

GUÍA DE PRÁCTICA



MANUAL BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y SUS FAMILIAS

Martha Patricia Fernández-Daza
Martha Martin Carbonell
Universidad Cooperativa de Colombia
Sede Santa Marta

Apropiación social del conocimiento
Generación de contenidos impresos
<http://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7375>
N.º 06, agosto de 2019
doi: <https://doi.org/10.16925/gcgp.15>

NOTA LEGAL

El presente documento de trabajo ha sido incluido dentro de nuestro repositorio institucional como Apropiación social de conocimiento por solicitud del autor, con fines informativos, educativos o académicos. Asimismo, los argumentos, datos y análisis incluidos en el texto son responsabilidad absoluta del autor y no representan la opinión del Fondo Editorial o de la Universidad.

DISCLAIMER

This coursework paper has been uploaded to our institutional repository as Social Appropriation of Knowledge due to the request of the author. This document should be used for informational, educational or academic purposes only. Arguments, data and analysis included in this document represent authors' opinion not the Press or the University.



GUÍA DE PRÁCTICA



**MANUAL BÁSICO PARA LA
EVALUACIÓN PSICOLÓGICA
DE ADULTOS MAYORES
INSTITUCIONALIZADOS Y
SUS FAMILIAS**

Martha Patricia Fernández-Daza
Martha Martin Carbonell

ACERCA DE LAS AUTORAS

Martha Patricia Fernández-Daza, doctora en Psicología, magíster en Neurociencias y en Psicología de la Salud. Docente investigadora, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta, Colombia. Correo: martha.fernandezd@campusucc.edu.co

CvLAC: https://scienti.colciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001593447
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8145-0286>

Martha Martin Carbonell, doctora en Ciencias de la Salud. Docente investigadora, investigadora sénior, Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta, Colombia.

Correo: martha.martinc@campusucc.edu.co

CvLAC: https://scienti.colciencias.gov.co/cvlac/visualizador/generarCurriculoCv.do?cod_rh=0001561776
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6337-577X>

CÓMO CITAR ESTE DOCUMENTO

Fernández-Daza, M. y Martin Carbonell, M. P. (2019). *Manual básico para la evaluación psicológica de adultos mayores institucionalizados y sus familias*. (Generación de contenidos impresos N.º 06). Bogotá: Ediciones Universidad Cooperativa de Colombia. doi: <https://doi.org/10.16925/gcgp.15>.

Este documento puede ser consultado, descargado o reproducido desde nuestro repositorio institucional (<http://repository.ucc.edu.co/handle/20.500.12494/7369>) para uso de sus contenidos, bajo la licencia de Creative Commons Reconocimiento-No Comercial-Sin Obra Derivada 4.0 Internacional. <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
MARCO TEÓRICO	9
OBJETIVOS Y MATERIALES	12
REGLAMENTO	13
DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS	17
ANEXOS	25
REFERENCIAS	56

06 MANUAL BÁSICO PARA LA EVALUACIÓN PSICOLÓGICA DE ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS Y SUS FAMILIAS

Martha Patricia Fernández-Daza

Martha Martin Carbonell

Resumen

El envejecimiento de la población es producto del cambio demográfico y epidemiológico actual, además de la disminución de la mortalidad, el descenso de la natalidad y el incremento de la esperanza de vida. Organismos reportan que la proporción de la población mundial igual o mayor de 60 años en el periodo 2000-2050 se duplicará, y del 11% pasará al 22%. En consecuencia, se espera que la cantidad de adultos en ese rango de edad se incremente de 900 millones a 1400 en el periodo entre 2015 y 2030. Infortunadamente, esta cifra seguirá en aumento según la Organización Mundial de la Salud. Entre los países de Latinoamérica y el Caribe, el crecimiento de la población adulta mayor será una característica común y se producirá con mayor rapidez que en los países desarrollados. Colombia pasa actualmente por un proceso de transición demográfica, lo cual se explica porque las tasas de natalidad han descendido y las cifras de mortalidad pueden ser moderadas o bajas. El crecimiento de la proporción de adultos mayores, el incremento de la esperanza de vida, la reducción de las tasas de natalidad y los cambios en las dinámicas familiares, sociales y económicas han favorecido la institucionalización de las personas mayores. Es imperante promover acciones preventivas que contribuyan al conocimiento de las características individuales y las necesidades actuales no solo del adulto mayor, sino también de sus familias. Es por ello que este manual pretende ofrecer conocimientos básicos sobre la evaluación psicológica de los adultos mayores y puede ser útil para apoyar la formación de los estudiantes que se vinculan a la atención a ancianos en las distintas modalidades de investigación y prácticas formativas que se ofrecen en la Universidad.

Palabras clave: adulto mayor, evaluación psicológica, familia, institucionalización.



AGRADECIMIENTOS

Especial agradecimiento a los ancianos y sus familiares, con ellos y para ellos es que trabajamos.

A la Universidad Cooperativa de Colombia, que ha contribuido en la realización del manual, así como a aquellos estudiantes ávidos de conocimiento e interesados en trabajar con la población adulta mayor que se encuentra viviendo en instituciones geriátricas.

INTRODUCCIÓN

Estimado/a estudiante

En este documento, encontrarás la explicación “paso a paso” sobre cómo proceder cuando te acercas a trabajar en hogares geriátricos y también otras informaciones sobre cómo aplicar, calificar e interpretar instrumentos de evaluación psicológica, además de bibliografía complementaria. Esperamos que sea útil para que puedas culminar exitosamente tus estudios de grado y que también te sirva más adelante en tu vida profesional.

El manual está estructurado de la siguiente manera: Introducción, Marco teórico, Objetivos

y materiales, Descripción de actividades y procedimientos de la práctica, Referencias bibliográficas, Parámetros para la elaboración y presentación del informe.

Gracias por tu colaboración.

Martha Fernández-Daza
Martha Martín Carbonell

PROPÓSITO DEL MANUAL

El presente manual tiene como propósito orientar a aquellos estudiantes que deseen conocer un poco más a cerca de los adultos mayores institucionalizados y de sus familias. Es una herramienta que, de forma sencilla, presenta recomendaciones a tener en cuenta al trabajar con esta población, así como instrumentos psicológicos que permiten realizar una evaluación básica de sus áreas afectivas y cognitivas, de sus dinámicas familiares y de las implicaciones de la institucionalización, entre otros.

RECOMENDACIONES PRÁCTICAS SOBRE EL MANUAL

Tenga en cuenta que el manual está dividido en cuatro partes, como se muestra en la Figura 1.



FIGURA 1. Partes del manual. Elaboración propia.



MARCO TEÓRICO

ENVEJECIMIENTO MUNDIAL

El envejecimiento poblacional es uno de los resultados del cambio demográfico, la disminución de la mortalidad, el descenso de la natalidad y el incremento de la esperanza de vida. De acuerdo con la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, el envejecimiento “es el conjunto de transformaciones y/o cambios que aparecen en el individuo a lo largo de la vida: es la consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres vivos. Los cambios son bioquímicos, fisiológicos, morfológicos, sociales, psicológicos y funcionales” (Ministerio de Protección Social, 2007). El envejecimiento individual está determinado por condiciones socioeconómicas, nutricionales, ambientales y culturales.

En cuanto a los países más envejecidos del mundo, tenemos en orden decreciente: Japón, Italia, Alemania y España (ONU, 2010). En este último país, las cifras del Instituto Nacional de Estadística indican que hay 7 877 778 personas con 65 años o más (Satorres, 2013).

Coincidimos con Satorres (2013) cuando considera que, teniendo en cuenta las proyecciones futuras sobre el envejecimiento y en vista de que se espera que la población siga creciendo en las próximas décadas, es fundamental aplicar cambios en las políticas sociales del adulto mayor no solo por la cantidad, sino también porque están cambiando algunas de sus características personales y sociales. Por tanto, es imprescindible pensar en nuevas formas de evaluar e intervenir a la persona anciana.

En la actualidad, el 8 % de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en veinte años este porcentaje aumente al 20 %; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años. Por ejemplo, en Italia se proyecta que haya más de un millón de personas sobre la edad de 90 años para el año 2024, y en China

en 2050 se proyecta que haya 330 millones de personas mayores de 65 años y 100 millones mayores de 80 años (Valencia, 2012).

De acuerdo con la Asamblea Mundial de la Salud (2016), entre 2000 y 2050 la proporción de la población mundial de 60 años y más se duplicará del 11 % al 22 %. Se prevé que el número absoluto de personas de 60 años o más aumentará de 900 millones en 2015, a 1400 millones para 2030 y a 2100 millones para 2050, y podría llegar a 3200 millones en 2100. En 2050, las personas de 60 años o más representarán 34 % de la población de Europa, y 25 % de América Latina y el Caribe y de Asia.

En América Latina y el Caribe, el crecimiento será generalizado en todos los países y a una velocidad mayor que en los países desarrollados, y tal como están los actuales contextos económicos, sociales, culturales e institucionales, envejecer puede ser negativo (Arango y Cardona, 2011).

ENVEJECIMIENTO EN COLOMBIA

Colombia vive un proceso de plena transición demográfica, con una natalidad descendente y una mortalidad moderada o baja; se espera que la población adulta mayor ascienda al 10,1 % en 2025 y al 18,7 % en 2050 (Arango y Cardona, 2011).

Teniendo en cuenta la Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019, en Colombia se consideran adultos mayores a mujeres y hombres que tienen 60 años o más (o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo, por ejemplo, indigentes o indígenas). También, queda expreso que la Constitución Política de 1991 establece en Colombia que el Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas adultas mayores y promoverán su integración a la vida activa y comunitaria, al tiempo que se considera deber del Estado garantizar los servicios de seguridad social integral a todos los ciudadanos.



AUMENTO DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR

El crecimiento considerable de los adultos mayores, el incremento de la esperanza de vida, la reducción de las tasas de natalidad, así como los cambios en las dinámicas familiares, sociales y económicas, han favorecido la oferta de instituciones para personas mayores.

Aunque en los países de Occidente cuentan con mejores programas sociales, económicos y de salud, dado que las personas tienen mayor probabilidad de llegar a edades avanzadas con un mayor bienestar, no es así en los países pobres o en vías de desarrollo, algunos incluso no tienen coberturas de salud ni beneficios sociales (OMS, 2015).

A su vez, el aumento poblacional de personas mayores trae consigo mayor probabilidad de padecer enfermedades crónicas, enfermedades neurodegenerativas, mayor dependencia y, por ende, mayor uso y costos de los servicios de salud, lo que posiblemente genere que las familias no puedan o no se sientan con la suficiente capacidad de cuidar al adulto mayor, trayendo como consecuencia que las familias recurran a su institucionalización.

RIESGOS Y VENTAJAS DE LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ADULTO MAYOR

La institucionalización rara vez es considerada en el contexto de preferencia que puede ayudar o mejorar al adulto mayor, y con más frecuencia de lo que se cree es utilizado como el último recurso (Gracia, 1997, citado por Parra, 2013).

El ingreso del adulto mayor al entorno residencial supone dejar su espacio vital, perder muchas de sus cosas, abandonar a su familia, a sus amigos, a sus vecinos e incluso sus hábitos. Esto a su vez acarrea problemas de adaptación e incrementa el grado de dependencia, aislamiento y la aparición de enfermedades mentales como depresión, ansiedad, etc.

De otra parte, instituciones de reconocimiento mundial han indicado que uno de los principales riesgos para la autonomía del adulto mayor es el maltrato; actualmente, uno de cada diez adultos mayores que viven en la comunidad lo sufren, siendo esta cantidad mucho más alta cuando se trata de aquellos que residen en instituciones (Asamblea Mundial de la Salud, 2016). Para ello, se ha señalado que una prioridad será encontrar mecanismos de regulación, selección e integración de los servicios sanitarios, médicos y sociales con el objetivo de optimizar el apoyo a los adultos mayores, además de elaborar sistemas de atención a largo plazo (domiciliaria, comunitaria o institucional).

Entre las ventajas de la institucionalización del adulto mayor se pueden mencionar: mayor número de redes de apoyo; red exterior conformada por los familiares y amigos; red con el grupo de adultos mayores residentes y, por último, la red con el equipo que atiende en la institución. Otra de las ventajas es que el adulto mayor tiene mayor oportunidad de vincularse con sus pares, compartir intereses comunes, recuerdos, etc.

EL PAPEL DE LA FAMILIA DEL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO

En cuanto al impacto psicológico de la institucionalización en familiares, algunos estudios han reportado tras seis meses de institucionalización: depresión, desmoralización, culpa, rabia, problemas de salud, preocupación por que la salud del anciano disminuya, incertidumbre en cuanto a la institución y exceso de atención. Sin embargo, las condiciones cambian a medida que el adulto mayor tiene más tiempo en la institución; en aquellos familiares de adultos mayores que tenían más de doce meses en la institución, hay un equilibrio entre las propias necesidades y las del adulto mayor, adaptación, aceptación y reorganización de la vida social (Rodríguez, 2013).



De acuerdo con Gracia (1997, citado por Parra, 2013), son diversos los estudios que evidencian que gran parte de los adultos mayores sostienen contacto regular con sus familiares tras el ingreso a la institución, es decir, a pesar de la institucionalización la familia representa su apoyo más importante.

También se ha indicado que los adultos mayores institucionalizados que tienen edades más avanzadas mantienen contactos familiares con mayor frecuencia que aquellos adultos mayores más jóvenes; además, informan de mayor satisfacción con estas relaciones (Del Mar, Pérez-Fuentes, Gázquez y Sclavo, 2015). Agregan que el apoyo familiar para el adulto mayor en contextos residenciales es decisivo en momentos de crisis, principalmente durante el curso de enfermedades crónicas, y la percepción es mayor que el apoyo social.

Los autores añaden que la familia tiene un papel fundamental en los procesos de adaptación e integración del adulto mayor mientras se encuentra institucionalizado; continuar experimentando vínculos afectivos con los hijos, nietos, bisnietos promueve el intercambio intergeneracional, además le otorga seguridad ante cualquier eventualidad que pueda surgir (Del Mar et al., 2015).

Llegados aquí, se evidencia la necesidad de investigar sobre los adultos mayores institucionalizados y sus familias, principalmente en países como Colombia donde los estudios empíricos son escasos y más aún a nivel regional o local.

OBJETIVOS Y MATERIALES

1. Carta
2. Formatos para obtener consentimiento informado
3. Formato para caracterizar el asilo
4. Evaluación anciano

4.1. Procedimientos para la evaluación cognitiva

4.2. Procedimientos para la evaluación de la funcionalidad

4.3. Evaluación afectiva

5. Evaluación familia

6. Formatos para organizar la información individual del anciano de cara a planificar las intervenciones basadas en el modelo centrado en la persona

REGLAMENTO

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR LA COLABORACIÓN DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS Y/U OTRAS INSTITUCIONES POSIBLES

Paso 1. Identificar posibles hogares geriátricos en función de la factibilidad para recoger la información. Tener en cuenta que usted deberá asistir en numerosas ocasiones, por lo que sería deseable que fuera relativamente fácil el transporte hacia y desde el lugar.

TIP: ayuda contar con un aliado que facilite el contacto inicial con los directivos, puede ser un familiar, un amigo, etc.

Paso 2. Conseguir los datos de contacto de la persona que debe autorizarnos a trabajar en el hogar geriátrico.

Paso 3. Elaborar la carta de solicitud con los datos de contacto para que sea firmada por la decana de la facultad. El formato de carta está disponible en el Anexo 1. La carta será enviada oficialmente por la dirección de la facultad.

TIP: obtener una copia de la carta oficial para presentarla a los directivos del hogar geriátrico cuando se haga la entrevista con ellos.

Paso 4. Coordinar entrevista con el directivo del hogar geriátrico para solicitar su colaboración



en el proyecto de grado. La idea es adaptarse a las posibilidades de horario del entrevistado.

TIP 1: es posible que usted deba llamar varias veces o que necesite el apoyo de un aliado (alguien que trabaje en la institución, un amigo que conozca a la persona y sirva de intermediario, etc.). Es ideal que en esta primera entrevista participe la investigadora principal del proyecto y/o el tutor, por lo que usted debe intentar conciliar sus posibilidades con el horario probable de la cita, aunque esto no será posible en todos los casos. Una vez que tenga la cita, debe asegurarse de ser puntual; si surge algún imprevisto grave que le impida acudir a la cita, comuníquese lo antes posible con el directivo para excusarse y coordinar otro encuentro.

TIP 2: a la entrevista es conveniente acudir con el uniforme de la Universidad (aunque no es imprescindible), en su defecto, con el carné universitario.

INSTRUCCIONES PARA SOLICITAR EL CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LOS PARTICIPANTES

El consentimiento informado es el procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos.

Se trata de un proceso dialógico, en el que el investigador suministra al participante la información necesaria para que decida si accede a colaborar en la investigación o no, por lo cual esta información se debe adaptar a las características de la persona (nivel cultural, edad, situación personal, etc.), de manera que se garantice una comunicación efectiva.

Puede profundizar en el tema sobre el consentimiento informado en psicología en el documento de Hernández, Díaz, Salamanca y Acero

(2018) y en la conferencia de Maritza Sánchez Ramírez (2017).

Es posible que, en su proyecto de investigación, necesite el consentimiento informado de diversas personas:

- Para que le autoricen realizar la investigación, los directivos del hogar geriátrico le den acceso a la información y le colaboren facilitándole la comunicación con los ancianos y sus familiares.
- Del adulto mayor residente en el hogar geriátrico, en caso de que esté apto para dar a entrevista, y si no es posible, de la persona responsable.
- Del familiar del adulto mayor para que permita ser entrevistado.

El consentimiento informado será entregado impreso por los investigadores a cargo del proyecto. Puede ver un modelo en el Anexo 2. En todos los casos, deberá recogerlo. Si el consentimiento es otorgado por llamada telefónica, es conveniente que usted le solicite al participante que de alguna manera le haga llegar el consentimiento, ya sea por correo (electrónico o postal) o que le permita grabarlo.

Las informaciones que deberá suministrar para garantizar el consentimiento informado están en el documento instructivo para solicitud del consentimiento informado (Anexo 3).

INSTRUCCIONES PARA RECOPIAR LAS INFORMACIONES NECESARIAS PARA CUMPLIMENTAR LA FICHA DEL GERIÁTRICO

Conocer y caracterizar el hogar geriátrico en el que usted va a desarrollar su proyecto de grado no solo es necesario para lograr los objetivos de la investigación, sino también, y lo que es más importante, para que pueda integrarse y ser aceptado por el colectivo de trabajadores, por los adultos mayores y sus familias.



Esto no se logra en un día, ni en la primera visita, y muy posiblemente necesitará que el personal de la institución le ofrezca ciertas informaciones para luego contrastarlas con su propia observación. Como resultado de este proceso, usted podrá diligenciar la “Ficha del hogar geriátrico” (Anexo 4). El instructivo específico para diligenciar esta ficha está disponible en el Anexo 5

INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DEL ANCIANO

- Sea puntual. Recuerde que usted es auxiliar de investigación y su labor forma parte de un proyecto, por lo cual su trabajo influye en su ejecución, así como en el trabajo de próximas auxiliares.
- Acuerde con el investigador o asesor las citas a las instituciones. En caso de que asista solo, debe comunicarle. Trate en lo posible de que las citas no sean cercanas a horas de comida, siesta, etc.
- Para realizar la evaluación, trate en lo posible de escoger un lugar cómodo, iluminado, sin tantos distractores.
- En caso de tener acceso a la historia clínica del adulto mayor, es muy importante que recuerde los principios éticos de la profesión del psicólogo, principalmente el secreto profesional y el principio de confidencialidad.
- No juzgue. Cada familia tiene su propia dinámica y solamente ellos comprenden con exactitud la situación de tener un integrante en un geriátrico. Recuerde que el hecho de vivir en una institución no implica que necesariamente el adulto mayor esté en situación de abandono.
- Evite adjetivos calificativos como: bueno, malo, no sirve, etc.
- Durante la evaluación psicológica, es posible y pertinente realizar también intervenciones de apoyo si fuera necesario. Es frecuen-

te que al entrevistar a los familiares o al adulto mayor, surjan temas de conversación no previstos. Escúchelos. Forma parte de la dinámica evaluativa. Ello le ayudará a conocer más al entrevistado.

- Tanto el adulto mayor como su familiar o el equipo que trabaja en la institución también nos están evaluando. Por eso, ganarse su confianza y disposición a colaborar es siempre parte del proceso evaluativo y se va logrando paulatinamente.
- Muéstrese empático, sociable y cálido no solo con el entrevistado, sino también con el personal que labora en el geriátrico. Ante las necesidades expresadas, esto puede ser debido en parte a la escasez de redes de apoyo o de personal. Comuníquelas al investigador a cargo.
- Puede ser que observe diferencias entre las instituciones públicas y privadas que atienden al adulto mayor. Cuando se encuentre dentro del geriátrico, no es momento de comentarlas, ni siquiera con sus compañeros.
- Solicite un permiso previo, en caso de que quiera tomar fotos tanto de la institución como de las personas.

ALGUNOS ASPECTOS PARA TENER EN CUENTA EN EL PROCESO DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA A LOS ANCIANOS

La evaluación psicológica de los ancianos suele ser similar a la de otros adultos, aunque tiene sus particularidades porque en ellos, y en especial los muy ancianos o debilitados, la anamnesis y la aplicación de pruebas psicológicas es posible que sea un proceso más espaciado en el tiempo, con múltiples sesiones.

También, es importante tener en cuenta que los mayores pueden tener déficits sensoriales (baja visión o audición), déficits cognitivos y/o educacionales (nivel de escolaridad) que les



dificulten responder los cuestionarios o test, por lo que es preferible la heteroaplicación. Aunque con adultos mayores que no presenten estas limitaciones se puede trabajar con la modalidad de autoaplicación e incluso de evaluación psicológica con cuestionarios en línea. En consecuencia, es preferible que antes de realizar la valoración se informe con el personal de la institución acerca de los déficits que tiene el adulto mayor a evaluar.

Antes de la evaluación psicológica:

- Planifique bien sus tiempos para evitar retrasos.
- Leer y manejar el protocolo de evaluación.
- Informe a su asesor sobre las dudas relacionadas con la aplicación de las pruebas y otras inquietudes que pueda tener.
- Organice el material a necesitar: hojas, papel, lápices, cuadernos, etc.

Durante la evaluación psicológica, en las sesiones evaluativas, debe tener en cuenta que puede presentarse:

- Mayor fatigabilidad (necesidad de sesiones más breves): como psicólogo en formación, usted está capacitado para observar estos cambios, por lo que se sugiere que suspenda la valoración en casos de observar agotamiento.
- Dificultad para valorar el *rapport*, ya que suelen mostrarse muy complacientes (a mayor nivel de estudios, menor influencia). Esto implica que el adulto mayor puede que acepte o niegue síntomas si cree que eso es lo que el entrevistador espera de él, o que diga que está satisfecho o de acuerdo con situaciones o acciones, siendo falso.

- Especial vulnerabilidad: se debe ser precavido al abordar temas sensibles como el abandono familiar, el duelo por un ser querido, etc. Tener cuidado al aplicar test para detectar depresión, pues las preguntas pueden desencadenar reactividad emocional. También velar cumplir con otras normas, válidas para cualquier grupo de edad, como no transmitir preocupación, miedo o cualquier sentimiento negativo o de no aceptación ante los fallos o comunicaciones del participante.

- Actitud del entrevistador hacia la vejez: Este punto es de gran importancia, pues a veces el entrevistador no es consciente de sus actitudes y puede mostrar falta de empatía, tratar al anciano como si fuera una persona con capacidad disminuida (aunque no sea cierto), mostrarse sobreprotector, excesivamente complaciente o exigente, entre otros errores.

- Mayor disponibilidad de tiempo, porque específicamente las valoraciones cognitivas dependerán del nivel de ejecución, tiempo y rendimiento de cada adulto mayor. Es posible la presencia de deterioro cognitivo, lo que indudablemente influirá en la evaluación. Respete su tiempo y cambios imprevistos en la agenda, tales como: hora de comida, merienda, horas de la medicina, etc.

- Anotar cualquier dificultad que se presente con las pruebas, como inadecuada comprensión de los ítems.

- Registre los datos, tal como el asesor le enseñó, de tal forma que al digitarlos no se pierdan.

Puede profundizar en las particularidades de la evaluación psicológica en ancianos. Sugerimos revisar la tesis doctoral de Ignacio Montorio (1990).



DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE LA PRÁCTICA

PASOS, TÉCNICAS Y FORMATOS QUE SE UTILIZAN EN EL PROYECTO PARA LA EVALUACIÓN DE LOS ANCIANOS

Paso 1. Diligenciar el formato “Hoja inicial de anciano” que encontrará como Anexo 6 (tiempo aproximado: entre 30 minutos y 1 hora).

Para ello deberá:

- Crear el *rapport* con el adulto mayor.
- Obtener información sociodemográfica.
- Obtener información preliminar para la evaluación cognitiva y funcional.

TIP: en el primer contacto con el adulto mayor participante en el estudio, tras obtener el consentimiento informado, se debe continuar generando una relación de confianza que favorezca la comunicación. En ese proceso de crear el *rapport* inicial, se puede y se debe obtener información para diligenciar el formato “Hoja inicial de anciano”, que además sintetiza la información sobre el estado cognitivo y funcional del anciano.

TIP: si el anciano no está en condiciones de suministrar información confiable porque es evidente que hay deterioro cognitivo grave, la información se obtendrá de los archivos y/o referencias del personal del hogar geriátrico.

EVALUACIÓN DEL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO

El funcionamiento cognitivo se calificará de acuerdo con:

- Escala Global de Deterioro - Global Deterioration Scale (GDS) que encontrará en el

Anexo 7. Allí también encontrará las instrucciones para su calificación. La GDS permite clasificar el deterioro cognitivo en siete estadios clínicos que van de 1 (ausencia de deterioro) a 7 (deterioro grave). La asignación final del estadio se realiza tras evaluar las características clínicas del deterioro cognitivo en el paciente.

Las estrategias que se pueden usar para determinar el grado de deterioro cognitivo son:

- Observación.
- Revisión de la historia clínica.
- Entrevista: preguntas sobre datos sociodemográficos, preguntas para evaluar orientación espacio-temporal, preguntas para evaluar identificación de personas de su entorno habitual, familiares o amigos, preguntas sobre acontecimientos significativos (de su vida, de su entorno, del país, del mundo, etc.).
- Test de Pfeiffer: esta prueba es de las más usadas a nivel mundial por su relativa sencillez en la aplicación, calificación e interpretación. Usted puede encontrar información sobre esta prueba, su calificación e interpretación en el Anexo 8 y sobre la validación de la versión al idioma español en Martínez de la Iglesia, Dueñas Herrero, Onís Vilches, Aguado Taberné, Albert Colomer y Luque Luque (2001).
- Test del informador: este instrumento forma parte de los “Cuestionarios que se aplicarán al familiar” (Anexo 9), pero también usted puede entregarlo (opcional) al personal del geriátrico que conozca al enfermo desde hace más de cinco años, en caso de no contar con un familiar que le sirva de informador. Las instrucciones de aplicación y calificación se encuentran en el Anexo 10.

Todas las opciones anteriores, o la combinación de varias o solo una de ellas, pueden y



deben ser utilizadas para obtener la calificación del GDS. Esta calificación se anota en el formato “Hoja inicial de anciano” (Anexo 6).

EVALUACIÓN DE LA FUNCIONALIDAD

Se realizará mediante el índice de Katz, que es uno de los utilizados con más frecuencia. La escala consta de seis elementos y evalúa las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración. Para calificar el nivel del paciente en cada actividad, se puede basar en lo que diga el anciano o un informante. La información está

disponible en el Anexo 15. La calificación se anota en el formato “Hoja inicial de anciano”.

Paso 2. ¿Qué hacer una vez diligenciado el formato “Hoja inicial de anciano”?

- Si la puntuación del GDS es igual o superior a 3, no se aplican los cuestionarios para valorar depresión.
- Si la puntuación está entre 3 y 4, se pueden continuar las entrevistas para diligenciar informaciones para el formato del modelo centrado en la persona.

La Figura 2 le ayudará a orientarse.

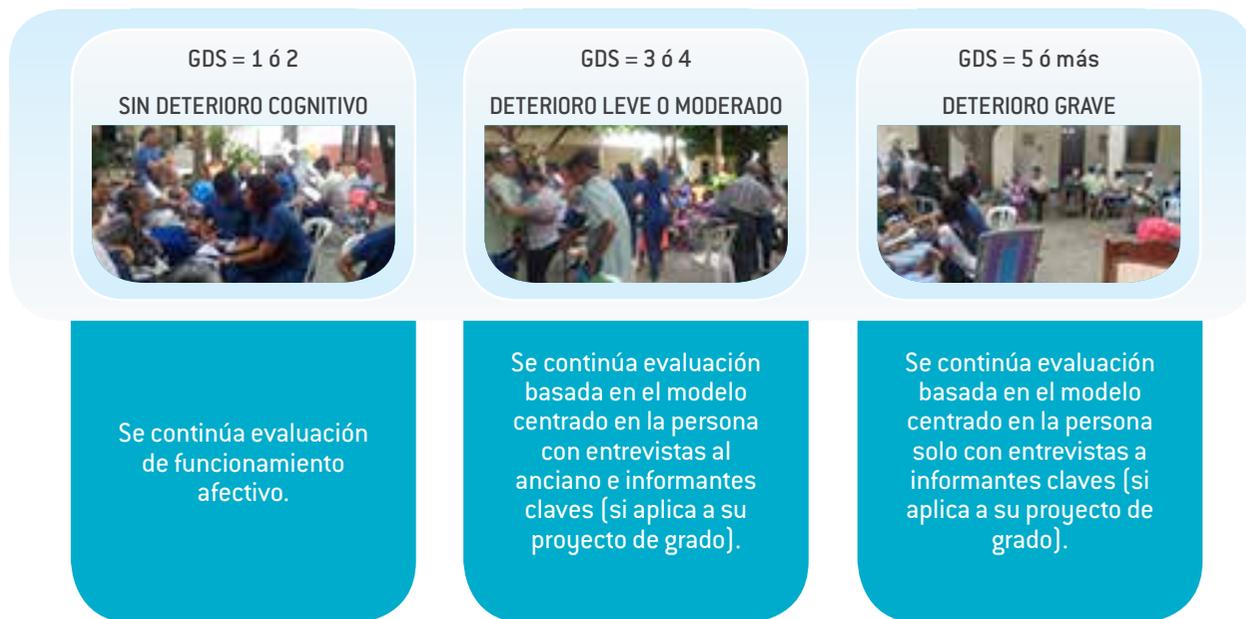


FIGURA 2. Pasos para la evaluación del anciano. Elaboración propia

Paso 3. Solo con ancianos con GDS=1 o 2 (sin deterioro cognitivo). Aplicar en el siguiente orden:

1. Cuestionario estrés (Anexo 16)
2. Cuestionario de Yesavage (Anexo 17)
3. Cuestionario PHQ-9 (Anexo 18)
4. Cuestionario CES-D (Anexo 14)

Es posible que sean necesarias al menos dos sesiones para aplicar estos cuestionarios y el tiempo de duración de la evaluación dependerá de las particularidades. Los formatos de los instrumentos se encuentran en los anexos correspondientes con la información básica sobre su creación, validación, calificación e interpretación. Sin embargo, recuerde que usted también contribuirá con la búsqueda de información al respecto, porque forma parte de su trabajo individual.



INSTRUCCIONES PARA LA EVALUACIÓN DEL FAMILIAR

ORIENTACIONES GENERALES

Las entrevistas se pueden realizar de manera presencial (individual o grupal), por correo electrónico, encuesta en línea o por teléfono. La modalidad dependerá de la preferencia del familiar, pero si es posible, se deben priorizar las entrevistas presenciales. En cualquiera de las modalidades, primero se requiere obtener el consentimiento informado del participante.

En la modalidad presencial, es posible que tome entre 30 minutos y 1 hora completar la entrevista, dependiendo del nivel cultural del entrevistado, su disposición a colaborar, las condiciones ambientales y físicas del lugar de la aplicación, etc.

ESTRATEGIA

Paso 1. Pedir apoyo a los directivos del hogar geriátrico para saber a qué familiares se les puede entrevistar y cómo contactarlos.

Paso 2. Contactar al familiar y coordinar la modalidad, fecha y hora de la entrevista.

Paso 3. Recoger la información con la ayuda del formato “Guía de entrevista al familiar” (Anexo 9).

El manual está estructurado desde las preguntas menos complejas y con menor implicación emocional, hasta las preguntas que valoran el impacto de la institucionalización en el familiar y su estado afectivo. Así, inicia con informaciones sobre el vínculo de parentesco con el adulto mayor institucionalizado y con una serie de preguntas sobre los servicios de salud.

Seguidamente, se aplicará el test del informador (las instrucciones están en el Anexo 10). Se espera que a esta altura de la entrevista ya

se haya logrado un adecuado rapport con el entrevistado, por lo que se pasa a preguntas específicas sobre la situación vital del familiar y su relación con el anciano.

Le sigue un cuestionario de 55 preguntas que exploran la intensidad de sentimientos y vivencias relacionadas con la institucionalización del anciano (Anexo 13).

Al final, se aplica el Cuestionario CES-D (Anexo 14), que está incluido en el formato para la recogida de información.

INSTRUCCIONES PARA DILIGENCIAR EL FORMATO PARA DISEÑAR LA INTERVENCIÓN INDIVIDUAL BASADA EN EL MODELO CENTRADO EN LA PERSONA

ORIENTACIONES GENERALES

El formato “Instrumentos para evaluación desde el modelo centrado en la persona” contiene una serie de herramientas para sintetizar las informaciones que se van obteniendo a través de entrevistas sucesivas con el adulto mayor, su familia y/o el personal de la institución, con el fin de diseñar una propuesta de intervención específica para esta persona.

Debe tenerse en cuenta que no es necesario que esta propuesta de intervención consista en una “terapia individual”. Lo importante es tomar en consideración las condiciones particulares y específicas de la persona para decidir, con su criterio de ser posible, cuáles son las intervenciones o actividades en las que se debe involucrar. Esto incluye tanto las actividades que desarrolla el hogar geriátrico, como las que usted pueda diseñar y ejecutar.



INSTRUMENTOS

Los siguientes instrumentos han sido adaptados de la propuesta de Martínez-Rodríguez (2011).

1. Guion para elaborar la historia de vida

Conocer la biografía de la persona es algo esencial para poder ofrecer una atención orientada a la persona. En este proceso, debe participar la propia persona, siempre que sea posible, y muchas veces la familia o los amigos.

Un sencillo guion puede servir como orientación para llegar hasta la biografía del adulto mayor institucionalizado. Cuando la persona no tenga capacidad suficiente para informar sobre su historia de vida, esta se podrá ver completada o realizada por sus familiares o amigos, siempre que la persona, o quien ejerza su representación, lo consienta.

No es necesario consignar todos los detalles de la vida del participante, sino aquellos que sean importantes para su vida actual.

INSTRUMENTO 1: GUIÓN PARA ELABORAR HISTORIA DE VIDA

La información se obtiene a través de entrevistas sucesivas con el adulto mayor, y se incluyen los datos que se consideran esenciales e importantes de cara a planificar la intervención.

1. Nacimiento: fecha, lugar, padres, contexto social o momento histórico.
2. Infancia y juventud: crianza, hermanos y otra familia, escuela y estudios, amistades infantiles y juegos, conflictos, frustraciones, primeros trabajos, amistades juventud y ocio.
3. Vida adulta: formar una familia, trabajos, ocio y aficiones, experiencias vitales y recuerdos especiales incluyendo tanto los grandes logros y eventos positivos, como las adversidades y pérdidas.
4. Vejez y vida actual: cese del trabajo, viudedad, nietos, aficiones, proyectos actuales y futuros, deseos, asuntos pendientes, etc.
5. Informaciones de interés proporcionadas por el cuidador y/o los familiares.

2. Mapas básicos

Sus objetivos básicos son facilitar la participación de la persona con discapacidad en la toma de decisiones de asuntos de su vida actual y su futuro, así como la visibilización de sus capacidades. Son soportes en los que se presenta esquemáticamente, de modo que pueda visualizarse con facilidad, la información relevante de cada persona en relación con distintas áreas básicas.

Facilitan que los ancianos se acerquen al plan de atención, se hagan más conscientes de sus

capacidades y expresen su parecer y preferencias. Cumplen también la importante función de favorecer el conocimiento y visibilizar la capacidad del adulto mayor ante los demás (profesionales, familiares).

A diferencia de otros instrumentos de valoración, no son cumplimentados desde la valoración del profesional, sino desde la participación de la persona y su grupo de apoyo. Su objetivo no es una valoración técnica y externa, sino obtener información y consciencia de las capacidades y de los apoyos que se requieren desde la participación.



1) *Mapa de salud y actividades de la vida diaria*: recoge las fortalezas y debilidades que la persona tiene y percibe en relación con su salud. También visualiza las actividades de

la vida diaria relevantes para la persona, identificando las capacidades y las necesidades de apoyos.

Fortalezas	Debilidades	Recomendación

Para ver un ejemplo, vea la tabla 1.

TABLA 1. Mapa de salud y actividades de la vida diaria

Ejemplo Mapa de salud y actividades de la vida diaria de Virtudes, usuaria del servicio de ayuda a domicilio	
SOBRE MI SALUD	
Mis fortalezas <ul style="list-style-type: none"> • Oigo muy bien. • Apenas tomo medicinas, solo para el Parkinson. • Mi corazón es fuerte. • Mi memoria se mantiene. 	Mis debilidades <ul style="list-style-type: none"> • La vista. • Camino con dificultad y tengo riesgo de caerme. • Me tiembla algo el pulso.

Nota. Tomado de *La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*, por T. Martínez-Rodríguez, 2011, p. 78.

2) *Mapa de actividades del centro*: se utiliza para presentar las actividades de la residencia y la participación del adulto mayor. (Si no alcanzan las filas, continuar en hoja aparte).

ACTIVIDAD	¿Participa habitualmente?		¿Le gustaría participar?		Observaciones/ recomendaciones
	SÍ	NO	SÍ (explicar por qué no participa)	NO	



Ejemplo:

TABLA 2. Mapa de actividades del centro

Ejemplo Mapa de actividades de la residencia y participación	
Juegos de mesa (cartas, dominó)	Participo habitualmente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Me gusta / gustaría participar <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Conferencias	Participo habitualmente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Me gusta / gustaría participar <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Estimulación memoria	Participo habitualmente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Me gusta / gustaría participar <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Gimnasia	Participo habitualmente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Me gusta / gustaría participar <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Grupos reminiscencias	Participo habitualmente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Me gusta / gustaría participar <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no
Tertulias	Participo habitualmente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no Me gusta / gustaría participar <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no

Nota. Tomado de *La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*, por T. Martínez-Rodríguez, 2011, p. 78.

3) *Lugares significativos*: describe los lugares importantes para la persona, donde ha desarrollado o desarrolla su vida. Especial interés tienen los espacios y recursos de la comunidad que la persona solía o suele frecuentar, de cara a permitir que siga con

sus actividades y contactos significativos y evitar el aislamiento. En el ejemplo que se muestra a continuación, el mapa de lugares se ha elaborado seleccionando los más importantes para la persona. Además, señala en color la vivencia asociada a la frecuencia.



En las casillas en color, el signo más (+) o menos (-) indica el deseo de aumentar o disminuir la frecuencia de asistencia. Aunque este ejemplo no lo recoge, pueden incluirse fotografías de los distintos lugares. No es necesario que usted elabore el mapa de esta

manera, puede hacer simplemente una lista, puede usar imágenes, fotos, videos, etc. El objetivo es identificar los lugares donde la persona se siente mejor, cuáles le desagradan y los motivos de ello o cuáles le gustaría frecuentar más.

Ejemplo:

TABLA 3. Lugares significativos

Ejemplo			
Mapa de lugares significativos de Tomás, que vive en un centro residencial			
Casa y familia		Lugares del barrio	
Casa propia	+	Farmacia	
Casa de Carmen (hija)	+	Centro de salud	
		Bar de Juan	+
		Parque	+
		Centro social	+
Residencia		Otros lugares importantes	
Habitación	+	Pueblo	+
Sala común de la planta			
Jardín			
Cafetería			
Sala de actividades terapias	-		

- Acudo cuando quiero y me siento a gusto así
- Acudo menos o más de lo que desearía

Nota. Tomado de *La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*, por T. Martínez-Rodríguez, 2011, p. 78.

4) *Intereses y aficiones:* pueden recoger la ocupación laboral de la persona, sus aficiones principales y otros intereses, incluyendo los nuevos que vayan surgiendo. Puede elaborarse como una lista o usar imágenes

como en el ejemplo que se ofrece a continuación. *Lo importante es saber qué le gusta, cuáles son sus intereses y aficiones, tanto los que desarrolla como los que le gustaría hacer.*



Ejemplo:

TABLA 4. Intereses y aficiones

Ejemplo Mapa de intereses y aficiones de Herminio, que vive en una unidad de convivencia para personas con demencia			
TRABAJOS PREVIOS		INTERESES Y AFICIONES DE SIEMPRE	
 Mecánico	 Campo	 Jugar al tute	 Coches
		 Toros	
NUEVOS INTERESES DESCUBIERTOS			
 Ver TV	 Animales	 Ver fotografías antiguas	

Nota. Tomado de *La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*, por T. Martínez-Rodríguez, 2011, p. 78. Íconos descargados de flaticon.com.

3. La hoja de ruta personal

Será la guía para el diseño de la intervención psicológica. Se basa en la información obtenida de los instrumentos anteriores y de lo siguiente:

- Evaluación cognitiva (test de Pfeiffer y GDS).
- Evaluación afectiva (nivel de estrés, PHQ-9, CES-D y Yesavage) si aplica.
- Información del familiar (test del informador - Anexo 10, Formato de información sobre el familiar - Anexo 11) si aplica.

Debe incluir las valoraciones de la persona, completadas si es preciso por el grupo que la acompaña (familia, profesionales), relacionadas con tres elementos primordiales:

- Las fortalezas de la persona.
- Las habilidades o capacidades que deben ser reforzadas (sirven para guiar

los objetivos de intervención del plan personalizado de atención) y las metas que se propone.

- Algunas ideas o propuestas sobre cómo conseguir estas metas.

Busca que la persona mayor sea consciente y se fije en sus capacidades, elija sus propios retos y aporte ideas sobre cómo quiere conseguirlos. Por ello es importante que cada “Hoja de ruta personal” se utilice y se registre evitando tecnicismos, y sea enunciada de forma fiel reflejando la visión de la persona mayor. Este sencillo instrumento cumple también un interesante papel en lo que supone la visibilización de las capacidades de la persona ante su familia, sus allegados y ante los propios profesionales.

Fortalezas:

Habilidades o capacidades que deben ser reforzadas:

Propuesta de intervención



ANEXOS

ANEXO 1. EJEMPLO DE CARTA DE SOLICITUD PARA LA DIRECCIÓN DE LOS HOGARES GERIÁTRICOS QUE DEBERÁS ADAPTAR A TU PROPIO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Santa Marta, ___ de _____ de 2019

Señor(a)

Asunto: Solicitud colaboración y apoyo estudiantes trabajo de grado

Cordial saludo.

La presente es con el fin de solicitar su colaboración y apoyo en términos de facilitar a las estudiantes (nombre completo y cédula) acceso a la población de ancianos y sus familias. Nuestro interés en este tema es porque apenas existen investigaciones sobre familiares de ancianos institucionalizados, a pesar de que las familias siguen siendo importantes en la vida de los residentes. La presente investigación pretende aportar información sobre el problema de la adaptación familiar ante la institucionalización del anciano y cómo se relaciona con diferentes factores concernientes al propio familiar y al residente. Para ello, vamos a utilizar unos cuestionarios que se usan habitualmente con este fin.

Estamos pidiendo ayuda a personas residentes en (nombre completo del hogar geriátrico) para que nos colaboren contestando los cuestionarios. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria, la persona puede elegir participar o no hacerlo. También puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Debe saber que, aunque contestar estos cuestionarios no conlleva ningún peligro para su salud física o mental, puede que le parezca aburrido o simplemente que no desee responder ciertas a preguntas. Puede dejar de participar en la investigación en el momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

La aplicación de los instrumentos contará con las exigencias de bioética (consentimiento informado a los participantes) y lo establecido en la Ley 1090 del Código Deontológico del Psicólogo respecto a la confidencialidad y uso de la información. Los cuestionarios al anciano se aplicarán de manera individual en una o varias sesiones de trabajo que duran aproximadamente una hora, en dependencia de la comodidad del residente y las normas de la institución. Al familiar se le entrevistará en la propia residencia, en su hogar o en el lugar que escoja.

No compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial y solo los investigadores tendrán acceso a la misma. El conocimiento científico que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público.

Las estudiantes forman parte de un equipo de investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Cooperativa de Colombia, cuyas responsables son la profesora Martha Martín Carbonell



y la profesora Martha Fernández Daza, a quienes puede contactar directamente para cualquier información o aclaración. El e-mail de la Dra. Martha Martín es martha.martinc@campusucc.edu.co; el e-mail de la Dra. Martha Fernández es martha.fernandezd@campusucc.edu.co

Esperamos su colaboración y apoyo en este proceso, con la seguridad de que los resultados derivados de este trabajo contribuirán al beneficio del programa de Psicología y de la comunidad. Por su parte, las estudiantes quedan comprometidas a presentarles a usted y su institución un informe detallado del estudio con los hallazgos.

Cualquier información adicional que la institución requiera, gustosamente será atendida a través de nuestros teléfonos 4326910 ext.111- 112

Atentamente,

Datos de la persona con firma autorizada

Facultad de Psicología

Universidad Cooperativa de Colombia

Proyectó:

Revisó:

correspondencia.san@ucc.edu.co



ANEXO 2. EJEMPLO DE FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO QUE DEBERÁ SER ADAPTADO AL PROPIO PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

He sido invitado a participar en una investigación sobre “Las familias de los ancianos institucionalizados. Un estudio transcultural entre Colombia y España”. Entiendo que responderé a unos cuestionarios. He sido informado de que los riesgos son mínimos y que puede que me parezca algo aburrido o que no desee contestar alguna pregunta; también se me ha informado que puedo abandonar la investigación en el momento en que lo desee sin tener que dar explicaciones. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará más allá de los gastos de viaje, si los hubiera. Me han proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que me han dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y me han contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como encuestado y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera.

Nombre del participante

Firma del participante

Fecha

En caso de que la persona sea analfabeta

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo

y huella dactilar del participante

Firma del testigo

Fecha



ANEXO 3. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO LIBRE E INFORMADO DE PARTICIPACIÓN

Nombre del investigador principal:

Documento de identidad:

Organización responsable: Universidad Cooperativa de Colombia, sede Santa Marta

Patrocinador: Comité Nacional para el Desarrollo de la Investigación (Conadi) de la Universidad Cooperativa de Colombia

Mi nombre es _____.
Soy parte de un equipo de investigación de la Universidad Cooperativa de Colombia. Estamos investigando sobre el proyecto “Las familias de los ancianos institucionalizados. Un estudio transcultural entre Colombia y España”. Le voy a dar información e invitarle a participar de esta investigación. No tiene que decidir hoy si participará o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Puede que haya algunas palabras que no entienda. Por favor, si eso ocurre, puede pedirme que le aclare. Si tiene preguntas más tarde, puede preguntarme a mí o a cualquier otra persona del equipo.

Apenas existen investigaciones sobre familiares de ancianos institucionalizados, aunque las familias siguen siendo importantes en la vida de los residentes. La presente investigación pretende aportar información sobre el problema de la adaptación familiar ante la institucionalización del anciano y qué relación existe entre esta y diferentes factores concernientes al propio familiar y al residente. Para ello, vamos a utilizar unos cuestionarios que se usan habitualmente con este fin.

Estamos pidiendo ayuda a personas residentes en _____ para que nos colabore contestando los cuestionarios. Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Puede que no halla beneficio para usted, pero es probable que su participación nos ayude a encontrar una respuesta a la pregunta de investigación. Puede que no haya beneficio para la sociedad en el presente estado de la investigación, pero es probable que generaciones futuras se beneficien.

Usted puede elegir participar o no hacerlo, y sea cual sea su decisión, nada cambiará. Usted puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar aun cuando haya aceptado antes. Debe saber que aunque contestar estos cuestionarios no conlleva ningún peligro para su salud física o mental, puede que a usted le parezca aburrido o simplemente que no desee responder ciertas a preguntas. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera. Es su elección y todos sus derechos serán respetados.

Con esta investigación, se realiza algo fuera de lo ordinario en su comunidad. Es posible que si otros miembros de la comunidad saben que usted participa, puede que le hagan preguntas. Nosotros no compartiremos la identidad de aquellos que participen en la investigación. La información que recojamos por este proyecto de investigación se mantendrá confidencial. La información acerca de usted que se recogerá durante la investigación será puesta fuera de alcance, y nadie sino los investigadores tendrán acceso a verla. Cualquier información acerca de usted tendrá un número en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información encerrada en cabina con llave. No será compartida ni entregada a nadie excepto a los miembros del equipo de investigación. Si desea saber los resultados de sus cuestionarios, puede dirigirse al investigador.



El conocimiento que obtengamos por realizar esta investigación se compartirá con usted antes de que se haga disponible al público. No se compartirá información confidencial. Habrá pequeños encuentros en la comunidad y estos se anunciarán. Después de estos encuentros, se publicarán los resultados para que otras personas interesadas puedan aprender de nuestra investigación.

Si tiene cualquier pregunta, puede hacerlas ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Si desea hacer preguntas

más tarde, puede contactar a cualquiera de las siguientes personas: [nombre, dirección/número de teléfono/e-mail del responsable de la recolección de los datos en la localidad de aplicación y de la investigadora principal].

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el Comité de Ética de la Universidad Cooperativa de Colombia de Santa Marta, cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si usted desea averiguar más sobre este comité, contacte a [nombre, dirección, número de teléfono].



ANEXO 4. FICHA DEL HOGAR GERIÁTRICO

[Adaptado para el proyecto “Las familias de los ancianos institucionalizados. Un estudio transcultural de Colombia y España” para uso exclusivo de los

investigadores de la Encuesta para la identificación de la situación de las instituciones de promoción y protección social para personas mayores, del Ministerio de Salud y Protección Social (2019).

Nombre: _____ Teléfono fijo: _____ Fax: _____ Celular: _____

Página Web: _____ e-Mail: _____

Nombre y apellidos director/gerente/administrador: _____

Sector al que pertenece: ___1 Público ___ 2 Privado ___3 Mixto

Tipo de centro: ___1 Residencial___2 Dormitorio___3 Atención domiciliaria___4 Centro vida / día___5 Teleasistencia

Por favor identifique si la institución es de:

___Protección social ___Promoción social (centro vida o centro día)

Carácter de la institución: ¿Es confesional (religioso)? Sí___ No___

Fuentes de financiación (pueden ser varias):

Recursos propios: _____ Convenios con otras entidades: _____

Pago de los usuarios: _____ Recursos internacionales de: _____

Donaciones en el país: _____ Gobiernos u organismos: _____

Otra: ___ ¿Cuál?: _____

Cobertura: ___Nacional ___ Departamental___ Distrital___ Municipal

Tipo de servicio que presta la institución (pueden ser varios): Vivienda___ Recreación y socialización___ Cuidados y bienestar integral___ Alimentación___ Asesoría y educación___ Otro: ___
¿Cuál? _____



Características de los usuarios

Distribución de la población por sexo:

Cantidad de hombres: ___ Cantidad de mujeres: ___ Total: ___

Distribución de la población por régimen de afiliación a la seguridad social: ___

1 Contributivo: Cantidad ___ 2 Subsidiado: Cantidad ___

3 Especial: Cantidad ___ 4 Vinculado: Cantidad ___

7		Situación de dependencia					
		Hombres			Mujeres		
1	No dependiente						
2	Semidependiente						
3	Dependiente						
	Total						

Personas con discapacidad		Tipo de discapacidad			
Relacione el número de personas con algún tipo de discapacidad		Número de hombres y de mujeres en cada tipo de discapacidad			
	Número	Hombres		Mujeres	
Hombres					
Mujeres					
Total					
		1	Física		
		2	Auditiva		
		3	Visual		
		4	Cognitiva		
		5	Mental		
		6	Múltiple		
		Total			

Infraestructura y servicios

Califique en una escala de 0 a 5, en la que 0 es la peor calificación y 5 es la mejor, los siguientes aspectos de la infraestructura del hogar geriátrico:

- ¿Se encuentra ubicado en un entorno sano y seguro? Tenga en cuenta si cerca hay pantanos, barrancos, basureros, si está en zonas de deslizamientos de tierra o zona de inundación. ___
- ¿Cuenta con facilidades de acceso a los diferentes locales para las personas con

alguna limitación física? (Tenga en cuenta si hay que usar escaleras, si hay rampas o ascensores, si son seguros y fáciles de usar para los adultos mayores). ___

- ¿Cuenta con mecanismos que permiten la protección contra accidentes? Tenga en cuenta si la instalación eléctrica se encuentra fuera de los lugares de paso, si hay interruptores de fácil acceso al principio y al final de las escaleras y pasillos, si hay suficientes tomacorrientes para evitar las extensiones, si las áreas de almacenamiento de sustancias peligrosas están



aisladas de las áreas de circulación general, si hay restricciones físicas a áreas peligrosas como almacenamiento de medicamentos e insumos, si la temperatura es agradable dentro de la institución. ____

7. ¿Las zonas de circulación son apropiadas para adultos mayores? Tenga en cuenta si los pasillos permiten el paso de una camilla, si están bien iluminados, si los pisos son llanos, antideslizantes, sin elementos que sobresalgan, con peldaños señalizados. ____
8. ¿El mobiliario es adecuado para los mayores? Tenga en cuenta si los muebles son estables y resistentes, si las sillas tienen brazos para facilitar el ponerse de pie. ____
9. ¿Los baños son apropiados para las necesidades de los residentes? Tenga en cuenta si la cantidad de baños es suficiente, si permiten la privacidad, si las puertas tienen un ancho que permita la entrada y salida de una silla de ruedas, si tienen pasamanos para el uso del sanitario, si los pisos

son antideslizantes o tienen tapetes antideslizantes, si están cerca a los dormitorios, si están bien iluminados y ventilados, si cuentan con agua fría y caliente. ____

10. ¿Las condiciones de las zonas para la alimentación son adecuadas? Tenga en cuenta las características del comedor y la cocina, higiene, si son de tamaño apropiado. ____
11. ¿Los dormitorios son apropiados? Tenga en cuenta si las puertas de entrada a los cuartos permiten un fácil acceso y giro de una silla de ruedas, si tiene suficiente espacio para el desplazamiento en sillas de ruedas, muletas u otra situación, si tiene iluminación diurna y nocturna, si cuentan con guardarropa con espacio para guardar las pertenencias de los adultos mayores, si tienen alguna silla, si la ropa de cama está en buen estado. ____
12. En general, las condiciones higiénico-sanitarias se pueden calificar en ____

Cuenta con servicios de:				SÍ		NO	
1	Enfermería	....	....		
2	Consultorio médico	....	...		
3	Odontología	....	....		
4	Terapias	....	....		

¿Los servicios están habilitados?								SÍ		NO	
1	Enfermería	....	....	....	....		
2	Consultorio médico	....	....	....	...		
3	Odontología	....	....	....	....		
4	Terapias	....	....	....	....		

Familia e integración social

7. De los usuarios de la institución, ¿cuántos tienen familia? ____
8. De los que tienen familia, ¿a cuántos visitan? ____
9. De los que visitan, ¿con qué frecuencia son visitados?: Todos o casi todos los días ____

Al menos 1 vez por semana __ Al menos 2 veces al mes __ Al menos 1 vez al mes __ Menos de 1 vez al mes __ Aproximadamente 1 vez cada 3 meses __ Aproximadamente 2 veces al año __ Una vez al año __ Nunca __

10. ¿Qué programas desarrolla la institución para mantener el lazo familiar con los usuarios?



	Sí	No
Celebran el día de la familia		
Horarios de visita		
Visita libre		
Contacto telefónico, internet		
Otro, ¿cuál?		

Promoción de actividades para los adultos mayores

11. ¿Les permiten a los usuarios salir solos? Sí: ___ No: ___
12. ¿Les permiten salir en grupos? Sí: ___ No: ___
13. ¿Les permiten salir con la familia y regresar? Sí: ___ No: ___
14. ¿Desarrollan programas en los cuales los adultos pueden salir a la calle o realizar otra actividad? Sí: ___ No: ___

15. ¿Tienen algún sistema de identificación de los adultos mayores en caso de extravío?
Sí: ___ No: ___

16. Con qué frecuencia los adultos mayores realizan:

Actividades al aire libre: ___ Actividades con la familia: ___ Actividades intergeneracionales: ___

Marcar 1 (una o más veces en la semana) o 2 (menos de una vez a la semana).

Elaborada por: _____

Fecha: _____



ANEXO 5. INSTRUCTIVO DE DATOS SOBRE LAS INSTITUCIONES

(Adaptado para el proyecto “Las familias de los ancianos institucionalizados. Un estudio transcultural de Colombia y España” para uso exclusivo de los investigadores de la Encuesta para la identificación de la situación de las instituciones de promoción y protección social para personas mayores, del Ministerio de Salud y Protección Social (2019).

Nombre: _____

Teléfono fijo: _____ Fax: _____

Celular: _____

Página Web: _____

E-mail: _____

(Si no tiene, escribir N/A)

• Sector al que pertenece:

1. Público: instituciones que dependen directamente de los municipios o del departamento. ____
2. Privado: instituciones financiadas con recursos propios o de otros organismos. ____
3. Mixto: significa que pertenece a ambos sectores: público y privado. ____

• Tipo de centro (según actividad principal).

Aunque en la institución se ofrezca más de un servicio, preguntar cuál es la mayor frecuencia y marcar en la encuesta el código correspondiente.

1. Residencial: institución de protección destinada a la vivienda permanente o temporal de los adultos mayores, donde se ofrecen servicios de hospedaje, alimentación, recreación, actividades productivas y cuidado integral. ____
2. Dormitorio: servicio social dirigido especialmente a los adultos mayores en situación de calle, donde se les aplican reglas de convivencia y se les brinda servicio de

habitación para dormir, desayuno y en el día salen a realizar actividades productivas. Además, se realizan otras actividades para generar procesos de inclusión social.

3. Atención domiciliaria: modalidad orientada a prestar servicio domiciliario con el fin de proporcionar bienestar al adulto mayor en la residencia del usuario. ____
4. Centro vida/día: conjunto de proyectos, procedimientos, protocolos e infraestructura física, técnica y administrativa orientada a brindar una atención integral, durante el día, a los adultos mayores, haciendo una contribución que impacte en su calidad de vida y bienestar. ____
5. Teleasistencia: modalidad destinada a la asistencia en crisis personales, sociales o médicas de los adultos mayores mediante el contacto telefónico inmediato con una persona o centro de atención especializado para proporcionarles seguridad y mejorar su calidad de vida. ____

• Por favor identifique si la institución es de:

Protección social (ancianato, hogar, dormitorio, centro de bienestar, otro). ____

Promoción social (centro vida o centro día), nadie reside en la institución. ____

• Distribución de la población por régimen de afiliación a la seguridad social:

1. Contributivo: se hace a través del pago de una cotización, individual o familiar, o un aporte económico previo financiado directamente por el afiliado o en concurrencia entre este y su empleador. Corresponden a este grupo las personas que tienen un contrato de trabajo, los servidores públicos, los pensionados y jubilados, y los trabajadores independientes con capacidad de pago. Cantidad ____



2. Subsidiado: tienen derecho al régimen subsidiado las personas pertenecientes a los niveles 1 y 2 del Sisbén, quienes podrán acceder a través de un subsidio total, y las personas del área urbana que pertenecen a los niveles 2 y 3 del Sisbén, quienes podrán acceder a través de un subsidio parcial. Cantidad ____
3. Especial: son los definidos por la Ley 100 de 1993, régimen de seguridad social de las Fuerzas Militares y de la Policía, de los afiliados al Fondo Nacional de Prestaciones Sociales del magisterio, de servidores públicos de Ecopetrol, así como los servidores públicos de universidades públicas, los cuales tienen sus propios regímenes de seguridad social en salud y pensiones. Cantidad ____
4. Vinculado: personas que no tienen capacidad de pago y que mientras logren ser beneficiarios del régimen subsidiado, tienen derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado. Cantidad ____

La suma de las cantidades por categoría debe ser igual al total anterior.

- **Situación de dependencia**

17. No dependiente: persona que realiza normalmente las actividades básicas de la vida diaria, de manera autónoma y sin ayuda.
18. Semidependiente: requiere alguna ayuda técnica para desarrollar su autonomía y valerse por sí mismo.
19. Dependiente: la persona necesita ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria, es decir, apoyo físico o verbal incluyendo instrumentos u otras ayudas, o requiere de un cuidador.

Después de anotar la información, sume el total de hombres y mujeres y verifique que coincidan las cifras con los totales de las preguntas anteriores



ANEXO 6. HOJA INICIAL DE ANCIANO

(Elaborado para el proyecto “Las familias de los ancianos institucionalizados. Un estudio transcultural de Colombia y España” para uso exclusivo del entrevistador)

Número de identificación del participante: _____

Nombre y apellidos: _____

Edad: _____ Tiempo en el centro: Especificar en meses: _____ (aproximadamente).

Sexo: Mujer _____ Hombre _____

Raza: Blanco _____ Afrodescendiente _____ Mestizo _____ Indígena _____

Estado civil: Casado _____ Soltero _____ Viudo _____ Divorciado _____ Unión no formalizada _____
Separado _____ Otro _____ No sabe _____ **Número de hijos:** _____

Situación laboral actual: Trabajando actualmente: Sí _____ No _____

En caso de que esté trabajando:

Tiempo completo _____ Estable _____ Remunerado _____

Medio tiempo _____ Inestable _____ No remunerado _____

Ocupación actual: _____

Nivel de estudios:

1. No culminó estudios primarios
2. Bachillerato sin finalizar
3. Bachillerato finalizado
4. Estudios universitarios sin finalizar
5. Estudios universitarios finalizados
6. Posgrado

Profesión: Especificar: _____

Puntuación obtenida en el test de Pfeiffer: _____ Calificación: _____

Puntuación GDS: _____ Calificación Índice de Katz: _____

Se continúa la evaluación: Sí _____ No _____



Observaciones:

Fecha	Entrevistadores



ANEXO 7. GLOBAL DETERIORATION SCALE (GDS)

[Reisberg, Ferris, De León y Crook, 1982]

La Escala Global de Deterioro (GDS), diseñada por Reisberg et al. (1982), es ampliamente utilizada en estudios clínicos. Sus autores la validaron contrastándola con medidas psicométricas, neuroanatómicas y neurofisiológicas.

Algunos autores como Bermejo, Díaz y Porta (2008) se cuestionan que haya sido diseñada de forma teórica. Su fiabilidad interobservador es aceptable (González-Guerrero et al., 2003). En español, existen validaciones cruzadas con otras escalas (Peña-Casanova, Aguilar, Santa-cruz, Bertrán-Serra y Hernández, 1997).

La GDS gradúa la intensidad de la enfermedad de Alzheimer, aunque también es extrapolable a otros tipos de demencia en siete estadios clínicos (con un rango de 1 a 7); los valores más altos significan mayor grado de deterioro. La asignación final del estadio se realiza tras evaluar, mediante entrevista, las características clínicas del deterioro cognitivo en el paciente.

Indicadores para calificar el estadio

GDS 1. Sin deterioro cognitivo/normalidad.

- No hay quejas subjetivas de pérdida de memoria.
 - No se objetiva déficit de memoria en la entrevista clínica

GDS 2. Deterioro cognitivo muy leve/olvido benigno senil.

- Hay quejas subjetivas de pérdida de memoria, más frecuentes en las siguientes áreas:
 - Olvido del lugar donde ha dejado objetos familiares.
 - Olvido de nombres familiares.
- No hay evidencia objetiva de déficit de memoria en la entrevista clínica.
- No hay déficit objetivo en el trabajo ni en situaciones sociales.
- Actitud apropiada respecto a su sintomatología.

GDS 3. Deterioro cognitivo leve/compatible con enfermedad de Alzheimer incipiente.

- Primeros déficits claros. Manifestaciones en más de una de las siguientes áreas:
 - Se suele perder cuando viaja a lugares no conocidos.
 - Se evidencia su bajo rendimiento laboral.
 - Se hace evidente la pérdida de palabras y nombres.
 - Retiene relativamente poco material cuando lee un párrafo de un libro.
 - Demuestra una disminución en el recuerdo de nombres de personas que acaba de conocer.
 - Pierde o extravía objetos de valor.
 - En la exploración clínica se puede evidenciar un déficit de concentración.
- Evidencia objetiva de déficit de memoria que se pone de manifiesto en una entrevista exhaustiva.
- Disminución del rendimiento en las áreas laboral y social.
- Empieza a negar los déficits.
- Estos síntomas van acompañados de ansiedad leve o moderada.

GDS 4. Deterioro cognitivo moderado/demencia leve.

Déficits evidentes al realizar una cuidadosa historia clínica. Los déficits son manifiestos en las siguientes áreas:

- Disminución en el conocimiento de acontecimientos actuales y recientes.
- Puede presentar algún déficit en el recuerdo de su historia personal.
- Déficit en la concentración, que se hace evidente en la sustracción de series.
- Disminución en la capacidad para viajar, manejar las finanzas, etc.
- No suele haber déficit en las siguientes áreas:
 - Orientación en tiempo y persona.
 - Reconocimiento de personas y caras familiares.
 - Capacidad para desplazarse a lugares conocidos.
- Incapacidad para realizar tareas complejas.
- La negación es el principal mecanismo de defensa.
- La respuesta afectiva se aplanan y el individuo se retrae ante situaciones de mayor exigencia.

GDS 5. Deterioro cognitivo moderadamente grave/demencia moderada.

- El paciente ya no puede pasar sin algún tipo de ayuda.
- El paciente es incapaz de recordar detalles relevantes de su vida actual, por ejemplo, su dirección o número de teléfono que tiene desde hace años, los nombres de parientes cercanos (p. ej. sus nietos), su escuela, colegio, instituto o universidad en que se graduó.
- A menudo presenta desorientación temporal (fecha, día de la semana, estación, etc.) o de lugar.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad al contar hacia atrás desde 40 de 4 en 4 o desde 20 de 2 en 2.
- Las personas en este estadio se acuerdan de muchos datos importantes referentes a ellos mismos y a los demás.
- Invariablemente saben su propio nombre y el de su cónyuge y sus hijos.
- No requieren ayuda para el aseo ni para comer, pero pueden tener alguna dificultad al elegir qué ropa ponerse.



GDS 6. Deterioro cognitivo grave/demencia moderadamente grave.

- Puede olvidarse ocasionalmente del nombre de su cónyuge, de quien depende del todo.
- No será consciente de acontecimientos y experiencias recientes.
- Retiene algún recuerdo de su vida pasada, pero es poco preciso.
- Generalmente, no es consciente de su entorno ni en el tiempo ni en el espacio.
- Tiene dificultad para contar desde 10 hacia atrás y, a veces, hacia adelante.
- Requerirá asistencia en las actividades de la vida diaria, por ejemplo, puede ser incontinente, necesitar ayuda para desplazarse, pero ocasionalmente mostrará capacidad para trasladarse a lugares conocidos.
- Frecuente alteración del ritmo diurno.
- Con frecuencia distingue a las personas conocidas de las desconocidas.
- Casi siempre recuerda su propio nombre.
- Aparecen cambios emocionales y de la personalidad. Estos son bastante variables e incluyen:

- Conductas delirantes como, por ejemplo, el paciente acusa a su cónyuge de ser un impostor, habla con figuras imaginarias de su entorno o con su propio reflejo en el espejo.
- Síntomas obsesivos como, por ejemplo, repetir continuamente actividades sencillas de limpieza.
- Abulia cognitiva como, por ejemplo, pérdida de fuerza de voluntad por no poder mantener la intención el tiempo suficiente para determinar cómo convertirla en acción.

GDS 7. Deterioro cognitivo muy severo/demencia grave.

- En el curso de este estadio, se perderán todas las habilidades verbales. Al principio de este estadio verbalizará palabras y frases muy concretas. Al final, no hay lenguaje, solo gruñidos.
- Incontinencia urinaria. Requiere asistencia para el aseo y la alimentación.
- A medida que avanza el estadio se pierden las habilidades motoras básicas, por ejemplo, la capacidad para andar.
- El cerebro ya no parece capaz de decir al cuerpo lo que debe hacer. Aparecen a menudo signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.



ANEXO 8. TEST DE PFEIFFER

[Pfeiffer, 1975]

Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de diez ítems. Cada error es un punto; el punto de corte está en tres o más errores en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir, y en cuatro o más errores para las que no. A partir de esa puntuación, existe la sospecha de deterioro. Es un test de cribado de demencias.

Empezar con frases del tipo: “Si le parece bien, querría preguntarle por su memoria”, o “¿tiene algún problema con su memoria?” No realizar juicios de valor. No corregir nunca al sujeto.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? (Día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? (preguntar solo si el paciente no tiene teléfono)	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? (Día, mes, año)	
¿Quién es ahora el presidente de la república?	
¿Quién fue el anterior presidente de la república?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 desde el número 20 hasta llegar al 0.	
Puntuación total	



ANEXO 9. GUÍA DE ENTREVISTA AL FAMILIAR SOBRE SU OPINIÓN ACERCA DE LA ATENCIÓN EN SALUD QUE RECIBE EL ANCIANO

(Elaborada para el proyecto “Las familias de los ancianos institucionalizados. Un estudio transcultural de Colombia y España”)

Número de identificación de la encuesta (el mismo que el del Anexo 6 - Hoja inicial de anciano)

Nombre del anciano	Hogar geriátrico	Nombre del familiar entrevistado

Vinculación con el adulto mayor: 1 Esposa/o ___ 2 Hija/o ___ 3 Nuera/Yerno ___ 4 Nieta/o ___ 5 Sobrina/o ___ 6 Cuidador ___ 7 Otro tipo, especificar _____

Datos relacionados con el sistema de salud que atiende al anciano:

EPS a la cual se encuentra afiliado:

Tiempo de afiliación: _____

Especialistas que le atienden:

1. Geriatra ___
2. Neurólogo ___
3. Psiquiatra ___
4. Psicólogo ___
5. Traumatólogo ___
6. Fisioterapeuta ___
7. Terapeuta ocupacional ___
8. Neurocirujano ___
9. Otros ___

Tiempo de espera aproximado para la otorgación de las citas: menos de un día ___ más de un día (diga cuántos_____).

¿Cuáles son los programas de promoción y prevención que tiene la EPS para el adulto mayor?: _____

¿Cuál es su percepción de la calidad de los programas de promoción y prevención que tiene la EPS para el adulto mayor?:

1. Buena
2. Regular
3. Mala

¿Realizan seguimiento de la asistencia del anciano al programa de promoción y prevención?:

1. Sí
2. No
3. Algunas veces

¿Cuál es su percepción de la atención recibida por los servicios que presta la EPS?:

1. Buena
2. Regular
3. Mala

¿Cuál es su percepción de los especialistas que atienden al adulto mayor?:

1. Buena
2. Regular
3. Mala

¿El adulto mayor ha necesitado atención de salud privada?:

1. Sí
2. NO



ANEXO 10. TEST DEL INFORMADOR

El test será completado por un informador fidedigno, que conozca muy bien el estado y la evolución del anciano. Si desea, puede llenarlo en su casa. Debe comparar el estado actual del adulto mayor con el que tenía diez años antes.

Es un test de cribado de demencias de veintiséis ítems en su versión estándar y diecisiete ítems en su versión abreviada. El test no está influenciado por la edad, por el nivel educativo del paciente, por su nivel de inteligencia o por la morbilidad previa del sujeto.

Es un cuestionario que deberá cumplimentar un familiar o persona allegada al enfermo en su domicilio o en presencia del médico. Se le pedirá al informador que recuerde cómo era el paciente hace diez años y cómo ha cambiado en la actualidad, y que puntúe cada ítem entre 1 y 5 puntos.

Es importante elegir un informador válido. Por ello, hay que asegurarse de la relación con el paciente y de que el informador no presente ningún tipo de dificultad para cumplimentar el test, como un nivel de inteligencia bajo o que sea analfabeto o tenga un nivel educativo tan bajo que se le dificulte entender el test. Tampoco se deberá elegir un informador afecto de una patología que le haga dar

valoraciones sesgadas, como puede ocurrir si padece un cuadro depresivo. Encontrar el informador adecuado puede ser un problema en el caso de pacientes institucionalizados con escasa o nula relación familiar.

La escala de veintiséis ítems tiene un rango de puntuación entre 26 y 130 puntos. Aunque probablemente deberíamos hacer una valoración continua correspondiendo progresivamente más deterioro a puntuaciones más altas, se ha propuesto una valoración con el siguiente punto de corte: probable normalidad ≤ 85 < probable deterioro cognitivo.

La escala de diecisiete ítems tiene un rango de puntuación entre 17 y 85 puntos. Se ha propuesto una valoración con el siguiente punto de corte: probable normalidad ≤ 57 < probable deterioro cognitivo.

El test tiene una validez muy buena, que incluso parece superior al minexamen cognoscitivo, tanto en la evaluación clínica como en el *screening* de la demencia, sobre todo en fases iniciales.

El cuestionario de veintiséis ítems tiene una sensibilidad del 86 % y una especificidad del 92 %. La versión de diecisiete ítems tiene una sensibilidad del 86 % y una especificidad del 91 %.



Preguntas por realizar	Puntuación
Capacidad para reconocer las caras de sus allegados más íntimos (parientes, amigos).	
Capacidad para recordar los nombres de esas mismas personas.	
Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de qué viven, cuándo es su cumpleaños, etc.).	
Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos dos o tres meses, tanto noticias como cosas tuyas o de sus familiares.	
Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días antes.	
Olvidar lo que ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber qué iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes.	
Recordar su propia dirección o su número de teléfono.	
Recordar la fecha en que vive.	
Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	
Saber dónde se pone una cosa que ha encontrado desordenada.	
Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, alguna celebración, ir de vacaciones).	
Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, automóvil, lavadora, maquinilla de afeitar, etc.).	
Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, radio, secador de pelo, etc.).	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general).	
Aprender cosas nuevas (en general).	
Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven.	
Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación).	
Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado.	
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión.	
Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios.	
Recordar gentes y hechos históricos del pasado (la guerra civil, la república, etc.).	
Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar), como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir dinero).	
Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco).	
Manejar dinero para las compras (cuánto dinero dar, calcular el cambio).	
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados).	
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos diez años?	



ANEXO 11. FORMATO DE INFORMACIÓN SOBRE EL FAMILIAR

(Elaborado para el proyecto “Las familias de los ancianos institucionalizados. Un estudio transcultural de Colombia y España”)

Sexo: Mujer ___ Hombre ___

Raza: Blanca ___ Afrodescendiente ___
Mestizo ___ Indígena ___

Estado civil: Casado ___ Soltero ___ Viudo ___
Divorciado ___ Unión no formalizada ___
Separado ___ Otro ___ No sabe ___

¿Cuál es su situación laboral actual?:

1. Trabajo solo en las tareas domésticas de casa
2. Trabajo fuera de casa a tiempo parcial
3. Trabajo fuera de casa a tiempo completo
4. Estoy desempleado
5. Soy estudiante
6. Estoy pensionado o jubilado
7. Otro tipo, especificar:

En caso de trabajar, indique cuál es su trabajo:

En caso de que viva con su pareja, ¿cuál es la situación laboral de su pareja?:

1. Trabaja solo en las tareas domésticas de casa
2. Trabaja fuera de casa a tiempo parcial
3. Trabaja fuera de casa a tiempo completo
4. Está desempleado
5. Es estudiante

6. Es pensionista o está jubilado

7. Otro tipo, especificar:

No aplica ___

Indique cuál es el trabajo de su pareja:

Número de hijos (si no tiene, se escribe 0):

¿Tiene algún hijo a su cargo?: 1 Sí 2 No

En caso de tener algún hijo a su cargo, especifique el número: _____

¿Tiene a cargo a alguna otra persona (que no sea su hijo)?: 1 Sí 2 No

En caso de tener alguna otra persona a su cargo, especifique el número de personas _____ y tipo de vínculos (si es familiar, amigo, cliente, etc.) _____

¿Cuál fue el nivel más alto de estudios que completó?:

1. Sin estudios
2. Primarios/EGB
3. Estudios medios (bachiller)
4. Superiores (estudios universitarios)

¿En su opinión, su domicilio habitual dónde queda?:

1. Cerca del hogar geriátrico 2 Lejos del hogar geriátrico

¿Cuánto tiempo tarda en llegar al geriátrico desde su domicilio habitual? (aproximadamente en minutos): _____



¿En qué lugar se encuentra su domicilio habitual?:

1. En zona urbana
2. En zona rural

¿Cuánto tiempo lleva su familiar en la residencia? Especificar en meses: _____

¿Dónde se encontraba su familiar antes del ingreso residencial?:

1. En la casa (del anciano)
2. En la casa del familiar entrevistado
3. En casa de otro familiar
4. En otra residencia
5. En el hospital
6. Otro lugar, especificar

¿Ha sido el cuidador principal de su familiar?:

1. Sí, he sido el cuidador principal
2. He sido cuidador de forma esporádica
3. He compartido tareas de cuidado
4. No he realizado tareas de cuidado importantes

¿Durante cuánto tiempo ha sido el cuidador principal de su familiar? Especificar en meses: _____

Indique en qué medida influyeron, en el ingreso de su familiar a la residencia, las razones que se exponen a continuación:

	Nada	Poco	Ni mucho/ni poco	Bastante	Mucho
Agravamiento de la enfermedad de mi familiar					
Voluntad propia de mi familiar					
Empeoramiento de mi salud					
Motivos laborales					
Interferencia en la dinámica familiar					
Otros, especificar _____					

¿Con qué frecuencia realiza visitas a su familiar?:

1. Todos o casi todos los días
2. Al menos una vez por semana
3. Al menos dos veces al mes
4. Al menos una vez al mes
5. Menos de una vez al mes

6. Aproximadamente una vez cada tres meses

7. Aproximadamente dos veces al año

8. Una vez al año

¿Cuál es su nivel de satisfacción con esas visitas?:

1. Satisfecho
2. Indiferente
3. Insatisfecho



ANEXO 12. CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ANCIANO

[Fue elaborado por el grupo de investigación Psicología de la Salud, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia. Se basa en el modelo de adaptación del familiar a la institucionalización, de Rosenthal y Dawson (1992)].

Este modelo está basado en la calidad de las relaciones familiares y en el valor significativo al momento de hacer frente a las diferentes situaciones y/o conflictos que se presenten en la vida del adulto mayor en la institución y en la adaptación de los familiares a esa realidad.

El modelo plantea que el familiar pasa por una serie de etapas que no necesariamente siguen un orden rígido. Se trata de un proceso de adaptación y hay personas que pueden quedarse mucho tiempo, o indefinidamente, en una etapa. El personal de la institución también atraviesa por diferentes etapas, que pueden o no corresponderse con las de la familia.

20. Estadio I: ambivalencia/inseguridad - foco del familiar: intrapersonal - foco asistencial: familia como cliente

21. Estadio II: asistencia frecuente/hiperactividad - foco familiar: interpersonal centrado en el residente - foco asistencial: familia como cliente

22. Estadio I: ambivalencia/inseguridad - foco del familiar: intrapersonal - foco asistencial: familia como cliente

23. Estadio II: asistencia frecuente/hiperactividad - foco familiar: interpersonal centrado en el residente - foco asistencial: familia como cliente.

Consta de 55 preguntas organizadas en quince subescalas. Se encuentra en fase de validación transcultural (en Colombia y España).



ANEXO 13. CUESTIONARIO DE ADAPTACIÓN DEL FAMILIAR A LA INSTITUCIONALIZACIÓN DEL ANCIANO

Por favor, piense en cómo se siente actualmente con respecto a que su familiar se encuentre ingresado en la residencia, indicando a continuación en qué grado coinciden estos sentimientos con los que se exponen en las siguientes afirmaciones:

	No, en absoluto	Un poco	Ni mucho, ni poco	Mucho	Totalmente
1. Estoy tranquilo/a y relajado/a.					
2. Estoy satisfecho/a.					
3. Me siento agradecido/a con el personal de la residencia por el cuidado a mi familiar.					
4. Me siento triste o deprimido/a.					
5. Siento que me falta energía y fuerza.					
6. Me siento culpable por el ingreso en la residencia de mi familiar.					
7. Me siento solo/a.					
8. Creo que a partir de ahora todo va a ir mejor.					
9. Siento que no debería haber dejado a mi familiar en la residencia.					
10. Echo de menos a mi familiar.					
11. Me siento más activo/a y animado/a.					
12. Siento que tengo más tiempo para mí.					
13. Me siento feliz.					
14. Estoy aliviado/a.					
15. Siento que mi salud ha empeorado.					
16. Físicamente me encuentro bien.					
17. Disfruto de las visitas que realizo a mi familiar.					
18. Me preocupa que el personal de la residencia no cuide bien de mi familiar.					
19. Me siento irritado/a.					
20. He disfrutado de actividades nuevas.					
21. Me siento enfadado/a.					
22. Me enojo con facilidad.					
23. Me siento enfadado/a con mi familiar por no haber ayudado lo suficiente para evitar el ingreso.					
24. Rindo más en el día a día.					
25. Realizo menos visitas a la residencia, pero disfruto más de ellas.					
26. Me relaciono con familiares de otros residentes.					
27. Deseo que mi familiar vuelva a casa.					
28. Creo que la salud de mi familiar va a empeorar a corto plazo.					
29. Siento que el personal hace un buen trabajo.					



30. Creo que los residentes están satisfechos con el personal de la residencia.					
31. Siento que el personal de la residencia se preocupa por el paciente.					
32. Confío en el personal de la residencia.					
33. Estoy satisfecho con el modo en que mi familiar y yo compartimos el tiempo de visitas.					
34. Me siento enfadada/o por el ingreso de mi familiar en la residencia.					
35. Me siento culpable por el ingreso de mi familiar en la residencia.					
36. Me siento mal durante las visitas que realizo a mi familiar.					
37. Siento que otra persona no puede atender a mi familiar como yo.					
38. Me siento culpable si no puedo visitar a mi familiar todos los días.					
39. Me siento culpable si no puedo visitar a mi familiar varias veces a la semana.					
40. Intento visitar a mi familiar todos los días.					
41. Intento visitar a mi familiar varias veces a la semana.					
42. Me siento satisfecho con el número de veces que visito a mi familiar.					
43. Mi familiar me hace sentir culpable cuando voy a visitarle.					
44. He disfrutado volviendo a realizar actividades que anteriormente no podía realizar.					
45. Me siento enfadado con mi familiar por no hacer lo suficiente para adaptarse a la residencia.					
46. Creo que la salud de mi familiar va a empeorar por la residencia.					
47. Creo que mi salud va a mejorar.					
48. El funcionamiento de la residencia se ajusta a las necesidades de mi familiar.					
49. Creo que el funcionamiento de la residencia se ajusta a las necesidades de los residentes.					
50. La comunicación con el personal de la residencia es adecuada.					
51. Estoy satisfecho con la relación que mantengo con el personal de la residencia.					
52. Creo que existe un equilibrio adecuado entre la atención a mis necesidades y la atención a las necesidades de mi familiar.					
53. Estoy adaptado al cambio que esta situación supone en la relación con mi familiar.					
54. He aceptado que mi familiar se encuentre en la residencia.					
55. Me coordino adecuadamente con la residencia para el cuidado/atención a mi familiar.					



ANEXO 14. ESCALA DEL CENTRO DE ESTUDIOS EPIDEMIOLÓGICOS DE LA DEPRESIÓN - CES-D

[Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale, CES-D, Radlof, 1997]

Se creó en el Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos (NIMH), con el propósito de identificar la depresión mediante un instrumento que, a su vez, pudiera ser aplicado por entrevistadores legos a poblaciones no institucionalizadas. Proporciona indicadores de posibilidad de presencia de esa enfermedad a través de la expresión de sintomatología depresiva.

Es un cuestionario de veinte ítems, con cuatro opciones de respuesta que indican la frecuencia y/o intensidad de la presentación de cada ítem. El paciente cuantifica la frecuencia y/o intensidad de los síntomas utilizando una escala de Likert de cuatro puntos, donde 0 = menos de un día y 3 = cinco o siete días.

El puntaje total de la escala es la sumatoria de los puntos de los veinte reactivos, que tienen un rango de 0 a 60. Se considera que una persona tiene depresión si supera el punto de corte, que para la población colombiana

adulto es 20 (Rueda, Campo, Díaz, Cadena, Hernández, 2007).

En el presente estudio, se aplicará un formato experimental que pretende comparar, de manera retrospectiva, la valoración que hace el familiar acerca del nivel de depresión que tenía antes del ingreso del anciano al hogar geriátrico y el nivel de depresión que tiene en el momento actual. Esta información se puede utilizar también con ítems para el diseño de intervenciones con familiares.

Más información sobre su validación en Colombia disponible en http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=48844&id_seccion=1783&id_ejemplar=4950&id_revista=115

CES-D

Instrucciones

Por favor, indique en qué medida las siguientes afirmaciones describen cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido el día de hoy.

	Rara vez o ninguna vez (1 día o menos)	Alguna vez o unas pocas veces (1 a 2 días)	Ocasionalmente o varias veces (3 a 4 días)	La mayor parte del tiempo (5 a 7 días)
1. Me he enfadado por cosas que habitualmente no me molestan.				
2. No he tenido ganas de comer, mi apetito es malo.				
3. He sentido que no me puedo liberar de la tristeza ni con la ayuda de familiares o amigos.				
4. Siento que soy tan bueno como cualquier persona.				
5. Me ha costado trabajo concentrarme en lo que hago.				
6. Me he sentido pesimista.				



7.	Me ha costado un esfuerzo hacer cualquier cosa.				
8.	Me he sentido ilusionado por mi destino.				
9.	He pensado que mi vida ha sido un fracaso.				
10.	Me he sentido asustado.				
11.	Mi sueño ha sido inquieto.				
12.	Estoy contento.				
13.	Hablo menos de lo habitual.				
14.	Me he sentido muy solo.				
15.	La gente es poco amistosa.				
16.	He disfrutado de la vida.				
17.	He llorado a ratos.				
18.	Me he sentido triste.				
19.	He sentido que la gente me tiene antipatía.				
20.	No me puedo poner en marcha.				

Fecha	Entrevistadores



ANEXO 15. ÍNDICE DE KATZ

[Katz et al., 1963]

Fue creado por un equipo multidisciplinar de un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio, Estados Unidos. Aunque fue diseñado como un índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas. Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo. Más información en Trigás (s. f.).

Nombre: _____

Fecha: _____

BAÑARSE

___ (Independiente = 2 puntos) Se baña completamente sin ayuda o recibe ayuda solo para una parte del cuerpo, por ejemplo: la espalda.

___ (Ayuda = 1 punto) Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera, o aditamentos especiales en la bañera.

___ (Dependiente = 0) Completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.

La información la proporciona el ANCIANO ____, OTRO INFORMANTE ____

VESTIRSE

___ (Independiente = 2 puntos) Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/ sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.

___ (Ayuda = 1 punto) Necesita ayuda pues solo está parcialmente vestido.

___ (Dependiente = 0) Completamente incapaz de vestirse/desvestirse por sí mismo.

La información la proporciona el ANCIANO ____, OTRO INFORMANTE ____

APARIENCIA PERSONAL

___ (Independiente = 2 puntos) Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda.

___ (Ayuda = 1 punto) Necesita ayuda para peinarse, afeitarse.

___ (Dependiente = 0) Completamente incapaz de cuidar su apariencia.

La información la proporciona el ANCIANO ____, OTRO INFORMANTE ____

USAR EL INODORO

___ (Independiente = 2 puntos) Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar sus ropas, limpiar órganos de excreción: usa orinal solo en la noche.

___ (Ayuda = 1 punto) Recibe ayuda para usar el inodoro; usa orinal regularmente.

___ (Dependiente = 0) Completamente incapaz de usar el inodoro.

La información la proporciona el ANCIANO ____, OTRO INFORMANTE ____

CONTINENCIA

___ (Independiente = 2 puntos) Micción/defecación autocontrolados.

___ (Ayuda = 1 punto) Incontinencia fecal/urinaria, parcial o total.

___ (Dependiente = 0) Usa catéter o colostomía.

La información la proporciona el ANCIANO ____, OTRO INFORMANTE ____



TRASLADARSE

___ (Independiente = 2 puntos) Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de la cama/silla, sin asistencia humana o mecánica.

___ (Ayuda = 1 punto) Necesita ayuda humana o mecánica.

___ (Dependiente = 0) Completamente incapaz de trasladarse, necesita ser levantado.

La información la proporciona el ANCIANO ___, OTRO INFORMANTE ___

CAMINAR

___ (Independiente = 2 puntos) Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón.

___ (Ayuda = 1 punto) Necesita asistencia humana/andador, muletas.

___ (Dependiente = 0) Completamente incapaz de caminar, necesita ser levantado.

La información la proporciona el ANCIANO ___, OTRO INFORMANTE ___

ALIMENTARSE

___ (Independiente = 2 puntos) Capaz de alimentarse completamente a sí mismo.

___ (Ayuda = 1 punto) Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc.

___ (Dependiente = 0) Completamente incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral.

La información la proporciona el ANCIANO ___, OTRO INFORMANTE ___

Suma total de todos los puntos: _____



ANEXO 16. ESCALA DE AUTOEVALUACIÓN DE NIVEL Y FUENTES DE ESTRÉS

Elaborada para la investigación transcultural en adultos mayores por el grupo de investigación Psicología de la Salud, de la Facultad de Psicología de la Universidad de Murcia. No está validada y solo se usa con fines de investigación. Su objetivo es conocer la autoevaluación del nivel de estrés que hace el anciano y cuáles son las áreas en las que se siente más afectado. La interpretación es cualitativa.

Nombre: _____

Número del participante: _____

Fecha: _____

- 1. Señale en qué medida se siente estresado (tenso, preocupado, molesto) en relación con las siguientes situaciones de su vida:**

Fuente de Estrés	0 Nada	1 Un poco	2 Algo	3 Bastante	4 Mucho	No aplica
Salud						
Economía						
Trabajo/estudios						
Vivienda (residencia)						
Relaciones sociales						
Familia						
Otro (especificar)						

Encuestador: _____



ANEXO 17. CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE (VERSIÓN CORTA)

[Yesavage et al., 1982-1983].

Consta de quince ítems con un patrón de respuesta dicotómico (Sí o No). Investiga síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor durante los últimos quince días. Excluye intencionalmente los síntomas depresivos somáticos, debido a la alta prevalencia en adultos mayores, que podrían limitar la validez del cuestionario.

Se da un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo. Para diligenciar esta escala, se necesitan cinco minutos, en promedio. Un puntaje > 5 puntos parece indicar depresión. Un puntaje ≥ 10 puntos es casi siempre un indicador de depresión. Un puntaje > 5 puntos debería garantizar la realización de una evaluación integral de seguimiento.

Nombre: _____

Número del participante: _____

Fecha: _____

Encuestador: _____

Conteste las siguientes preguntas sin pensar mucho las respuestas:

- a. ¿Está usted satisfecho con la vida que lleva? Sí___ No___
- b. ¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan? Sí___ No___
- c. ¿Siente que su vida está vacía? Sí___ No___
- d. ¿Se siente aburrido frecuentemente? Sí___ No___
- e. ¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo? Sí___ No___
- f. ¿Está preocupado porque piensa que algo malo le va pasar? Sí___ No___
- g. ¿Se siente feliz gran parte de su tiempo? Sí___ No___
- h. ¿Siente a menudo que no vale nada? Sí___ No___
- i. ¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle? Sí___ No___
- j. ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad? Sí___ No___
- k. ¿Piensa que es agradable estar vivo? Sí___ No___
- l. ¿Siente que vale poco en su actual condición? Sí___ No___
- m. ¿Se siente lleno de energía? Sí___ No___
- n. ¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual? Sí___ No___
- o. ¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted? Sí___ No___



ANEXO 18. CUESTIONARIO SOBRE LA SALUD DEL PACIENTE (PHQ-9)

[Kroenke, Spitzer y Williams, 2001]

Es un módulo de depresión de nueve ítems del PRIME-MD correspondientes a los criterios del DSM-IV de Depresión Mayor. Más información sobre el PRIME-D en Baca et al. (1999).

Puede ser usado para realizar un diagnóstico probable de un desorden depresivo mayor o como una medida continua de puntajes que van de 0 a 27, y puntos de corte de 5 (leve), 10

(moderado), 15 (moderadamente severo) y 20 (severo).

Instrumento

Nombre: _____

Fecha: _____

Encuestador: _____

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por los siguientes problemas?

	Para nada	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer las cosas.				
2. Sentirse desanimado/a, deprimido/a o sin esperanzas.				
3. Problemas para dormir o mantener el sueño, o dormir demasiado.				
4. Sentirse cansado/a o con poca energía.				
5. Sentir poco apetito o comer en exceso.				
6. Sentirse mal acerca de sí mismo o tener un sentimiento de fracaso o de abandono propio o de la familia.				
7. Dificultad para concentrarse en diferentes actividades, como leer el periódico o ver televisión.				
8. Moverse o hablar tan despacio que otras personas lo han notado, o por el contrario, estar tan inquieto/a o intranquilo/a que se mueve mucho más de lo normal.				
9. Pensamientos acerca de que sería mejor estar muerto/a o deseos de lastimarse de alguna forma.				

Si marcó cualquier problema, ¿qué grado de dificultad le generaron estos problemas para realizar su trabajo, encargarse de las tareas domésticas o relacionarse con otras personas?

No ha sido difícil ___

Algo difícil ___

Muy difícil ___

Extremadamente difícil ___

En los últimos dos años, ¿se ha sentido deprimido o triste la mayoría de los días?

Sí___ No___

¿Ha habido un periodo de al menos cuatro días en los que se sentía tan feliz, con demasiada energía, o tan irritable que se metió en problemas, o su familia o amigos se preocuparon, o el médico le dijo que se encontraba en un estado maníaco?

Sí___ No___



REFERENCIAS

- Arango Cardona, D. y Segura Cardona, Á. M. (2011). Políticas de salud pública aplicadas al adulto mayor en Colombia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(2), 96-99.
- Asamblea Mundial de la Salud (2016). *Acción multisectorial para un envejecimiento saludable basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud: Informe de la Secretaría (A69/17)*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Baca, E., Saíz, J., Aguera, L., Caballero, L., Fernández-Liria, A., Ramos, J., et al. (1999). Validación de la versión español del prime-d: un procedimiento para el diagnóstico de trastornos mentales en atención primaria. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 27(6), 375-383. Recuperado de <http://afliria.info/download/validacion-de-la-version-espanola-del-prime-md-un-procedimiento-para-el-diagnostico-de-trastornos-mentales-en-atencion-primaria/>
- Bacca, A. M. (2005). Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos. *Pensamiento Psicológico*, (5), 53-63. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80112046006>
- Bermejo, F., Díaz, J. y Porta-Etessam, J. (2008). Alteración cognitiva y demencia. En F. Bermejo, J. Porta-Etessam y J. Díaz Guzmán (Eds.), *Cien escalas de interés en neurología clínica* (pp. 73-106). Barcelona: Prous Science.
- Campo-Arias, A., Díaz-Martínez, L. A., Rueda-Jaimes, G. E., Cadena-Afanador, L. del P. y Hernández, N. L. (2007). Propiedades psicométricas de la Escala CES-D en la población adulta colombiana. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 36(4), 328-340.
- Cassiani-Miranda, C. A., Vargas-Hernández, M. C., Pérez-Anibal, E., Herazo-Bustos, M. I. y Hernández-Carrillo, M. (2017). Confiabilidad y dimensionalidad del PHQ-9 para el cribado de sintomatología depresiva en estudiantes de ciencias de la salud de Cartagena, 2014. *Biomédica*, 37(Supl. 1).
- Del Mar Molero, M., Pérez-Fuentes, M. del C., Gázquez, J. J. y Sclavo, E. (2015). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 1(1), 31-43.
- González-Guerrero, J. L., Herrero, J. L., Alonso, M. T. García-Gutiérrez, R. y Arana, A. (2003). Escala Global de Deterioro. ¿Es fiable su realización mediante entrevista telefónica? *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 38(4), 198-202.
- Gómez-Angulo, C. y Campo-Arias, A. (2011). Escala de Yesavage para depresión geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas Psychologica*, 10(3).
- Gracia Fuster, E. (1997). *El apoyo social en la intervención comunitaria*. Barcelona: Paidós.
- Hernández, G., Díaz, F., Salamanca, R. y Acero, P. (2018). *Doctrina N.º 03: Consentimiento informado en el ejercicio de la psicología en Colombia*. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos.
- Katz, S, Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of Illness in the Age: The Index of ADL a Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function. *Journal of the American Medical Association*, 185, 914-919.
- Kroenke, K, Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2001). The PHQ-9: Validity of a Brief Depression Severity Measure. *The Journal of General Internal Medicine*, 16(9), 606-13.
- Martínez de la Iglesia, J., Dueñas Herrero, R., Onís Vilches, M. C., Aguado Taberné, C., Albert Colomer, C. y Luque Luque, R. (2001). Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores e 65 años. *Medicina Clínica*, 117(4), 129-134. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0025-7753\(01\)72040-4](https://doi.org/10.1016/S0025-7753(01)72040-4).
- Martínez-Rodríguez, T. (2011). *La atención gerontológica centrada en la persona: Guía para la intervención profesional en los centros y servicios de atención a personas mayores en situación de fragilidad o dependencia*. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco.



- Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Política Nacional de Envejecimiento y Vejez 2007-2019*. Bogotá: Ministerio de Protección Social.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Oficina de Promoción Social. (2019). *Identificación de la situación de las instituciones de promoción y protección social para personas mayores*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Instructivo%20Encuesta.pdf>
- Montorio, I. (1990). *Evaluación psicológica en la vejez: instrumentación desde un enfoque multidimensional* (tesis doctoral, Universidad Autónoma de Madrid, Madrid, España). Recuperado de https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/4577/25958_montorio_ignacio.pdf?sequence=1
- Organización de las Naciones Unidas. (ONU). (2010). *Informe del secretario general. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento*. Ginebra: ONU.
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2015). *Informe Mundial de Envejecimiento y Salud. Capítulo 5. Sistemas de Cuidados a largo plazo*. Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf;jsessionid=B5BD3D4FA7068663875370EABD71D442?sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (OMS). (2016). *Acción multisectorial para un envejecimiento sano basado en el ciclo de vida: proyecto de estrategia y plan de acción mundiales sobre el envejecimiento y la salud*. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 22 de abril del 2016 (A69/17). Recuperado de http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-sp.pdf.
- Parra, S. (2013). *Estudio del apoyo sociofamiliar de una población geriátrica institucionalizada* (tesis de pregrado, Universidad de Zaragoza, Zaragoza, España).
- Peña-Casanova, M., Aguilar, P., Santacruz, I., Bertran-Serra, G. y Hernández, J. M. (1997). Adaptación y normalización españolas de la Alzheimer's Disease Assessment Scale. *Neurología*, 12(2), 69-77.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D Scale: A Self-Report Depression Scale for Research in the General Population. *Applied Psychological Measurement*, 1(3), 385-401.
- Reisberg, B, Ferris, M. J., De Leon, T. y Crook, S. H. (1982). The Global Deterioration Scale for Assessment of Primary Degenerative Dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Sánchez Ramírez, M. (2017). *Consentimiento informado en el ejercicio profesional de la psicología en Colombia* [Conferencia grabada en video]. Disponible en <https://www.youtube.com/watch?v=JYthRocnkDc>.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang V., Adey, M. y Leirer, V. O. (1982-1983). Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the Assessment of Organic Brain Deficit in Elderly Patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Rodríguez, A. (2013). *Impacto psicológico de la institucionalización en familiares de usuarios de residencias geriátricas* (tesis de maestría). Universidad de Murcia, Murcia, España.
- Rosenthal, C. y Dawson, P. (1992). Families and the Institutionalized Elderly. En G. M. M. Jones y B. M. L. Miesen (Eds.), *Care-Giving in Dementia. Research and Applications* (pp. 398-418). Londres: Routledge.
- Satorres, E. (2013). *Bienestar psicológico en la vejez y su relación con la capacidad funcional y la satisfacción vital* (tesis doctoral). Universitat de Valencia, Valencia, España.
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (2019). *Test del informador*. Recuperado de http://www.semergencantabria.org/docaux/instrucciones_testinformador.htm.
- Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria. (2019). *Test de Pfeiffer*. Recuperado de <http://www.semergencantabria.org/docaux/testpfeiffer.pdf>
- Trigás Ferrín, M. (s. f.). Índice de Katz. Actividades diarias de la vida básica (ADVB). Recuperado de <https://meiga.info/escalas/IndiceDeKatz.pdf>
- Valencia, M. (2012). Envejecimiento de la población: un reto para la salud pública. *Revista Colombiana de Anestesiología*, 40(3), 192-194.

