



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**VALORACION GERIATRICA INTEGRAL EN PACIENTES
ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL
NAYLAMP DE CHICLAYO - JULIO A DICIEMBRE DEL 2015**

**PRESENTADA POR
CHAFLOQUE VASQUEZ CRISTHY STEFANY**

**ASESOR
DR. JAVIER REQUELME IBAÑEZ
DR. VICTOR SOTO CACERES**

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**CHICLAYO – PERÚ
2017**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
PRE GRADO**

**“VALORACION GERIATRICA INTEGRAL EN PACIENTES
ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL
NAYLAMP DE CHICLAYO - JULIO A DICIEMBRE DEL 2015”**

TESIS

PARA OPTAR EL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

PRESENTADO POR:

CHAFLOQUE VASQUEZ CRISTHY STEFANY

DR. JAVIER REQUELME IBAÑEZ

DR. VICTOR SOTO CACERES

CHICLAYO - PERU

2017

**“VALORACION GERIATRICA INTEGRAL EN PACIENTES
ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL
NAYLAMP DE CHICLAYO - JULIO A DICIEMBRE DEL 2015”**

Cristhy Chafloque-Vasquez ^{1a} Javier Requelme-Ibañez ^{2b} Victor Soto-Caceres ^{3c}

¹ Universidad San Martín de Porres Filial Norte, Chiclayo, Perú

² Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo EsSalud, Chiclayo, Perú

³ Hospital Naylamp, Chiclayo, Perú

^a Bachiller de Medicina Humana

^b Médico geriatra

^c Médico Epidemiólogo

JURADO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

PRESIDENTE DEL JURADO

DR. PERCY DIAZ MORON

MIEMBROS DEL JURADO

DR. LEGUIA CERNA JUAN ALBERTO

DR. FERNANDEZ MOGOLLON JORGE LUIS

DEDICATORIA

A mis padres por los ejemplos de perseverancia y constancia que me han infundado siempre y por el valor mostrado para salir adelante.

A mi hija, que es un gran impulso para lograr cada uno de mis objetivos y su cariño en todo momento, y a mi esposo por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por el apoyo y todo su amor brindado.

AGRADECIMIENTO

Agradezco al Dr. Víctor Soto Cáceres por su apoyo constante y sus enseñanzas a lo largo de toda la realización de la Tesis

Al Dr. Javier Requelme y al comité de investigación del Hospital Naylamp de Chiclayo por abrirme las puertas de dicho nosocomio para recolectar toda la información necesaria.

Al Dr. Jorge Fernández Mogollón por su constante apoyo en las revisiones finales de la presente tesis.

INDICE

Carátula	i
Contra-carátula	ii
Jurado de sustentación de tesis	iii
Dedicatoria	iv
Agradecimientos	v
Índice	vi
Resumen	vii
Abstract	viii
I. Introducción	9
II. Materiales y Métodos	12
III. Resultados	18
IV. Discusión	20
V. Conclusiones	24
VI. Recomendaciones	25
VII. Referencias Bibliográficas	26

RESUMEN

OBJETIVO: Describir a través de la valoración geriátrica integral los problemas, funcional, mental y socio-familiar que presentan los adultos mayores evaluados durante la consulta externa del hospital Naylamp de julio a diciembre del año 2015. **MATERIALES Y METODOS:** Estudio descriptivo transversal realizado en el hospital Naylamp. La muestra se obtuvo con Epidat versión 3.1 utilizando un nivel de confianza 95%, proporción esperada de 83.5% de funcionalidad en pacientes adultos mayores según el estudio de Casas P y col., tolerancia de 5%, la muestra obtenida fue de 125 pacientes. Se utilizó una ficha de recolección de datos cual es utilizada por el ministerio de salud. Para la realización de la base de datos y cuadros estadísticos se utilizó SPSS V. 20.0. Se calculó frecuencia absoluta y relativa para variables cualitativas y media, mediana y desviación estándar para variables cuantitativas. **RESULTADOS:** Se realizaron 125 entrevistas de los cuales 64 (51,2%) fueron de sexo femenino y 61 (48,8%) masculino. En la valoración por esferas: el 50 (40%) tenían algún tipo de dependencia física, el 25 (20%) tenía deterioro cognitivo, el 105 (84%) manifestaciones depresivas y el 44 (35,2%) con riesgo social. **CONCLUSIONES:** Los pacientes que acuden a la consulta externa de Geriátrica fueron mayoritariamente mujeres, funcionalmente independientes sin deterioro cognitivo con manifestaciones depresivas y una aceptable situación socio familiar.

