



VALORACIÓN GERONTOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DEL SECTOR CARIRUBANA

VALORACIÓN GERONTOLÓGICA EN ADULTOS MAYORES DEL SECTOR CARIRUBANA, ESTADO DE FALCÓN. UNA PROPUESTA DE EDUCACIÓN GERONTOLÓGICA

Sandra Quintero[1] y Michell Arias[2]

Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM. Programa de Gerontología. Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER

[1]. Doctora en Ciencias Gerenciales (Sumacunlaude UNEFA), Magister Scientiarum en Pedagogía Crítica (UPT Kleber Ramírez 2021), Magister Scientiarum en Docencia para Educación Superior (Sumacunlaude UNERMB 2012) Licenciada en Gerontología (Magnacunlaude UNEFM 2008). Especialista en Desarrollo de la gestión educativa Universitaria (UNEFM 2021). Cursante Doctorado en Gestión de la Creación Intelectual (UPT Kleber Ramírez) Cursante Doctorado en Ciencias de la Salud UUNEFM). PEII-A2. Directora Programa Gerontología y Coordinadora de la Unidad de Investigaciones Gerontológicas UNIGER (UNEFM). Presidenta de la Panamericana de Programas y/o Carreras Universitarias de Gerontología PANAMGERO y Coordinadora de la Investigación Multicéntrica de la Red PANAMGERO. Locutora universitaria. Presidenta Fundación Somos Geroactivo. Tutora pregrado y postgrado. Autora de los Libros: -Gerontología Ciencia para la vida 2013. -Manual de Buenas Prácticas Gerontológicas como vivir feliz más de 100 años 2015. Pensando las organizaciones desde las imágenes de Gareth Morgan. 2017 entre otros. Columnista Diario Nuevo Día con “Gerontología al Día”. Publicación en REDALYC.ORG. Revista Multiciencias y otros. Conferencista nacional e internacional. Miembro del Consejo Editor QMayor. Áreas de conocimiento educación gerontológica, gerontología educativa, envejecimiento activo, cultura y vejez, medios de comunicación social y adulto mayor.

[2]. Licenciada en Gerontología de la Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda” UNEFM-Venezuela. Teniente de Corbeta de la Fuerza Armada Nacional Bolivariana del Componente Armada. Labora en Hospital Naval “TN Pedro Manuel Chirino” de Punto Fijo como Jefe en Oficina de Atención Social y Gerontología. Formación en cuidado humano.

Resumen

La valoración gerontológica es un mecanismo de evaluación que permite integrar los conocimientos de todas las esferas gerontológicas, psicológicas, funcionales y sociales del adulto mayor.

Por eso, los propósitos del estudio son determinar el estado biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana a través de una valoración gerontológica y diseñar una propuesta de educación al desarrollo biopsicosocial del adulto mayor.

Se usó el paradigma positivista de tipo descriptivo y modalidad proyecto factible. La población fue de 15 adultos mayores del ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez sector Carirubana.

Palabras clave: valoración, calidad, instrumento, funcional, integral.

Los instrumentos usados fueron: índice de Katz (AVD), Lawton y Brody (AVDI), Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, Valoración de ansiedad y depresión Yavasage y la escala de recursos sociales de OARS.

Se concluye que: los adultos mayores en su mayoría presentan un estado de salud a nivel biopsicosocial con escasa o poca dependencia, aún cuando presentan alguna enfermedad señalan que está controlada, ya que su participación en el Club les mantiene activos. Manifiestan su interés por desarrollar un programa educativo que potencie sus capacidades y favorezca su bienestar a su edad. Recomiendan implementar un programa de este tipo en el Ambulatorio dirigido por un gerontólogo.



Introducción

En la vida de todo ser humano, todo lo concerniente a los cambios y transformaciones propios del envejecimiento que experimenta se hayan integrados en el devenir de su día a día, por eso, es preciso hacer un proceso de valoración gerontológica que tribute al reconocimiento de las capacidades o no que posea la persona adulta mayor e su envejecimiento.

En el caso de a valoración multidimensional, es preciso referir que la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG, 2010) la concibe como la valoración global definida como “un procedimiento diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar los problemas médicos y la capacidad funcional y psicosocial del individuo adulto mayor con la intención de elaborar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo”, otra opción que permite individualizar la necesidad de realizar una valoración en profundidad es la presencia de factores de riesgo o indicadores de fragilidad en el sujeto adulto mayor. De hecho, lo resalta en estas dos visiones:

- **Multidimensional** se refiere a que se valoran todos los componentes de la salud del adulto mayor, tanto el área médica como la situación funcional física (la capacidad para realizar distintas actividades como comer, desplazarse, etcétera), mental (área cognitiva y afectiva) y social (entorno en el que vive).
- **Interdisciplinario** porque la valoración del adulto mayor debe ser realizada por distintos profesionales sanitarios: básicamente médico, enfermera, terapeuta físico y trabajador social.

Sea cual fuere la forma de abordaje, lo importante es reconocer que la valoración gerontológica del adulto mayor, se tiñe de una forma metodológica empleada en la valoración y también a la heterogeneidad de la población de personas mayores. En este sentido, es preciso estar al tanto de todo lo que circunda al adulto mayor, estar alerta y aprender a valorar el estado de salud de los adultos mayores para corregir las alteraciones lo antes posible.

Una forma de contrarrestar y corregir estas formas de declive con la edad que se han evidenciado en la valoración gerontológica es posible gracias a la educación la cual ha sido concebida como elemento de desarrollo a nivel individual y de un país, no solo por lo que implica aprender si no por los aportes que dicho aprendizaje ofrece al colectivo. En el campo gerontológico la educación con adultos mayores va mucho más allá que el simple hecho de aprender conjuga lo social, económico, político, familiar comunitario; de modo que, fuera de la mera concepción enseñanza-aprendizaje esta la representación social de la intervención social y educativa a favor de una educación en el tiempo.

