.67)	0.589	2.66 (1.41)	2.81 (1.63)	0.116	2.59 (1.57)	2.93 (1.43)	0.088	2.39 (1.38)	3.20 (1.58)	0.000*
GADS	1.31 (1.39)	1.05 (1.23)	0.176	1.28 (1.33)	1.14 (1.37)	0.436	1.19 (1.28)	1.26 (1.41)	0.556	0.96 (1.12)	1.58 (1.53)	0.000*	2.73 (1.67)	2.76 (1.63)	0.047*
Escala Ro- semberg	2.76 (1.65)	2.70 (1.66)	0.778	2.58 (1.70)	2.99 (1.54)	0.063	2.64 (1.73)	2.85 (1.56)	0.882	2.71 (1.67)	2.78 (1.62)	0.759	2.39 (1.38)	3.20 (1.58)	0.867

Abreviaturas: DE: Desviación estándar; CAM: *Confussion Assessment Method*; MMSE: *Mini-Mental State Examination*; MOCA: *Montreal Cognitive Assessment*; ACE-R: *Addenbrooke's Cognitive Examination-Revisado*; MEFO: *Memory, fluency, and orientation*; AD8: *Alzheimer Disease 8*; FAB: *Frontal Assessment Battery*; NPI-Q: *Neuropsychiatric Inventory Questionnaire*; ESS: *Epworth Sleepiness Scale*; ISI: *Insomnia Severity Index*; GDS: *Geriatric Depression Scale*; GADS: *Goldberg Anxiety and Depression Scale*. * p < 0.05.

Fuente: elaborado por los autores.

Tabla 5. Comparación entre índice de nivel de conocimiento de herramientas de VGI por profesionales (esfera Social, listado de 7 herramientas presentadas); con sexo, edad, años trabajando con PM, horas diarias trabajadas con PM y formación en Gerontología y Geriatría

Variables	Sexo		Prueba estadística	Edad		Prueba estadística	Años trabajando con PM			Horas diarias trabajadas con PM			Formación en área		
	Mujeres (160)	Hombres (76)		24-34 años (143)	35-70 años (93)		1-5 años (121)	6-40 años (115)	1-5 hrs. (136)	6-12 hrs. (100)	No (135)	Sí (101)	Prueba estadística		
	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value	media [DE]	media [DE]	p-value
MOS-SSS	0.68 (1.07)	0.63 (1.15)	0.746	0.57 (0.95)	0.81 (1.28)	0.111	0.56 (0.89)	0.77 (1.27)	0.587	0.60 (1.05)	0.75 (1.16)	0.310	0.59 (1.00)	0.77 (1.21)	0.195
Duke-UNC-11	0.49 (0.88)	0.55 (0.97)	0.644	0.44 (0.84)	0.62 (1.00)	0.132	0.41 (0.75)	0.62 (1.05)	0.412	0.46 (0.79)	0.59 (1.06)	0.265	0.44 (0.88)	0.61 (0.95)	0.140
OARS	0.76 (1.15)	0.75 (1.34)	0.971	0.59 (1.04)	1.00 (1.41)	0.012*	0.51 (0.93)	1.01 (1.40)	0.776	0.57 (0.93)	1.00 (1.48)	0.007*	0.53 (0.91)	1.06 (1.47)	0.001*
Escala Zarit	2.66 (1.63)	2.36 (1.57)	0.182	2.59 (1.56)	2.52 (1.71)	0.741	2.48 (1.52)	2.64 (1.72)	0.112	2.51 (1.66)	2.63 (1.56)	0.566	2.32 (1.58)	2.88 (1.62)	0.008*
Genograma	2.86 (1.57)	2.24 (1.57)	0.872	2.74 (1.53)	2.53 (1.69)	0.361	2.51 (1.55)	2.81 (1.64)	0.823	2.76 (1.67)	2.51 (1.49)	0.586	2.61 (1.54)	2.72 (1.68)	0.000*
Ecomapa	2.61 (1.67)	2.13 (1.63)	0.005*	2.59 (1.62)	2.24 (1.73)	0.315	2.37 (1.59)	2.54 (1.75)	0.768	2.49 (1.72)	2.40 (1.61)	0.227	2.43 (1.58)	2.49 (1.79)	0.584
Mapa de redes	2.57 (1.66)	1.99 (1.62)	0.041*	2.48 (1.63)	2.24 (1.72)	0.108	2.26 (1.60)	2.51 (1.73)	0.412	2.35 (1.71)	2.42 (1.61)	0.674	2.28 (1.57)	2.51 (1.79)	0.801

Abreviaturas: DE: Desviación estándar; MOS-SSS: *Medical Outcome Study Social Support Survey*; Duke-UNC-11: *Functional Social Support Questionnaire*; OARS: *Older American and Resource Socials*. * $p < 0.05$.