PALABRAS CLAVE: *Geriatría, paciente, adulto mayor, depresión.*

(FUENTE:DeCS)

ABSTRACT

OBJECTIVE: To describe, through the integral geriatric assessment, the functional, mental, and socio-familial problems presented by the elderly evaluated during the outpatient visit at Naylamp Hospital from July to December, 2015. **MATERIALS AND METHODS:** Cross-sectional study conducted in hospital Naylamp. The sample was obtained with Epidat version 3.1 using a 95% confidence level, proportion 83, 5 of functionality of older adults in the Casas P. et al study; tolerance of 5%, tolerance, the sample included 125 patients. A form of data collection that is used by the Ministry of Health was used. SPSS V. 20.0 was used for the realization of the database and statistical tables. Absolute and relative frequency for qualitative and mean, median and standard deviation for quantitative variables were calculated. **RESULTS:** A total of 125 interviews were conducted, of which 64 (51.2%) were female and 61 (48.8%) were male. In the assessment by spheres: 50 (40%) had some type of physical dependence, 25 (20%) had cognitive impairment, 105 (84%) had depressive manifestations and 44 (35.2%) had social risk. **CONCLUSIONS:** Patients attending the outpatient clinic of Geriatrics were mostly women, functionally independent without cognitive impairment with depressive manifestations and an acceptable family partner situation

KEY WORDS: *Geriatrics, patients, aged, depression. (SOURCE: DeCS)*

I. INTRODUCCION

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoce la importancia de la valoración geriátrica y menciona que es la mejor manera de medir la salud en los ancianos; es así que define como persona adulta mayor (PAM) a aquellas de 60 años o más. (1) En este contexto podemos definir como valoración clínica del adulto mayor al 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". (2)

En la actualidad existe un fenómeno de invierno demográfico, explicado por los cambios sucesivos ocurridos en las sociedades, disminución de la mortalidad, administración de vacunas, mejoras tecnológicas en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos, lo que hace crecer a la población mayor de 60 años a un ritmo mayor que la población general, a todo aquello se le conoce como la geriatrización de la población. (3) Se estima que para el 2025 existirán más de 100 millones de (PAM) en América Latina y el Caribe. En la actualidad el 8.2% de la población del Perú son mayores de 60 años y en la Red Asistencial Lambayeque de EsSalud el 15,1% de los asegurados son adultos mayores. (1)

A nivel internacional podemos encontrar que en México el estudio de Cortés A. y col. realizó la evaluación geriátrica integral del adulto mayor, en el cual se encontró que entre los sujetos estudiados; 123 (38%) eran funcionalmente

dependientes, 81 (25%) tenían deterioro cognitivo y 81 (25%) tenían depresión. (4). Maldonado G. (Tamaulipas, México 2011) reporta en la esfera funcional que 85 (100%) adultos mayores fueron independientes, en la esfera mental 23 (27.1%) presentó manifestaciones depresivas y en la valoración socio familiar solo 12 (14.1%) pacientes adultos mayores presentaron riesgo social. (5) Germán M., y colaboradores (Colombia 2016) hallaron en la valoración mental que 51 (79.7%) de los participantes presentaron alteración cognitiva, 27 (42.2%) manifestaciones depresivas y en cuanto a la valoración funcional 43 (67.2%) mostraron dependencia funcional. (6)

A nivel nacional tenemos en Perú a Casas P. y col. (2012) en la valoración por esferas encontró que 242 (83,5%) PAM fueron funcionalmente independientes, 52 (18,1%) tenían deterioro cognitivo, 21 (7,7%) depresión, 230 (79,3%) riesgo social, se encontró asociación entre fragilidad y edad avanzada, género femenino y la presencia de riesgo social. (7). Valera L. et al (Perú 2004) halló a 212 (53%) funcionalmente independientes, 120 (30%) presentó dependencia parcial y 68 (17%) dependencia total. Además, 106 (26,63%) de los pacientes presentó una situación socio-familiar buena o aceptable, 196 (49.25%) se encontró en situación de riesgo social y 96 (24,12%) en problema social. Se encontró que 318 (79.59%) de los pacientes del MINSA presentaban riesgo o problema social, contra 245 (61.29%) de los de EsSalud. (8)

A nivel local encontramos a Gonzales C.et al (Lambayeque 2014) donde se encontró; 36 pacientes (42,9%) con manifestaciones depresivas y 11 pacientes (13,1%) con deterioro cognitivo. Por lo que se pudo concluir que existió una elevada frecuencia de depresión, y deterioro cognitivo en los adultos mayores estudiados. (9). Sempertegui E. (Chiclayo 2012), en su estudio encontró de 94

pacientes evaluados, que 43 (45.7%) presentaron deterioro cognitivo, de estos el 100% presentaba algún grado de instrucción y el 53.5% era de sexo femenino. (10). Reque L. (Chiclayo 2012) reporta que, de 350 pacientes, 206 (59%) tenían autonomía funcional, 49 (14%) presentaron deterioro cognitivo, el 34 (9.7%) manifestaciones depresivas y solo 105 (30%) tuvo riesgo social. (11)

Por lo tanto, el envejecimiento de la población es de vital importancia por sus implicancias tanto sociales como económicas, así mismo, dicho grupo ejerce una fuerte demanda al sistema de salud por la mayor presencia de enfermedades crónicas, marginación social y pérdida prematura de su capacidad funcional. En el Perú se viene desarrollando el modelo de atención integral en salud que cuenta con una herramienta denominada ficha única de valoración clínica del adulto mayor (VACAM), la cual debe ser aplicada una vez al año a todo adulto mayor que acude a consulta externa en establecimientos de salud, actos que no se cumplen a cabalidad por lo que nos motiva a realizar tal valoración en este tipo de pacientes para de esta manera conocer el estado funcional, mental y socio familiar de lo mencionado a nivel local. (13)

Por tal motivo, el presente estudio tiene como objetivo describir a través de la valoración geriátrica integral los problemas, funcionales, mentales y socio-familiar que presentan los adultos mayores evaluados durante la consulta externa del hospital Naylamp-EsSalud Lambayeque de julio a diciembre del 2015.