Al respecto, Farias, Salas y Sánchez (2012), mencionan que durante el proceso de envejecimiento muchos adultos mayores pueden identificar limitaciones para realizar las actividades de la vida diaria que se requieren para el autocuidado personal y una vida independiente, siendo estos elementos claves para medir la calidad de vida y capacidad funcional. Entonces, la valoración que realice todo individuo debe tomar en cuenta la salud y el estado funcional pues es de gran importancia para una buena calidad de vida y mantenerse de manera independiente, y conservar un envejecimiento social activo, por eso, el nivel



de capacidad permitirá al adulto mayor desenvolverse con independencia dentro del núcleo familiar, en la comunidad y sociedad en general, y así enriquecerse como persona sin importar la edad.

Este progreso puede consolidarse con la educación como ya se refirió, por eso al concebirla como una constante convivencia dentro de un colectivo, informándoles, orientándoles e ilustrándoles de manera eficaz y motivadora, afianzando la percepción propia del ser, que asuma posturas ante la vida; es una educación también de retos, superación y credibilidad, en sí misma, que hagan de esos conocimientos, formas de vida diferentes para una plenitud total a lo largo de la vida.

De un modo particular, específicamente en la Península de Paraguaná en la ciudad de Punto Fijo, en el sector Carirubana se encuentra el ambulatorio tipo II Dr José María Rodríguez el cual atiende a una población aledaña con un promedio de 500 habitantes, cuya descripción geográfica lo caracteriza como un sector popular. En dicho centro de salud se atiende aproximadamente de forma documentada a 30 adultos mayores en edades comprendidas entre 60 y 85 años y con diversas patologías como por ejemplo la hipertensión y diabetes, que pertenecen al asisten a el Circulo de Adultos Mayores Luz y Amor, los días miércoles, donde por las mañanas se realizan las consultas rutinarias a esta población.

Por lo planteado, surgen las siguientes interrogantes: ¿Cuál será el estado biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana a través de una valoración gerontológica? y¿De qué manera puede contribuir una propuesta de educación gerontológica al desarrollo biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana?.

Objetivos Generales: Determinar el estado biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana a través de una valoración gerontológica. Así como, Diseñar una propuesta de educación al desarrollo biopsicosocial del adulto mayor del sector Carirubana.

Marco Teórico

Antecedentes de la investigación:

Como antecedentes, se tiene el estudio de García (2017) titulado Autopercepción de Salud y Estado funcional en los adultos mayores del Centro Residencial Dr. José Dolores Beaujón, Municipio Miranda, Coro- Estado- Falcón. El cual tuvo como propósito establecer la asociación entre la Autopercepción de Salud y estado funcional se llevó a cabo una investigación No experimental, descriptiva transversal y correlacional; para lo cual se tomó una muestra intencional de 20adultos mayores voluntarios, que cumplieron con los criterios de inclusión. La recolección de datos fue la encuesta tipo cuestionario; los instrumentos aplicados fueron pregunta relacionada a la salud, índice de Barthel, escala de Lawton y Brody, cuestionario de pfeiffer y escala de depresión de yesavage, cuya validez y confiabilidad de los instrumentos aplicados son reconocidos internacionalmente.

La técnica que se aplicó para el análisis de los datos fue la estadística descriptiva representada en tablas. Los resultados obtenidos fueron en relación a la autopercepción de salud un 89,47% que se consideran sanos en su mayoría hombres, de acuerdo a el estado funcional el 76,47% son independiente para las ABVD, el 76,47% son dependiente en alguna AIVD, en el



cuestionario de pfeiffer un 85,25% obtuvo un estado cognitivo normal, y para la escala de depresión un 76,5% obtuvo resultados normales, en relación a la autopercepción de salud y estado funcional; el 63,16% se consideran con estado funcional adecuado, mientras que el 16,84% se consideran con un estado funcional aceptable. Como dato relevante se encontró una asociación positiva entre la auto-percepción de salud y el índice de Barthel y una marcada tendencia entre los adultos mayores con buen estado de salud a percibirse sanos así mismos.

Igualmente están Gómez y Peña (2019) con el estudio titulado Valoración de la salud en adultos mayores de la Casa del Abuelo Agustín Medina del Municipio Falcón, cuyo propósito fue diagnosticar las condiciones de salud de los adultos mayores de la casa del abuelo Agustín Medina municipio Falcón mediante un estudio positivista con enfoque cuantitativo de tipo descriptivo, transversal y de campo con una población de 30 adultos mayores de esta Casa a los cuales se les aplicó el índice de Katz, escala de Lawton y Brody, cuestionario de Pfeiffer, escala de depresión de Yasavage y escala de recursos de Duke encontrándose como resultado que el 90% es independiente para las actividades de la vida diaria, el 66,6% tiene depresión leve, el 50% participa en actividades sociales y familiares.

Se concluye la necesidad de fortalecer las relaciones interpersonales y familiares, así como el fortalecimiento de la salud a través de programas educativos que permitan ahondar en las capacidades de este grupo poblacional. Con esto se deja claro la importancia de la educación frente a los planteamientos de dependencia que puedan presentarse en la edad adulta mayor.

Apoyo teórico

La valoración gerontológica del estado biopsicosocial del adulto mayor, constituye el primer escalón del tratamiento de las posibles patologías que puedan presentarse. Por lo general, los métodos de valoración existentes contribuyen con la definición del estado de salud del adulto y adulta mayor, de modo que se minimicen los riesgos de dependencia y declive funcional con la edad, y con ello, prevenir a tiempo las complicaciones derivadas de estos.

El cuidado de un adulto mayor, tiene una particularidad que lo diferencia del cuidado de los más jóvenes, básicamente porque el concepto de salud es más difícil de perfilar con claridad en las personas mayores.

Por ejemplo, si se entiende por salud la ausencia de enfermedad, en el caso de un adulto mayor sería poco frecuente encontrar alguien sano, sin ninguna patología: ¿consideraremos enfermo a un adulto mayor cuyo único problema es que necesita gafas para ver de cerca?, de allí que un adulto mayor toma especial relevancia la definición de salud de la Organización Mundial de la Salud “aquel estado en el que existe una situación óptima de bienestar físico, mental y social y no meramente una ausencia de enfermedad”, es decir, la salud de los mayores se apoya en estos cuatro pilares: ausencia de enfermedad, independencia física, bienestar psíquico y buena cobertura social (SEGG, 2010).

