

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR SEGÚN "VALORACIÓN
CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR" DEL ESSALUD I-3 LA ARENA
PIURA 2013-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

MARIA ZAPATA VILCHEZ

Callao, 2017
PERÚ

ÍNDICE

| | Pág. |
|--|------|
| INTRODUCCIÓN | 2 |
| I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 3 |
| 1.1 Descripción de la Situación Problemática | 3 |
| 1.2 Objetivo | 5 |
| 1.3 Justificación | 5 |
| II. MARCO TEÓRICO | 7 |
| 2.1 Antecedentes | 7 |
| 2.2 Marco Conceptual | 9 |
| 2.3 Definición de Términos | 20 |
| III. EXPERIENCIA PROFESIONAL | 22 |
| 3.1 Recolección de Datos | 22 |
| 3.2 Experiencia Profesional | 22 |
| 3.2 Procesos realizados en el Tema del Informe | 23 |
| IV. RESULTADOS | 27 |
| V. CONCLUSIONES | 36 |
| VI. RECOMENDACIONES | 37 |
| VII. REFERENCIALES | 38 |
| ANEXOS | 40 |

INTRODUCCIÓN

Existe una clara tendencia al envejecimiento de la población peruana la que se acentuara en los próximos 40 años. El presente informe tiene como propósito describir la importancia de la aplicación de la valoración clínica del adulto mayor (VACAM), ya que el adulto mayor es una persona especial y el envejecimiento es individualizado, por lo tanto el cuidado de enfermería debe ser dado de la misma manera. Una buena valoración nos va ayudar a mejorar la capacidad funcional, el estado mental, disminuir la morbimortalidad, la necesidad de hospitalización y el consumo de medicamentos.

La evaluación geriátrica integral (EGI) es un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que provocan alteraciones que con frecuencia llevan al adulto mayor a la incapacidad como deterioro cognitivo, demencia ,trastornos de ánimo, depresión, trastornos del sueño/insomnio, inmovilidad ,encamamiento , inestabilidad, caídas, incontinencia urinaria, privación sensorial, malnutrición etc.

Por lo tanto el objetivo de la aplicación de la VACAM es necesario para desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas de salud, con el propósito de disminuir la morbimortalidad de la población geriátrica y mejorar así su calidad de vida, así como la óptima utilización de recursos para afrontarlos.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN PROBLEMÁTICA

Debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países. El envejecimiento de la población puede considerarse un éxito de las políticas de salud pública y el desarrollo socioeconómico, pero también constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores, así como su participación social y su seguridad (1)

A nivel mundial la población mundial está envejeciendo a pasos acelerados. Entre 2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo. El cambio demográfico será más rápido e intenso en los países de ingresos bajos y medianos. Por ejemplo, tuvieron que transcurrir 100 años para que en Francia el grupo de habitantes de 65 años o más se duplicara de un 7% a un 14%. Por el contrario, en países como el Brasil y China esa duplicación ocurrirá en menos de 25 años.(1)

A nivel nacional, según INEI en el 2015 la población el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la

población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%).

Estas cifras confirman que en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad.(2)

A nivel de Piura, En la región Piura existen unas 164 mil 625 adultos mayores, siendo la expectativa de vida tanto para hombres como mujeres de 72 años de edad, según información proporcionada por la Dirección Regional de Salud de Piura. En la provincia de Piura se concentra la mayor población de adultos mayores llegando a 65 mil 020 personas, seguida de la provincia de Sullana con 28 mil 590 adultos mayores, Morropón con 18 mil 600, Ayabaca con 13 mil 818, Huancabamba con 12 mil 477 habitantes, Talara con 11 mil 060, Paita con 9 mil 759 y Sechura con 5 mil 301 adultos mayores.(3)

A nivel local, según población estimadas por edades Red Bajo Piura en el Distrito de la Arena hay 2949 adultos mayores en el Distrito de la Arena.(4)

El envejecimiento de nuestra población areneña implica una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presentan elevadas tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población, esto debido a los padecimientos crónicos degenerativos que se concentran en este grupo de edad avanzada. Es por eso que en mejora de la atención y con el afán de cumplir con la norma técnica de salud para la atención

integral de las personas adultas mayores nos reunimos con el responsable del programa Pensión 65 y el equipo multidisciplinario de profesionales del establecimiento de salud para trabajar en coordinación y de esta forma hacer que la familia junto con el adulto mayor vayan creando conciencia en la importancia del cuidado de su salud para tener un adecuado bienestar físico y mental.

1.2 OBJETIVO

Describir la experiencia profesional en la atención integral del adulto mayor según "Valoración clínica del adulto mayor" del Establecimiento de salud I-3 La Arena Piura 2013-2016.

1.3 JUSTIFICACIÓN

El envejecimiento es una de las etapas de desarrollo que actualmente tiene una situación singular que es el envejecimiento poblacional, el cual se ha convertido hoy en un reto para la enfermería, el hecho de vivir más años nos debería causar alegría sin embargo según la práctica diaria nos refiere que el adulto mayor está llegando a la vejez siendo un adulto mayor frágil. Es por ello que para poder brindar una atención integral es necesario adquirir información respecto al estado físico, Psíquico y del entorno del paciente.

