



CENTRO MUNICIPAL "EL HOGAR DE LOS ABUELOS"
"Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM"

REGISTRO DE INFORMACION PARA SELECCIÓN DE PAM

FECHA:

PROFESIONAL RESPONSABLE:.....

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PAM

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

EDAD	SEXO

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					
DIA	MES	AÑO	PROVINCIA	CANTON	C.IDENTIDAD

DIRECCION DOMICILIARIA ACTUAL		
SECTOR	CALLE PRINCIPAL	No.
CALLE SECUNDARIA	REFERENCIA	TELEFONO:

ESTADO CIVIL	CASADO/A ()	VIUDO/A ()	DIVORCIADO/A ()	No. HIJOS
NOMBRE DEL CONYUGE:				

INST. PRIM	SECUNDARIA	SUPERIOR	NINGUNA
-------------------	-------------------	-----------------	----------------

JUBILADO/A	SI ()	NO()	IESS ()	ISSFA ()	MSP ()	OTROS ()
-------------------	---------------	--------------	-----------------	------------------	----------------	------------------

INGRESOS MENSUALES: \$
CON QUIEN VIVE: SOLO () ESPOSA/O HIJ@S () HERMAN@ () OTROS ()
NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE:
CONCLUSIONES
.....
.....
.....



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

FICHA DE VALORACIÓN PSICOSOCIAL ADULTO MAYOR

NOMBRE:.....

APELLIDOS:.....

EDAD:.....

LUGAR DE RESIDENCIA:.....

DIRECCION:

.....

TELEFONO:.....

I.-SITUACION FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA

Con quién vive?

Solo () Cónyuge/pareja () Otros familiares ()

Nombres ?.....

.....

Realizar una breve descripción de las relaciones familiares más importantes sean o no convivientes.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

II.-SITUACION DE LA VIVIENDA

La vivienda en que reside es: Propia () Alquilada () Prestada () Otra ()

Especificar:.....

Barreras arquitectónicas: Internas () Externas ()

Servicios Básicos: Agua () Luz () Alcantarillado () Teléfono:()

Accesibilidad: Aislamiento: () Accesibilidad Deficiente: () Céntrica: () Otros: ()

III.-RECURSOS ECONOMICOS.- Recibe Pensión: Si () No () En caso afirmativo que tipo de pensión recibe Jubilación () No Contributiva () Invalidez () Viudez () Otras

Tiene otros ingresos económicos Si () No ()

De dónde proceden estos ingresos Rentas () Ayuda Familiares () Otras ayudas institucionales () Otros () Especifique ()

Cómo llega a final de mes con los ingresos económicos Muy Bien () Bien () Justo () Mal () Muy Mal () IV.-

IV.- RED SOCIAL DE APOYO.- Ocupa el tiempo libre en actividades Si () No ()

Cuáles?.....

.....

.....

Ha tenido que dejar alguna actividad en la que ocupaba el tiempo libre en este último año Si () No ()

Porque.....



Sale usted de su domicilio Si () No ()

Dónde.....

Acude a alguna organización o centro.-

1 o más veces a la semana ()

1 o más veces al mes ()

Menos de 1 vez al mes ()

En qué actividad de la organización participa Baile () Excursiones () Juegos () Otros ()

Especificar.....

Recibe visitas a domicilio Si () No () En caso afirmativo ¿Quiénes lo visitan? Familiares ()

Amigos () Vecinos () Otros () Especificar

A través de quienes obtiene la información que necesita conocer?

.....

Cuando necesita hablar con alguien: Tiene con quién? Si () No ()

Se siente acompañado? Si () No ()

V.- PERDIDAS.- Ha Perdido a su pareja en el último año? Si () No ()

Ha perdido a algún familiar y/o amigo cercano/a en el último año? Si () No ()

En caso afirmativo ¿Cuál?

.....

Responsable de levantamiento de información:

Nombre:.....

Firma:

Fecha:.....



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

Nombre

fecha:.....

ANEXO 8.- ESCALA DE VALORACION SOCIAL GUIJON

Escala de valoración socio-familiar de Guijón (Versión abreviada y modificada)

Situación familiar

1. Vive con familia y/o pareja sin conflicto
2. Vive con pareja de similar edad
3. Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden o no quieren atenderlo
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubre todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia

Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa
3. Solo se relaciona con familia, sale de casa
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana)
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana)

Apoyos red social

1. No recibe ningún apoyo
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)
4. Tiene soporte social pero es insuficiente
5. No tiene soporte social y lo necesita

NOTA: Puntuación

- De 5 a 9: aceptable situación social
- De 10 a 14: Existe riesgo social
- Más de 15: Problema social.



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLOGICO "EL HOGAR DE LOS ABUELOS"
"Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM"**

REGISTRO DE INGRESO

FECHA:

PROFESIONAL RESPONSABLE.....

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
-------------------------	-------------------------	----------------

1.- DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PAM

EDAD	SEXO
-------------	-------------

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO					
DIA	MES	AÑO	PROVINCIA	CANTON	C.IDENTIDAD

DIRECCION DOMICILIARIA ACTUAL		
PARROQUIA	CALLE PRINCIPAL	No.
CALLE SECUNDARIA	REFERENCIA	TELEFONO:

ESTADO CIVIL:	SOLTERO/A ()			
CASADO/A ()	VIUDO/A ()	DIVORCIADO/A ()	No. HIJOS	
NOMBRE DEL CONYUGE:				

INST. PRIM	SECUNDARIA	SUPERIOR	NINGUNA
-------------------	-------------------	-----------------	----------------

JUBILADO/A	SI () NO()	IESS ()	ISSFA ()	MSP ()	OTROS ()
-------------------	--------------	----------	-----------	---------	-----------

INGRESOS MENSUALES: \$
CON QUIEN VIVE: SOLO () ESPOSA/O HIJ@S () HERMAN@ () OTROS ()
NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE:
MOTIVO DE INGRESO:
GENOGRAMA



<p>EVALUACION PSICOLOGICA.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>EVALUACION FISICA.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>EVALUACION GERONTO GERIATRA.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>DIAGNOSTICO.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>SOLUCIONES.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>RECOMENDACIONES.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>

FIRMA COORDINADOR

FIRMA PROFESIONALES



CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”

ANEXOS

ANEXO 1. TAMIZAJE RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS

PROBLEMA	ACCION	RESULTADO
VISION	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen
AUDICION	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
MOVILIDAD DE PIERNAS	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: “Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”.	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
INCONTINENCIA URINARIA	Dos partes: 1. Pregunte: “¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas
NUTRICION, PERDIDA DE PESO	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses? 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg ²
MEMORIA	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
DEPRESION	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
INCAPACIDAD FISICA	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. ¿Realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. ¿Salir de compras? 4. ¿Ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. ¿Bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. ¿Vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas



“POR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE DE LAS PAM”

FECHA:.....

ANEXO 2.-. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia micción defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE;

A = AYUDA;

D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

Puntuación _____ Fecha _____

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I);

1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A);

y 0 si es totalmente dependiente (D).

Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

El índice de Katz tiene la ventaja, de facilitar y prever el orden en la pérdida de funciones e intensificar la intervención sobre ellas.

**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

**ANEXO 3.- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)3 CUADRO.
ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA**

<p>CIUDAR LA CASA</p> <p>Cuida la casa sin ayuda 1</p> <p>Hace todo, menos el trabajo pesado 2</p> <p>Tareas ligeras únicamente 3</p> <p>Necesita ayuda para todas las tareas 4</p> <p>Incapaz de hacer nada 5</p>	<p>USO DEL TELEFONO</p> <p>Capaz de utilizarlo sin problemas 1</p> <p>Sólo para lugares muy familiares 2</p> <p>Puede contestar pero no llamar 3</p> <p>Incapaz de utilizarlo 4</p>
<p>LAVADO DE ROPA</p> <p>Lo realiza personalmente 1</p> <p>Solo lava pequeñas prendas 2</p> <p>Es incapaz de lavar 3</p>	<p>USO DE TRANSPORTE</p> <p>Viaja en transporte .; público o conduce 1</p> <p>Sólo en taxi, no en autobús 2</p> <p>Necesita acompañamiento 3</p> <p>Es incapaz de usarlo 4</p>
<p>PREPARACION DE LA COMIDA</p> <p>Planea, prepara y sirve sin ayuda 1</p> <p>Prepara si <i>le dan los ingredientes</i> 2</p> <p>Prepara platos precocinados 3</p> <p>Tienen que darle la comida hecha 4</p>	<p>MANEJO DEL DINERO</p> <p>Lleva cuentas, va a bancos, etc. 1</p> <p>Sólo maneja cuentas sencillas 2</p> <p>Incapaz de utilizar dinero 3</p>
<p>IR DE COMPRAS</p> <p>Lo hace sin ninguna ayuda 1</p> <p>Sólo hace pequeñas compras 2</p> <p>Tienen que acompañarle 3</p> <p>Es incapaz de ir de compras 4</p>	<p>RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS</p> <p>Responsable de su medicación 1</p> <p>Hay que preparárselos 2</p> <p>Incapaz de hacerlo por sí mismo 3</p>

NOTA: Grado de dependencia: hasta 8 puntos = Independiente
De 8 a 20 puntos; Necesita cierta ayuda
Más de 20 puntos; Necesita mucha ayuda.



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

NOMBRE: **EDAD:**.....

Fecha:.....

ANEXO 4.- ESCALA DE TINETTI MODIFICADA EQUILIBRIO

Silla: Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

1. Al sentarse:

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.

1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.

2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

2. Equilibrio mientras está sentado:

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).

1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.

2 = Firme, seguro, erguido.

3. Al levantarse:

0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.

1 = capaz, pero requiere 3 intentos.

2 = capaz en 2 intentos o menos.

4. Equilibrio inmediato al ponerse de pie (primeros 5 seg):

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.

1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.

2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

De Pie: ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

5. Equilibrio con pies lado a lado:

0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.

1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.

2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos.

6. Prueba del Tirón (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.

1 = da más de 2 pasos hacia atrás.

2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ , ____ segundos

8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: ____ segundos

9. Posición de Semi-tándem:

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro(, ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene ≤ 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos. Tiempo: ___ segundos ___

10. Posición Tándem:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por ≤ 3 segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos. Tiempo: ___ , ___ segundos

11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):

0 = incapaz o se tambalea.

1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.

2 = capaz y firme.

12. Se para en puntillas:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ___ , ___ segundos

13. Se para en los talones:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por < 3 segundos.

2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: ___ , ___ segundos



Pies lado a lado



Posición Semi-tándem



Posición Tándem

MARCHA

INSTRUCCIONES: La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso:

Ladrillo/cerámica --- madera --- cemento/concreto --- otro: ___

1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle “camine”):

0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.

1 = sin vacilación.

2. Trayectoria (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.

1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.

2 = recto, sin utilizar ayudas.

3. Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.

1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.

2 = no.

4. Da la vuelta (mientras camina):

0 = casi cae.

1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.

2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.



5. Caminar sobre obstáculos (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.

1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.

2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.

PUNTAJE: _____



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

ANEXO Nº 6.- ESCALA DE PFEIFFER

INSTRUCCIONES:

Muéstrele al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.
Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero? Si... No...
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo? Si... No...
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa? Si... No...
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida? Si... No...
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario? Si... No...
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico? Si... No...
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares? Si... No...
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos? Si... No...
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa? Si... No...
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente? Si... No...
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema? Si... No...