En este apartado se exponen los instrumentos aplicados en el estudio a fin de mostrar la heterogeneidad de la población de personas



mayores como parte del proceso de revisión no sistemática sobre las condiciones de este grupo etáreo a fin de centraremos en analizar la información suministrada para determinar el estado biopsicosocial de los adultos mayores del estudio.

En cuanto a la Independencia para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor, las actividades de la vida diaria llamadas también AVD son aquellas que las personas en un marco temporal concreto, han de satisfacer para su propio beneficio, a fin de conseguir el mantenimiento de la vida, un funcionamiento saludable, el desarrollo personal continuo y el mayor grado de bienestar y calidad de vida posible (Sánchez 2010). Por esto, para efectos de este estudio se midió la independencia a través del índice de Katz, el cual contiene 10 ítems de suma importancia para medir el grado de independencia o dependencia del adulto mayor para realizar las AVD.

El otro instrumento para medir las actividades instrumentales de la vida diaria conocida como AIVD, son actividades más complejas que las actividades de la vida diaria y su realización requiere de un mayor nivel de autonomía personal. Se asocian a tareas que implican la capacidad de tomar decisiones y resoluciones de problemas de la vida cotidiana y pueden resultar complejas para personas que hayan sufrido una enfermedad cerebral (Sánchez 2010).

De forma concreta, para evaluar las AVDI fue necesario utilizar la escala de Lawton y Brody, ya que el mismo, estudia la autonomía física del adulto mayor a través de 8 preguntas, las cuales indican la independencia o dependencia del adulto mayor estudiado.

Sobre el estado Mental del Adulto Mayor, tanto la salud mental como el bienestar emocional tienen la misma importancia, por ejemplo, las personas mayores realizan aportes e ideas valiosas a la familia y a la sociedad en general pues la mayoría cuentan con una buena salud mental, pero al mismo tiempo corren el riesgo de padecer trastornos neuronales. Por esta razón que se hizo necesario tomar en consideración el cuestionario de Mini mental-deterioro cognitivo, el de Valoración de ansiedad y depresión así como la Escala de ansiedad y depresión de Goldberg.

Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

Mientras que en el estado psicológico del Adulto Mayor, el estado psicológico se muestra en una serie de dificultad en el proceso de la información cognitiva y emocional. Valoración de ansiedad y depresión Yavasage es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos. Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo (Sánchez, 2010).

Por su parte, los Recursos Sociales en el Adulto Mayor, desde una perspectiva histórica el término de recursos sociales aparece vinculado al concepto de necesidad, generalmente aparece como sinónimo de servicios sociales (aunque son medios componentes por todos los sistemas de bienestar) (Ortega 2006).



Por eso, para estudiar los recursos sociales de los adultos mayores en este estudio, se consideró pertinente aplicar la escala de recursos sociales de OARS, el cual permitió evaluar las consideraciones sociales, tomando en cuenta aspectos tales como la familia y amistades, que son parte importante del crecimiento personal de cada adulto mayor, elevando así su calidad de vida.

Ahora bien la Educación gerontológica, se puede decir que “La educación es un proceso interactivo entre el educando y su entorno (educare) en su capacidad personal para desarrollarse (educere)”. Así lo señala Castillejo (1998 citado por Bermejo 2004). Por lo tanto, permite proporcionar herramientas factibles que mejoren el aprendizaje de las personas optimizando sus habilidades para un desarrollo pleno. Entonces, la educación implica la acción dinámica de la persona con su entorno físico y social donde lleva a cabo una escala de valores de socialización y culturización de sus miembros, los cuales de manera continua y permanente, propician las interrelaciones y el contacto directo con los demás, dando un valor práctico, espiritual y de placer para sus vidas y a otros manteniendo las tradiciones y una noción del futuro, que los oriente a vivir, convivir y sobrevivir.

La educación en el campo como un proceso permanente posee grandes vertientes con dos ámbitos de aplicación de la enseñanza en este caso la educación gerontológica y la gerontología educativa. Si bien es cierto que al llegar a la etapa de la vejez se suscitan cambios que de una u otra forma colocan en disminución algunas capacidades de las personas de edad, la capacidad de aprender también puede encontrarse comprometida. La educación gerontológica se involucra como uno de los principales enfoques para el desarrollo a lo largo de la vida desde tempranas edades.

Según las conceptualizaciones de Orduna y Naval (2001) “la educación gerontológica consiste en la enseñanza de los aspectos gerontológicos; es decir a todos aquellos aspectos educativos relacionados con el proceso, mecanismos, tipos, estrategias de enseñanza” (de las múltiples cuestiones gerontológicas a profesionales y público en general). Se evidencia entonces, que ésta pretende otorgar y/o afianzar conocimientos gerontológicos a la población en general, donde se fomentan diferentes tópicos acerca de los aspectos que involucran el proceso de envejecimiento y lo relacionado al adulto mayor y la vejez.

Metodología asumida

El presente estudio asume el paradigma cuantitativo o positivista, que para Hernández, Fernández y Baptista (2010) es “parte de una situación particular y dentro de una representación del mundo objetivo” de igual manera, “se fundamenta en la recolección de datos para probar una hipótesis o medir una realidad, con base en la medición numérica y el análisis estadístico. El tipo de estudio es descriptivo aquí refieren Hernández, Fernández y Baptista (2010) que “la realidad se presentan tal cual ocurre sin manipulación de la variable en cuestión”, y asume la modalidad de proyecto factible que tal como señala la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL) (2006):

El proyecto factible consiste en la elaboración de una propuesta de un modelo operativo variable, o una solución posible a un problema de tipo práctico, para satisfacer necesidades de una institución o grupo social. La propuesta debe tener apoyo, bien sea en una investigación de campo, o en una investigación de tipo documental; y puede referirse a la formación de políticas, programas, tecnologías, métodos o procesos (p.7).



En lo relación al diseño de la investigación, se desarrolló bajo una investigación de campo, que según Hernández, Fernández y Baptista (2010) se refiere al análisis de un problema cuyos datos son recolectados directamente de la realidad. Sobre las técnicas más usadas son la observación y la entrevista, la primera consiste en el uso sistemático de nuestros sentidos en la búsqueda de los datos que se necesitan para resolver un problema de investigación; mientras que la entrevista, es la forma específica de interacción social.