Es por ello que es importante la aplicación del formato de atención integral del adulto mayor ya que los datos que se recojan nos ayudaran a establecer bases de trabajo más significativas para poder valorar la calidad de vida de las personas mayores en diferentes contextos, una de las principales dificultades actualmente detectadas en todos los intentos de abordaje de la medición de la calidad de vida en el adulto mayor.

Este informe servirá de guía para otros profesionales que laboran en los diferentes establecimientos de salud ya que es indispensable la aplicación de la historia clínica VACAM, el cual tiene un abordaje, biológico, psicológico y social, con su aplicación podemos elaborar un plan de atención integral en forma personalizada de aquellos cuidados esenciales para el adulto mayor. Previniendo así enfermedades discapacidades, y manejo de síndromes geriátricos.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

A NIVEL INTERNACIONAL

QUIZHPILEMA S. SINCHI A Y TACURI M, en su estudio de investigación nivel de satisfacción del adulto mayor, respecto a los cuidados de enfermería que reciben en el Servicio de Clínica del Hospital "Homero Castanier Crespo" de la ciudad de Azogues en los meses de julio a setiembre del 2013, cuyo resultado en el presente estudio es que el 82,4% con nivel de satisfacción alto, un 15,4% con nivel de satisfacción bajo y finalmente el 2,2%.con nivel de satisfacción medio.(5)

Lic. W:E:M. Gayathri Iresha Ekanayaka*, **Dr. C Antonio Sáez Palmero****, **Dr. C Ángel Luis Gómez Cardozo****, **Dr. C. Dania María Santi Morlanes**; refieren que el objetivo del presente trabajo es comprender la importancia de la atención integral de los adultos mayores en Sri Lanka. De acuerdo a los datos del Departamento Nacional de Estadísticas en Sri Lanka en el año 2012 la población de 60 años o más representaba 2.468.329, lo cual significaba el 12% de la población total del país. En la actualidad los problemas socio-económicos y políticos traen como consecuencias la pérdida de responsabilidades y valores familiares y comunitarios en cuanto a la atención de los adultos mayores.

Este aumento gradual exige atención inmediata en cuanto a mantener una longevidad saludable de los adultos mayores. La importancia de la atención integral que está conformado por la atención físico-recreativo, terapéutico, socio-cultural, psico-educativo brinda una función en cuanto a mejorar el estado

fisiológico, psicológico, mental e espiritual de los adultos mayores lo cual permite mejorar la calidad de vida de ellos. Justificando la situación antes planteada, diferentes organizaciones internacionales desde la década del ochenta han mencionado esta necesidad de una atención integral, lo cual comienza a ejercer a través de acciones programadas por algunos países del mundo desde la mitad del siglo XX que sigue cobrando la importancia en el contexto internacional y nacional.(6)

A NIVEL NACIONAL

ZAPATA D. SANDRA M. en su estudio de investigación Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el Servicio de Geriatria del Hospital Almenara refiere que la percepción general del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera(o) en el servicio de geriatría del HNGAI es medianamente favorable 63%, el mismo resultado obtuvieron: la dimensión biológica 47%, la dimensión sociocultural 48% y la dimensión espiritual 48%, sin embargo en la dimensión emocional, los adultos mayores perciben el cuidado como desfavorable 62%.(7)

TEJADA KF.(2012); Factores sociodemográficos y su relación con la dimensión de la calidad de atención del cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unanue. Estudio de tipo descriptivo de corte transversal, la población estuvo conformada por 25 pacientes adultos mayores que representaban el 100%, el investigador utilizo como instrumento un formulario de tipo cuestionario, el objetivo general fue: Determinar los factores sociodemográficos y su relación con la dimensión de la calidad de

atención del cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor hospitalizado, concluyó que: El nivel de la calidad de atención del cuidado del profesional de enfermería percibido por el paciente adulto mayor, se caracteriza por ser de un nivel bajo 52% con tendencia a un nivel medio de calidad 48% y en las dimensiones del cuidado, encontró que en la dimensión técnica asociada a los procedimientos técnicos de la atención, un 80% califico la calidad de nivel medio, en la dimensión humana referida a la relación empática enfermera-paciente, observo que el 72% la evaluó como nivel bajo y en cuanto a la dimensión entorno asociada al ambiente del paciente, respetando su privacidad, el 52% la consideraron como media.(8)

2.2 MARCO CONCEPTUAL O REFERENCIAL O TEÓRICO

2.2.1 PERSONA ADULTA MAYOR

La persona adulta mayor, es aquella persona que se encuentra cursando la etapa de la ancianidad, la cual es considerada como la etapa final de la vida de todo ser humano, en donde algunos de estos siguen viviendo el quehacer diario sin ningún problema; sin embargo la mayoría de los adultos mayores suelen tener sentimientos de soledad, debido a los diversos problemas biológicos, sociales, psicológicos y adicionalmente con otros problemas físicos asociados a la edad traen mayores consecuencias en los ámbitos de salud. El adulto mayor es una persona que enfrenta esta etapa de la vida en una sociedad discriminante social de los mismos, sintiéndose un estorbo tanto para la sociedad como para su propia familia, por tanto experimentan problemas psicológicos. Sin embargo no todos los adultos mayores experimentan los mismos sentimientos; otros

durante esa etapa de su vida siguen desarrollándose como personas, es decir, trabajan en alguna institución.(9)