Fuente: elaborado por los autores.

Respecto a las horas diarias trabajadas con PM, los profesionales que trabajaron 6 o más horas diarias mostraron un mayor índice de nivel de conocimiento de herramientas: en 9/15 herramientas de la esfera Mental, 5/13 herramientas de la esfera Funcional, y 4/13 herramientas de las esferas Biomédica (diferencias estadísticamente significativas, destacado con * en las tablas).

Además, los profesionales con una edad de 35 años y más tenían un mayor índice de nivel de conocimiento de herramientas, como se evidenció en 5/13 herramientas de la esfera Biomédica; los profesionales de sexo masculino demostraron un mayor conocimiento respecto a 4/13 herramientas de la esfera Funcional (diferencias estadísticamente significativas, destacado con * en las tablas).

Discusión

El principal resultado de esta investigación es que la formación en el área de Gerontología y Geriatría y poseer 6 o más años trabajando con PM, son indicadores de un

mayor nivel de conocimiento y uso de herramientas de VGI por profesionales de la salud y psicosociales.

A nivel internacional, se han realizado investigaciones de similares características, exclusivamente en geriatrias de España y Alemania (16,17), pero no en profesionales de salud y psicosociales, por lo tanto, esta es la primera investigación de su tipo en algún país de Latinoamérica y el Caribe. En esta investigación, se ha identificado un predominio de uso de similares herramientas a lo ya reportado en las investigaciones previas en España y Alemania (16,17): EVA, Katz, Barthel, Lawton y Brody, TUG, MMSE, GDS, y en general con heterogeneidad en el uso, otro aspecto ya reportado anteriormente (16). Es posible que estas herramientas se conozcan y usen más, dada su mayor antigüedad y amplia difusión a nivel regional e internacional. Por el contrario, las herramientas GUSS, GOHAI, ESS, ISI, MOSS-SSS, Duke-UNC-11 y OARS, fueron las que se identificaron con menor conocimiento; esto podría explicarse porque son específicas del quehacer de ciertas profesiones, o en la evaluación de algún Síndrome Geriátrico en particular. Sin embargo, esto plantea el desafío

de potenciar su conocimiento y uso en la diversidad de profesiones que trabajan con PM. Del mismo modo, será importante fortalecer el conocimiento y utilización de nuevas herramientas de la esfera Social, que pareciera ser la más débil.

Por el contrario, no se han identificado estudios previos que hayan investigado el nivel de conocimiento de herramientas de VGI por profesionales según el sexo, la edad, los años trabajando con PM, las horas diarias trabajadas con PM, y la formación en Gerontología y Geriatria de estos profesionales; en ese sentido, estos resultados son inéditos, generan una nueva evidencia y demuestran que los profesionales que poseen una mayor cantidad de años de experiencia de trabajo con PM, y formación en el área, tienen un mayor nivel de conocimiento de herramientas de VGI y, posiblemente, un mejor abordaje de los Síndromes Geriátricos.

Es posible que el bajo conocimiento y/o uso de algunas herramientas de la VGI, de algunas esferas en particular y/o de la VGI en su conjunto, se deban a varias razones en diferentes contextos: la ausencia de contenidos o programas de asignatura de Gerontología y Geriatria que enseñen la VGI en las carreras de pregrado, las cuales abordarán a las PM (en el futuro) en instituciones de educación superior; una baja profundización de la VGI en los programas de postgrado en Gerontología y Geriatria para médicos y profesionales; una baja capacitación en estas herramientas de evaluación en los profesionales que ya trabajan con PM en diferentes programas y servicios con PM; y/o el desconocimiento de lugares en los cuales se puede realizar autoestudio sobre la VGI y sus herramientas de evaluación.