En cuando a la muestra objeto de estudio estará constituida por 15 de adultos y adulta mayores que constituye el 50% de la población total siendo un número accesible a la investigadora por cuestiones económicas para la aplicación del instrumento.

Por su parte, la validez es “el grado en que un instrumento en verdad mide la variable que se busca medir”, en este estudio se utilizarán instrumentos de validez internacional comprobada por tanto no necesitaron de nueva validación. Los datos se analizaron cuantitativamente, a través de la estadística descriptiva como técnica de análisis.

Análisis de la información

A continuación se presenta a través de tablas organizadas de forma cronológica, los resultados obtenidos en los instrumentos aplicados a los adultos mayores seleccionados, tal como se expone a continuación:

Tabla 1
Distribución de los adultos mayores entrevistados según la edad

Respuesta	Frecuencia	%
60-64	3	20%
65-69	6	40%
70-74	2	13%
75-79	1	7%
80-84	2	13%
85-89	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021).

En la tabla 1, el 40% de los adultos mayores entrevistados presentan ser mayoría en edades comprendidas entre 65-69 años, seguido del 20% con el grupo de 60-64 años, y en minoría con un 13% las edades 70-74 años, 80-84 años y por último en minoría un 7% de 75-79 años.

Tabla 2
Distribución de los adultos mayores según su profesión u oficio

Respuesta	N°	Frecuencia (%)
Enfermeras	2	19%
Arquitecto	1	10%
Ama de casa	6	59%
Pescador	6	12%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla 2 sobre la profesional u oficio que desarrolla el adulto mayor entrevistado, se observa que un 59% amas de casa, adultos(as) mayores que están jubiladas(os) y que se encuentran actualmente presentes en el hogar, mientras que con un 19% son enfermeras, un 10% arquitecto, adultos(as) mayores que aún ejerce su profesión y solo un 12% que son pescadores.

Esto refleja que Las personas prefieren envejecer en su casa, en un ambiente familiar y



rodeado en la medida de lo posible de sus pertenencias y seres queridos. Este deseo de envejecer en casa no es simplemente una preferencia personal.

La Organización Mundial de la Salud (2002) resalta que el lugar en donde se envejece tiene impactos importantes sobre la salud de las personas: el hacerlo en un lugar conocido aumenta los niveles de confianza, independencia, y autonomía.

Tabla 3

Valoración Gerontológica según Índice de Katz ABVD- Dependencia de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo Edo Falcón.

Nivel de dependencia	Nº	Frecuencia (%)
Dependiente	2	20%
Independiente	13	80%
Total	15	100,00%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

La tabla 3 sobre la Valoración Gerontológica según Índice de Katz ABVD- Dependencia, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón se observa que el 80% de los entrevistados durante la aplicación del el Índice de Katz ABVD-Dependencia, manifiestan que son independientes en sus actividades básicas de la vida diaria, esto quiere decir que no necesitan ayuda para sus labores diarias personales, mientras que un 20% manifiestan que son dependientes y no pueden realizar todas sus actividades, esto se debe a que estos adultos mayores están en silla de rueda y necesitan atención de un cuidador.

Como señala la OMS (2002), los adultos mayores dependientes se encuentran en situación de especial vulnerabilidad ya que precisan de apoyos para poder ejercer sus derechos, para poder acceder a los bienes sociales y para recibir

una atención sin la que no pueden desarrollar las actividades más esenciales de la vida diaria.

La funcionalidad en el adulto mayor constituye un eje principal para los programas orientados a fortalecer el envejecimiento activo; ante el incremento de este grupo poblacional, las enfermedades como factor que limita la capacidad física, mental y social requieren acciones de control que disminuyan la dependencia que contribuye a un deterioro mayor.

Tabla 4

Valoración Gerontológica Escala de Lawton AIVD- Autonomía, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo Edo Falcón.

Nivel de autonomía	Nº	Frecuencia (%)
Sin autonomía	2	20%
Independiente	13	80%
Total	15	100,00%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

Como se observa en la tabla 4 sobre la Valoración Gerontológica Escala de Lawton AIVD- Autonomía, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, el 80% de los entrevistados refirieron según La escala de Lawton, instrumento útil para detectar los primeros grados de deterioro funcional de los adultos y adultas mayores, se puede observar que son independientes para realizar sus actividades personales en el hogar, mientras que el otro 20% manifestó que no tienen autonomía y necesitan de otra persona que los ayude para actividades como, utilizar medios de transporte o ir de compras ya que son personas con discapacidad.

En lo que respecta a las tablas sobre valoración gerontológica a adultos mayores según índice de Katz ABVD- dependencia y valoración gerontológica a adultos mayores según escala



de Lawton AIVD-Autonomía, se observan dos resultados igualitarios un 20%, que se deben a las mismas personas, dos adultos mayores que no pueden realizar sus AIVD ABVD de manera independiente y con autonomía ya que por su condición, de ser personas adultos mayores amputados parcialmente del miembro inferior derecho ambos.

E incluso no logran realizar sus actividades personales de la vida diaria de una manera completa sin ayuda de una segunda persona o en ésta caso un cuidador, mientras que el otro 80% son personas dependientes y totalmente autónomos de sí mismos ya que son personas activas que aún toman sus decisiones y pueden realizar todas sus actividades del día, esto se debe a que son adultos mayores totalmente activos y se han mantenido así a lo largo de los años, y que la mayoría han experimentado los métodos utilizados en el círculo de adultos, de actividades físicas en el hogar para mejorar los hábitos de vida que les permitan disminuir posibles complicaciones.

La valoración gerontológica utilizando la Escala de actividades instrumentales de la vida diaria de Escala de Lawton AIVD- Autonomía (mide la autonomía funcional para el auto cuidado de las personas mayores) permite identificar tempranamente la condición de dependencia que puede desarrollar el adulto mayor, para diseñar planes de cuidados adaptados a las condiciones individuales. Los procesos de intervención fortalecen la capacidad de los adultos mayores para realizar sus actividades diarias de forma independiente: como vestirse, caminar, ir al baño, comer, entre otras.

Tabla 5

Valoración Gerontológica según Test Mini Mental- Deterioro Cognitivo, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón.