II. MATERIALES Y METODOS:

Diseño y tipo de investigación:

Se realizó un estudio descriptivo, cuantitativo durante los meses de julio a diciembre del año 2015.

Población y muestra

La población fueron todos los pacientes adultos mayores atendidos por consulta externa del servicio de Geriatría del Hospital Naylamp - EsSalud Lambayeque de julio a diciembre del año 2015. El tamaño de la muestra se obtendrá mediante el programa EPIDAT. Con una precisión de 5%, un nivel de confianza de 95%, una proporción esperada de 83,5% de funcionalidad en pacientes adultos mayores según el estudio de Casas P. y colaboradores.

Los pacientes fueron seleccionados mediante muestreo no probabilístico por conveniencia tomando como referencia el registro de pacientes atendido, los cuales fueron 125.

Los criterios de inclusión consideraron a los pacientes adultos mayores atendidos por consultorio externo del Hospital Naylamp en los meses de julio a diciembre del año 2015, se excluyó a aquellos pacientes que presenten alguna enfermedad con limitación cognitiva que les impida participar y aquellos que se nieguen a firmar el consentimiento informado o que contesten de forma incompleta el cuestionario

Descripción de los instrumentos

En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) desde el año 2003 viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS) enfocado por etapas de vida, donde está ubicado el Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor, que desde el 2006 cuenta con una herramienta denominada ficha única de Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM), que incluye la valoración funcional, mental, socio familiar y física, la cual debe ser aplicada una vez al año a toda población adulto mayor que acude a consulta externa en establecimientos de salud del primer nivel de atención

- **Evaluación funcional:** el Procedimiento por el cual se obtiene e interpreta datos referentes al nivel de capacidad funcional de una persona, para ello se aplicará el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): KATZ. Marcar con una "X" si el adulto mayor es independiente (realiza las funciones sin ayuda) o dependiente en relación a las seis funciones a ser evaluadas: Bañarse, vestirse, usar el baño, moverse, continencia y alimentación. Luego de la valoración se determina el diagnóstico funcional de la siguiente manera:

(1): Ningún ítem serán independientes (2): De 1 a 5 ítems positivos de dependencia parcial (3): 6 ítems positivos de dependencia (13)

- **Evaluación del estado cognitivo:** se utiliza el Cuestionario abreviado de Pfeiffer, esta escala valora un pequeño número de funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; debe recordarse que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución. El cuestionario abreviado de Pfeiffer consta de 10 preguntas, y se debe marcar con "1" punto por cada pregunta errada (E),

y "0" por cada pregunta totalmente acertada. Se suman el número total de preguntas erradas, y luego realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera: ≤ 2 E: No deterioro cognitivo 3 a 4 E: Deterioro cognitivo leve 5 a 7 E: Deterioro cognitivo moderado 8 a 10 E: Deterioro cognitivo severo Nota: Las personas con primaria incompleta y analfabeta se restará un punto a la suma total y se procede a la valoración de acuerdo con la valoración respectiva. (13)

- **Evaluación del estado afectivo:** Se utiliza la escala abreviada de Yesavage. Esta determina si la persona adulta mayor presenta o no manifestaciones depresivas. La valoración del estado afectivo se determinará marcando con una "X" si la respuesta de la escala coincide con la del entrevistado. No se marcará sí la respuesta no es coincidente. Se cuentan las "X" coincidentes y determinamos la valoración afectiva de la siguiente manera: 0 a 1 "X" Sin manifestaciones depresivas 2 a más "X": Con manifestaciones depresivas (13)
- **Evaluación socio-familiar:** Se utilizó la escala de Gijon. la cual evalúa un grupo de aspectos que permiten conocer de manera general la situación familiar, social y económica del entrevistado. Las preguntas están agrupadas en 5 rubros: Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo de red social. A las respuestas de cada grupo le corresponde un puntaje determinado que va de 1 a 5 puntos. Se marcará con una "X" la respuesta correspondiente por cada uno de los 5 grupos mencionados. Luego se suma los puntos de cada respuesta marcada con "X", determinándose la valoración socio-familiar de la siguiente manera: 5 a 9 puntos: Buena/aceptable situación familiar

10 a 14 puntos: Existe riesgo familiar \geq 15 puntos: Existe problema social (13)

Toda esta información se recolectará mediante el llenado de los diferentes test que conforman la VACAM del ministerio de salud la cual se encuentra en 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. (13)

Se cuenta con la validación de cada test para nuestro estudio utilizado dentro de la valoración clínica del adulto mayor (VACAM) los cuales son:

El test de Katz cuenta con una validez y confiabilidad: Replicabilidad (CR) 0.94 y 0.97, coeficiente de correlación 0.73 y 0.98; buena relación interobservador; buena consistencia interna entre los ítems. (14)

El test de Pfeiffer su sensibilidad (S) y especificidad (E) es elevada (S = 91%, E = 90%), y puede ser un instrumento de apoyo para el diagnóstico y seguimiento de las medidas terapéuticas y de la evolución de la enfermedad. Con índice de kappa ponderado de 1. (15)

El test Yesavage cuenta con un tipo de validación con de sensibilidad 84%; especificidad: 95%.; coeficiente de correlación: 0.87; consistencia interna: 0.82/0.88 una correlación: 0.56 y un alfa de cronbach 0.94 (14)

El test socio familiar "Gijón" se valido mediante el coeficiente de correlación intraclase (fiabilidad interobservador) fue de 0,957. El coeficiente alfa de Cronbach es de 0,4467, lo que denota una consistencia interna moderada a pequeña (16)

La información fue recogida por la autora, Cristhy S. Chafloque Vasquez, estudiante de la facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres, en la sala de espera a consulta externa del servicio de geriatría en el hospital Naylamp - EsSalud de Chiclayo de julio a diciembre del 2015; guiada y asesorada por el Dr. Javier Requelme Ibañez, Médico Cirujano, especialista en geriatría, médico asistente del Hospital Naylamp de Chiclayo – EsSalud, quien cuenta con más de 10 años de experiencia en el campo asistencial. Se inició con una breve presentación, se explicó de la realización del estudio y sus objetivos, se aplicó un consentimiento informado (analizado y firmado por los participantes), posteriormente se explicó cada pregunta de los test una por una para su rápida comprensión.

Se entregó una ficha de filiación la cual contenía edad, sexo, procedencia, estado civil, grado de instrucción. A continuación se entregaron los test para que en forma dirigida puedan ser desarrollados por los participantes previa firma de consentimiento. Se otorgó el tiempo necesario para el desarrollo de las preguntas, un aproximado de 10 minutos por test. En total se realizaron entre 08 a 09 visitas a la sala de espera a consulta externa de geriatría del hospital Naylamp de Chiclayo.

Análisis estadístico

Para el procesamiento de la información se utilizó el software estadístico informático SPSS V20.0 donde se calculó frecuencias absolutas y relativas para variables cualitativas; media y desviación estándar para variable edad.

Aspecto ético

Se cuenta con la aprobación de la unidad de tesis de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Martín de Porres Filial Norte.

El riesgo por participar en el estudio, fue mínimo; por tanto, se guardó la confidencialidad de los datos y la integridad de los participantes; además sin que sea una acción forzada a desarrollar el instrumento utilizado, participando voluntariamente en la investigación mediante la aceptación de un consentimiento informado previo.

III. RESULTADOS

TABLA N° 01: Características socio demográficas y epidemiológicas de la población adulta mayor atendidos por consulta externa en el hospital Naylamp de Chiclayo julio a diciembre del 2015

Características	n/Ds	%
Edad promedio	70,3±6.6	DS 6.6
Sexo		
Femenino	64	51,2
Masculino	61	48,8
Nivel educativo		
Iltrado	0	0
Educación primaria	18	14,4
Educación secundaria	71	56,8
Educación superior	36	28,8
Estado civil		
Soltero	0	0
Casado	63	50,4
Viudo	21	16,8
Divorciado	2	1,6
Conviviente	39	31,2
Procedencia		
Chiclayo – urbano	125	100

TABLA N° 02: Evaluación geriátrica integral de la población adulta mayor atendidos por consulta externa en el hospital Naylamp de Chiclayo julio a diciembre del 2015

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL	N	%
Valoración Funcional (según Katz)		
Independiente	75	60
Dependiente Parcial	44	35,2
Dependiente Total	6	4,8
Valoración Mental (Pfeiffer)		
No Deterioro Cognitivo (Normal)	100	80
Deterioro Cognitivo Leve	19	15,2
Deterioro Cognitivo Moderado	6	4,8
Deterioro Cognitivo severo	0	0
Valoración Mental (Yesavage)		
Sin Manifestaciones depresivas	20	16
Con Manifestaciones depresivas	105	84
Valoración Socio Familiar (Gijon)		
Buena/Aceptable Situación Social	81	64,8
Existe Riesgo Social	44	35,2

IV. Discusión

Dentro de las características epidemiológicas, en nuestros resultados mencionamos el grado de instrucción, en donde se nos revela que el 100% de los adultos mayores participantes están alfabetizados, podemos explicar estos resultados aduciendo que todos los participantes proceden de zona urbana y es aquí en donde se encuentran menor cantidad de analfabetos, una tasa de analfabetismo de 2.8 en general a nivel nacional, según la síntesis estadística del 2015 presentada por el INEI. (17)

Las esferas clínicas que se aplicaron a los pacientes fueron la funcional, mental y socio-familiar que en conjunto nos permiten realizar una valoración geriátrica integral adecuada que nos permita identificar a tiempo adultos mayores con problemas o en riesgo de padecerlos.