2.2.2 EL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Características del envejecimiento:

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: Porque es un proceso acumulativo.
- Dinámico: Porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible: No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
- Declinante: Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínco: Porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- Heterogéneo e individual: Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido. Cada especie tiene su propia característica de envejecimiento y varía enormemente de sujeto en sujeto, y de órgano en órgano dentro de la misma persona.(10)

Comprender el envejecimiento; desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte. Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es

más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial.(11)

2.2.3 TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento ha sido explicado desde distintas teorías que, en su mayoría, conciernen a la vinculación del genoma y el medio ambiente como causantes, dentro de las cuales destacan: la teoría de regulación genética, en que el envejecimiento consiste en un desequilibrio entre los factores genéticos que mantienen la fase de reproducción; la teoría de la diferenciación terminal, en que el envejecimiento celular se debe a una serie de modificaciones genéticas; la teoría de inestabilidad del genoma en las complejas interacciones entre el ADN, ARN y proteínas como causa del envejecimiento¹¹; la teoría de mutación somática, en que la acumulación de las mutaciones en el ADN nuclear y la inestabilidad del genoma mitocondrial causarían las diferentes manifestaciones clínicas propias de enfermedades asociadas al envejecimiento¹²; es decir, establecen las bases de la aparición con la edad de trastornos cognitivos, alteraciones del movimiento, debilidad e incluso enfermedades como la diabetes, demencia y fallo cardíaco, siendo procesos que pueden postergarse o modularse para vivenciarlos con la mejor calidad de vida posible.

Asimismo, están: la teoría de los radicales libres, que provocarían efectos perjudiciales en los tejidos desencadenando patologías como las cardiovasculares, cáncer, cataratas, alzhéimer y otras; la teoría error-catástrofe, en que los errores en la síntesis de proteínas causan la producción de proteínas anormales que provocan la senescencia¹³; la teoría de unidades cruzadas de estructuras celulares, que formarían enlaces moleculares entre cadenas de ácido nucleicos que aumentarían con la edad; la teoría inmunológica, que propone que el genoma nuclear programa cambios durante el desarrollo del organismo y su mismo deterioro revelaría la ancianidad¹⁴; y, la teoría de acumulación de productos de desecho que es perjudicial para la reproducción y son rupturas de productos citoplasmáticos que llevan a la vejez.

Otras teorías estiman que el envejecimiento es el resultado de una serie de procesos programados innatamente por el genoma, como la teoría de la capacidad de replicación finita de las células y varias otras teorías evolutivas, en que una de ellas señala que la vejez es una adaptación necesaria, programada como desarrollo, para el recambio y renovación de las poblaciones, donde los individuos más aptos son los que dejarían su impronta hereditaria a las generaciones siguientes; otra teoría postula que las mutaciones perjudiciales y su acumulación posteriormente causaría el envejecimiento y, por último, otra teoría denominada evolutiva sugiere que la vejez es por un ajuste entre la supervivencia tardía y la fecundidad temprana.

En consecuencia, todas estas teorías muy bien asentadas en la ciencia y desarrolladas a profundidad con un rigor indiscutible no

reflejan una concepción multidimensional del envejecimiento, es decir, su orientación para unificar la vejez desde la dimensión biológica, social, psicológica y espiritual. Quizás finalmente considerando todas las teorías desde las distintas ciencias, es posible entender y situar el envejecimiento desde un contexto degenerativo más real.

El envejecimiento social es un proceso que sólo en la sociedad actual es visto como una transición desfavorable, y está influenciada su representación social por el lugar, la cultura y la condición socioeconómica. Se han establecido dos teorías al respecto, la primera denominada teoría de sistemas sociales que alude a construcciones mediáticas, que presenta la realidad propia de la vejez a través de códigos que orientan esta visión, la interpretan y dan ciertos atributos. Y segundo, la teoría de representaciones sociales que, tras la comunicación e interacción social, da respuesta a los estereotipos existentes en torno al envejecimiento¹⁶. En ambas teorías sociales, el envejecimiento es reconstruido por la sociedad contemporánea a partir del lugar en que se vive y la idealización de la juventud.

En relación al envejecimiento desde la dimensión espiritual, este tiene implicancia con la gratitud, el perdón y la alegría, un envejecer que espiritualmente se desarrolla en forma positiva y que la persona fortalece a medida que pasan los años al cuidar a otros, estar abierto a nuevas ideas, y mantenerse útil socialmente, al conservar la integridad en aceptar el pasado y pasar momentos en él para nutrirse de los logros presentes, junto con seguir dispuesto a aprender de la generación siguiente. Contribuyen también a una vejez espiritual sana el mantener fortalezas como la esperanza en

la vida, esforzarse por ser todo lo autónomo posible, y valorar toda iniciativa, el disfrutar de la vida, mantener el sentido del humor y la capacidad para jugar, y ser tolerante con los aspectos desagradables de la vejez, cuidarse, aceptar las necesidades de dependencia y agradecer el apoyo recibido, y tratar de mantener contacto e intimidad con viejos amigos y lograr hacer nuevas amistades.(12)

2.2.4 PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013-2017, reúne el esfuerzo de planificación concertada realizado por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), El marco conceptual que sustenta el presente Plan Nacional se basa en una concepción del envejecimiento como proceso, que se inicia en el nacimiento de la persona y que en sí mismo constituye hoy en día uno de los mayores logros de la humanidad. Además, establece para el criterio de vejez desde el punto de vista cronológico la edad de 60 años a más, como determinante de las personas adultas mayores.