Grado deterioro cognitivo	N°	Frecuencia (%)
Deterioro cognitivo	3	20%
Sin deterioro	12	80%
Total	15	100,00%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla 5 acerca de la Valoración Gerontológica según Test Mini Mental- Deterioro Cognitivo, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, se observa que el 80% de los entrevistados aplicándoles el test mini mental- deterioro cognitivo manifiestan que no padecen ningún deterioro, ya que son adultos mayores capaces de responder concretamente el test aplicado, mientras que un 20% manifiestan que si presentan deterioro cognitivo, debido a que son adultos mayores con problemas de Alzheimer moderado.

Al analizar la tabla, correspondiente a valoración gerontológica a adultos mayores según test mini mental- deterioro cognitivo, se detectó que el 20% presentan deterioro cognitivo debido a una falta de estimulación como método de prevención para el avance del Alzheimer que está en una etapa de nivel moderado por tal motivo, mientras que el otro 80% se mantienen cognitivamente activos por medio de actividades de estimulación o neurogym, gracias a la persona que los atiende en el círculo de adultos al que pertenecen. El envejecimiento trae consigo también la disminución cognitiva y fisiológica



causando aislamiento y la pérdida de autonomía e independencia, porque el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones.

La pérdida de memoria a corto plazo y la incapacidad para realizar cálculos son indicadores sensibles de la reducción de estas funciones (Ortega, 2006).

Tabla 6

Valoración Gerontológica según Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón.

Ansiedad y depresión	Nº	Frecuencia (%)
Ansiedad	6	40%
Depresión	3	20%
Ninguna	6	40%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla 6, sobre la Valoración Gerontológica según Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, se observa que el 40% entrevistados a quienes se les aplicó la escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg, manifestaron que tienen ansiedad ya que se sienten preocupados frecuentemente por problemas y por su salud, con dificultad para relajarse y para dormir, mientras que por otro lado con el otro 20% manifestó que tienen depresión ya que estos factores se multiplicaron con características como falta de confianza, poca energía y pérdida de el interés por sí mismo y para finalizar el ultimo 40% manifestó que no presentan ninguna de las anteriores ya que son adultos mayores que viven con sus familiares y son personas que pretenden permanecer en su vínculo social día a día.

En cuanto al análisis realizado a la tabla, correspondiente a valoración gerontológica a

adultos mayores según escala de ansiedad y depresión de Goldberg, se evidencia que un 40% de los elementos muestrales manifiestan que no presentan ninguna de estas anteriores, mientras que el otro 40% evidenció ansiedad ya que son adultos mayores que viven solos en sus viviendas y no tienen a nadie que les de afecto o ayuda en su vida diaria, esto trajo como consecuencias pensamientos de desánimo, preocupaciones en su día a día y en algunas ocasiones aislamiento de parte de un pequeño número de éstos adultos mayores, el otro 20% presentó depresión leve, ya que estos adultos mayores evidenciaron baja autoestima y sentimientos de soledad, con éste resultado es necesario ofrecer información a cerca de el aislamiento, retraimiento y inclusión social, ya que un adulto mayor necesita estar en un grupo social, un adulto mayor aislado, adulto mayor que necesita ser estimulado cognitivamente porque las consecuencias de esto son la demencia o Alzheimer avanzado.

Es un trastorno del estado de ánimo en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante semanas o por más tiempo. La depresión en los adultos mayores es un problema generalizado, pero no es una parte normal del envejecimiento por lo tanto debe ser diagnosticado y tratado a tiempo (Fernández, 2019).

Tabla 8

Valoración Gerontológica según Test de Yesavage- Depresión, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo Edo Falcón.

Grado depresión	Nº	Frecuencia (%)
Leve	3	20%
Sin depresión	12	80%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)



En la tabla 8 sobre la Valoración Gerontológica según el Test de Yesavage-Depresión, de los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón, se observa que el 20% de los entrevistados a quienes se les aplicó la escala geriátrica de depresión de Yesavage, que es uno de los instrumentos que valora la depresión en las personas mayores, cuya ventaja radica en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo, manifestaron que sufren de depresión leve, frecuentemente, ya que su estado de ánimo y su amor propio se encuentra deteriorado por problemas mayormente de autoestima, mientras que el otro 80% manifestó que no tienen depresión.

En lo referente al análisis de la tabla, sobre valoración gerontológica a adultos mayores según test de yesavage- depresión, se detecta que el 80% no presentó depresión ya que manifiestan ser adultos mayores con iniciativa de autocuidado, mientras que el otro 20% sufre una depresión leve, ya que estos adultos mayores se preocupan por el día a día de una manera aguda, son los mismos AM que presentan depresión en el cuadro anterior, se pretende con respecto a éste diagnóstico, su cuidado para evitar complicaciones empleando estrategias así como métodos con principios educativos para lograr la comprensión de esto y sus consecuencias, la degeneración cognitiva debe tratarse y prevenirse, y ésta es la principal consecuencia de la depresión, ésta estimulación debe ser constante con la posibilidad que ambos, AM- Gerontólogo estén involucrados igualmente para la terapia braingym que se debe ejecutar. La depresión es un trastorno del estado de ánimo y de las emociones. Las emociones normalmente cambian y sus 2 grandes variaciones son la tristeza y la alegría.

La depresión es una enfermedad que está relacionada con una disminución en la serotonina, que es un neurotransmisor que regula las emociones de bienestar y el sueño; provocan un cambio en su energía, y se ve reflejado en una serie de alteraciones en las que dominan los sentimientos de tristeza y baja de la voluntad (García, 2017).

Tabla 9

De los recursos sociales con los que cuenta el adulto mayor. OARS a los Adultos Mayores pertenecientes al Círculo de Adultos del Ambulatorio Tipo II Dr. José María Rodríguez, Carirubana- Punto Fijo, Edo Falcón.