En nuestro estudio encontramos que más de la mitad de los pacientes evaluados son independientes (60%), premisa que confronta lo datos expuestos por Casas P. y colaboradores que en su estudio realizado en el año 2012 obtuvo un 83,5% de independientes, a pesar de las condiciones en que viven actualmente los adultos mayores en nuestra sociedad, me refiero al aislamiento social y básicamente a las enfermedades crónicas que aquejan a un gran porcentaje de nuestra población mayor, es decir, a nivel nacional el 39% de los adultos mayores padecen de hipertensión arterial y el 72.8% de diabetes; sin embargo no expresamos que dichos resultados estén errados pero quizá los adultos mayores en Lima cuentan con mayor accesibilidad al tratamiento. (7) Además, uno de los principales factores de riesgo para la dependencia funcional es la condición socioeconómica; podemos explicar entonces esta diferencia, ya que el promedio de ingreso en Lima es mayor que

el promedio de ingreso en el departamento de Lambayeque lo que nos muestra una mejor condición económica para los adultos mayores de la capital. (18)

Al hacer mención de la capacidad funcional nos estamos refiriendo tanto a un indicador de calidad de vida como a un indicador de salud. Lisigurski-Teitelman M. en su estudio valoración geriátrica integral en adultos mayores de 60 años del distrito de Barranca encontró que el 40% de evaluados tenía dependencia funcional, valores similares a los encontrados en el presente estudio. Cabe mencionar que el autor del estudio mencionado, compara los resultados con estudios realizado en Lima a pacientes pertenecientes a un club del adulto mayor en el cual no se encuentra pacientes con dependencia funcional. Resulta de vital importancia mencionarlo, ya que los adultos mayores que pertenecen a un club no reflejan las condiciones reales en las que actualmente se encuentran adultos mayores que viven en provincia o en distritos alejados de Lima. Entonces se puede decir que en el distrito de Barranca encontramos condiciones socioeconómicas y/o calidad de vida similar con los adultos mayores evaluados en el hospital Naylamp de Chiclayo. (19)

En cuanto al estado mental, específicamente hablando del deterioro cognitivo, podemos encontrar resultados similares a los observados por Cortes A. y col. (México – 2011) en donde menciona que el 79% de los adultos mayores evaluados no presenta ningún tipo de deterioro cognitivo muy semejante a nuestro 80% encontrado en la población del hospital Naylamp de Lambayeque EsSalud. (4)

Es importante mencionar que el deterioro cognitivo es usualmente identificado en estados tardíos, sin embargo, un bajo porcentaje fue registrado con esta patología a pesar de que el promedio de edad de nuestra población estudio fue

de 70 años. Cortes A. y col. menciona además que si bien es cierto el deterioro cognitivo no es exclusivo de pacientes adultos mayores, la edad es un factor de riesgo clave para el desarrollo de la patología en mención, ya que se basa fundamentalmente en el daño estructural del cerebro, es decir, la atrofia cerebral y muerte neuronal. (4)

Al evaluar el estado afectivo encontramos que el 84% de pacientes evaluados en nuestro estudio presentó manifestaciones depresivas, porcentaje muy elevado con respecto a otros resultados como el de Casas P. (7.7%), Valera L. (15.9%), Lisigurski M. (41.7%), Cortés A. (25%). Si bien es cierto la depresión es uno de los síndromes geriátricos más difíciles de reconocer; mediante el test de Yesavage identificamos un alto porcentaje de pacientes con este problema en nuestro medio. La depresión puede estar muy relacionada a pacientes con dependencia funcional, sin embargo, en nuestro estudio solo el 40% la presenta. Podemos fundamentar entonces, el elevado porcentaje de pacientes con manifestaciones depresivas en la calidad y/o condiciones de vida, ya que a nivel nacional en el área urbana el 85,4% de mujeres y el 73,4% de varones adultos mayores presentan un problema de salud crónica, lo que los hace susceptibles a problemas afectivos. (20)

En la valoración socio familiar se encontró que el 35.2% tiene riesgo social, gran diferencia con lo reportado por Casas P. y col. en donde muestra que el 79.3% de los pacientes adultos mayores presentó riesgo social. El estudio mencionado fue realizado en un hospital general MINSA en donde acuden pacientes que quizá presenten alguna limitación económica o con un entorno familiar deficiente contrario a nuestro estudio que fue realizado en un hospital de EsSalud en donde el riesgo social es bajo. Tal premisa se puede sostener

en lo reportado y dicho por Valera L., menciona que el 73% de los pacientes presentó riesgo social, siendo los pacientes del MINSA los que presentaron mayores problemas sociales en comparación con los de EsSalud, lo que podría reflejar la pobreza y las malas condiciones de vida de los adultos mayores; sin embargo, deberíamos corroborar lo dicho con futuros estudios comparativos que nos permitan establecer la diferencia y el porqué de ellas. (7) Por el contrario al observar lo reportado por Reque L. (Chiclayo 2012), un 30% de riesgo social, frente a nuestros resultados, 35.2% de riesgo social, se aprecia una mínima diferencia; se puede alegar que tal similitud se debe a que ambas poblaciones de pacientes adultos mayores pertenecen a EsSalud, y por ello presentan similares características socioeconómicas que son influyentes en el desarrollo socio familiar. (11)

Es así que encontramos, que una de las limitaciones de nuestro estudio, es que los adultos mayores que participaron, acudieron a los establecimientos de salud del segundo nivel de atención de EsSalud, por lo que los resultados no son representativos de la población general, así mismo, el ir a una consulta médica implica una necesidad de salud y por tanto el nivel de dependencia o enfermedades crónicas pueden ser mayores a lo que sucede en población general, lo que los hace susceptibles a diversos problemas físicos y afectivos.