Asimismo, este Plan Nacional ha sido elaborado bajo los enfoques básicos que orientan la acción del sector: de derechos humanos, de igualdad de género, de interculturalidad, así como el enfoque intergeneracional. El plan Nacional se desarrolla en el marco de la Política Nacional en relación a las Personas Adultas Mayores elaborada por el MIMP y aprobada mediante Decreto Supremo N° 011-2011-MIMDES y está estructurada sobre los cuatro (4) lineamientos de política nacional: envejecimiento saludable; empleo, previsión y seguridad social; participación e integración

social; y, educación, conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez. (13)

2.2.2 NORMA TECNICA

Para la atención del adulto mayor existe la Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores: N.T.S. No. 043-MINSA/DGSP-V.01 / Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud – Lima: Ministerio de Salud; 2006, El presente documento responde a la decisión política de atender las necesidades de Salud de las personas adultas mayores y en especial de los más vulnerables con un enfoque de integralidad, equidad, solidaridad, interculturalidad calidad y pleno respeto a sus derechos.(14)

2.2.3 DERECHOS DEL ADULTO MAYOR

La Ley N° 28803, establece un marco normativo para garantizar los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes de las personas adultas mayores, para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respeto de su dignidad.

Dicho documento normativo enfatiza ciertos derechos de la persona adulta mayor como son:

- 1) La igualdad de oportunidades y una vida digna promoviendo la defensa de sus intereses.
- 2) Recibir el apoyo familiar y social necesario para garantizarle una vida saludable, necesaria y útil, elevando su autoestima.

- 3) Acceder a programas de educación y capacitación que le permitan seguir siendo productivo.
- 4) Participar en la vida social, económica, cultural y política del país.
- 5) El acceso a la atención preferente en los servicios de salud integral, servicios de transportes y actividades de educación, cultura y recreación.
- 6) El acceso a la atención hospitalaria inmediata en caso de emergencia.
- 7) La protección contra toda forma de explotación y respeto a su Integridad física y psicoemocional.
- 8) Recibir un trato digno y apropiado en cualquier procedimiento judicial y administrativo que la involucre.
- 9) Acceder a condiciones apropiadas de reclusión cuando se encuentre privada de su libertad.
- 10) Vivir en una sociedad sensibilizada con respecto a sus problemas, sus méritos, sus responsabilidades y sus capacidades y experiencias.
- 11) Realizar labores o tareas acordes a su capacidad física o intelectual. No será explotada física mental ni económicamente.
- 12) La información adecuada y oportuna en los trámites para su Jubilación.
- 13) No ser discriminada en ningún lugar público o privado.(13)

2.2.4 EVALUACION GERIATRICA

Los Criterios de definición y selección de las Personas Adultas Mayores a través de la VACAM:

De la aplicación de la VACAM inicial se concluye que el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño.

Con la finalidad de brindar los cuidados de salud se han clasificado a las PAMs en 4 categorías.

Estas categorías se establecen al final de la primera consulta y constituyen el pilar fundamental del Plan de Atención Integral de Salud ya que permitirá identificar y priorizar a las PAMs en las cuales es necesario redoblar los esfuerzos para mejorar su calidad de vida, a través de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud de las PAMs.

Las cuatro categorías de clasificación de PAMs son las siguientes:

a) Persona Adulta Mayor Activa Saludable.- Es aquella sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal.

El objetivo fundamental de este grupo poblacional es la promoción de la salud y prevención de la enfermedad (Ver anexo N° 4 Plan de atención para PAM activa saludable).

b) Persona Adulta Mayor Enferma.- Es aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante, y que no cumple los criterios de Persona Adulta Mayor Frágil o Paciente Geriátrico Complejo (ver ítem c y d).

El objetivo prioritario es la atención del daño, la rehabilitación y acciones preventivas promocionales. Dependiendo de la características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. (Ver anexo N° 4 Plan de atención para PAM enferma)

c) Persona Adulta Mayor Frágil.- Es aquella que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz. (Anexo N° 3 pág. 2)
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
(Anexo N° 3 pág. 3)
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage. (Anexo N° 3 pág. 3)
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio – familiar.
(Anexo N° 3 pág. 3)
- Caídas: Una caída en el último mes ó más de una caída en el año
- Pluripatología: Tres ó más enfermedades crónicas
- Enfermedad crónica que condiciona incapacidad funcional parcial:
Ej. Déficit visual, auditivo, osteoartritis, secuela de ACV, enfermedad de Parkinson, EPOC, insuficiencia cardiaca reciente, y otros
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas
- Hospitalización en los últimos 12 meses
- Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 ó mayor de 28