Recursos Sociales	N°	Frecuencia (%)
Excelentes recursos sociales	4	27%
Buenos recursos sociales	8	53%
Recursos sociales moderadamente deteriorados	2	13%
Recursos sociales bastante deteriorados	1	7%
Total	15	100%

Fuente: Arias y Quintero (2021)

En la tabla y gráfico 9 correspondiente a la escala de Recursos Humanos, tuvo predominio en la escala, con mayor porcentaje, Buenos recursos sociales 53% y Excelente recursos sociales con un 27%, mientras que se resaltan las respuestas que son menor dominantes en el cuadro pero más importantes ya que una persona con recursos sociales moderadamente deteriorados con el 7% y bastante deteriorados solo el 13% son personas con relaciones sociales insatisfactorias, de baja calidad y pocas, que obtienen ayuda de vez en cuando, son AM que presentan aislamiento social, depresión y quizá ansiedad.

Las relaciones con el otro fortalecen el bienestar y la calidad de vida de los adultos mayores, así lo señala Moncada (2016) al decir que, en tanto se fortalezcan las relaciones interpersonales su efecto se verá reflejado en la calidad de vida y bienestar emocional evitando con ello estado de depresión y aislamiento.



Propuesta de la educación gerontológica

Frente a la información presentada se cumple el primer objetivo del estudio, mientras que del análisis de estos surge la creación del Programa de Educación Gerontológica como respuesta al segundo objetivo el cual permite prevenir patologías que se puedan generar si un adulto mayor tiende a aislarse, el sentimiento forzado de soledad, que decae sobre cada persona, los aísla y trae como consecuencias muchas variantes que pueden llegar a ser mortales para el adulto mayor.

Objetivo del Programa: Ejecutar un Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr José María Rodríguez.

Etapas del Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr José María Rodríguez:

I.-Preparación: Mediante la motivación se espera que el adulto mayor se interese en el Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez y así poder lograr un resultado positivo.

II.-Desarrollo: Mediante actividades de estimulación cognitiva, de tipo funcional y social, los cuales se espera que el adulto mayor reciba y desarrolle a tono con nuevas formas de vida y emociones y sus propias capacidades funcionales.

III.- Evaluación

- **Ex - Ante:** Tiene la finalidad de evaluar el programa antes de ser aplicado a la comunidad para conocer el grado de definición de los objetivos generales y

específicos, así como la congruencia que tiene el programa y el diseño y metodología que se emplearán y comprobar si los objetivos específicos ayudarían al cumplimiento de los objetivos generales del mismo.

- **Evaluación de proceso:** Tendrá el propósito de comparar sistemáticamente el nivel de avance de las actividades del programa que se estará implementando en un período determinado de 6 semanas para poder establecer las posibles desviaciones, indagar las causas y llegar a la toma de decisiones correctivas pertinentes y así se abordará el interés, tomado en cuenta en la asistencia y empatía recibida por los adultos mayores.
- **Evaluación Ex - Post:** este tipo de evaluación se realizará un tiempo considerable después de concluido el programa, con el fin de comprobar el impacto que se genere con estas actividades, como los objetivos específicos e inmediatos, mediante la última actividad que servirá de evaluación ex post, donde los adultos suministrarán la información comprendida.

IV.- Devolución: El Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez permite ser una oportunidad para satisfacer las necesidades comunes de la población adulta mayor beneficiada generando así un grado de valoración personal y social, por eso, los resultados de este programa serán expuestos ante el Club de adultos mayores del Ambulatorio tipo II Dr. José María Rodríguez. Vale acotar que el Programa quedó en propuesta a fin de ser aplicado una vez validado por la comunidad.



Contenido Programa de Educación Gerontológica para adultos mayores del Ambulatorio tipo II

Dr. José María Rodríguez.

BLOQUE	UNIDADES	ESTRATEGIAS
<p>BLOQUE ELEMENTAL MODULO I.</p> <p>FORTALECER LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA, BÁSICA E INSTRUMENTAL (AIVD, ABVD)</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Concepto de ABVD, AIVD. • Diferencias y relación. • Importancia de autonomía y independencia. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Ejercicios estimulantes para fortalecer las ABVD, AIVD.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambio de rutina. • Terapias físicas. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Cómo ayudar en el proceso de fortalecimiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implicación adulto- profesional 	<ul style="list-style-type: none"> • Conversatorio • Mesas de trabajo • Ejercicios de funcionalidad. • Lluvia de ideas.
<p>BLOQUE INTERMEDIO MODULO II.</p> <p>FORTALECER LA EDUCACIÓN EMOCIONAL (GOLBERT)</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Educación emocional.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Emociones. • La depresión. • Importancia de intervención. • Consecuencias de no intervención. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Planificación de la atención a las personas que sufren esta patología.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de intervención partiendo de la base. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Estimulación y educación gerontológica para pacientes con depresión.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Círculos de experiencias. • Video foro. • Dialogo simultáneo. • Ejercicios de estimulación emocional.



<p align="center">BLOQUE INTERMEDIO MODULO III. FORTALECER EL DESARROLLO COGNITIVO (MINI MENTAL FOLSTEIN- LOBO).</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Desarrollo cognitivo.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Educación gerontológica. • Estimulación cognitiva. • Brain gymnasie (gimnasia cerebral). • Demencia. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Desarrollo de técnicas de intervención en pacientes con principio de demencia.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Nivel de deterioro. • Nivel de terapias cognitivas. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Estimulación y atención en los entornos de la evaluación y la atención con diagnóstico base.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ejercicios de estimulación cognitiva. • Ejercicios de memoria. • Ejercicios de gimnasia cerebral.
<p align="center">BLOQUE AVANZADO MODULO IV. FORTALECER LAS RELACIONES SOCIALES (INTERPERSONALES, OARS).</p>	<p>UNIDAD 1. CONCEPTUALES. <i>Las relaciones sociales.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Relaciones sociales. • Importancia. • Apoyo social. • Independencia social. • Salud social. <p>UNIDAD 2. PROCEDIMENTALES. <i>Planificación e intervención a personas con situación de aislamiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de relaciones sociales. • Inclusión a grupos sociales. • Reintegro a grupos sociales. <p>UNIDAD 3. ACTITUDINALES. <i>Cómo ayudar a inclusión social y evitar el retraimiento y aislamiento.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Fomentar el apoyo social. • Educación gerontológica en base al apoyo social. 	<ul style="list-style-type: none"> • Grupos de dialogo. • Conversatorios. • Mesas de trabajo. • Lluvia de ideas. • Panel. • Encuentros sociales.



Conclusiones

Una vez presentado el estudio, se concluye que, la valoración gerontológica el estado biopsicosocial de los adultos mayores del Sector Carirubana Estado Falcón, se tiene que, se abarcó de manera amplia el estado biopsicosocial de los adultos mayores por medio de escalas y test que dieron apertura a ésta investigación, donde se logró determinar las necesidades biopsicosociales de cada adulto mayor sirviendo este diagnostico como base para dar comienzo a prevenir y trabajar con la problemática abordada conseguida.

En este sentido, se resalta que el 80% es independiente de las actividades diarias tanto básicas como instrumentales solo un 20% necesita ayuda. Se observo que el 80% no posee deterioro cognitivo solo un 20% presenta cierto grado de deterioro que puede ser intervenido con un programa educación gerontológica. En cuanto al grado de ansiedad se observa que el 40% manifestó poseer ansiedad pero también con este mismo porcentaje hay aquellos que manifestaron no poseerlo, solo el 20% refirió tener en algunos momentos depresión. Pero se contradice con la valoración de Yesavage cuando el 80% refirió no tener ningún tipo de depresión mientras solo e 20% posee leve depresión.

La mayoría cuenta con buenos recursos sociales (35%) y hasta algunos refirieron que era excelente (27%) solo unos pocos (13%) dijo eran escasos. Ante esto la totalidad manifestó querer participar en un programa de educación gerontológica que contribuya con su salud. Por lo referido, realizar una propuesta educativa de tipo gerontológico.

Recomendaciones

Para el adulto mayor

- Permanecer en el circulo de adultos para fortalecer la vida social activa
- Contribuir en la sociedad de una u otra manera para establecer contacto con otros adultos mayores y personas de distintas edades.
- Permanecer físicamente activo participando en el Programa de educación gerontológica.
- Evitar el aislamiento social e integrarse a las actividades del programa.
- Incluir a sus familiares en sus actividades del día a día.
- No perseguir rutinas.
- Realizar las actividades de estimulación vistas en el grupo de adultos en el Programa de educación gerontológica.
- Mantener, en cierto nivel, las capacidades productivas.
- Mantener equilibrio, flexibilidad y expresividad corporal.

Para la institución

- Implementar el Programa de educación gerontológica con el acompañamiento del gerontólogo.
- Potenciar la creatividad del adulto mayor.
- Favorecer el mantenimiento de un funcionamiento psicomotriz adecuado.
- Fomentar los contactos interpersonales y la integración social.
- Hacer frente a las disminuciones y limitaciones físicas
- Contribuir al mantenimiento del sentimiento de utilidad y autoestima personal.
- Fomentar la creatividad y productividad en el uso del tiempo libre.
- Fomentar la comunicación, la amistad y el establecimiento de relaciones interpersonales ricas y variadas.
- Propiciar el bienestar y la satisfacción personal.



Referencias

Bermejo, (2004), Gerontología Educativa. Cómo diseñar proyectos educativos para mayores. Buenos aires, Madrid.

Orduna, G, y Naval, C (2001). Gerontología Educativa. Ariel Educación. Barcelona España.

Fariás K, Salas H y Sánchez F (2012) Independencia para la ejecución de las actividades de la vida diaria y las instrumentarias de la vida diaria de adultos mayores de Aracua del municipio Bolívar Estado Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Venezuela.

Fernández (2019) Bienestar psicológico en adultos mayores que presentan enfermedades crónicas degenerativas en un hospital de Lima metropolitana, Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Psicología. Universidad San Ignacio de Loyola. Lima-Perú

García, R (2017) Autopercepción de Salud y Estado funcional en los adultos mayores del Centro Residencial Dr. José Dolores Beaujón, Municipio Miranda, Coro- Estado- Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Venezuela.

García, R (2017) Autopercepción de Salud y Estado funcional en los adultos mayores del Centro Residencial Dr. José Dolores Beaujón, Municipio Miranda, Coro- Estado- Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”. Venezuela.

Gómez, E y Peña, P (2019) Valoración de la salud en adultos mayores de la Casa del Abuelo Agustín Medina del Municipio Falcón. Trabajo Especial de Grado para Optar al Título de Licenciada en Gerontología. Coro: Programa de Gerontología, Área Ciencias de la Salud, Universidad Nacional Experimental “Francisco de Miranda”.Venezuela.

Hernández R, Fernández, C. y Baptista P. (2010). Metodología de la Investigación. Cuarta Edición. México: Mc Graw Hill.

Moncada, G (2016) Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores, Angamarca- Huánuco 2015. Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad De Medicina. E.A.P. de Medicina Humana. Lima Perú.

Organización Mundial de la Salud (2002). Departamento de Promoción de la Salud y Envejecimiento un documento para el debate Segunda Asamblea Mundial. España

Ortega, L (2006). “Intervención para reintegrar al anciano frágil a la sociedad”. (Documento en línea). Disponible en URL: <http://www.psicologiacientifica.com/bv/psicologia-154-1-intervencion-para-reintegrar-al-anciano-fragil-a-la-sociedad.html>. Tercera edad. [Consultado 2008, Febrero 21]

Sánchez, (2010) La calidad de vida en los adultos mayores de la institución Nuevo Amanecer San Rafael de Canagüa, Estado Barinas.

Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (2010) Valoración nutricional en el anciano. Recomendaciones prácticas de los expertos en geriatría y nutrición. España.

Universidad Pedagógica Experimental Libertador (2006). Manual de Trabajos de Grado de Especialización y Maestrías y Tesis Doctorales. 5ta Reedición. Caracas: Editorial Fedupel.



<p>Valoración de las actividades de la vida diaria. Índice de Katz</p>		
<p>Baño</p>	<p>Independiente: Se baña enteramente solo o necesita ayuda solo para lavar alguna zona (como la espalda, o una extremidad con minusvalía) Dependiente: Necesita ayuda para lavar más de una zona, para salir o entrar en la bañera, o no puede bañarse solo)</p>	
<p>Vestido</p>	<p>Independiente: Saca ropa de cajones y armarios, se la pone, y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos Dependiente: No se viste por sí mismo, o permanece parcialmente desvestido</p>	
<p>Uso del sanitario</p>	<p>Independiente: Va al sanitario solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores. Dependiente: Precisa ayuda para ir al sanitario.</p>	
<p>Movilidad</p>	<p>Independiente: Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo, y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo Dependiente: Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla. No realiza uno o más desplazamientos</p>	
<p>Continencia</p>	<p>Independiente: Control completo de micción y defecación Dependiente: Incontinencia parcial o total de la micción o defecación</p>	
<p>Alimentación</p>	<p>Independiente: Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne. Dependiente: Necesita ayuda para comer, no come en absoluto, o requiere alimentación parenteral.</p>	



Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria. índice de Lawton y Brody

<p>Capacidad para utilizar el teléfono</p>	<p>I=Utiliza el teléfono por iniciativa propia y es capaz de marcar los números y completar una llamada. A=Es capaz de contestar el teléfono o de llamar a la operadora en caso de emergencia, pero necesita ayuda para marcar los números. D=Totalmente incapacitado para realizar una llamada por teléfono por si mismo.</p>	
<p>Uso de medios de transporte</p>	<p>I=Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio auto. A=Solo viaja si los acompaña alguien. D=No puede viajar en absoluto.</p>	
<p>Ir de compras</p>	<p>I=Realiza todas las compras con independencia. A=Necesita compañía para realizar cualquier compra. D=Totalmente incapaz de ir de compras.</p>	
<p>Preparacion de la comida</p>	<p>I=Organiza, prepara y sirve las comidas adecuadamente y con independencia. A=Calienta, sirve y prepara comidas ligeras, pero no puede mantener una dieta adecuada sin ayuda. D=Necesita que le preparen y sirvan las comidas.</p>	
<p>Control del medicamento</p>	<p>I=Es capaz de tomar su medicación en el horario y dosis correcta. A=Toma su medicación si alguien se lo recuerda y le prepara la dosis. D=Incapaz de administrarse su medicación.</p>	
<p>Manejo de sus asuntos economicos</p>	<p>I=Maneja los asuntos económicos con independencia. A=Realiza los gastos cotidianos pero necesita ayuda para manejar su cuenta de banco y hacer grandes compras. D=Incapaz de manejar dinero.</p>	



MINI-MENTAL FOLSTEIN Y LOBO

Paciente _____ Edad _____

Ocupacion _____ Escolaridad _____

Examinado por _____ Fecha _____

ORIENTACIÓN

Dígame el día _____ Fecha _____ Mes _____ Estado _____ Año _____ (5 puntos)

Dígame el hospital (o lugar) _____

Planta _____ Ciudad _____ Provincia _____ Nación _____ (5 puntos)

FIJACION

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana, hasta que se las aprenda (3 puntos)

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

- Si tiene 30 ptas. y me va dando de tres en tres ¿Cuántas le van quedando? (5 puntos)
- Repita estos tres números: 5, 9, 2 (hasta que los aprenda) Ahora hacia atrás (3 puntos)
- Recuerda las tres palabras de antes? (3 puntos)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo (¿Qué es esto?), repetirlo con un reloj (2 puntos)
- Repita esta frase: En un trigal había cinco perros (1 punto)
- Una manzana y una pera, son frutas ¿verdad? (2 puntos)
- ¿Qué son el rojo y el verde?
- ¿Qué son un perro y un gato? (1 punto)
- Coja este papel con una mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa (3 puntos)



ÁREA AFECTIVA: TEST DE YESAVAGE (ESCALA DE DEPRESIÓN)

Test de Yesavage (Escala de Depresión Geriátrica: GDS)	Respuesta	
1-¿Esta básicamente satisfecho con su vida?	Si	No
2-¿Ha dejado abandonado muchas actividades e intereses?	0	1
3-¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4-¿Se siente a menudo aburrido?	1	0
5-¿Esta de buen talante la mayor parte del tiempo?	0	1
6-¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	1	0
7-¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8-¿Se siente sin esperanza ante su situación actual?	1	0
9-¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	1	0
10-¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría?	1	0
11-¿Cree que es maravilloso estar vivo?	0	1
12-¿Piensa que no vale para nada estar como está ahora?	1	0
13-¿Piensa que su situación es desesperada?	1	0
14-¿Se siente lleno de energía?	0	1
15-¿Cree que la mayoría de la gente esta mejor que usted?	1	0



Interpretación	
0-5:	Normal
6-9:	Depresión leve
10 o más:	Depresión severa

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG		
SUBESCALA DE ANSIEDAD	Respuestas	Puntos
1.-¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?		
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?		
3. ¿Se ha sentido muy irritable?		
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?		
Puntuación total (Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.-¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?		
6.-¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?		
7.-¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)		
8.-¿Ha estado preocupado por su salud?		
9.-¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



SUBESCALA DE DEPRESIÓN	Respuestas	Puntos
¿Se ha sentido con poca energía?		
¿Ha perdido usted su interés por las cosas?		
¿Ha perdido la confianza en sí mismo?		
¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?		
Puntuación total (Si hay respuestas afirmativas, a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)		
¿Ha tenido dificultades para concentrarse?		
¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)		
¿Se ha estado despertando demasiado temprano?		
¿Se ha sentido usted enlentecido?		
¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?		
PUNTUACIÓN TOTAL		



**Escala De Recursos Sociales (OARS)
DUKE UNIVERSITY CENTER (1978)**

Apellidos _____ Nombre _____
Entrevistador/a _____ Fecha _____

Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos :

- 1.-Soltero
- 2.-Casado
- 3.-Viudo
- 4.-Separado
- No responde

¿Vive su cónyuge en la residencia?

- 1.-Si
- 2.-No
- No responde

Durante el último año, ¿con que frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?

- 1.-Una vez a la semana o más
- 2.-Una a tres veces al mes
- 3.-Menos de una vez al mes o solo en vacaciones
- 0.-Nunca
- No responde

¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?

- 3.-Cinco o más
- 2.-Tres o cuatro
- 1.-Una o dos
- 0.-Ninguna
- No responde

¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida).

- 3.-Una vez al día o más
- 2.-Dos veces
- 1.-Una vez
- 0.-Ninguna
- No responde