Por ello, será fundamental que en lo referente a VGI y sus herramientas de evaluación, sean parte del currículo regular en las carreras de pregrado de disciplinas que abordarán a PM (11,15), teniendo en cuenta que aún es una necesidad la inclusión regular de estas asignaturas en el currículo de carreras profesionales universitarias (5,23), considerando que ya se cuenta con un compilado que reúne las herramientas de la VGI validadas en la región, y sus recomendaciones de administración (5). Del mismo modo, la VGI deberá ser una de las asignaturas principales dentro de programas de postgrado en Gerontología y Geriatria para profesionales (diplomados, magísteres y doctorados), considerando las brechas de formación en la región (3,15), potenciando el trabajo interdisciplinario y el modelo de atención centrada en la persona (24,25), con ello, el envejecimiento saludable, activo y exitoso (5).

Del mismo modo, se deberá capacitar y entregar conocimiento actualizado sobre VGI a los profesionales que ya trabajan en programas y servicios para PM (12), en particular en la Atención Primaria de Salud (APS) (3,15), siendo una oportunidad que estas capacitaciones interdisciplinarias sean realizadas por médicos, profesionales

de la salud y psicosociales, quienes posean formación y experiencia aplicando la VGI y sus herramientas de evaluación, así como mayor cantidad de horas de trabajo diario con PM, sus familiares y cuidadores, en diferentes contextos, programas y servicios.

Para quienes se inician y están fuera del contexto regular de trabajo con PM, y a modo de estrategia, será importante que puedan administrarse la herramienta de la VGI y/o aplicarla a un familiar para conocerlas a profundidad (5); así como también autocapacitarse y revisar videos de aplicación que ya se encuentran disponibles, confeccionados por el Instituto Nacional de Geriatria de México (26), y/o realizar cursos de actualización específicos en VGI.

Es un desafío para las disciplinas y profesiones que utilizan ciertas herramientas de evaluación con mayor exclusividad, cuyos profesionales son quienes tienen mayor experticia en su conocimiento y uso (por ejemplo, Fonoaudiología, Odontología, Nutrición, Trabajo Social), socializarlas de manera más adecuada con todo el equipo interdisciplinario, en sus aspectos teóricos y prácticos, en el ámbito académico y fuera de él.

El índice creado para efectos de esta investigación puede ser una buena alternativa para indagar el nivel de conocimiento de las herramientas de la VGI, incluyendo otras herramientas no analizadas en esta investigación, haciendo comparaciones entre profesiones, programas/centros y/o países, lo que permite orientar futuras capacitaciones o políticas públicas a nivel local, regional y nacional. Además, será interesante replicar, adaptar y/o investigar cómo la formación o capacitación mejoran el conocimiento y uso de las herramientas de la VGI, incluso de experiencias de micro aprendizaje, como el ya realizado en entornos perioperatorio, demostrando mejoras significativamente en el manejo de VGI de los médicos tras esta intervención educativa (27).

Una de las limitaciones de la investigación fue que la encuesta se diseñó para dar respuesta a los objetivos de la investigación, y no se realizó un proceso de validación, por lo que aconsejamos que esta y otras encuestas similares se puedan validar por lo menos en contenido utilizando el método *Lawshe* en el futuro (28). Otra de las limitaciones de este estudio es que, al usar un cuestionario *online*, profesionales con problemas de conectividad, en zonas rurales, con discapacidades visuales no corregidas y/o no familiarizados con redes sociales, pueden haber sido excluidos del estudio. Sin embargo, en futuras investigaciones, una encuesta presencial podría mejorar la representatividad de la muestra. Otra limitación es el sesgo de selección; para evitarlo en el futuro, recomendamos utilizar métodos de muestreo aleatorio. Por otro lado, como fortalezas, el estudio investigó una temática escasamente explorada y de mucha relevancia, pensando en el proceso de envejecimiento por el cual está atravesando el país y la

región, y en una diversidad de profesiones que trabajan con PM. Además, la metodología del estudio y la propuesta de índice podrían ser replicables en otros países de la región, con el objetivo de poder evaluar el nivel de conocimiento y uso de las herramientas de la VGI en Latinoamérica y el Caribe.

Conclusiones

La formación en el área de Gerontología y Geriatria, y poseer 6 o más años trabajando con PM, son indicadores de un mayor nivel de conocimiento y uso de herramientas de VGI por profesionales de la salud y psicosociales. A la luz de los resultados, se recomienda que profesionales que trabajan con PM conozcan los diferentes dominios de VGI, y sus herramientas de evaluación; las practiquen y apliquen cotidianamente, y con ello, adquieran mayores habilidades en su aplicación, análisis e interpretación. Esto permitirá realizar intervenciones más justas a las necesidades de PM, sus familias y cuidadores, lo que impactará en una mejor funcionalidad, autonomía y calidad de vida, impulsando un envejecimiento saludable, activo y exitoso. Esta investigación presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas, y los resultados deben analizarse en el contexto de esta investigación.

Conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

Financiación

Para la realización de este estudio, no existió ningún tipo de financiación externa a los autores.

Referencias

- Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos [Internet]. Santiago: CEPAL; 2018. doi: <https://doi.org/10.18356/19532890-es>
- Instituto Nacional de Estadísticas. Estimaciones y proyecciones de la población de Chile 1992-2050. Total País. Síntesis de Resultados. Diciembre 2018 [Internet]. Santiago: INE; 2018. Recuperado a partir de: https://www.ine.gob.cl/docs/default-source/proyecciones-de-poblacion/publicaciones-y-anuarios/base-2017/ine_estimaciones-y-proyecciones-de-poblaci%C3%B3n-1992-2050_base-2017_s%C3%ADntesis.pdf?sfvrsn=c623983e_6
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento en América Latina y el Caribe: Inclusión y derechos de las personas mayores [Internet]. Santiago: CEPAL; 2022. Recuperado a partir de: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/48567-envejecimiento-america-latina-caribe-inclusion-derechos-personas-mayores>
- Abizanda-Soler P, Romero-Rizos L, Luengo-Márquez C, Sánchez-Jurado PM, Jordán-Bueso J. Medicina geriátrica. Una aproximación basada en problemas [Internet]. Barcelona: Elsevier Masson; 2020. Recuperado a partir de: <https://drarturogeriatria.wordpress.com/wp-content/uploads/2018/06/medicina-geri-trica-una-aproximaci-n-basada-en-problemas.pdf>
- Pizarro-Mena R, Rotarou ES, Chavarro-Carvajal D, Wachholz PA, López MF, Perdomo-Delgado C, et al. Comprehensive gerontological assessment: An update on the concept and its evaluation tools in Latin America and the Caribbean-A literature review. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2024;21(12):1697. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph21121697>
- Ministerio de Salud de Chile. Actualización Manual de geriatría para médicos 2019 [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2019. Recuperado a partir de: <https://www.sochob.cl/web1/wp-content/uploads/2020/07/ACTUALIZACI%C3%93N-MANUAL-DE-GERIATR%C3%8DA-PARA-M%C3%89DICOS-2019.pdf>
- Pizarro-Mena R, Duran-Aguero S, Parra-Soto S, Vargas-Silva F, Bello-Lepe S, Fuentes-Alburaquenque M. Effects of a structured multicomponent physical exercise intervention on quality of life and biopsychosocial health among Chilean older adults from the community with controlled multimorbidity: a pre-post design. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022;19(23):15842. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph192315842>
- Parker SG, McCue P, Phelps K, McLeod A, Arora S, Nockels K, et al. What is comprehensive geriatric assessment (CGA)? An umbrella review. Age Ageing [Internet]. 2018;47(1):149–55. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afx166>
- Gálvez-Cano M, Chávez-Jimeno H, Aliaga-Díaz E. Usefulness of the comprehensive geriatric assessment for evaluating the health of older adults. Rev Perú Med Exp Salud Pública [Internet]. 2016;33(2):321–7. doi: <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2204>
- Acosta-Benito MA, Martín-Lesende I. Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar. Aten Primaria [Internet]. 2022;54:102395. doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102395>
- Sánchez-García E, Montero-Errasquin B, Cruz-Jentoft A. Actualización en valoración geriátrica integral. Comprehensive geriatric assessment: an update. An RANM [Internet]. 2020;137(1):77–82. doi: <https://doi.org/10.32440/ar.2020.137.01.doc01>
- Casanova-Muñoz V, Hernández-Ruiz A, Durantez-Fernández C, López-Mongil R, Niño-Martín V. Descripción y aplicación clínica de las escalas de valoración geriátrica integral: una revisión sistemática rápida de revisiones. Rev Clin Esp [Internet]. 2022;222(6):417–31. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rce.2022.01.002>

13. Casado-Verdejo I, Postigo-Mota S, Muñoz-Bermejo L, Vallejo-Villalobos JR, Arrabal-León N, Pinto-Montealegre JE. Comprehensive geriatric assessment scales. *Rev Enferm* [Internet]. 2016;39(1):54–60. Recuperado a partir de: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26996044/>
14. Azócar M, Mohor C, Rioja R, Vargas M. Estándares de calidad para establecimiento de larga estadia para adultos mayores. *Protocolos SENAMA 2016* [Internet]. Santiago: Servicio Nacional del Adulto Mayor; 2016. Recuperado a partir de: <https://www.ciudadesamigables.cl/material-de-apoyo/compartir-material/estandares-de-calidad-para-establecimientos-de-larga-estadia-para-adultos-mayores/>
15. Mendoza-Ramírez CB, Jiménez-Guillén R, Montalvo-Vargas R, Rodríguez-Abad A. Situación y retos de la gerontología en Latinoamérica [Internet] Tlaxcala, México: Universidad Autónoma de Tlaxcala; 2023. Recuperado a partir de: https://www.researchgate.net/publication/374082943_SITUACION_Y_RETOS_DE_LA_GERONTOLOGIA_EN_LATINOAMERICA
16. Abizanda-Soler P, Gallego-Moreno J, Sánchez-Jurado P, Díaz-Torres C. Instrumentos de valoración Geriátrica Integral en los servicios de Geriátrica de España. Uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2000;35(5):261–268. Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6654097>
17. Kudelka J, Ollenschläger M, Dodel R, Eskofier B, Hobert M, Jahn K, et al. Which comprehensive geriatric assessment (CGA) instruments are currently used in Germany: a survey. *BMC Geriatr* [Internet]. 2024;24:347. doi: <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04913-6>
18. von Elm E, Altman DG, Egger M, Pocock SJ, Gøtzsche PC, Vandenbroucke JP. The Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE) statement: guidelines for reporting observational studies. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2008;61(4):344–9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2007.11.008>
19. Pizarro-Mena RA, Duran-Aguero S, Silva A. Social outbreak and its association with insomnia and daytime sleepiness in Chile. *Sleep Sci* [Internet]. 2022;15(1):26–33. doi: <https://doi.org/10.5935/1984-0063.20210023>
20. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki. Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. *JAMA* [Internet]. 2013;310(20):2191–4. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2013.281053>
21. Ministerio de Salud de Chile. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2013. Recuperado a partir de: <https://www.studocu.com/cl/document/universidad-nacional-andres-bello/topicos-de-investigacion-en-salud/orientaciones-para-la-implementacion-del-modelo-de-atencion-integral-de-salud-familiar-y-comunitaria/10546589>
22. Ministerio de Salud de Chile. Orientación técnica de atención integral para personas mayores frágiles en unidades geriátricas de agudos (UGA) [Internet]. Santiago: Ministerio de Salud; 2018. Recuperado a partir de: <https://diprece.minsal.cl/programas-de-salud/programas-ciclo-vital/salud-de-las-personas-mayores-informacion-para-equipos-de-salud/>
23. Fernández E, Padilla P, Díaz C. Gerontología en la formación de pre grado del odontólogo del siglo XXI. *Rev Clin Periodoncia Implantol Rehabil Oral* [Internet]. 2019;12(3):131–4. doi: <https://doi.org/10.4067/S0719-01072019000300131>
24. Naughton C, Galvin R, McCullagh R, Horgan F. Comprehensive geriatric assessment—where are we now, where do we need to be in the context of global ageing? *Age Ageing* [Internet]. 2023;52(11):afad210. doi: <https://doi.org/10.1093/ageing/afad210>
25. Abizanda P, Rodríguez L, Bastán J. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. 2º Edición. Barcelona: Elsevier España; 2020.
26. Avila-Avila A, Sosa-Tinoco E, Pacheco-Pacheco J, Escobedo-Acosta MG, Bautista-Eugenio V, González-García V, et al. Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional [Internet]. Ciudad de México: Instituto Nacional de Geriátrica; 2022. Recuperado a partir de: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/813747/Guia_InstrumentosEvaluacion_2022_31oct.pdf
27. Thillainadesan J, Naganathan V, Hilmer SN, Kerdic R, Aitken SJ. Microlearning for surgical residents enhances perioperative comprehensive geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2023;71(12):E30–33. doi: <https://doi.org/10.1111/jgs.18612>
28. Lawshe CH. A Quantitative Approach to Content Validity. *Pers Psychol* [Internet]. 1975;28:563–75. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1744-6570.1975.tb01393.x>