El objetivo principal para las Personas Adultas Mayores Frágiles es la prevención y la atención. Dependiendo de las características y complejidad del daño será atendido en el establecimiento de salud o referido a otro de mayor complejidad, según las necesidades del adulto mayor. (Ver anexo N° 4 Plan de atención para la PAM frágil).

d) Paciente Geriátrico Complejo.- Es aquel que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más
- Pluripatología: tres o más enfermedades crónicas

- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante (Katz: dependencia total)
- Deterioro cognitivo severo
- Existe problema social en relación con su estado de salud, según la Escala de Valoración Socio – familiar
- Paciente terminal por Ej.: Neoplasia avanzada, Insuficiencia cardiaca terminal, otra de pronóstico vital menor de 6 meses

El objetivo principal en este grupo es el asistencial, tanto terapéutico cuanto rehabilitador. (Ver anexo N° 4 Plan de atención para el Paciente Geriátrico Complejo). Requieren de atención geriátrica especializada. El seguimiento de este grupo será realizado en Institutos, Hospitales Nacionales, Hospitales Regionales y de Referencia, por un equipo interdisciplinario liderado por el médico especialista.

La atención integral de salud del adulto mayor comprende la atención domiciliaria, que es una actividad que realizan los integrantes del equipo interdisciplinario de salud a la PAM y su familia, con la finalidad de brindar atención integral en el domicilio. Esta atención está dirigida al adulto mayor cuando:

- Está postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud
- No acude al tratamiento del daño diagnosticado o bajo tratamiento (médico o quirúrgico, transmisible, no transmisible)
- Existen condiciones que requieren el manejo de situaciones específicas, riesgos, entre otros, del entorno domiciliar o familiar que inciden en la salud del adulto mayor.
- No acude a consulta programada (Ej. vacunación anti amarilica, exámenes auxiliares, etc.)(14)

2.3 DEFINICIÓN DE TERMINOS

Salud:

Es la capacidad y el derecho individual y colectivo de realización del potencial humano (biológico, psicológico y social) que permite a todos participar ampliamente de los beneficios del desarrollo.

Modelo

Es un instrumento metodológico de representación de la realidad, es decir, una interpretación de la misma, y de la forma como las personas actúan en ella. Por ello, un modelo supone una "mirada" sobre la realidad a la vez que una forma de abordar las prácticas sociales.

Modelo de Atención de Salud

Todo modelo de atención de salud encarna el marco conceptual de referencia que define el conjunto de políticas, componentes, sistemas, procesos e instrumentos que, operando coherentemente, garantizan la atención a la persona, la familia y la comunidad, para satisfacer sus necesidades de salud (necesidades reales que son percibidas o no por la población).

La atención integral de salud

La provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad. Dicha atención está a cargo de personal de salud competente a partir de un enfoque biopsicosocial, quienes trabajan como un equipo de salud coordinado y contando con la participación de la sociedad."

En tal sentido, un modelo de atención de salud describe el tipo de respuesta de salud que la sociedad desea y decide sostener y recibir. Es la "imagen-objetivo" de la atención de salud deseable o satisfactoria. (15)

VALORACIÓN CLÍNICA DEL ADULTO MAYOR (VACAM)

La Valoración Clínica del Adulto Mayor es el proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales con la intención de definir el paquete de atención integral de salud y elaborar un plan de atención individualizada basada en la promoción, prevención, atención y rehabilitación, según corresponda.

PAQUETE DE ATENCIÓN INTEGRAL

El paquete de atención integral de salud, es un conjunto articulado de cuidados esenciales que requiere la persona adulta mayor para satisfacer sus necesidades de salud, brindados por el personal de salud, la propia persona (autocuidado), familia, agentes comunitarios y otros actores sociales de la comunidad.

PLAN DE ATENCIÓN INTEGRAL

El plan de atención integral se elabora en base a la evaluación integral del adulto mayor, en el que se brinda el paquete de atención integral de salud individual y adecuada a la categoría del establecimiento de salud, en forma gradual y continua (16)

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.

Para la realización del presente informe de experiencia profesional se llevó a cabo la recolección de datos, mediante la revisión de los registros de Enfermería del servicio, asimismo, se hizo la revisión de historias clínicas, de los cuales se recabaron datos coherentes a la temática en estudio.

3.2 EXPERIENCIA PROFESIONAL

- Licenciada en enfermería graduada en la Universidad los Ángeles de Chimbote Marzo – 2012.
- Año 2012 ingreso a trabajar en el E.S I-3 La Arena-Piura, donde se me dio la responsabilidad de la estrategia no transmisibles.(Hipertensión y Diabetes) y adulto mayor.
- Año 2015 se me agrego la estrategia de salud ocular, Inmunizaciones y Cred en el mayor de 5 años.
- Año 2016. Se formó el comité multisectorial con Pensión 65, dirigido por la municipalidad Distrital de la Arena.
- Actualmente sigo laborando en estos servicios.

AREA LABORAL

El establecimiento de salud la arena tiene los siguientes servicios:

- 02 Consultorio médico.
- 01 laboratorio clínico.
- 01 consultorio de odontología.
- 01 consultorio de psicología.

- 01 consultorio de farmacia.
- 02 consultorios de Obstetricia.
- 01 consultorio para emergencia.
- 01 oficina de SIS.
- 02 consultorios de enfermería CRED-PAI.
- 01 consultorio de No transmisibles, Adulto mayor, Salud ocular, Cáncer y Atención del niño mayor de 5 años.

En este último servicio se lleva a cabo la atención del adulto mayor los días lunes en la tarde y viernes en la mañana de 8am-2pm. El ingreso del paciente lo hace por el servicio de admisión donde saca la historia clínica.

3.3 PROCESOS REALIZADOS EN EL TEMA DEL INFORME

Este informe tiene para mí más relevancia a partir de los nuevos conocimientos compartidos por los docentes en la especialidad de gerontología en UNAC. La valoración geriátrica es todo un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el adulto mayor con el objeto de desarrollar un plan de tratamiento, seguimiento de dichos síndromes y como poderlos afrontar.

El Minsa en su estrategia adulto mayor hace énfasis en la aplicación de la valoración clínica del adulto mayor (VACAM). En todos sus establecimientos de salud es así que como enfermera responsable del adulto mayor me propuse a aplicarla completamente en cada uno de los adultos mayores que acuden a nuestro establecimiento de salud.

En el 2012 solo se atendía la consulta por enfermedad del adulto mayor se le daba su tratamiento y se citaba a su control al término del tratamiento. A este tipo de atención no se le podría llamar integral ya que se estaba atendiendo al paciente solo por su enfermedad actual, con la aplicación de la VACAM y teniendo un resultado hemos podido diseñar un plan individualizado de actuación preventiva, terapéutica, rehabilitadora para lograr una mejor calidad de vida.

La aplicación en detalle de la VACAM es todo un proceso de diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, destinado pues a cuantificar en términos funcionales las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales de nuestro adulto mayor por lo que me propuse socializarla con cada profesional de salud: Médico, psicóloga, odontóloga, nutricionista, no fue fácil ya que cada profesional tiene su punto de vista y nunca lo había trabajado, es así que delimite cada una de sus 5 páginas para ser debidamente llenadas en forma progresiva.

Así mismo hacemos campañas de atención médica 3 veces al año donde se hace despistaje de la agudeza visual, descarte de catarata etc., dentro del establecimiento de salud, detectando así casos de pre hipertensión, pre diabetes y precolesterolemia.

Como enfermeras vemos por la comodidad y bienestar del adulto mayor, por lo tanto es necesario conocer las principales alteraciones de su salud para poder fomentar estilos de vida saludables los cuales tendrán mejores resultados si se inician lo antes posible, así mismo es importante la educación y el apoyo de

los familiares, conocer la situación de salud nos ayudara en los cuidados y evitaremos el abandono de la familia,

COMO LICENCIADA EN ENFERMERIA TRABAJO LAS CUATRO AREAS CON EL USUARIO DEL SERVICIO

ASISTENCIALMENTE:

- Se realiza la identificación del usuario, el peso, talla, toma de presión arterial, perímetro abdominal, evaluación nutricional, valoración funcional, categoría de clasificación del adulto mayor, cuidados preventivos y seguimiento de riesgo.

ADMINISTRATIVAMENTE:

- Realizamos las interconsultas en los diferentes servicios de nuestro establecimiento de salud.
- Tramitamos las referencias a los niveles de mayor complejidad para una atención más especializada.
- Se tramita la consulta social y operación con la Fundación Oftalmológica del Norte (FON) gratuita en catarata para los pacientes que necesitan de este procedimiento.

DOCENCIA:

- Enseñamos a los familiares de los adultos a satisfacer sus necesidades de salud, así mismo promovemos el autocuidado del usuario para sus cuidados esenciales que requiere para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria ya que muchas veces nuestros adultos son abandonados por los hijos y familiares cercanos así mismo nos vemos en la obligación de involucrar a los actores sociales (promotores) ya que muchos de ellos traen al adulto mayor de su barrio o comunidad.

INVESTIGACION:

Por el exceso de estrategias no me es posible realizar este dignificante trabajo que le ha dado muchas congratulaciones a nuestra carrera

LIMITACIONES:

- Tener a cargo varias estrategias de salud.
- No contar con el material, infraestructura y equipos de consultorio.

LOGROS:

- Se ha logrado que los usuarios y el personal se identifiquen con el servicio del adulto mayor.
- Se compró 500 paquetes de exámenes de bioquímica para el año 2016.
- Se realizó las 3 campañas médicas programadas anualmente.
- Profesionales de salud que se habitúan al llenado de la VACAM.
- Cliente satisfechos que acuden mensualmente al tratamiento.

IV. RESULTADOS

CUADRO N° 4.1

PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD REGISTRADAS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL E.S I-3 LA ARENA DURANTE EL AÑO 2014- 2016.

| MORBILIDAD DEL ADULTO MAYOR |
|------------------------------------|
| Hipertensión Arterial |
| Diabetes |
| Bronquitis |
| Malnutrición |
| Alzheimer |
| Demencia senil |
| Osteoporosis |
| Artritis |
| Enfermedades de la piel |
| Artrosis |

Fuente: Servicio estadística del E.S I-3 La Arena, las 10 principales causas de morbilidad.