V. Conclusiones:

Se evaluó el estado funcional de los pacientes atendidos por consulta externa de geriatría tomando como base la Valoración Funcional KATZ, que incluye 5 actividades básicas, concluyendo que la mayor parte de los pacientes evaluados por este método fueron diagnosticados funcionalmente como independientes, seguido por los dependientes parciales y menos frecuente los pacientes dependientes totales.

En cuanto al estado cognitivo, encontramos más de la mitad de los adultos mayor no presentaban deterioro cognitivo, seguido por pacientes que presentaban deterioro cognitivo leve y menos frecuente fueron los pacientes que presentaban deterioro cognitivo moderado.

En lo que respecta al estado afectivo se identificó que en primer lugar ubicamos a los pacientes que presentan manifestaciones depresivas.

Por último, mencionamos que más de la mitad de los pacientes evaluados presentan una buena y aceptable situación familiar.

VI. Recomendaciones:

Se recomienda de acuerdo a nuestro estudio lo importante que es aplicar esta ficha de valoración clínica del adulto mayor debido a que encontramos un elevado porcentaje en la esfera mental con manifestaciones depresivas por tanto sería ideal que estos pacientes adultos mayores reciban una derivación al área de psicología para el manejo de dicha manifestación depresiva y logremos mejorar la calidad mental de cada uno de ellos y a la vez poder brindar un sistema de salud completo e identificar los problemas que padecen más esta población ya que cada año ha ido en incremento este grupo poblacional.

Cabe mencionar que en el estudio realizado todos los pacientes eran procedentes de zona urbana y alfabetizados, y quizá eso influyó en el bajo porcentaje de pacientes con riesgo social; sin embargo, no dejemos de lado que cada una de las esferas son de suma importancia para poder realizar una valoración integral de nuestros pacientes y recomendar la realización y/o aplicación de los test en adultos mayores procedentes de zonas rurales y quizá de esta forma se pueda comprobar estas diferencias. Es entonces cuando se podrá intervenir en este tipo de pacientes para disminuir el riesgo social al que estén sometidos.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

(1) Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación socio familiar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Lima octubre 2008, Rev. Perú. med. exp. Salud pública v.25 n.4.

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172646342008000400005

(2) Organización panamericana de salud-oficina regional de la organización mundial de la salud. Valoración clínica del adulto mayor. [Internet] 2014 [citado 2017 Marz 29].

(3) Hidalgo-Aguilar C., Atención del adulto mayor un problema de salud pública. Geriatrización hospitalaria un nuevo enfoque. Chiclayo 2011. Revista del Cuerpo Médico del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Vol. 4 Núm. 1. Pag. 70

Disponible en:

<http://cmhnaaa.org.pe/ojs/index.php/RCMHNAAA/article/view/158/143>

(4) Cortes A., Villareal E., Martínez L., Evaluación Geriátrica Integral del Adulto mayor, Rev Med Chile 2011; 139: 725-731.

Disponible en:

http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600005

(5) Maldonado G. Valoración Geriátrica Integral y su significado en el adulto mayor. México 2011. Tesis Doctoral.

Disponible en:

https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/56655/1/tesis_maldonado_guzman.pdf

(6) Germán M., Morros E., Patiño-Hernández D., y col. Valoración Geriátrica Integral. Reflexión desde lo encontrado en un hogar Geriátrico. Colombia 2016. Rev. Asoc. Colomb. Gerontol. Geriatr. Vol. 30 No. 1

Disponible en:

http://www.acgg.org.co/pdf/pdf_revista_16/articulo%203%20revista%201-2016.pdf

(7) Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. RevMedHered. [Internet] 2012 [citado 2017 marzo 25] 23 (4).

Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1018130X2012000400003&script=sci_arttext

(8) Valera L, Chavez H, Herrea A, Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Abril 2004. Rev Diagnóstico 43(2).

Disponible en: <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html>

(9) Gonzales C, Deza F, León F, Poma J. Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. Anales de la Facultad de Medicina. [Internet] 2014 [citado 2017 abril 1] 75(4), 2014.