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote el total =La puntuación máxima es de 33 puntos, si la suma es de 6 puntos o más sugiere déficit cognitivo.



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

ANEXO Nº 5.- EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondee el mes, el día del mes el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____

Día del mes _____

Año _____

Día semana _____

Total: _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol: _____

Mesa: _____

Avión: _____

Total: _____ Número de repeticiones: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione, o por cada número que se le añada o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente: _____

Respuesta Correcta: 9 7 5 3 1

Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel: _____

Dobla: _____

Coloca: _____

Total: _____

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____

Mesa _____ Anote un punto por cada objeto

Avión _____ recordado en el primer intento.

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correcto.

NOTA:

Sume los puntajes totales de las preguntas 1 a 6

Puntuación máxima: 19 puntos.

Entre 14 y 19 NO sugiere déficit cognitivo

13 puntos o menos SI sugiere déficit cognitivo. (En pacientes iletrados utilice el test de Isaac)





**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLÓGICO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

ANEXO N° 7.- Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada

ITEMS	SI	NO
1.- Está satisfecho/a con su vida	0	1
2 ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3 ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5 La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6 ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8 ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10 ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11 ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12 Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13 ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14 ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15 ¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0

PUNTAJE TOTAL _____

NOTA: Normal (0-5)

Probable depresión (6-9)

Depresión estable (10 o más)



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLOGIVO “EL HOGAR DE LOS AABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

ANEXO 9.- ESCALA DE VALORACIÓN NUTRICIONAL (Mini nutritional Assessment MNA) TAMIZAJE

A.- ¿Ha disminuido su ingesta de comida en los últimos tres meses debido pérdida del apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o para tragar?

Severa pérdida del apetito	0
Moderada pérdida del apetito	1
Ausencia de pérdida del apetito	2

B.- ¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?

Mayor de 3 kg o 6.6 lb	0
No conoce	1
Pérdida entre 1 y 3kg	2
No existen pérdidas de peso	3

C.- Movilidad

En la cama o en silla de ruedas	0
Puede salir de la cama o la silla, pero no afuera	1
Puede ir afuera	2

D.- ¿Ha sufrido problemas psicológicos o enfermedad aguda en los últimos tres meses?

Si: 0..... No: 2.....

E.- Presencia de problemas neuropsicológicos

Demencia o depresión severas	0
Demencia moderada	1
Ausencia de problemas psicológicos	2

F.- Índice de masa Peso kg _____ Talla mt _____ IMC _____

IMC menos de 19

IMC entre 19 – menor a 21

IMC entre 21 – menor a 23

IMC mayores a 23

NOTA:

Puntaje total _____

Riesgo de desnutrición ausente 12 o más.....

Riesgo de desnutrición presente 11 o menos.....



**CENTRO MUNICIPAL GERONTOLOGIVO “EL HOGAR DE LOS AABUELOS”
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

Busca detectar condiciones que orienten al equipo en una clasificación del riesgo familiar tipo screening. La percepción de riesgo requiere un análisis posterior con una mirada transdisciplinaria.

ENCUESTA GENERAL PARA CALIFICAR RIESGO FAMILIAR
GENOGRAMA

PROBLEMAS CRONICOS (incluye salud mental y malnutrición)
--

QUIEN	PROBLEMA	ESTA EN CONTROL Si....No....

CON MAYOR VULNERABILIDAD		
	Están en Control	Observaciones



Adultos mayores		
Menores de 5 años		
Embarazadas		

FACTORES PSICOSOCIALES

	Quien	Desea ayuda?
Drogadicción		
Alcoholismo		
VIF		
Estrés Familiar		

FACTORES SOCIOECONOMICOS

	\$	Observaciones
Ingreso familiar		
Nombre Trabajador	Tipo de Trabajo	Estabilidad y riesgo laboral

Hay menores de 15 años que trabajen .- Explique la condición

VIVIENDA

TENENCIA	Propia:	Arrienda:	Allegado:	
CIUDAD	Buena:	Regular:	Mala:	
CUARTOS	Comedor:	Cocina	Dormitorios:	Baño:
EQUIPAMIENTO	Refrigerador:	Tv:		
SERVICIOS BASICOS	Agua potable:	Electricidad:	Alcantarillado:	
OBSERVACIONES:				



EDUCACION	
Hay personas en edad escolar fuera del sistema? Si..... No.....	
Explicar:	
Interés por completar estudios?	
Niños en edad escolar. Asisten regularmente?	
Como les va en el colegio	
Inserción social:	
Participación social: (quiénes y dónde)	
Nombre	Lugar o grupo en que participa
PROCESOS FAMILIARES	
Como están las cosas en casa	
En general como se lleva con su pareja	
Como se lleva con sus hijos/as	
Hay algún problema que le preocupe y quiera recibir ayuda u orientación	
Sí es sí. Cuál?	
Tiene a quien acudir en caso de problemas, enfermedades u otras	
En que cree que le podemos ayudar?	
El genograma debe incluir edad, sexo, escolaridad, trabajo, patologías crónicas	



GAD MUNICIPAL DE CUENCA-ACCION SOCIAL MUNICIPAL					
CENTRO MUNICIPAL GEROSOL "EL HOGAR DE LOS ABUELOS"					
CUESTIONARIO DE ADAPTABILIDAD					
NOMBRE:		FECHA:			
RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS		c.n	a.v	gen	c.s
1	Quando me enfrento a un problema y no tengo idea de cómo resolverlo, adopto la actitud de que surgirá la solución correcta				
2	En mi vida las cosas ocurren a su debido tiempo				
3	Me siento optimista con respecto a mi futuro				
4	Quando me rechaza sufro, pero acepto que esa persona tenía derecho a decidir				
5	Siento la pérdida de familiares y amigos fallecidos, pero el dolor se resuelve solo y sigo adelante, no trato de recuperar lo que no se puede recuperar.				
6	Quando discuto con alguien defiendiendo mi posición, pero también me es fácil reconocer los aciertos de la otra persona.				
7	Voto por el hombre no por el partido				
8	Dedico tiempo a causas dignas, aunque sean impopulares.				
9	Me consideran buena/o para escuchar. No interrumpo a los otros cuando hablan.				
10	Si alguien se juega algo con mucha emoción, le escucho sin expresar mi punto de vista.				
11	Puesto a elegir entre un empleo bien pagado, pero aburrido, y uno que me gusta por la mitad del sueldo, me quedo con el que me gusta				
12	Mi manera de dirigir a otras personas es permitirles hacer lo que quieren en vez de intentar dominarlas, me entrometo lo menos que puedo.				
13	Me resulta fácil confiar en otros.				
14	No soy propenso a preocuparme; los vaivenes de las situaciones difíciles me afectan menos que la mayoría.				
15	En una situación de competencia, soy buen perdedor. Digo "buena jugada" en vez de "yo no estaba en forma"				
16	Me siento cómodo jugando con niños pequeños; entro con facilidad en su mundo.				
17	No pienso mucho en mis estados de ánimo.				
18	Puedo sentir con facilidad lo que siente otra persona.				
19	Me siento cómodo con la gente callada. La gente nerviosa no me pone nervioso				



EVALUACION DE LA PUNTUACION DEL CUESTIONARIO DE ADAPTABILIDAD.

Casi nunca (c.n) = 1 punto

A veces (a.v) = 2 punto

Generalmente (gen) = 3 puntos

Casi siempre (c.n) = 4 puntos

50 PUNTOS O MÁS: Es una persona excepcionalmente adaptable. Que ha dedicado mucho tiempo al crecimiento personal. Los demás buscan su guía y su consejo. Otorga gran prioridad a tu capacidad de mantenerte cómodo bajo presión y dispuesto a aceptar nuevos desafíos. Se enorgullece de poder resolver bien los conflictos

30 – 40 PUNTOS. Se adapta razonablemente bien a los desafíos cotidianos, pero el esfuerzo que ha dedicado a este aspecto es probablemente limitado. Es de ese tipo de personas que los otros creen despreocupados, pero puede tener más preocupaciones y arrepentimientos que no ha encarado. Los conflictos le preocupan y tiende a caer bajo la influencia de personas cuyas emociones son más fuertes que las suyas.

20 – 30 PUNTOS: Tiene ideas definidas sobre la conducta correcta y la incorrecta y considera de alta prioridad defender su punto de vista. Hasta ahora, esforzarse por el crecimiento personal no ha sido cuestión prioritaria en su vida. Suele ser una persona organizada y decididamente orientada hacia los objetivos. Si se encuentra en una situación de conflicto o competencia, quiere sin duda estar en el bando de los ganadores.

MENOS DE 20 PUNTOS: Necesita trabajar mucho con su sentido del yo, dominado de niño por uno de sus padres o ambos, teme el rechazo y se inquieta o critica cuando otros disienten de usted. Tiene su modo de hacer las cosas y no le gustan las sorpresas. Probablemente es obsesivamente ordenado, con muchas preocupaciones ocultas, o por el contrario, muy desorganizado, propenso a fuertes reacciones ante acontecimientos exteriores, uno tras otro

Puntaje total:

FIRMA RESPONSABLE.

NOTA: Este cuestionario nos permite saber sobre la Personalidad Adaptativa de la persona que se va a contratar y si es factible el trabajo con el Adulto Mayor.



b) Capacidad en la toma de decisiones
Situaciones cotidianas sencillas
Situaciones de mayor complejidad (por ser ellas mismas complejas o implicar riesgos para la persona o terceros)
c) Relaciones y apoyo social
<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo Informal: Familia Vecinos • Apoyo Formal: Servicios profesionales fuera del domicilio (centros diurnos, etc) Intervenciones en el domicilio..... Voluntariado • Percepción social (acude a centros sociales, asociaciones)
Dificultades en las relaciones sociales
Fortalezas en las relaciones sociales
Objetivos de la Intervención
d) OCIO/ INTERESES OCUPACIONALES
Intereses relacionados con la historia laboral
<i>Intereses relacionados con aficiones y ocio</i>
Participación en actividades de ocio organizadas
Actividades gratificantes que suele realizar por su cuenta
Principales objetivos en la intervención
e) ENTORNO (ACCESIBILIDAD Y ADECUACION)
Domicilio habitual
Barrio
Otros lugares
5. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN
a) Programas, servicios y actividades propuestos
<i>Promoción y prevención de la salud</i>
.....
.....
.....
<i>Actividad física</i>
.....
.....
.....
<i>Estimulación cognitiva</i>
.....
.....
.....
<i>Terapias psicoafectivas</i>



.....

Actividades de la vida cotidiana

.....

Otras actividades ocupacionales y socializadoras

.....

b)Apoyos que precisa

Productos de apoyo (ayudas técnicas)

.....

Medidas de intervención ambiental (supresión de barreras, adaptaciones funcionales, mejora de la seguridad y del confort, personalización de entornos, adecuación de la estimulación ...)

.....

Otros apoyos (simplificación de tareas o actividades, apoyo en la comunicación, apoyos por parte de otras personas, etc.)

.....

Pautas para la atención personalizada

Hábitos cotidianos gratificantes a mantener/reforzar

.....

Preferencias relacionadas con la atención en el centro o servicio

.....

Pautas ante comportamientos especiales

.....

Otras pautas

.....



Intervenciones con las familias

Orientaciones para el buen cuidado de la persona

.....
.....

Orientaciones para el autocuidado

.....
.....
.....

DECLARACIÓN DE TOMA DE DECISIONES COMPARTIDAS

Persona usuaria (o representante) Miembros equipo que han participado

6. SEGUIMIENTO DEL PLAN PERSONALIZADO

a) Profesional de referencia

.....
.....
.....

b) Revisiones y seguimientos

.....
.....
.....

Fecha de elaboración:

Breve valoración del cumplimiento del plan. Modificaciones acordadas

.....
.....
.....



**GAD MUNICIPAL DEL CANTON CUENCA-ACCION SOCIAL MUNICIPAL
CENTRO MUNICIPAL "HOGAR DE LOS ABUELOS"**

FICHA DE DIAGNÓSTICO SOCIAL DE LA PAM

I.-DATOS DE IDENTIFICACION:

Nombres y apellidos:		
Edad:	Lugar y Fecha de nac.	Religión:
CI.	Estado Civil	Nº de hijos
Dirección Actual: Calles _____		
Parroquia: _____ barrio: _____		
Teléfonos:		E-mail:
Con quien vive:		

II.SITUACION SOCIO FAMILIAR

21.-COMPOSICION FAMILIAR:

(Personas que integran el grupo de convivencia).

Nombre	Edad	Parentesco	Estado civil	Ocupación	Instrucción	Ingresos. M

2.2 TIPO DE FAMILIA

Nuclear Desintegrada Reconstruida Otros. _____

2.3 PROBLEMATICA FAMILIAR

Violencia Familiar Drogadicción Prostitución Delincuencia
Otros. _____

2.4 RELACON CON LA FAMILIA

Muy buena Buena Mala Frecuencia de visita _____ Quien _

III. SITUACION ECONOMICA

3.1 AMBITO ECONOMICO:

1.-INGRESOS	TOTAL	2.-EGRESOS	TOTAL	3.-SUBSIDIOS	TOTAL
PAM		Servicios básicos		Bono DH	
Esposa/o		Arriendo		Bono Joaquín Ga.	
Hijos		Transporte		IESS	
Otros		Alimentación		Montepío	
		Medicación		Seguro privado	
		Otros		otros	
Total Ingresos		Total de Egresos		Total subsidios	



3.1.1 RESEÑA LABORAL DE LA PAM O DE DONDE OBTIENE SUS INGRESOS ECONOMICOS: _____

3.2. AMBITO SOCIAL

1. Vivienda de la familia	2. Materiales de construcción de la vivienda:	3. Uso de los cuartos o habitaciones:	4.-Servicios con los que cuenta la vivienda:
Propia: _____ Arrendada: _____ Prestada: _____ Compartida: _____ Invasión: _____ Otra: _____	Paredes: _____ Techo: _____ Piso: _____ Nº de habitaciones o cuartos: _____	_____ _____ _____ _____ _____	Agua potable:----- Luz:----- Teléfono: __, Otros: _____ _____ Vías de acceso: _____ _____

3.2.1 CUANTAS PERSONAS HABITAN EN LA VIVIENDA?

3.2.2 ¿NECESITA ALGÚN TIPO DE ADAPTACIÓN PARA SUS NECESIDADES? _____

3.2.3 OBSERVACIONES DE LA VIVIENDA: _____

IV. AMBITO DE SALUD:

4. 1.-SITUACION DE SALUD DE LA PAM

4.2.-SITUACIÓN DE SALUD DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

V.-DIAGNOSTICO SOCIAL

¿Cómo están las cosas en casa?

¿En general cómo se lleva con su pareja? _____ ¿Y con los hijos? _____ ¿Hay algún problema que le preocupe y quiera recibir ayuda u orientación? ____ Si es sí: ¿cuál? _____ ¿Tiene a quién acudir en caso de problemas, enfermedades u otras? _____ ¿En qué cree que le podemos ayudar? _____

VI.-CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

TRABAJADOR SOCIAL

Fecha: _____