CUADRO N° 4.2

INDICE DE FUNCIONALIDAD SEGÚN KATZ EN LOS ADULTOS MAYORES CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE EL 2014 - 2016 E.S I-3 LA ARENA

| NIVEL DE DEPENDENCIA | N° | % |
|----------------------|------------|------------|
| INDEPENDIENTE | 258 | 91.5 |
| DEPENDENCIA PARCIAL | 24 | 8.5 |
| DEPENDENCIA TOTAL | 0 | 0 |
| TOTAL | 282 | 100 |

FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.

INTERPRETACION: según tabla el 91.5 % de los adultos mayores que se les aplicó la valoración clínica del adulto mayor son independientes y con un porcentaje menor del 8.5% tienen una dependencia parcial.

CUADRO N° 4.3

VALORACION MENTAL: SEGÚN PFEIFFER EN LOS ADULTOS MAYORES CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE 2014 – 2016 EN EL E.S I-3 LA ARENA

| ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR | N° | % |
|-----------------------------------|-----|------|
| NORMAL | 159 | 56.4 |
| DETERIORO COGNITIVO LEVE | 78 | 27.6 |
| DETERIORO COGNITIVO MODERADO | 45 | 16 |
| DETERIORO COGNITIVO SEVERO | 0 | 0 |
| TOTAL | 282 | 100 |

FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.

INTERPRETACION: según tabla el 56.4 % de los adultos mayores que se les aplico la valoración clínica del adulto mayor tienen un estado cognitivo normal y con un porcentaje menor del 16 % tienen un deterioro cognitivo moderado.

CUADRO N° 4.4

ESTADO AFECTIVO: SEGÚN ESCALA ABREVIADA YESAVAGE EN LOS ADULTOS MAYORES CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE 2014- 2016 EN EL E.S I-3 LA ARENA

| ESTADO AFECTIVO DEL ADULTO MAYOR | N° | % |
|----------------------------------|-----|------|
| SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS | 204 | 72.3 |
| CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS | 78 | 27.7 |
| TOTAL | 282 | 100 |

FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.

INTERPRETACION: según tabla el 72.3 % de los adultos mayores que se les aplicó la valoración clínica del adulto mayor no tienen manifestaciones depresivas y con un porcentaje menor del 27.7 % si tienen manifestaciones depresivas

CUADRO N° 4.5

VALORACION SOCIOFAMILIAR EN LOS ADULTOS MAYORES CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE 2014 – 2016 EN EL E.S I-3 LA ARENA

| VALORACION SOCIOFAMILIAR DEL ADULTO MAYOR | N° | % |
|---|-----|------|
| BUENA ACEPTABLE SITUACION SOCIAL | 24 | 8.5 |
| EXISTE RIESGO SOCIAL | 180 | 63.8 |
| EXISTE PROBLEMA SOCIAL | 78 | 27.7 |
| TOTAL | 282 | 100 |

FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.

INTERPRETACION: según tabla el 63.8 % de los adultos mayores que se les aplico la valoración clínica del adulto mayor tienen riesgo social y con un porcentaje menor del 8.5 % tienen buena situación social.

CUADRO N° 4.6

EVALUACION NUTRICIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE 2014 – 2016 EN EL E.S I-3 LA ARENA

| ESTADO NUTRICIONAL DEL ADULTO MAYOR | N° | % |
|-------------------------------------|-----|-----|
| NORMAL | 126 | 45 |
| SOBREPESO | 63 | 22 |
| OBESIDAD I | 30 | 11 |
| DELGADEZ | 63 | 22 |
| TOTAL | 282 | 100 |

FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.

INTERPRETACION: según tabla el 45 % de los adultos mayores que se les aplicó la valoración clínica del adulto mayor tienen un estado nutricional normal y con un porcentaje menor del 11 % tienen obesidad.

CUADRO N° 4.7

EVALUACION NUTRICIONAL SEGÚN PERIMETRO ABDOMINAL EN LOS ADULTOS MAYORES CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE EL DURANTE EL 2014 - 2016 E.S I-3 LA ARENA

| RIESGO CARDIOVASCULAR | N° | % |
|-----------------------|-----|------|
| RSA | 60 | 21.3 |
| RSM | 66 | 23.4 |
| RMA | 156 | 55.3 |
| TOTAL | 282 | 100 |

FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.

INTERPRETACION: según tabla el 55.3 % de los adultos mayores que se les aplico la valoración clínica del adulto mayor tienen un riesgo cardiovascular muy alto y con un porcentaje menor del 21.3 % tienen un riesgo cardiovascular bajo.

CUADRO N° 4.8

**TAMIZAJE DE LA AGUDEZA VISUAL EN LOS ADULTOS MAYORES
CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE EL
AÑO 2014 - 2016 E.S I-3 LA ARENA**

| DIAGNOSTICO OCULAR DEL ADULTO MAYOR | N° | % |
|---|-----|-----|
| NORMAL | 0 | 0 |
| LIMITACION VISUAL LEVE | 9 | 3 |
| LIMITACION VISUAL MODERADO | 207 | 73 |
| LIMITACION VISUAL SEVERO | 39 | 14 |
| CEGUERA | 27 | 10 |
| TOTAL | 282 | 100 |

**FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR
DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.**

INTERPRETACION: según tabla el 73 % de los adultos mayores que se les aplico la valoración clínica del adulto mayor tienen una limitación visual moderada y con un porcentaje menor del 3 % tienen una limitación visual leve

CUADRO N° 4.9

CATEGORIAS DEL ADULTO MAYOR CON VACAM, QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DURANTE EL AÑO 2014-2016 EN EL E.S I-3 LA ARENA

| CATEGORIAS DEL ADULTO MAYOR | N° | % |
|----------------------------------|-----|------|
| ADULTO MAYOR SALUDABLE | 0 | 0 |
| ADULTO MAYOR ENFERMO | 51 | 18.1 |
| ADULTO MAYOR FRAGIL | 216 | 76.6 |
| ADULTO MAYOR GERIATRICO COMPLEJO | 15 | 5.3 |
| TOTAL | 282 | 100 |

FUENTE: REGISTRO DE LA ESTRATEGIA DEL ADULTO MAYOR DEL ESTABLECIMIENTO DE SALUD. I-3 LA ARENA.

INTERPRETACION: según tabla el 76.6 % de los adultos mayores que se les aplicó la valoración clínica del adulto mayor tienen una categoría de adulto mayor frágil y con un porcentaje menor del 5.3 % tienen una categoría de adulto mayor geriátrico complejo.

V. CONCLUSIONES

Según los resultados de la valoración clínica del adulto mayor del establecimiento de salud I-3 La Arena nos ha permitido ver que el 91.5% de los adultos mayores son independientes, el 56.4% tienen un estado cognitivo normal, el 72.3% no tiene manifestaciones depresivas, en el 63.8 % existe riesgo social, el 45 % tiene un estado nutricional normal, el 55.3% tiene un riesgo cardiovascular alto, el 73% tiene una limitación visual moderada. Con estos resultados concluimos que el grupo de adultos que en el Distrito de la Arena el 76.6% son adultos mayores Frágiles.

Por lo tanto con la Valoración clínica del adulto mayor se tendrá mejor precisión diagnóstica para brindar los cuidados de enfermería, mejorando así el proceso de continuidad de cuidados y aumentando el tiempo de seguimiento de los adultos mayores frágiles.

VI. RECOMENDACIONES

- a. Al establecimiento de salud: que cumplan la Norma Técnica de la atención del adulto mayor.
- b. Seguir capacitándose para seguir obteniendo habilidades se con el fin de recuperar la funcionalidad del adulto mayor usando los recursos de nuestro establecimiento,
- c. Que la familia se involucre con la morbilidad del adulto mayor, ya que ellos conviven con el paciente saben que síntomas, fármacos, hábitos de alimentación y eliminación etc., tiene el adulto mayor.
- d. Concientizar a los servidores de salud a trabajar en equipo para en bienestar de nuestro adulto mayor.

VII REFERENCIALES

- 1) OMS | Envejecimiento
<http://www.who.int/topics/ageing/es/>
- 2) OMS | Datos interesantes acerca del envejecimiento
<http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>
- 3) Más de 164 mil adultos mayores se registran en la región Piura – RPP
<http://rpp.pe/peru/actualidad/mas-de-164-mil-adultos-mayores-se-registran-en-la-region-piura-noticia-807759>
- 4) Red de Salud Bajo Piura
<https://drive.google.com/drive/folders/0B15oCVIso4h7TkQzSkIHVDVibUU?hl=es>
- 5) universidad de cuenca facultad de ciencias médicas escuela d..
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5089/1/ENF77.pdf>
- 6) Importancia de la atención integral del adulto mayor
<http://www.efdeportes.com/efd190/atencion-integral-del-adulto-mayor.htm>
- 7) Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de ...
<http://cybertesis.urp.edu.pe/handle/urp/311>
- 8) Tejada KF. Factores sociodemográficos y su relación con la dimensión de la calidad de atención del cuidado de enfermería en el paciente adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina del hospital Hipólito Unánue [Tesis de Licenciatura en Enfermería]. Perú: Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann-Tacna; 2012
- 9) [PDF]ESCUELA DE ENFERMERÍA PADRE LUIS TEZZA ... - Cybertesis URP
http://cybertesis.urp.edu.pe/bitstream/urp/311/1/Zapata_sm.pdf
- 10) [PDF]6 El envejecimiento
http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Seren%202006/El_envejecimiento.pdf
- 11) OMS | Envejecimiento y salud
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
- 12) [HTML] Fuerza laboral que envejece,¿ Qué hacer ante esta tendencia?

- http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-24492015000300002&script=sci_arttext
- 13) [PDF]Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores - Ministerio de la ...
<http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>
- 14) [PDF]Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las ...
http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2010/adultoMayor/archivos/Normas%20T%C3%A9cnicas_segunda%20parte.pdf
- 15 ADULTO MAYOR – MINISTERIO DE SALUD
<http://www.minsa.gob.pe/portada/ciudadanos/adultomayor.html#>
- 16 PDF]historia clínica del adulto mayor - Ministerio de Salud
<http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/adultoMayor/archivos/MANUAL%20LLENADO%20HC%20ADULTO%20MAYOR%2006.10.2006.pdf>

ANEXOS

**ACTIVIDAD REALIZADAS
CON EL ADULTO MAYOR**