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37933046006>

(10) Sempertegui E., Caracterización Clínico – Epidemiológica de Adultos Mayores con deterioro Cognitivo en el Centro del Adulto Mayor – Chiclayo en el periodo setiembre – noviembre del 2012. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano] Chiclayo. Universidad de San Martín de Porres Filial Norte. 2013

Disponible en:

http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/bitstream/usmp/1372/3/Sempertegui_e.pdf

(11) Reque L., Valoración Geriátrica Integral en pacientes atendidos en consulta externa de geriatría del hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el periodo agosto 2010 – 2011. [Tesis para optar el Título de Médico Cirujano] Chiclayo. Universidad de San Martín de Porres Filial Norte. 2012

Disponible en: https://issuu.com/unidad-invest-medicina-usmp-fn/docs/tesis_-_leydi_reque_ucancial_abstract

(12) Tello-Rodriguez T., Valera-Pinedo L., Fragilidad en el adulto mayor: detección, intervención en la comunidad y toma de decisiones en el manejo de enfermedades crónicas. Perú 2016. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública. Vol. 33 (2)

Disponible en:

<http://www.rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2207/2245>

(13) Ministerio de salud - Dirección general de salud de las personas-Dirección ejecutiva de atención integral de salud. Instructivo del Formato de Atención Integral del Adulto Mayor (Valoración Clínica del Adulto Mayor – VACAM). 2005.

(14) Aguilar S, Osorno D, González A .y cols. Criterios de calidad de un instrumento de valoración geriátrica. [Diapositiva]. Brasil : ALMA – Manaus; 2008. 15 diapositivas.

(15) Martínez J, Dueñas R, Herrero M. y cols. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin (Barc) 2001; 117(4): 129-134

(16) García J, Díaz E , Salamea A, y cols. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria 1999; 23 (9): 434-440.

(17) Instituto Nacional de Estadística e Informática, Síntesis Estadística, Lima – Setiembre del 2015.

Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/>

(18) Instituto Nacional de Estadística e Informática, Nota de Prensa N° 133, Lima – Agosto 2015.

(19) Lisigurski-Teitelman M, Valoración Geriátrica Integral en una Población de Adultos mayores, Lima 2002. Rev. De la Sociedad Peruana de Medicina Interna, Vol. 15 No. 1.

Disponible en:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bVrevistas/spmi/v15n1/valor_geria.htm

(20) Instituto Nacional de Estadística e Informática, Situación de la Población Adulta Mayor, Informe Técnico N° 1, Perú – Marzo del 2017.

Disponible en: <http://m.inei.gob.pe/biblioteca-virtual/boletines/>

Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título: “VALORACIÓN GERIATRICA INTEGRAL EN PACIENTES ATENDIDOS POR CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL NAYLAMP DE CHICLAYO - JULIO A DICIEMBRE DEL 2015”

Estimado Señor o Señora:

La Universidad de San Martín de Porres con la Sta. Cristhy Stefany Chafloque Vásquez y la Facultad de Medicina Humana de la Universidad de San Martín de Porres están invitando a Usted participar en este estudio, por lo tanto requiere información para poder decidir su participación voluntaria:

PROPOSITO DEL ESTUDIO: La investigación tiene por objetivo es describir a través de la valoración geriátrica integral los problemas, funcional, mental y socio-familiar que presenta Usted antes de ser atenderse en consultorio de geriatría del hospital Naylamp

En este estudio se tomarán datos de unas 125 personas en el presente hospital con las que estaremos en forma continua durante 4 meses.

PROCEDIMIENTOS: Se utilizará tres encuesta donde se le harán diversas preguntas en primer lugar se aplicará el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria - ABVD: KATZ el que consiste en seis funciones a ser evaluadas: Bañarse, vestirse, usar el baño, movilizarse, continencia y alimentación

En segundo lugar se utiliza el Cuestionario abreviado de Pfeiffer, esta escala valora un pequeño número de funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; debe recordarse que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución.

Y se utilizara la escala Abreviada de Yesavage. La cual determina si usted presenta o no manifestaciones depresivas

Y en tercer lugar se evaluara un grupo de aspectos que permiten conocer de manera general la situación familiar, social y económica del entrevistado. Las preguntas están

agrupadas en 5 rubros: Situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales, apoyo de red social

POSIBLES RIESGOS O MOLESTIAS: No existen riesgos para su salud, pero puede existir alguna molestia o incomodidad por las preguntas.

BENEFICIOS: 1) Conocer confidencialmente su estado de salud con respecto a al nivel de su capacidad funcional, su estado mental y cognitivo y por ultimo su situación familiar, social y económica.

CONFIDENCIALIDAD: Los datos que Usted nos proporcione son confidenciales, solo lo saben usted y el entrevistador; las fichas con esa información son pasadas sin nombre a una base de datos en computadora

DERECHO A RETIRARSE DEL ESTUDIO: En todo momento tiene el derecho de desistir de participar en el estudio, dado que es VOLUNTARIO, no existiendo ninguna sanción o problema porque Usted haya decidido que ya no quiere que se le entreviste.

RESPONSABLES: Para cualquier pregunta o aclaración o reclamo, puede comunicarse con Cristhy Stefany Chafloque Vásquez (teléfono 978726536)

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo.....

acepto voluntariamente formar parte de este estudio, habiendo leído todo el texto anterior y estando conforme, recibiendo una copia de este consentimiento.

Fecha:.....

Firma de la paciente Firma del Investigador

Anexo 2

FICHA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR DEL
MINISTERIO DE SALUD (MINSA)

VALORACION CLINICA ADULTO MAYOR - VACAM					
I. VALORACIÓN FUNCIONAL		Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)			
KATZ	Dependiente	Independiente	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	INDEPENDIENTE	(1)
1. Lavarse				DEPENDIENTE PARCIAL	(2)
2. Vestirse				DEPENDIENTE TOTAL	(3)
3. Uso del inodoro					
4. Movilizarse					
5. Continencia					
6. Alimentarse					
			(1) Ningún ítem positivo de dependencia (2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia (3) 6 ítems positivos de dependencia		
APELLIDOS Y NOMBRE:				Nº	
FORMATO 2					
FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR					

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)		Colocar 1 punto por cada error	
¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	<input type="text"/>		VALORACION COGNITIVA NORMAL <input type="checkbox"/> DC LEVE <input type="checkbox"/> DC MODERADO <input type="checkbox"/> DC SEVERO <input type="checkbox"/> <u>DC: Deterioro Cognitivo</u>
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>		
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>		
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>		
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>		
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>		
¿Dónde nació?	<input type="text"/>		
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>		
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>		
Dígame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>		
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>		Nota: Colocar un punto por cada error, Nivel educativo bajo: se admite 1 error más, Nivel educativo alto : se admite un error menos. DC = Deterioro cognitivo, E= errores, No Deterioro Cognitivo := 2 E; Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)			
¿Está satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> NO	Colocar una marca (X), si corresponde —	<input type="checkbox"/> SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="checkbox"/> SI		
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> SI		

III. VALORACION SOCIO-FAMILIAR

III. VALORACION SOCIO-FAMILIAR																									
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>1. SITUACIÓN FAMILIAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Vive con familia, sin conflicto familiar</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Vive con cónyuge de similar edad</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</td> </tr> </tbody> </table>	Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR	1	Vive con familia, sin conflicto familiar	2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica	3	Vive con cónyuge de similar edad	4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima	5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>2. SITUACIÓN ECONÓMICA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Dos Veces el Salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Un Salario mínimo vital</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Sin pensión, sin otros ingresos</td> </tr> </tbody> </table>	Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA	1	Dos Veces el Salario mínimo vital	2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales	3	Un Salario mínimo vital	4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)	5	Sin pensión, sin otros ingresos
Pts	1. SITUACIÓN FAMILIAR																								
1	Vive con familia, sin conflicto familiar																								
2	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica																								
3	Vive con cónyuge de similar edad																								
4	Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima																								
5	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)																								
Pts	2. SITUACIÓN ECONÓMICA																								
1	Dos Veces el Salario mínimo vital																								
2	Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales																								
3	Un Salario mínimo vital																								
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)																								
5	Sin pensión, sin otros ingresos																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>3. VIVIENDA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Adecuada a las necesidades</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>Vivienda semi construida o de material rústico</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</td> </tr> </tbody> </table>	Pts	3. VIVIENDA	1	Adecuada a las necesidades	2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)	3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).	4	Vivienda semi construida o de material rústico	5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>4. RELACIONES SOCIALES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>Mantiene relaciones sociales en la comunidad Relación social sólo con familia y vecinos</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Relación social solo con la familia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>No sale del domicilio y no recibe visitas</td> </tr> </tbody> </table>	Pts	4. RELACIONES SOCIALES	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad Relación social sólo con familia y vecinos	2	Relación social solo con la familia	3	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia	4	No sale del domicilio y no recibe visitas		
Pts	3. VIVIENDA																								
1	Adecuada a las necesidades																								
2	Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)																								
3	Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).																								
4	Vivienda semi construida o de material rústico																								
5	Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda																								
Pts	4. RELACIONES SOCIALES																								
1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad Relación social sólo con familia y vecinos																								
2	Relación social solo con la familia																								
3	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia																								
4	No sale del domicilio y no recibe visitas																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">Pts</th> <th>5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">1</td> <td>No necesita apoyo</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2</td> <td>Requiere apoyo familiar o vecinal</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">3</td> <td>Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">4</td> <td>No cuenta con Seguro Social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">5</td> <td>Situación de abandono familiar</td> </tr> </tbody> </table>	Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)	1	No necesita apoyo	2	Requiere apoyo familiar o vecinal	3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social	4	No cuenta con Seguro Social	5	Situación de abandono familiar	<p style="text-align: center;">VALORACION SOCIOFAMILIAR</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 20px; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Buena/aceptable situación social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Existe riesgo social</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>Existe problema social</td> </tr> </table> <p>5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, =15 pts : Existe problema social</p>	<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social	<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social	<input type="checkbox"/>	Existe problema social						
Pts	5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)																								
1	No necesita apoyo																								
2	Requiere apoyo familiar o vecinal																								
3	Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social																								
4	No cuenta con Seguro Social																								
5	Situación de abandono familiar																								
<input type="checkbox"/>	Buena/aceptable situación social																								
<input type="checkbox"/>	Existe riesgo social																								
<input type="checkbox"/>	Existe problema social																								

APELLIDOS Y NOMBRE:	Nº			
----------------------------	----	--	--	--

FORMATO 3

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR