

**VALORACIÓN DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA DE LOS USUARIOS
LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD COLONIA DE
BELENCITO A TRAVES DE LA ESCALA DE VALORACIÓN INDICE DE
BARTHEL**

**SANDRA MILENA SÁNCHEZ VALLEJO
GERONTÓLOGA UCO
REGISTRO DSSA 5 - 1484**

**MASTER UNIVERSITARIO EN "INTERVENCION EN CALIDAD DE
VIDA DE ADULTOS MAYORES"
UNIVERSIDAD NACIONAL DE EDUCACIÓN A DISTANCIA
(UNED) ESPAÑA
CODIGO 360
2007 - 2008**

AGRADECIMIENTOS

*A Mi Madre que siempre va a ser mí
Fuente de energía y motor para salir adelante
Y lograr cada uno de mis sueños
Uno de los cuales hoy estoy logrando*

*A las Doctoras
Maria Del Carmen Sainz
Y Gloria Pérez Serrano
Por ser parte de este logro,
El cual hoy me ha abierto
Nuevos caminos y posibilidades de
Alcanzar mis metas laborales y
Contribuir con mis conocimientos
A la calidad de vida de diferentes
Grupos poblacionales*

*A mi familia que desde siempre
Ha confiado en mí y me ha apoyado
Para alcanzar cada uno de mis sueños y metas*

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	9
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	11
1.1 JUSTIFICACIÓN	14
1.2 OBJETIVOS	17
1.2.1 General	17
1.2.2 Específicos	17
2. UNIDAD DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD, COLONIA DE BELENCITO	18
2.1 Reseña Histórica	18
2.2 Misión	20
2.3 Visión	20
2.4 Objetivo Institucional	21
2.5 Plan de Acción Gerontológico	21
2.6 Marco Jurídico	22
2.6.1 Políticas Internacionales	22
2.6.2 Políticas Nacionales	23
2.6.3 Políticas Departamentales	23
2.6.4 Políticas Municipales	23
2.7 Perfil de los Usuarios	24
2.8 Requisitos de Ingreso	24
2.9 Causas de Egreso	24
3. PERFIL OCUPACIONAL DEL GERONTÓLOGO	25
3.1 Referente Epistemológico	25
3.2 Perfil Ocupacional	27
3.3 ¿Por qué Estudiar Gerontología	28
4. CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR	29
4.1 Ventajas de la Evaluación de la Capacidad Funcional	32
4.2 Valoración de la Actividades de la Vida Diaria	36

4.2.1 Adulto Mayor Dependiente	36
4.2.2 Actividades Básicas Cotidianas Físicas	38
4.2.3 Actividades Básicas Cotidianas Instrumentales	40
4.2.4 Actividades Básicas Cotidianas Sociales	41
4.3 DIFERENCIAS ENTRE DEPENDENCIA Y AUTONOMIA	42
4.4 LA VALORACIÓN GERONTOLÓGICA	46
4.5 GENERALIDADES DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL	48
4.5.1 Escala de Valoración Funcional Índice de Barthel	51
5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN GERONTOLOGÍA - GERIATRÍA	67
6. DISEÑO METODOLÓGICO	75
6.1 TIPO DE ESTUDIO	75
6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA	75
6.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	76
6.4 HIPÓTESIS	76
6.5 VARIABLES	77
6.5.1 Definición de Variables	77
6.5.2 Operacionalización	77
7. RESULTADOS	78
8. CONCLUSIONES	113
9. RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	117
ANEXOS	119
GLOSARIO	122

LISTA DE ANEXOS

	pág.
Anexo A. Registros fotográficos de la Unidad de Atención a la Tercera Edad -Colonia de Belencito.	119

LISTA DE CUADROS

	pág.
Cuadro 1. Características de los instrumentos de valoración más utilizados.	50
Cuadro 2. Puntuación original de las Actividades de la Vida Diaria en el Índice de Barthel.	54
Cuadro 3. Índice de Barthel modificaciones de Granger con 15 Actividades y tres Niveles de Puntuación.	58
Cuadro 4. Índice de Barthel modificaciones de Shah et al. con 10 Actividades y cinco Niveles de Puntuación.	59
Cuadro 5. Interpretación sugerida por Shah et al. sobre la puntuación del Índice de Barthel.	62

LISTA DE GRÁFICAS

	pág.
Gráfica 1. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Santa Teresa de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	78
Gráfica 2. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de Edad Hábitat Santa Teresa	80
Gráfica 3. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Santo Domingo de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	83
Gráfica 4. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de Edad Hábitat Santo Domingo	85
Gráfica 5. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat San José de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	89
Gráfica 6. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de Edad Hábitat San José	91
Gráfica 7. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Marie Poussepin de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	94
Gráfica 8. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de Edad Hábitat Marie Poussepin	96
Gráfica 9. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat El Carmen de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	99
Gráfica 10. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de Edad Hábitat El Carmen	101
Gráfica 11. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Santa Ana de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	104
Gráfica 12. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de Edad Hábitat Santa Ana	106
Gráfica 13. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Sagrado Corazón de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	109
Gráfica 14. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de Edad Hábitat Sagrado Corazón	110

LISTA DE TABLAS

	pág.
Tabla 1. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Santa Teresa de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	79
Tabla 2. Resultados Hábitat Santa Teresa del Índice de Barthel por Rangos de Edad.	81
Tabla 3. Variables mas afectadas Hábitat Santa Teresa en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.	82
Tabla 4. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Santo Domingo de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	83
Tabla 5. Resultados Hábitat Santo Domingo del Índice de Barthel por Rangos de Edad.	86
Tabla 6. Variables mas afectadas Hábitat Santo Domingo en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.	87
Tabla 7. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat San José de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	89
Tabla 8. Resultados Hábitat San José del Índice de Barthel por Rangos de Edad.	92
Tabla 9. Variables mas afectadas Hábitat San José en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.	93
Tabla 10. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Marie Poussepin de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	94
Tabla 11. Resultados Hábitat Marie Poussepin del Índice de Barthel por Rangos de Edad.	97
Tabla 12. Variables mas afectadas Marie Poussepin Teresa en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.	98

Tabla 13. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat El Carmen de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	99
Tabla 14. Resultados Hábitat El Carmen del Índice de Barthel por Rangos de Edad.	102
Tabla 15. Variables mas afectadas Hábitat El Carmen en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.	103
Tabla 16. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Santa Ana de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	104
Tabla 17. Resultados Hábitat Santa Ana del Índice de Barthel por Rangos de Edad.	107
Tabla 18. Variables mas afectadas Hábitat Santa Ana en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.	108
Tabla 19. Rangos de edad en cantidades y valores porcentuales de los Adultos Mayores del Hábitat Sagrado Corazón de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito.	109
Tabla 20. Resultados Hábitat Sagrado Corazón del Índice de Barthel por Rangos de Edad.	111
Tabla 21. Variables mas afectadas Hábitat Sagrado Corazón en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.	112

INTRODUCCIÓN

La valoración gerontológica, consiste en el "proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales" que puede presentar una persona mayor y a su vez crearle dependencia.

El fin de la valoración es poner en claro las dificultades que presenta una persona para su desenvolvimiento cotidiano, registrar los recursos de atención disponibles y poner en marcha un plan adecuado de atención y cuidados. Es una formulación que se ha hecho clásica; "la valoración consiste en sacar a la superficie y exponer los niveles de discapacidad que antes de ella no se conocía".

Aunque es verdad que los test y las escalas de valoración, por si solos, no pueden constituir un diagnóstico, si puede afirmarse que complementan de manera decisiva los informes médicos y psicológicos que diagnostican las enfermedades, síndromes o trastornos que pueden presentar las personas ancianas. Además se añade como también han señalado los expertos (Salgado y González Montalvo 1993), la medida de la situación funcional, que muchas veces es mas útil que una lista de diagnósticos, sobre todo cuando lo que deseamos es planificar algún programa de intervención

Algunos autores (Montorio 1992) hablan de la tecnología en la evaluación de la vejez, puesto que la evaluación implica una metodología o estrategia básica de evaluación (el proceso), una tecnología general de evaluación (técnicas tales como la entrevista, la observación y el autoinforme) y por ultimo los dispositivos concretos de medida (la instrumentación), los cuales permiten determinar que grado de limitación tiene una persona en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD), si se trata de una persona dependiente o no en el desenvolvimiento de su vida cotidiana y, por tanto, el servicio que precisa para resolver esa dependencia en alguna o algunas de las AVD que presente.

El objetivo del presente estudio es valorar el nivel de Independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), de los Adultos Mayores de la (UATE) Unidad de Atención a la Tercera Edad Colonia de Belencito", a través de la aplicación de la escala de valoración funcional Índice de Barthel, con el fin de mostrar un panorama general sobre la Funcionalidad Física de los Adultos mayores que residen en este modelo de larga instancia.

Para la realización de este estudio se cuenta con una población de 335 usuarios mayores de 60 años, a través de diálogos personalizados con los usuarios, observación y diálogos con el personal asistencial de la Institución los cuales asisten a los usuarios en todas las Actividades de la Vida Viaria (AVD), posteriormente los resultados encontrados con la aplicación del Índice de Barthel se plasmaron en las diferentes gráficas y tablas.

Se estima que el presente estudio puede ser de gran interés para todos aquellos que deseen ampliar su información sobre la aplicación de escalas de valoración a en este campo y para los que dedican su atención en la población Adulta Mayor. Se trata en definitiva de brindar aportes teóricos y prácticos para que los profesionales en el área social y de la salud optimicen sus intervenciones, con el fin de que el adulto mayor viva cada vez más años con independencia y con el mayor bienestar posible.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

El Municipio de Medellín desde el año 1889, por acuerdo No.7 de Julio creó la junta encargada de la extinción de la mendicidad, en Medellín, cuyo objetivo consistió en conseguir un local que albergara a los mendigos de la ciudad sin distinción de sexo y edad, habitantes de la calle; por lo que no se contó con criterios de selección y organización. En esta primera época se llamo "Casa de Mendigos", la cual funcionó en diferentes barrios y locales de la ciudad y se sostenía con recursos del Municipio y algunas donaciones de particulares.

En el año de 1901 el Municipio confió la Administración interna de la Unidad a la Comunidad de la Hermanas Dominicanas de la Presentación y con miras a fortalecer y cualificar los criterios de ingreso y selección de la Unidad, el programa de la Secretaría de Solidaridad; toma cargo la Unidad de Atención a la Tercera Edad (UATE)-Colonia de Belencito, centrándose solo en la atención a la tercera edad.

Por Acuerdo 159 de 1938, el Honorable Concejo de Medellín aprobó la compra de la finca denominada "Belencito", situada en la América y donde actualmente funciona la Unidad de Atención a la Tercera Edad - "Colonia de Belencito.

De esta manera la UATE - Colonia de Belencito; se convierte en un Modelo de atención de larga estancia para la asistencia integral de adultos mayores (mayores de 60 años) indigentes: sin seguridad social, sin familia, que no puedan valerse por sí mismos, que no tienen satisfechas sus necesidades básicas y que sean residentes en el Municipio de Medellín y sus corregimientos.*

* Unidad de Atención a la Tercera Edad (UATE) - Colonia de Belencito. Portafolio de Servicios. 2003, p. 1-5.

En el año de 1993 ingresaron a la institución varios profesionales que fortalecieron el equipo interdisciplinario de la Unidad, tales como: Gerontólogo, Médico, Trabajador Social, Psicólogo, Enfermeros y Auxiliares de Enfermería, entre otros y con el paso se han abierto espacios para la práctica de estudiantes diferentes instituciones universitarias, los cuales desde sus áreas de estudio han aportado conocimientos y experiencias con el propósito de tecnificar mas el servicio.

En el año 2004, se delega para la nueva administración de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, a la Universidad de Antioquia, comisionando a la Doctora María Isabel Zuluaga Callejas, como nueva Directora Administrativa; en dicha administración se desarrollan procesos de reestructuración y de reformas funcionales y sociales con un completo equipo interdisciplinario, los cuales conducen al fortalecimiento en los procesos gestionados para la comunidad directamente beneficiada, con el fin de determinar necesidades y recoger procesos bien fundamentados.

A lo largo de todos estos años, desde la creación de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, son muchas las instituciones universitarias, educativas y sociales que se han vinculado al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores, Habitantes de la Calle; entre estas instituciones se encuentran: Universidad Católica de Oriente, Universidad de Medellín, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia, Universidad San Buenaventura, El Comité de Rehabilitación de Antioquia, Fundación Universitaria María Cano, Tecnológico de Antioquia, Sena, Ecosesa (Empresa cooperativa de Servicios de Salud), UNAD (Universidad Nacional Abierta y a Distancia), las cuales han intervenido para la optimización de estilos de vida saludable de este grupo poblacional, donde se incluya la atención por la salud, la enfermedad, lo social, la rehabilitación, la asistencia básica y espiritual, enfatizando en la seguridad social integral, solidaridad y participación, todo se ha logrado a través de investigaciones, trabajos de grado, tesis y la presentación de propuestas y programas que han constituido un aporte significativo para el fortalecimiento del grupo institucional y poblacional de la Unidad de Atención a la Tercera Edad .*

* ENTREVISTA con Berenice Sánchez, Psicóloga de la Unidad de Atención a la Tercera Edad (UATE)-Colonia de Belencito. Medellín, Noviembre de 2005.

Es a partir de la revisión de los antecedentes institucionales que se identifica la necesidad de llevar a cabo un estudio que aporte datos cuantitativos y cualitativos que permitan al grupo interdisciplinario el reconocimiento de las características de los usuarios, puesto que para la distribución en los diferentes pabellones se tiene en cuenta el estado de salud y las capacidades funcionales de los adultos mayores. Este estudio permitirá conocer el nivel de independencia en las actividades de la vida diaria de los adultos mayores, a partir de la aplicación del instrumento de valoración funcional Índice de Barthel, siendo este uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física, también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland".

El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. Es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. El Índice de Barthel se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas.

Se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1956. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos. También se pretendía obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la

actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD.

El IB ha sido utilizado en diferentes poblaciones y con propósitos diversos. A continuación se presenta una selección de las principales aplicaciones de este índice.

Originalmente el IB se aplicó en centros de rehabilitación física para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente de pacientes con ACVA. Se ha utilizado en el ámbito domiciliario, para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio y en unidades geriátricas como parte del protocolo de valoración geriátrica, también se ha utilizado como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de profesionales sanitarios en ensayos clínicos randomizados.

Dadas las características del IB y su extendido uso, algunos autores lo han utilizado como referencia para estudiar las características de nuevas medidas. Este es el caso de la "Goal Attainment Scale" (escala de consecución de objetivos), del "Geriatric Quality of Life Questionnaire" (cuestionario geriátrico de calidad de vida), de un cuestionario para estudiar el grado de satisfacción de los cuidadores de pacientes con ACVA, del "Timed Test of Money Counting" (test cronometrado de contar dinero), del "Get Up and Go Test" (test de levantarse y andar), de la "Scandinavian Stroke Supervision Scale", del "Nottingham Health Profile", Sickness Impact Profile del cuestionario Frail Elderly Functional Assessment (valoración funcional del anciano debilitado) y del instrumento de medida de la discapacidad utilizado por "Office of Populations Censuses and Surveys" (OPCS, oficina de censos poblacionales y encuestas).*

* Para ampliar información ver capítulo 4 del presente trabajo.

1.1 JUSTIFICACIÓN

El proceso de envejecimiento del ser humano se plantea con respecto a diversas características que han rodeado la vida de una persona; tales como los antecedentes genéticos, estilo de vida, actitudes personales, hábitos, entorno social y a una serie de factores internos y externos; que determinan el patrón de envejecimiento de cada persona al envejecer y donde se constituyen numerosas definiciones ante este proceso, en las cuales se menciona el conjunto de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, que el paso del tiempo ocasiona de forma irreversible y progresiva en los organismos vivos.

Es indudable que en la sociedad en la que vivimos, la expectativa de vida ha ido aumentando considerablemente, lo que ha incrementado de una manera razonable la población adulta mayor, el motivo de este acelerado aumento ha implicado la optimización y el mejoramiento de la calidad de vida de la persona senescente, desde diversos ámbitos a nivel social, biológico, psicológico, familiar, cultural, político y económico, los cuales están ligados en interacción continua y permanente al constituir un enfoque multidimensional en todo el proceso de envejecimiento y vejez.

Una de las acciones que han permitido optimizar la atención al anciano es la valoración de su estado de salud, a través de la medición de su situación funcional, la cual es mucho más útil que una lista de diagnósticos médicos. La valoración funcional cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria es, para los profesionales de Atención Primaria, una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación, y monitorizar la evolución clínica de los ancianos dependientes (Salgado, 1993).

De acuerdo a lo anterior surge la importancia de llevar a cabo una valoración del nivel de Independencia en las actividades de la vida diaria (AVD), de los Adultos Mayores institucionalizados en la Unidad de Atención a la Tercera

Edad - Colonia de Belencito, a través de la aplicación del instrumento de valoración Índice de Barthel, Con la valoración se pretende que el equipo interdisciplinario de trabajo, a corto plazo, tome como punto de partida los resultados obtenidos y las recomendaciones realizadas en la investigación y a largo plazo, oriente sus acciones hacia el mejoramiento de la exactitud diagnóstica y la identificación de problemas, establecimiento de objetivos de trabajo, conocer la situación de la persona que permita predecir su evolución, observar cambios en el transcurso del tiempo y asegurar una utilización apropiada de los servicios.

Para llevar a cabo la valoración con la población objeto de estudio se cuenta con los recursos humanos, materiales, físicos necesarios y con la disponibilidad del grupo interdisciplinario de trabajo, lo cual conllevará al logro de los objetivos propuestos.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 General. Valorar el nivel de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) de la población Adulta Mayor de la UATE Unidad de Atención a la Tercera Edad Colonia de Belencito, a través de la aplicación de la escala de valoración funcional Índice de Barthel.

1.2.2 Específicos.

- Describir las variables mas significativas del estudios: cantidad de usuarios por rango de edad y sexo, grado de independencia e independencia en las Actividades de la Vida Diaria (AVD)
- Graficar e Interpretar los resultados arrojados luego de la aplicación de la escala de valoración funcional Índice de Barthel
- Formular recomendaciones que aporten a la institución fundamentos teóricos para el plan de intervención institucional.

2. UNIDAD DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD (UATE) COLONIA DE BELENCITO

2.1. RESEÑA HISTÓRICA

El Municipio de Medellín desde el año 1889, por acuerdo No.7 de Julio creó la junta encargada de la extinción de la mendicidad, en Medellín, cuyo objetivo consistió en conseguir un local que albergara a los mendigos de la ciudad sin distinción de sexo y edad, habitantes de la calle; por lo que no se contó con criterios de selección y organización. En esta primera época se llamo "Casa de Mendigos", la cual funcionó en diferentes barrios y locales de la ciudad y se sostenía con recursos del Municipio y algunas donaciones de particulares.

En el año de 1901 el Municipio confió la Administración interna de la Unidad a la Comunidad de la Hermanas Dominicanas de la Presentación y con miras a fortalecer y cualificar los criterios de ingreso y selección de la Unidad, el programa de la Secretaría de Solidaridad; toma cargo la Unidad de Atención a la Tercera Edad (UATE)-Colonia de Belencito, centrándose solo en la atención a la tercera edad.

Por Acuerdo 159 de 1938, el Honorable Concejo de Medellín aprobó la compra de la finca denominada "Belencito", situada en la América y donde actualmente funciona la Unidad de Atención a la Tercera Edad - "Colonia de Belencito.

De esta manera la UATE - Colonia de Belencito; se convierte en un Modelo de atención de larga estancia para la asistencia integral de adultos mayores (mayores de 60 años) indigentes: sin seguridad social, sin familia, que no puedan valerse por sí mismos, que no tienen satisfechas sus necesidades

básicas y que sean residentes en el Municipio de Medellín y sus corregimientos.^{1*}

En el año de 1993 ingresaron a la institución varios profesionales que fortalecieron el equipo interdisciplinario de la Unidad, tales como: Gerontólogo, Médico, Trabajador Social, Psicólogo, Enfermeros y Auxiliares de Enfermería, entre otros y con el paso se han abierto espacios para la práctica de estudiantes diferentes instituciones universitarias, los cuales desde sus áreas de estudio han aportado conocimientos y experiencias con el propósito de tecnificar mas el servicio.

En el año 2004, se delega para la nueva administración de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, a la Universidad de Antioquia, comisionando a la Doctora María Isabel Zuluaga Callejas, como nueva Directora Administrativa; en dicha administración se desarrollan procesos de reestructuración y de reformas funcionales y sociales con un completo equipo interdisciplinario, los cuales conducen al fortalecimiento en los procesos gestionados para la comunidad directamente beneficiada, con el fin de determinar necesidades y recoger procesos bien fundamentados.

A lo largo de todos estos años, desde la creación de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, son muchas las instituciones universitarias, educativas y sociales que se han vinculado al mejoramiento de la calidad de vida de los Adultos Mayores, Habitantes de la Calle; entre estas instituciones se encuentran: Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Fundación Universitaria María Cano, El Sena, Ecosesa (Empresa cooperativa de Servicios de Educación y Salud), Universidad Católica de Oriente, Universidad de Medellín, Universidad San Buenaventura, El Comité de Rehabilitación de Antioquia, Tecnológico de Antioquia, UNAD (Universidad Nacional Abierta y a Distancia), las cuales han intervenido para la optimización de estilos de vida saludable de este grupo poblacional, donde se incluya la atención por la salud, la enfermedad, lo social, la rehabilitación,

¹ Unidad de Atención a la Tercera Edad (UATE) - Colonia de Belencito. Portafolio de Servicios. 2003, p. 1-5.

la asistencia básica y espiritual, enfatizando en la seguridad social integral, solidaridad y participación, todo se ha logrado a través de investigaciones, trabajos de grado, tesis y la presentación de propuestas y programas que han constituido un aporte significativo para el fortalecimiento del grupo institucional y poblacional de la Unidad de Atención a la Tercera Edad.²

A partir del 12 de Febrero de 2008 la Administración de la UATE Colonia de Belencito fue otorgada luego de una por la Administración Municipal / Secretaría de Bienestar Social a la Unión Temporal Amor Cariño y Calidad de la Ciudad de Bogota.

2.2 MISIÓN

La Unidad de Atención a la Tercera Edad, Colonia de Belencito, es un centro Gerontológico - publico, adscrito a la Secretaria de Bienestar Social que atiende al Adulto Mayor y Anciano residente del Municipio de Medellín en condiciones de indigencia, sin redes de apoyo social y familiar, a través de un modelo de larga instancia, ofrece servicios de cuidados básicos de enfermería, gestión de atención en salud, apoyo social, físico y espiritual, tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida de quienes ingresan a la institución.

2.3 VISIÓN

En el 2008 la Unidad de Atención a la Tercera Edad, Colonia de Belencito, será un Centro Gerontológico - publico adscrito a la Secretaria de Bienestar Social, líder en el modelo de larga instancia para los Adultos Mayores y Ancianos residentes del Municipio de Medellín, en condiciones de indigencia, sin redes de apoyo social y familiar.

² Documentos bibliográficos UATE Colonia de Belencito

Contará con una infraestructura adecuada a la normatividad, consolidando la atención biopsicosocial, acorde a los parámetros de un modelo de gestión de calidad que se ajuste a las necesidades de la institución, elevando el nivel de calidad de vida de los usuarios.

Generará conocimiento del abordaje de esta población, liderando procesos que apunten a la transformación de la cultura del envejecimiento.

2.4 OBJETIVO INSTITUCIONAL

Brindar atención integral al Adultos Mayor y Anciano, indigente o en condiciones de abandono, carente de apoyo, sin seguridad social, con el fin de mejorar su calidad de vida.

2.5 PLAN DE ACCIÓN GERONTOLÓGICO

Tiene como objetivo establecer los parámetros o lineamientos que sustentan el que hacer de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, colonia de Belencito, a partir de la articulación de los servicios que presta y las áreas de trabajo:

- Medicina general
- Psiquiatría
- Psicología
- Enfermería
- Fisioterapia
- Nutrición
- Trabajo social
- Promoción Social
- Gerontología
- Terapia Ocupacional
- Servicio Pastoral

Además los residentes cuentan con los servicios de asistencia básica: alojamiento, alimentación, vestuario e higiene personal, suministro de

medicamentos, así como la solicitud de interconsultas especializadas acordadas con sus necesidades

Para realizar efectivamente su labor la UATE, Colonia de Belencito, cuenta con comités encargados de establecer las directrices de trabajo de acuerdo con las problemáticas que se presenten.

- **Comité Técnico:** Lo conforman el / la Director (a) Administrativo (a) y un profesional de cada una de las disciplinas, quienes se encargan de la planeación y seguimiento de las actividades que se deben realizar en la UATE.
- **Comité Interdisciplinario:** Conformado por los diversos profesionales de cada una de las disciplinas, se encargan del análisis de cada caso y define alternativas de atención de los usuarios.
- **Comité Consulta Externa Social:** Encargado de la recepción, evaluación y determinación de alternativas tanto de institucionalización como de ingreso a otro de los programas de la Secretaria de Bienestar Social, conformado por los coordinadores de programas de Tercera Edad, el / la Director (a) de la UATE.

2.6 MARCO JURÍDICO

El que hacer de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, Colonia de Belencito, se enmarca dentro de diferentes políticas Internacionales, Nacionales, Departamentales y Municipales

2.6.1 POLITICAS INTERNACIONALES

- Plan de Acción Internacional de Viena sobre Envejecimiento. Organización de las Naciones Unidas (ONU) 1983
- Política de Atención a los Ancianos para América Latina. Organización Panamericana de la Salud (OPS) Santiago de Chile 1996

2.6.2 POLITICA NACIONALES

- Constitución Política de Colombia. Artículos 43 y 46. congreso de la Republica. Bogotá 1991
- Plan para la Tercera Edad "Habr  Futuro". Consejería presidencial para la mujer y la Familia. Bogotá 2001
- Ley 10 de 1993. reforma de la Seguridad Social en Colombia. Libro IV Decreto reglamentario 1135, por el cual se reglamenta la atención a la Tercera Edad. Bogotá 1994
- Ley 60 de 1993. competencias y recursos para el desarrollo de los Municipios y Departamentos.
- Código Sanitario Nacional. Ley 90 de 1979. Articulo 5

2.6.3 POLITICAS DEPARTAMENTALES

- Ley 10 de 1990, mediante la cual se reglamenta los Centros de Bienestar al Anciano
- Resolución Departamental 10926, por el cual se reglamenta la atención a los Adultos Mayores y Ancianos Institucionalizados. Medellín 2000
- Resolución 8333, por el cual se establece el reglamento de las Instituciones de atención a los Adultos Mayores y Ancianos del departamento de Antioquia.

2.6.4 POLITICAS MUNICIPALES

- Plan de Desarrollo Municipio de Medellín, "Medellín Compromiso de toda la Ciudadanía" 2004 - 2007
- Línea Estratégica N  2: Medellín social e Incluyente.

2.7 PERFIL DE LOS USUARIOS

La capacidad instalada de la UATE, Colonia de Belencito, modelo de larga instancia, es de 350 usuarios, los cuales se encuentran distribuidos en 7 hábitat de acuerdo a su capacidad funcional y autonomía:

- Hábitat Marie Poussepin (Enfermería de Mujeres) Cap. instalada 54
- Hábitat Sagrado Corazón (Enfermería de Hombres) Cap. instalada 43
- Hábitat El Carmen (Hombres Semi - Funcionales) Cap. instalada 67
- Hábitat Santa Teresa (Mujeres Funcionales) Cap. instalada 60
- Hábitat Santa Ana (hombres Funcionales) Cap. instalada 28
- Hábitat Santo Domingo (Mujeres Semi - Funcionales) Cap. instalada 60
- Hábitat San José (Psiquiatría de Mujeres) Capacidad instalada 43

2.8 REQUISITOS PARA INGRESO

- Solicitud enviada a la UATE, Colonia de Belencito, radicada en el Centro de Atención a la Tercera Edad en el sótano de la Alpujarra
- Remisión de entidades que velan por los derechos de los Adultos Mayores y Ancianos (123 social y Unidades Hospitalarias)
- Cambio de modalidad de asistencia
- Aprobación por parte del Comité Consulta Externa Social (recepción, evaluación y determinación de ingreso a la UATE, Colonia de Belencito, o ingreso a otro de los programas de la Secretaría de Bienestar Social.

2.9 CAUSAS DE EGRESO

- Fallecimiento.
- Retiro Voluntario, previa revisión y análisis del caso ante las directivas y firma de acta de egreso.
- Reintegro al Núcleo Familiar.
- Cambio en la modalidad de atención o reubicación institucional.³

³ Manual de Convivencia, UATE, Colonia de Belencito. Secretaría de Bienestar Social .Alcaldía de Medellín

3. PERFIL OCUPACIONAL DEL GERONTÓLOGO

3.1 REFERENTE EPISTEMOLÓGICO

Definir el objeto de estudio o saber de la Gerontología, se convierte en un reto de gran interés, pues permite concretar la reflexión permanente que de tiempo atrás se viene haciendo por parte de los estudiantes, egresados y docentes, respecto a una ciencia en construcción, que por su desarrollo incipiente y novedad, genera una incomprensible crítica y discusión, propia del proceso de construcción del conocimiento, por la que han pasado otras ciencias en el devenir histórico de la humanidad.

Iniciemos por la definición etimológica de la Gerontología, la cual proviene del griego Gerontos: Anciano y Logos: Estudio, Conocimientos o Tratado. El término fue utilizado por primera vez en 1903 por Elie Metchikoff, quien lo definió como "El estudio científico del Proceso de Envejecimiento (Gómez 2002). Considerando que aún no hay consenso unificado por los Gerontólogos y estudiosos sobre la Gerontología, se le ha permitido a la Gerontología estar en permanente búsqueda, no obstante es de señalar que su saber específico es la visión integral del individuo y su proceso de envejecimiento, lo que justifica ubicarla en las ciencias sociales y de la salud.

Por fortuna la teoría humana no está escabada y el objeto de ella como el de otras ciencias aún se construye y hay que verificarlo, en este sentido surge la Gerontología como la respuesta a las necesidades del hombre en su proceso de envejecimiento, se fundamenta en las ciencias sociales y naturales, como la Sociología, psicología y la Biología: que integradas en el estudio científico y académico llevan a la composición teórica de la Gerontología como ciencia con su objeto en construcción (Universidad Católica de Oriente 1993)

Con el afluencia de otras disciplinas se da la formación académica cimentada en el sustento analítico y aplicado de la Interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad; si la Biología estudia la vida y las Ciencias Sociales

trabajan por la calidad de vida, el objetivo de la Gerontología será trabajar por mejorar esta en la medida que aumenta la esperanza de vida en los diferentes contextos. Así entonces el desarrollo y progreso del conocimiento Gerontológico se da en la interdisciplinariedad, toda la interacción Biológica, Sicológica y Social es inseparable, en el sentido en el que un área incide y apoya a la otra y esto lo debe estudiar, analizar, confrontar, proyectar la Gerontología, pero el que hacer profesional de la Gerontología va mas allá de las líneas disciplinarias, para abarcar su nombre en la totalidad de su ser y no por partes que desintegran un todo, de allí el carácter holístico de su enfoque. El campo académico de la Gerontología es joven, incluye no una, sino un amplio grupo de ciencias, ya que el estudio del envejecimiento se ha convertido en una importante línea de investigación de un gran número de ciencias biológicas y sociales desde la Genética a las Ciencias Políticas. (Neugarten 1999)

Precisando lo anterior se entiende a la gerontología como una ciencia con su objeto en construcción, que estudia al hombre en su proceso de envejecimiento desde la dimensión biológica, Sicológica, Social, Espiritual - trascendente y de la vejez en particular. Se preocupa por este fenómeno durante todo el ciclo vital ya que en él influyen factores genéticos, ambientales, socioculturales y económicos, buscando propiciar una mejor calidad de vida.

Si la Gerontología estudia el proceso de envejecimiento del hombre, es importante precisar que dicho proceso esta dado en forma universal e individual es así como existen tantos modos de envejecer como individuos y diferentes condiciones que hay en el escenario de la población. En ese multicausal estudio que hace la Gerontología del envejecimiento humano le interesan el conocimiento de varios aspectos que tienen que ver con el grupo humano con el que trabaja entre ellos:

- Modo de Vida: Educación, Estructura Familiar y Ocupación
- Estilos de Vida: Hábitos, Uso del Tiempo Libre, Contactos y Actividades Sociales
- Condiciones de Vida: Medio Ambiente, Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Las nuevas tendencias en el ámbito nacional e internacional se orientan a promover un envejecimiento saludable, una longevidad funcional, una mayor calidad de vida y una cultura del envejecimiento, dado el acelerado envejecimiento de la población, las transformaciones políticas y socioculturales, los nuevos adelantos científicos y las demandas en nuevos servicios de promoción, prevención y asistencia.

En áreas de la salud funcional, mental, familiar, social, espiritual y ambiental de la población envejeciente - y en particular de los viejos-, se requiere la preparación de talento humano, desde una perspectiva humana, social, ética y científica, sensible por los problemas comunitarios y que intervenga en la gestión de alternativas viables y participativas, con alto sentido de Liderazgo, responsabilidad y compromiso social y de salubridad.

3.2. PERFIL OCUPACIONAL

El gerontólogo de la UCO estará en condiciones de:

- Implementar planes y proyectos de política pública, en el ámbito público y privado, para el envejecimiento y la vejez.
- Gerenciar proyectos, programas y servicios de promoción, prevención, investigación y superación a partir del trabajo interdisciplinario, intersectorial e internacional.
- Realizar procesos de intervención individual, familiar, grupal e institucional para el abordaje normal y patológico del envejecimiento desde una perspectiva humana y científica.
- Desarrollar procesos investigativos en aspectos relacionados con el envejecimiento y la vejez.

3.3. ¿POR QUÉ ESTUDIAR GERONTOLOGÍA?

- La sociedad requiere de personal calificado en Gerontología, que asuma retos y compromisos con las demandas de una población cada vez más envejeciente y longeva.
- Mayores ofertas y demandas de servicios gerontológicos de los entes gubernamentales privados y socio comunitarios, dados las nuevas disposiciones sobre protección y atención a la población envejeciente consagradas en las políticas públicas.⁴

⁴ Facultad de ciencias sociales. programa de gerontología. www.uco.edu.co

4. CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR

Gómez Montes, Curcio Borrero y Gómez Gómez (1995), plantean que:

La Capacidad Funcional tradicionalmente se ha definido desde el punto de vista de actividad física y es considerada como la máxima función metabólica que se logra durante el ejercicio. Incluye el nivel de capacidad máxima obtenido después de un programa sistemático de entrenamiento físico; denominado potencial fisiológico máximo.

Sin embargo, la capacidad funcional en Geriatría se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

El reconocimiento de la capacidad funcional o de las habilidades que tiene una persona para funcionar en su vida diaria, es el mayor y mejor indicador del estado de salud de los individuos, por tanto, en Gerontología Clínica es necesario superar el tradicional modelo médico e incorporar una amplia perspectiva psicosocial, por lo que se debe enfatizar la valoración del estado de la capacidad funcional, para hacer de la restauración o conservación de la función, el objetivo de la terapia. Por lo tanto está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo, esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones. Para que esto sea posible es necesario tener un funcionamiento adecuado de las áreas física, mental y social, acorde a los requerimientos de la forma de vida de cada persona, es decir, la forma individual de conducta dentro de una estructura particular, que tal como fue mencionado anteriormente, está determinada por factores económicos, culturales, costumbres regionales, educación y experiencias anteriores en la vida.

Para determinar esta capacidad debe diferenciarse entre ejecución y habilidad, puesto que se puede contar con la habilidad para realizar una actividad pero no se ejecuta porque la persona no lo desea, no está entrenada o no tiene necesidad.

Preguntar ¿Usted puede hacerlo?, es diferente de ¿Tiene la oportunidad de hacerlo?, por ejemplo, las actividades como bañarse y vestirse generalmente quien puede las hace, en cambio con otras como usar transporte público o salir de compras, estar en capacidad no es necesariamente hacerla y no hacer no es sinónimo de no poder. Esto hace difícil la evaluación en medios clínicos, además, los ancianos tienden a exagerar o minimizar las capacidades existentes, por lo cual la capacidad funcional debe ser cuidadosamente evaluada en forma individual.

Es importante aclarar y por lo que se fundamenta este proyecto de grado es tener en cuenta que "el diagnóstico de una enfermedad es importante, pero no hace una real apreciación de la capacidad funcional existente en un individuo. Tradicionalmente el modelo biológico se ha tomado como la única forma de valorar las enfermedades, este modelo propone: una Etiología + Patología + Enfermedad (Manifestaciones Clínicas).

Esta secuencia permite tener un diagnóstico, pero no logra definir la repercusión y las consecuencias de la enfermedad, necesarias al establecer un plan terapéutico, especialmente para enfermedades crónicas. Las enfermedades originan dificultades en relación con la capacidad del individuo para cuidarse a sí mismo y desempeñar las funciones y obligaciones que se esperan de él, es decir, no puede seguir desempeñando sus actividades de autocuidado, las tareas en el hogar y los roles sociales habituales, por ejemplo, saber que el diagnóstico en un anciano es artritis reumatoidea no lleva implícito las dificultades existentes al comer, barrer o salir a la iglesia .

Esto obliga a buscar otras alternativas, que permitan establecer las consecuencias del envejecimiento o de la enfermedad, sobre la cantidad de capacidad funcional existente en un momento determinado, logrando así

estimar el grado de deterioro originado por la evolución natural de una enfermedad. Una secuencia más próxima al problema funcional relacionado con la enfermedad es: Enfermedad o Desorden, Deficiencia Discapacidad - Minusvalía.

- **Deficiencia.** Es cualquier pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.
- **Discapacidad.** Es cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del rango considerado normal para una persona. La discapacidad hace referencia a la alteración del funcionamiento en el entorno inmediato.
- **Minusvalía.** Es una desventaja social del individuo, que resulta de una deficiencia o una discapacidad y limita la ejecución de los roles normales para esa persona, de acuerdo con su edad, sexo y condiciones sociales y culturales. Así pues, las minusvalías reflejan alteración de la interacción y adaptación del individuo al entorno.

La mayor utilidad de la evaluación de la capacidad funcional, es la valoración de los elementos con que cuenta un anciano, para enfrentar las situaciones de estrés de la vida diaria y determinar cuanta vulnerabilidad existe en las áreas física, mental, social y funcional. Además, ayuda a formular criterios acerca de cómo emplear correctamente las aptitudes y habilidades existentes, estimar el nivel en que se realizan estas tareas y la necesidad de atención tanto a corto como a largo plazo.

Existen condiciones o situaciones que tienden a generar la pérdida de la autonomía y son conocidas como factores de riesgo. La detección y análisis de estos factores, lleva a emprender acciones en salud de tipo preventivo, encaminadas a retardar las consecuencias de la evolución natural de la enfermedades, especialmente las crónicas, cuyas discapacidades y minusvalías representan muy altos costos para las entidades encargadas de suministrar atención en salud a los ancianos.

4.1 VENTAJAS DE LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

- Permite realizar una integración global de las áreas física, mental, social y funcional, al evaluar la forma de vida de cada anciano. El deterioro de la capacidad funcional está estrechamente ligado a pérdidas en cada una de estas áreas.
- Facilita un enfoque diagnóstico integral, ya que por lo general la sumatoria de enfermedades presentes, deterioran en diverso grado la capacidad funcional, sin definir la participación precisa de cada una de ellas. Aún con el tratamiento adecuado, muchas patologías siguen deteriorándola: disminuyó el dolor pero continuo sin lograr anudarme los zapatos.
- Evalúa las consecuencias de una enfermedad en forma individual. La evolución natural de las enfermedades, especialmente de las degenerativas, es un proceso particular de cada paciente, dentro de un rango posible establecido. Dicha evaluación permite identificar discapacidades y mediante una intervención oportuna se retarda o detiene la aparición de minusvalías.
- Estima la cantidad de independencia y autonomía existente en el momento de la evaluación. Uno de los principales objetivos al tratar un anciano, es el de mantenerlo lo más funcional que se pueda, el mayor tiempo posible.
- Enfoca al equipo de salud hacia problemas claves, de especial importancia para el paciente en su vida diaria, permitiendo así establecer prioridades en el plan terapéutico".
- Racionaliza los esfuerzos terapéuticos del equipo de salud, al individualizar el régimen de tratamiento.
- Permite realizar una sistematización de la evaluación del anciano, que determina niveles de capacidad funcional y necesidades de atención en salud, y a la vez, establecer un cuerpo de información acerca de las condiciones de la población en general.
- Permite la selección del modelo de atención en salud más adecuado al problema actual del anciano, especialmente si se requiere institucionalización para cuidado a largo plazo.

- Estima la necesidad de soporte de atención por parte de las redes de apoyo primarias (familiares, amigos, entre otros) y secundarias (grupos de voluntarios, asociaciones, entre otros), de vital importancia en la atención al anciano.
- Permite realizar un seguimiento del paciente, en cuanto a respuesta al tratamiento o progresión de la disfunción, logrando detectar pequeños cambios en la capacidad funcional que pudieran tener significado patológico y requerir en un momento dado, modificaciones en los programas de tratamiento o en los modelos de atención instaurados.
- Tiene importancia pronóstica en la supervivencia a largo plazo. Existe una relación directamente proporcional entre el deterioro de la capacidad funcional y la mortalidad.
- Detecta factores de riesgo que pueden ser modificados, para evitar en mayor deterioro de la capacidad funcional.

Factores que determinan la capacidad funcional. Existen varios factores que deben tenerse en cuenta al momento, de la evaluación:

- **Presencia de enfermedad.** El promedio de condiciones crónicas por anciano en la comunidad es de 3, siendo las de mayor prevalencia: osteoartritis, hipertensión arterial, enfermedades pulmonares crónicas, enfermedades del corazón y diabetes mellitus.
- Es importante precisar el tiempo de evolución de la enfermedad (aguda: menor de 3 semanas, subaguda: entre 3 semanas y 3 meses y crónica: mayor de 3 meses) y si ha generado o no, y en que medida, alteración de *la capacidad funcional*, ya que todas las enfermedades, agudas, subagudas o crónicas, en mayor o menor medida en el transcurso de su evolución natural, van a generar problemas en la capacidad funcional.
- **Deterioro físico.** La disminución de la masa magra corporal y la inmovilidad, son los principales factores involucrados en el deterioro de *la capacidad funcional* en el anciano. Otros factores relacionados son: la disminución del nivel de consumo de oxígeno (VO₂), el gasto cardíaco

(cantidad de sangre bombeada en cada contracción del corazón) y la Presión Arterial de Oxígeno.

- **Deterioro sensorial.** Alrededor de la mitad de la población mayor de 60 años tiene problemas de visión, generalmente debido a la presbicia (engrosamiento paulatino del cristalino), la Presbiacusia la cual se define como una disminución de la función auditiva relacionada con la edad, la cual se caracteriza por la dificultad para discriminar entre sonidos de diferentes frecuencias y disminución de la habilidad para localizarlos.

- **Estado mental.** El tiempo de reacción se lentifica cerca del 20% entre los 20 y los 60 años, especialmente en actividades que requieren ejecución motora, lo que lleva a un mayor riesgo de inmovilidad, y ésta a su vez lentifica el Tiempo de Reacción, lo cual genera un círculo vicioso con el consabido deterioro de *la capacidad funcional*.

- **Hábitos y estilo de vida.** El concepto de estilo de vida como una expresión de la forma de vida, corresponde a las estrategias usadas por un individuo, para hacer uso de los recursos y posibilidades generados por el entorno social. Los comportamientos habituales saludables y poco saludables hacen parte del estilo de vida individual y están estrechamente relacionados con el nivel de *capacidad funcional*.

- **Uso del tiempo libre.** El uso del tiempo libre hace referencia a las actividades realizadas por fuera de la jornada laboral o del tiempo de actividades cotidianas, está estrechamente relacionado con los factores que condicionan el estilo de vida, por lo cual una evaluación de cómo se utiliza ese tiempo libre, permite estimar el grado y calidad de la satisfacción con la vida.

- **Motivación.** La motivación es el impulso para realizar una acción o actividad y determina la calidad de la participación en actividades. La motivación puede ser expresada a través de *los deseos*, los cuales se refieren a la voluntad que se tiene para realizar determinada actividad, *las creencias* son el reconocimiento de las propias capacidades y *las recompensas*, el tributo recibido al realizar o no determinada actividad. *Los costos* que implica la participación, son de orden físico, psicológico, social y financiero.

- **Expectativas presentes.** Las expectativas se refieren a lo esperado por un individuo en una situación determinada, contrario a lo que se piensa, al envejecer se aumenta y modifican las situaciones que generan expectativas, se hacen muchas preguntas respecto a las condiciones de salud, económicas, emocionales y funcionales, que rodean al adulto mayor, las posibles respuestas que el anciano se da a sí mismo, determinan la presencia o ausencia de "motivos de vida" y la cantidad y calidad de sus actividades de la vida diaria.

- **Roles sociales.** El ser elemento constitutivo de una comunidad y participar activamente en ella, implica acogerse a las normas de funcionamiento social del grupo al cual pertenece. La OMS ha considerado seis roles en los que se espera que el individuo compita para sobrevivir: 1. recibir estímulos externos y emitir una respuesta; 2. ser independiente en sus actividades de supervivencia. 3. desenvolverse en forma eficaz en su medio ambiente; 4. emplear el tiempo de acuerdo al sexo, edad y cultura; 6. interactuar con otras personas y 6. mantener una actividad que facilite la independencia económica. Las anteriores forman el contexto en el cual la capacidad funcional es la base y soporte para poder desempeñarse en el medio social, pero a su vez las posibilidades y exigencias del medio social influyen en *la capacidad funcional*.

- **Medio ambiente y condiciones de vida.** La ejecución de las actividades de la vida diaria se da en un entorno, de un lado se hallan *las posibilidades* que ofrece el medio ambiente en que se vive, para realizar determinadas actividades, del otro, están *las estrategias* que se utilizan para modificar el medio ambiente de acuerdo a *la capacidad funcional* presente. Existe una interrelación entre las dos, ya que a mayores posibilidades en el medio, es probable que se fomente y se mantenga *la capacidad funcional* preservada al envejecer, permite adecuar o modificar el medio de acuerdo a los intereses y expectativas.

- **Ocupación.** La ocupación se define como el conjunto de actividades de trabajo, juego, autocuidado y esparcimiento. El conocimiento de las características ocupacionales y laborales, permite ubicar al anciano dentro de un marco de habilidades, aptitudes y conocimientos. Es importante tener en cuenta que "Al envejecer toma mayor importancia la influencia que ejerce la capacidad funcional en la ocupación, puesto que guardan una

relación inversamente proporcional y en la mayoría de las veces es el deterioro de la capacidad funcional lo que origina el abandono de la ocupación”.

Determinar en que grado, cada uno de estos factores, influye en la pérdida o conservación de *la capacidad funcional* del anciano, es una tarea que requiere individualizar la valoración, a fin de ofrecer una atención dirigida a las necesidades específicas y prioritarias de cada uno.

Consecuencias de una adecuada valoración de la capacidad funcional

- Mejorar la precisión diagnóstica.
- Disminuir la cantidad de medicamentos prescritos.
- Mantener y aumentar el estado funcional.
- Mejorar el afecto y el estado cognoscitivo.
- Racionalizar la utilización de los servicios de salud disponibles.
- Disminuir hospitalizaciones agudas.
- Reducir los costos de atención en salud.
- Valorar programas para detectar deficiencias en la atención.
- Analizar y estimar costos, beneficios y eficacia de las intervenciones realizadas.
- Intensificar la comunicación entre los miembros del equipo.
- Evitar la institucionalización temprana.
- Prolongar la sobrevida.⁵

⁵ GÓMEZ MONTES, José Fernando; CURCIO BORRERO, Carmen Lucía y GÓMEZ GÓMEZ, Diana Eugenia. Evaluación de la Salud de los ancianos. 1 ed. Manizales. 1996. p. 117-139

4.2 VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

4.2.1 Adulto Mayor Dependiente. Rodríguez Rodríguez Pilar (1997) menciona algunos conceptos acerca de la Dependencia que en el Diccionario de la Lengua Española ofrece la Real Academia, por lo que se analiza que:

Un Adulto Mayor dependiente es aquel que está condicionado por alguna pérdida o disminución de su capacidad funcional para el desenvolvimiento de una o varias actividades básicas o instrumentales de la vida diaria que antes de esa pérdida o deterioro podían realizar con normalidad. Por lo tanto una persona dependiente es aquella que no puede hacer sin ayuda determinada actividades de la vida diaria de las consideradas esenciales para autocuidarse, o para el desenvolvimiento normal de su vida diaria.

Como se ha señalado reiteradamente por la doctrina (Balter y Werner - Wahl, 1990; Gil Gregorio 1993; Bravo Fernández de Araoz, 1994):

Cuando se habla de Dependencia, es importante referirla al concepto de Capacidad Funcional, es decir, si la persona carece o ha perdido la aptitud para la realización de alguna o algunas actividades de la vida diaria (AVD), pues, obviamente, existen otros tipos de dependencia psicosocial⁶.

Para los autores Gómez Montes, Curcio Borrero y Gómez Gómez (1995):

Para facilitar la evaluación de la capacidad funcional, el uso práctico de los resultados y las implicaciones de los cambios a nivel individual, se

⁶ RODRIGUEZ, Pilar. El servicio de ayuda a domicilio. En: _____. El Servicio De Ayuda A Domicilio 2. 2 ed. España : Médica Panamericana, 1999. p. 33-41.

han definido tres niveles de funcionamiento en las actividades de la vida diaria, que constituyen la expresión cotidiana de la capacidad funcional.

El término actividades de la vida diaria (AVD) o actividades básicas cotidianas (ABC), incluye todas las acciones dedicadas al cuidado personal, a interactuar con el medio ambiente y a relacionarse con los otros, por tanto, son la expresión cotidiana de la capacidad funcional".

Se clasifican en tres categorías ó niveles: ABC Físico, ABC Instrumental y ABC Social.

4.2.2 Actividades Básicas Cotidianas Físico (ABCF). Incluye las actividades de autocuidado y supervivencia, son conductas sensorio - motrices, es decir que dependen del desarrollo neurológico y permiten la supervivencia. Son las primeras capacidades que desarrolla el ser humano. Son las conductas o actividades relacionadas consigo mismo, por ello describen el cuidado personal, como alimentarse, caminar, trasladarse, vestirse, asearse y usar el baño.

Están jerárquicamente organizadas según el nivel de complejidad, su adquisición se hace durante la infancia siguiendo los patrones de desarrollo, los cuales a su vez están determinados tanto por la madurez neurológica como por factores socioculturales.

Universalmente las actividades del ABC físico se realizan de manera independiente cuando existe integridad física y mental. Se ha demostrado que al enfermar estas funciones se van perdiendo en orden inverso, es decir de las más complejas a las más simples. La alimentación y el control de esfínteres por ejemplo, son necesarios para la supervivencia, por tanto se aprenden primero y se pierden en última instancia, en cambio actividades como vestirse o bañarse, tienen una connotación cultural, se aprenden en última instancia y se pierden primero.

En orden jerárquico son:

- **Alimentación.** Requiere movimientos gruesos del brazo para llevar la comida a la boca y finos para cortar o untar. Incluye factores socioculturales como en el caso del uso de cubiertos. Requiere poco proceso perceptual y cognoscitivo.
- **Continencia.** Se refiere al control de esfínteres y requiere integridad del Sistema Nervioso Central.
- **Movilidad, Traslados y Locomoción.** Constituyen el eje central de relación con el mundo, puesto que posibilitan desplazamientos acordes a las exigencias del entorno. Requieren más individualización del movimiento y mayor participación de las esferas mental y social, son más complejas que las anteriores y exigen integridad de los sistemas neurológico, músculo esquelético y cardiovascular, además de adecuado ingreso y procesamiento de información sensorial (especialmente visual) y de factores cognoscitivos relacionados con la atención y la orientación espacial, y afectivos relacionados con la motivación.
- **Ir al baño o usar el sanitario.** Además de la movilidad exige la participación de mayores niveles de integración perceptual y cognoscitiva para el manejo de la ropa, del papel higiénico y factores relacionados con el medio ambiente.
- **Vestido e Higiene.** No son funciones fisiológicas sino que dependen del aprendizaje y del significado sociocultural. Son las últimas en desarrollarse y las primeras en perderse, implican gran disociación de movimientos, especialmente finos, como el amarrarse los zapatos y la participación de procesos mentales y preceptuales más complejos, como el escoger la ropa, diferenciar el derecho y revés de las prendas”.

El ABC Físico, se construye sobre la capacidad física o funcionamiento físico, es decir los procesos neurológicos, músculo - esqueléticos y cardiovasculares que permiten la flexibilidad, la fuerza muscular, el equilibrio o balance, la marcha y el control postural. Por eso, ante la

pérdida de la independencia en estas actividades, se debe buscar siempre un proceso patológico.

El ABC FÍSICO, se califica mediante el concepto de independencia - dependencia, de acuerdo a que se lleven a cabo o no las actividades.

4.2.3 Actividades Básicas Cotidianas Instrumental (ABCI). Este nivel hace referencia a la ejecución de actividades complejas necesarias para la vida independiente en la comunidad. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales en una compleja organización neuropsicológica que permiten la independencia en el entorno inmediato, es decir, la casa, el vecindario, el sitio de trabajo".

El ABC INSTRUMENTAL no es solo el uso de instrumentos, lleva implícita la conciencia del propio ser, la capacidad de dominar el propio cuerpo y el conocimiento del mundo circundante. Más que de factores personales depende de patrones culturales, de las condiciones de vida y en menor medida, del estilo de vida.

Incluye habilidades perceptivo - motrices que se refieren a la interpretación de la información sensorial para manejarse así mismo (salir de casa) y a los objetos en el entorno inmediato (manipular llaves).

Exige habilidades de procesamiento o elaboración para manejar procesos o eventos en el ambiente, para planificar y resolver problemas (manejar su propio dinero) y finalmente actividades de comunicación e integración que posibilitan recibir información para coordinar el propio comportamiento con las condiciones del medio ambiente inmediato (usar el teléfono, ir de compras).

EL ABC INSTRUMENTAL se correlaciona fuertemente con la función cognoscitiva. Se ha encontrado que el uso del teléfono, del transporte, tomar su propio medicamento, administrar su dinero, tienen una fuerte

correlación con la presencia de demencia, independiente de la edad, el sexo, el nivel educativo. También permite hacer distinciones entre discapacidades situacionales no debidas a condiciones de salud sino a factores del medio ambiente o culturales y las discapacidades funcionales que si dependen de las condiciones de salud del individuo.

La selección de los aspectos a evaluar en el ABC INSTRUMENTAL debe hacerse teniendo en cuenta la forma y estilo de vida de la población anciana específica, ya que el sexo, los patrones culturales y las características socioeconómicas, condicionan la ejecución de la mayoría de las actividades.

4.2.4 Actividades Básicas Cotidianas Sociales (ABCS). Se ha denominado ABC SOCIAL a la ejecución de actividades que implican contacto social e interrelación con las demás personas, indicando un nivel de funcionamiento acorde a las normas y costumbres de una población. Permite la expresión, dominio, mantenimiento y mejoría de cualidades personales, valores, destrezas, intereses y motivaciones. Resulta de la interacción de factores físicos, cognoscitivos y emocionales del individuo y de los recursos sociales y medioambientales, e implica un buen nivel de independencia y autonomía.

Para evaluarlo hay que considerar que las actividades sociales son voluntarias (activas o pasivas), y necesitan un importante componente físico, así mismo implican compromiso y pertenencia y están estrechamente relacionados con el uso del tiempo, la recreación y la lúdica.

De acuerdo a lo anterior el ABC SOCIAL está determinado por las elecciones personales, aptitudes, intereses y expectativas. No es esencial para el mantenimiento de la independencia y la falta de participación en actividades, no implica necesariamente disfunción.

No es fácil evaluar el ABC SOCIAL por su carácter individual, sin embargo los aspectos más importantes a considerar son: Las relaciones

sociales, las actividades sociales, los recursos sociales y el soporte social⁷

4.3 DIFERENCIAS ENTRE DEPENDENCIA Y AUTONOMÍA

Rodríguez Rodríguez Pilar (1997), plantea que:

La dependencia evoca las carencias e insuficiencias de la propia condición humana. Porque somos seres psicobiológicos y, sobre todo, porque somos entes sociales somos dependientes (etimológicamente, el termino proviene del latín pendere - pender de algo -); y esa circunstancia nos acompaña en nuestro devenir desde la cuna a la tumba. Podría decirse con mayor propiedad que, más que dependientes, somos interdependientes se produce tanto en el ámbito emocional como en el biológico, el económico, el político y, en general, en todos los aspectos de nuestra vida.

Persona dependiente es, según su etimología señalada, quien depende de algo o alguien. Ese algo, en el contexto en el que nos hemos situado, está circunscrito y relacionado con algún deterioro de salud y se traduce en dificultades o imposibilidad para realizar ciertas tareas cotidianas a las que la literatura gerontológica ha identificado como básicas (levantarse de o acostarse en la cama, vestirse / desvestirse, caminar, alimentarse, asearse, mantener el control de esfínteres) o como instrumentales (cocinar, limpiar la casa, lavar, hacer compras, manejar el dinero, controlar la medicación, desplazarse por la calle, utilizar transporte, realizar gestiones).

Cuando alguien se encuentra con dificultades para realizar alguna o algunas de estas actividades, debido a una pérdida o a una disminución

⁷ GÓMEZ MONTES, Op.cit., p. 134 - 141

de su capacidad funcional, y precisa ayuda o suplencia (normalmente por parte de otra persona) para realizarlas, nos encontramos ante un problema de dependencia. Ésta ha sido definida por un grupo de expertos del Consejo de Europa (1997), después de largas deliberaciones, como la situación en la que se encuentran aquellas personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de una asistencia y/o ayuda importante para la realización de las actividades de la vida diaria.

El término autonomía proviene de los vocablos griegos auto y nomos (ley) y quiere significar la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida. Se opone a heteronomía, que es la cualidad de aquellas personas que son regidas por un poder ajeno a ellas. La autonomía tiene que ver con la voluntad, en el sentido de gozar de volición independiente; se trata de una propiedad mediante la cual la voluntad constituye una ley por sí misma. Si un acto es determinado por algo ajeno a la voluntad, es atribuido a una coacción externa y no es concebido como moral Ferrater Mora, 1965).

Una persona adulta puede ser independiente para realizar las actividades de la vida diaria y, sin embargo, carecer de autonomía: sus parientes deciden por ella cuestiones importantes o accesorias de su vida, tales como casarse, salir de vacaciones, ajustarse a pautas o normas, controlar el dinero, etc. Por el contrario, alguien que es dependiente en algunas actividades de la vida diaria puede y debe continuar siendo autónoma en el ejercicio de su voluntad (elegir dónde quiere vivir, cómo ha de vestirse, qué programa de intervención le interesa, etc.)

Por lo tanto es fundamental hacer la distinción entre ambos conceptos, la dependencia puede desembocar en pérdida de autonomía, y así encontramos con demasiada frecuencia que se decide por la persona dependiente, sin ni siquiera consultarla, la ropa que ha de vestir, el abandono de su hogar, el control de sus bienes, sus contactos sociales sus horarios, etc.

Se analiza que prestar atención a la diferenciación de estos conceptos es importante para mantener una buena actitud familiar o profesional cuando se atiende o cuida a una persona en situación de dependencia. Cuando así se hace, es fácil observar cómo para el desarrollo de esta labor aparecen dos líneas de intervención bien definidas y complementarias (Raguénes, 1991).

Por una parte, la relacionada con la *dependencia*, cuyo objetivo es aliviar el debilitamiento o la pérdida de función que presenta la persona mayor a la que se atiende. Para ello se la ayudará en sus dificultades, haciendo *con* ella las actividades para las que tenga un resto de capacidad conservada, o realizando *por* ella, con la máxima delicadeza, aquellas que le resulten imposibles de desarrollar.

Por otra parte, la relativa a la *autonomía*, que cabría resumir en un refuerzo permanente de la autoestima de la persona dependiente, y en un respeto absoluto a su dignidad personal y al ejercicio de su voluntad para que pueda, si no ha perdido sus facultades mentales, decidir libremente sobre su vida (tener en cuenta su opinión y sus deseos, respetar su intimidad, estimular su capacidad de decisión, su creatividad, etc.).

En definitiva, y conforme se ha señalado (Raguénes, 1991, y Rodríguez Rodríguez, 1995), pueden resumirse los conceptos mencionados de la siguiente manera:

- **La Autonomía** es la capacidad y/o el derecho de una persona a elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que se encuentra dispuesta a asumir. En suma, autonomía es elegir y conducir la propia vida o, lo que es lo mismo, vivir con libertad.
- **La Pérdida de Autonomía** es la incapacidad (o la prohibición) de una persona a decidir sobre su vida.

- **La Dependencia** se produce, en sentido estricto, cuando una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria.
- **La Independencia** se da cuando la persona realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana.

Aparte de realizar una valoración de la capacidad funcional, también será preciso conocer si existe o no deterioro o trastorno cognitivo. Conviene, pues retener estas categorías cuando se habla de personas dependientes, ya que será preciso utilizarlas diversas fases, tales como la planificación de la ayuda, la valoración y la fijación de objetivos, etc.

La autonomía ha sido definida (Ferrater Mora, 1965) como el hecho de que una realidad (o un individuo) esté regido por una ley propia. Una persona es autónoma cuando decide y conduce su vida por sí misma, lo que es lo mismo que afirmar que se goza de autonomía cuando se actúa con libertad.

De esta manera se analiza que lo más importante por resaltar, en definitiva, es que las personas mayores, aunque sean dependientes (salvo si la dependencia es total) no por eso deben dejar de ser autónomas, por lo tanto el objetivo básico es la preservación y el refuerzo de la autonomía personal⁸

⁸ RODRIGUEZ, Pilar. La residencia: concepto, destinatarios y objetivos generales. En: _____. Residencias para personas mayores: manual de orientación. 2 ed. España : Médica Panamericana, 1999. p. 52- 56.

4.4. LA VALORACIÓN GERONTOLÓGICA

Conforme ha sido recordada recientemente (Pérez del Molino y Montoya López, 1994) consiste en el "proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales" que puede presentar una persona mayor con problemas de dependencia.

En fin la valoración es poner en claro las dificultades que presenta una persona para el desenvolvimiento cotidiano de su vida, registrar los recursos de atención disponibles y poner en marcha un plan de atención y cuidados. En una formulación que se ha hecho clásica (Rubenstein, 1987), "la valoración consiste en sacar a la superficie y exponer un iceberg de discapacidad que antes de ella no se conocía".

Aunque es verdad que los tests o escalas de valoración, por sí solos, no pueden constituir un diagnóstico, si pueden afirmar que complementan de manera decisiva los informes médicos o psicológicos que diagnostican las enfermedades, síndromes o trastornos que pueden presentar las personas ancianas. Además, añaden, como también se ha señalado por los expertos (Salgado y González Montalvo, 1993), la medida de la situación funcional, que muchas veces es más útil que una lista de diagnósticos, sobre todo cuando lo que deseamos es planificar algún programa de intervención.

Los objetivos básicos de la valoración, en formulación de Pérez del Molino y Moya López, son los siguientes:

- Mejorar la exactitud diagnóstica y la identificación del problema.
- Establecer unos objetivos y asegurar un plan de cuidados racional
- Conocer la situación de la persona que permita predecir su evolución y observar cambios en el transcurso del tiempo.
- Asegurar una utilización apropiada de los servicios.
- Determinar un emplazamiento óptimo y evitar la institucionalización innecesaria.

Otra cuestión de interés al referirnos a la valoración es determinar quién o quiénes deben llevarla a cabo. Lo preferible, teniendo en cuenta la diversidad de aspectos y áreas que contiene, sería que la evaluación se efectuara por un equipo interdisciplinar que, al menos, debiera estar formado por personal médico, de enfermería y del trabajo social. En aquellos lugares donde sea posible, este equipo puede y debe ser ampliado a profesionales de la psicología, de la rehabilitación general, de la terapia ocupacional, de la fisioterapia, etc.

Como ya se ha señalado, el SAD se concibe como un programa y no solo como un conjunto de servicios, lo que lleva implícita la exigencia de un equipo que desarrolle el mismo, con toda la potencialidad que la visión de interdisciplinariedad comporta (Yanguas y Leturia, 1995).

Por tanto, a la hora de realizar la valoración, en la misma estarán presentes los/as profesionales de atención, en primer lugar el/la trabajador/a social que se encargue del caso, pero también sería deseable contar con el concurso de los profesionales sanitarios que forman el equipo de atención primaria de la persona mayor (médico/a y enfermero/a).

Sin perjuicio de lo anterior, y siendo conscientes de que en muchos de los lugares donde se están desarrollando programas de atención domiciliaria, no se cuenta con la posibilidad de establecer equipos, bastará con la exigencia de que quienes lleven a cabo la aplicación de las escalas que se recomiendan sean profesionales entrenados.⁹

⁹ ALONSO Elma, Op. cit., p.63 - 64.

4.5 GENERALIDADES DE LAS ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

- **¿Por qué realizar una valoración funcional en el anciano?** Uno de los avances en la atención al anciano es la consideración de que para valorar su estado de salud, la medida de su situación funcional es mucho más útil que una lista de diagnósticos médicos. En Atención Primaria, el objetivo último de la actividad asistencial dirigida al paciente anciano es mantener su capacidad funcional. Se trata de contribuir a aumentar el número de años de independencia en las mejores condiciones de salud.

La valoración funcional cuyo objetivo es conocer y clasificar el nivel de independencia para la realización de las actividades de la vida diaria es, para los profesionales de Atención primaria (AP), una guía que les ayuda en el diagnóstico y les permite planificar los cuidados, establecer objetivos de rehabilitación, y monitorizar la evolución clínica de los ancianos dependientes (Salgado, 1993).

- **¿Por qué utilizar escalas de valoración funcional?** Aunque a veces el juicio clínico y la observación del paciente en la consulta puede permitir al profesional tener una idea del grado de autonomía del paciente anciano, se sabe que el juicio clínico sólo identifica alteraciones severas en pacientes hospitalizados. (Pinholt 1987, citado por Salgado 1993). El uso de escalas de valoración permite realizar una valoración objetiva de la capacidad del anciano, facilita un lenguaje común entre los diferentes miembros del equipo asistencial y es reproducible a lo largo del tiempo y entre los profesionales.

- **¿Qué debemos saber acerca de las escalas de valoración funcional?** Los instrumentos que valoran la capacidad funcional del individuo para desenvolverse con autonomía en su medio, incluyen desde las funciones más básicas como alimentación y aseo hasta funciones más complejas como vestirse o utilizar el teléfono.

El uso conjunto de escalas que valoran las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), proporcionan información sobre las "actividades más críticas para que un anciano permanezca en la comunidad, sin embargo al estar graduadas groseramente, son insensibles a cambios clínicos sutiles pero potencialmente importantes"(Atención al anciano: Grupo de trabajo de la semFYC, 1997).

Cada escala de valoración funcional ha sido diseñada con relación a unas características definidas: para aplicar en población hospitalizada o no, para valorar la evolución de los pacientes o para incluirlos en distintos programas de atención, rehabilitación etc. Por ello no deben usarse indiscriminadamente ni compararse entre sí.

Todas las escalas pueden ser completadas por el personal sanitario, los mismos ancianos o por sus familiares o cuidadores aunque existe una clara preferencia a que sea el personal médico o de enfermería quienes recojan la información tras la observación directa del paciente, sobre todo en las ABVD.

Casi todos los instrumentos de valoración de las ABVD incluyen una combinación de las cinco actividades básicas relacionadas con el autocuidado: vestirse, bañarse o ducharse, asearse, andar y alimentarse. La mayoría de ellos incluyen también la continencia de esfínteres. Las escalas que valoran las ABVD hacen referencia a actividades más complejas necesarias para adaptarse con independencia al medio en el que se vive habitualmente: usar el teléfono, el transporte, manejar el dinero o la medicación, realizar las tareas de las casa.

Las puntuaciones se basan habitualmente en el grado de independencia conseguido en cada actividad. Si la persona necesita ayuda correctora o ayuda de otra persona se le asigna una posición intermedia entre la dependencia y la independencia. Son importantes las definiciones de funcionamiento independiente dentro de cada ítem determinado. Es preferible no utilizar definiciones excesivamente rígidas para definir la independencia en el funcionamiento de una actividad.

En algunas escalas se introduce el tiempo en la consecución de una actividad para valorar el grado de independencia. Es importante tener en cuenta que las actividades que mide cada escala pueden, en ocasiones, no ser aplicadas a una persona determinada porque dicha actividad puede no realizarse por falta de motivación o de oportunidad más que por falta de capacidad. Así mismo ciertas escalas incluyen mediciones que según algunos autores podrían ser no específicas de lo que se está midiendo

Cuadro 1. Características de los instrumentos de valoración funcional más utilizados

Escala	Función Valorada	Rango	Quién Administra	Potencia	Limitaciones
Escala ADL de Katz	Autocuidados básicos	Actividades Básicas. No es sensible a pequeños cambios	Paciente o entrevistador. Basada en juicios	Útil en medio rehabilitador	Rango limitado a las actividades que valora
Índice de Barthel	Autocuidados Deambulación	Rango más amplio que Katz; incluye subir escaleras y uso de silla de ruedas	Entrevistador. Basada en juicios y observación	Útil en medio rehabilitador	Rango no útil para pequeños deterioros. Apreciación subjetiva
Escala de Kenny	Autocuidados Deambulación	Similar al Barthel	Entrevistador. Basada en juicios y observación	Útil en medio rehabilitador	Rango estrecho para pequeños deterioros. Apreciación subjetiva
Escala instrumental de Lawton	Preparar alimentos, compras, tareas de la casa	Mayor rango que Katz, incluye actividad instrumental No sensible a pequeños cambios	Paciente o entrevistador. Basada en juicios	Valora función importante para una vida independiente	Apreciación subjetiva

- **¿Qué instrumento elegir?**

Criterios que deben tenerse en cuenta

- En Atención Primaria el instrumento que se elija debe ser válido y fiable de la función que se quiere medir, breve y manejable.
- La selección de una u otra escala dependerá de la población que se estudie y del objetivo de la valoración.
- Por su reproductibilidad, el índice de Katz resulta ser idóneo para valorar las actividades básicas y a los pacientes domiciliarios. Se puede utilizar con fines descriptivos, de monitorización y de pronóstico.
- Por su validez, ser fácil de aplicar y de interpretar es recomendable utilizar el índice de Barthel para valorar las actividades básicas de la vida diaria en pacientes ancianos y evaluar el seguimiento y evolución de la capacidad funcional.
- Por su sencillez, el índice de Lawton es aconsejable para valorar las actividades instrumentales y en pacientes ambulatorios. Se puede utilizar para evaluar el plan terapéutico y planificar los cuidados.

4.5.1 Escala De Valoración Funcional Índice De Barthel En Salud Pública existe una tendencia creciente a valorar el impacto que los problemas de salud tienen, tanto sobre la calidad de vida de las personas como sobre el uso de servicios sanitarios. En este sentido, la evaluación de la discapacidad está adquiriendo una relevancia cada vez mayor.

El Índice de Barthel (IB) es un instrumento ampliamente utilizado para este propósito y mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto. El Índice de Barthel se ha venido utilizando desde que fue propuesto en 1955 y ha dado lugar a

múltiples versiones, además de servir como estándar para la comparación con otras escalas.

Es una medida fácil de aplicar, con alto grado de fiabilidad y validez, capaz de detectar cambios, fácil de interpretar y cuya aplicación no causa molestias. Por otra parte, su adaptación a diferentes ámbitos culturales resulta casi inmediata. A pesar de tener algunas limitaciones, el índice de Barthel puede recomendarse como un instrumento de elección para la medida de la discapacidad física, tanto en la práctica clínica como en la investigación epidemiológica y en Salud Pública.

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general. Además, la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. Actualmente, incluir la valoración de la función física es imprescindible en cualquier instrumento destinado a medir el estado de salud. Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland"

El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

El IB se comenzó a utilizar en los hospitales de enfermos crónicos de Maryland en 1956. Uno de los objetivos era obtener una medida de la capacidad funcional de los pacientes crónicos, especialmente aquellos con trastornos neuromusculares y músculo-esqueléticos. También se pretendía

obtener una herramienta útil para valorar de forma periódica la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación.

Las primeras referencias al IB en la literatura científica datan de 1958 y 1964, pero es en 1965 cuando aparece la primera publicación en la que se describen explícitamente los criterios para asignar las puntuaciones. En la actualidad este índice sigue siendo ampliamente utilizado, tanto en su forma original como en alguna de las versiones a que ha dado lugar, siendo considerado por algunos autores como la escala más adecuada para valorar las AVD.

Necesidad del IB. Modelo conceptual y de medición. El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo.

Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente)

El IB aporta información tanto a partir de la puntuación global como de cada una de las puntuaciones parciales para cada actividad. Esto ayuda a conocer mejor cuáles son las deficiencias específicas de la persona y facilita la valoración de su evolución temporal.

La elección de las actividades que componen el IB fue empírica, a partir de las opiniones de fisioterapeutas, enfermeras y médicos. El IB, por tanto, no está basado en un modelo conceptual concreto, es decir, no existe un modelo teórico previo que justifique la elección de determinadas actividades de la vida diaria o la exclusión de otras.

Cuadro 2. Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel.

Alimentación	1	2	3	
Dependiente. Necesita ser alimentado				0
Necesita Ayuda. Ejemplo, para cortar, extender la mantequilla.				5
Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento, come en un tiempo razonable, capaz de desmenuzarla comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo (la comida puede situarse al alcance)				10
Lavado (Baño)	1	2	3	
Dependiente. Necesita alguna ayuda.				0
Independiente. Capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la tina o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobretodo el cuerpo, incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.				5
Vestirse	1	2	3	
Dependiente.				0
Necesita Ayuda. Pero la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable.				5
Independiente. Capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa, se ata los zapatos, abrocha los botones. Se coloca el brasier o el corsé si lo precisa.				10
Arreglarse	1	2	3	
Dependiente. Necesita alguna ayuda.				0
Independiente. Realiza todas las actividades personales (ejemplo: lavarse manos, cara y peinarse), incluye				5

afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si es con máquina eléctrica.				
Deposición	1	2	3	
Incontinente.				0
Accidente Ocasional. Raro (menos de una vez por semana) o necesita ayuda para el enema o supositorio				5
Continente. Ningún Accidente. Si necesita enema o supositorio, se arregla por sí solo.				10
Micción	1	2	3	
Incontinente.				0
Accidente Ocasional. Menos de una vez por semana, necesita ayuda con los instrumentos.				5
Continente. Ningún Accidente. Seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (ejemplo: cateto si es necesario o es capaz de cambiar la bolsa)				10
Sanitario	1	2	3	
Dependiente. Incapaz de manejarse sin asistencia mayor.				0
Necesita Ayuda. Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, o usar el papel del baño. Sin embargo aún es capaz de utilizar el inodoro.				5
Independiente. Entra y sale solo, capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, limpiar y vaciar completamente la bacinilla o sanitario sin ayuda. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras para soportarse.				10
Traslado Sillón Cama	1	2	3	
Dependiente. Necesita ayuda o desplazamiento por dos personas, incapaz de estar sentado.				0
Gran Ayuda. Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para salir de la cama o desplazarse.				5

Mínima Ayuda. Incluye supervisión verbal y pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por un cónyuge no muy fuerte.				10
Independiente. Sin ayuda en todas las fases, se aproxima a la cama, frena y cierra la silla de ruedas si es necesario, desplaza el apoyapiés, se mete y se acuesta en la cama, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, vuelve a la silla de ruedas.				15
Deambulaci3n	1	2	3	
Inm3vil. Incluye ser rodado por otro				0
Independiente En Silla De Ruedas. En 50 m. debe ser capaz de girar esquinas solo.				5
Necesita Ayuda. Supervisi3n f3sica o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie; deambula 50 metros.				10
Independiente. Puede usar cualquier ayuda: pr3tesis, muletas, excepto caminador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n.				15
Escalones	1	2	3	
Incapaz. Necesita alzamiento (ascensor), o no puede subir escalones.				0
Necesita Ayuda. Supervisi3n f3sica o verbal.				5
Independiente. Capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisi3n. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bast3n, muletas, etc...)				10
Total: 0-100 puntos (0-90 si usan silla de ruedas)				

Otras versiones del IB. Collin y Wade usaron una versi3n con ligeras modificaciones con respecto al original. El cambio m3s notable es que puntúan con incrementos de 1 punto en lugar de los 5 de la escala original, lo que resulta en un rango global de 0 a 20 puntos.

Granger et al utilizaron una versi3n del IB, modificada por el New England Rehabilitation Hospital, que introduce leves cambios con respecto al original. Posteriormente desarrollaron otra versi3n, esta vez ampliada, que incluía 15 actividades en lugar de las 10 originales. Esta versi3n mantenía

fielmente los fundamentos de la escala original pero consideraba de interés el valorar ciertas actividades con un grado mayor de especificación.

Por ejemplo, esta versión pondera separadamente la actividad de vestirse/desvestirse según sea la parte superior del cuerpo o la inferior. También incluye actividades como ponerse aparatos ortopédicos o prótesis, beber de una taza, comer de un plato, y otras modificaciones en el mismo sentido, además de las actividades originales. Como se aprecia en la tabla 2, las diferencias que presenta esta versión no sólo afectan a las actividades que se tienen en cuenta sino también al sistema de puntuación. Existe una versión con 3 niveles de puntuación para cada actividad y otra versión con 4 niveles de puntuación. En cualquier caso, el rango de la escala no varía, manteniéndose entre 0 y 100 puntos.

Con respecto a la interpretación de las puntuaciones, la versión de Granger contempla dos índices diferentes como componentes del IB: El *índice de autoayuda*, con una puntuación máxima de 53 puntos y el *índice de movilidad*, con un máximo de 47 puntos (cuadro 11). Granger también han utilizado una variante con 12 actividades:

Cuadro 3. Índice de Barthel, modificación de Granger, con 15 actividades y 3 niveles de puntuación.

No	Índice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1.	Beber de un vaso	4	0	0
2.	Comer	6	0	0
3.	Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4.	Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
6.	Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6.	Aseo personal	5	0	0
7.	Lavarse o bañarse	6	0	0
8.	Control orina	10	5	0
9.	Control heces	10	5	0
Índice de movilidad				
10.	Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11.	Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12.	Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13.	Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14.	Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
16.	Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

Otra versión, propuesta por Shah et al, mantiene las 10 actividades originales, pero incrementa el número de niveles por cada actividad hasta 5. Esta modificación en los niveles pretende aumentar la sensibilidad de la medida sin añadir complicaciones adicionales en su administración. El rango de puntuación se mantiene entre 0 y 100.

También se ha propuesto una versión para su uso como escala autoadministrada. Esta versión considera 17 actividades y seis categorías en cada actividad.

Cuadro 4. Índice de Barthel, modificación de Shah et al, con 10 actividades y 5 niveles de puntuación.

Actividad	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

Fiabilidad. La fiabilidad (entendida como la capacidad de la prueba para obtener los mismos resultados bajo las mismas condiciones) del IB no fue determinada cuando se desarrolló originariamente. Loewen y Anderson se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB en su versión original. Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades.

De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. Roy et al informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas).

En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se ha observado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah et al.

Validez. A la hora de considerar la validez del IB (capacidad de un instrumento para medir lo que pretende medir) hay que tener en cuenta que este índice se ha elaborado sobre bases empíricas, lo cual limita la posibilidad de llevar a cabo una evaluación exhaustiva de este criterio. En cualquier caso, existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la llamada "validez de constructo" o validez de concepto.

La validez de constructo es el grado en que una medida es compatible con otras medidas con las que hipotéticamente tiene que estar relacionada. En este sentido se ha observado que el IB inicial es un buen predictor de la mortalidad. Es presumible que esta asociación se deba a la habilidad del IB para medir discapacidad, condición ésta que presenta una asociación fuerte y consistente con una mayor mortalidad. También se ha observado que entre los pacientes con accidente cerebrovascular agudo (ACVA) los más jóvenes

presentan grados menores de discapacidad. Esta misma relación se observa en las puntuaciones del IB de los pacientes que sufren ACVA.

Las puntuaciones del IB también se han relacionado con la respuesta a los tratamientos de rehabilitación en el ámbito hospitalario: aquellos pacientes con mayores puntuaciones y por lo tanto con un supuesto menor grado de discapacidad, presentaban una mejor respuesta a la rehabilitación que aquellos con menores puntuaciones del IB

Wade y Hewer realizaron una evaluación de la validez del IB en 572 pacientes con ACVA mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77. Por otra parte, se ha observado que los pacientes de ACVA que reciben tratamiento precoz presentan una mejora más rápida del IB que los que lo reciben más tardíamente. Finalmente, se ha observado una relación consistente entre la puntuación del IB y la evaluación realizada por el clínico al alta.

Sensibilidad y capacidad para detectar cambios. Uno de los motivos por los que se creó el IB fue para valorar la evolución de los pacientes. La evidencia empírica ha probado que el IB es capaz de detectar un progreso o deterioro en ciertos niveles del estado funcional, aunque su capacidad para detectar cambios en situaciones extremas es limitada. Por ejemplo, si una persona con una puntuación de 0 cae en una situación de inconsciencia y por tanto en un mayor nivel de dependencia, el IB no cambia. Ocurre lo mismo en la parte alta de la escala: Una persona independiente pero con cierta limitación funcional, y una persona capaz de correr en los Juegos Olímpicos, obtendrían ambos 100 puntos. Estas limitaciones son conocidas como "floor effect" y "ceiling effect" (efecto suelo y efecto techo), respectivamente. Estos inconvenientes no son especialmente problemáticos en la práctica clínica, mientras que en el ámbito de la investigación conviene tenerlos en cuenta. Sin embargo para aquellas personas con puntuaciones intermedias los cambios son fácilmente detectados. Cabe señalar que la versión del IB con 5 niveles de puntuación se desarrolló precisamente para incrementar la sensibilidad de la escala a pequeños cambios.

Interpretación del Índice de Barthel. El rango de posibles valores del IB está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original. Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia. El IB puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías (las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, 3 ó 4 puntos) resultando un rango global entre 0 y 20. De este modo se evita la pseudoprecisión implícita en la escala original de 0 a 100. Por ejemplo, en esta escala no existen puntuaciones intermedias entre 0 y 5, y así sucesivamente, con lo que la cantidad total de posibles valores es de 21. Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación del IB. Por ejemplo, se ha observado que una puntuación inicial de más de 60 se relaciona con una menor duración de la estancia hospitalaria y una mayor probabilidad de reintegrarse a vivir en la comunidad después de recibir el alta. Esta puntuación parece representar un límite: con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas.

Cuadro 5. La interpretación sugerida por Shah et al sobre la puntuación del IB

Puntuación	Clasificación
0-20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia escasa
100	Independencia

Por otra parte también se ha intentado jerarquizar las actividades incluidas en el IB según la frecuencia con que se observa independencia en su realización. Según los resultados de Granger et al el orden es el siguiente:

1. Alimentarse
2. Arreglarse (aseo)
3. Deposición (control de heces)

4. Micción (control de orina)
6. Lavado (baño)
6. Vestirse
7. Sanitario (Usar el retrete)
8. Traslado cama/silla.
9. Deambulaci3n (Desplazarse)
10. Subir/bajar escaleras.

Comer es la actividad en la que se observa independencia con m1s frecuencia. Este es el orden observado en una poblaci3n concreta y puede presentar variaciones en otros 1mbitos. Wade y Hewer observaron que la recuperaci3n de las diferentes actividades ocurrir1a en un orden jer1rquico bien definido. Ba1arse sin ayuda fue la actividad que se recuperaba m1s tarde, siendo la incontinencia ocasional de heces la primera en recuperarse.

Molestias para el paciente. Aceptabilidad. Las molestias que puede ocasionar el IB al paciente son escasas. Por lo general 1nicamente es necesario pedir al paciente que realice algunas actividades b1sicas o bien observarle en su quehacer cotidiano.

Para los encargados de puntuar el IB la molestia es tambi3n escasa. Collin et al informan que realizar la evaluaci3n mediante preguntas a cuidadores o a familiares se realiza en 2-5 minutos. La versi3n de autovaloraci3n de la discapacidad, en pacientes que saben leer y escribir, requiere aproximadamente 10 minutos.

El IB resulta un instrumento sencillo, f1cil de aprender y de interpretar y que puede ser repetido peri3dicamente. Se ha sugerido que el intervalo m1nimo entre la administraci3n consecutiva de la escala en centros de rehabilitaci3n es de dos semanas.

Este 1ndice ha sido aplicado tanto por profesionales sanitarios como por entrevistadores no sanitarios entrenados. Se requiere una sesi3n 1nica de

aproximadamente una hora para aprender a puntuar el IB En el seguimiento de la recuperación de personas ancianas se ha empleado semanalmente.

Posibilidades alternativas de medición. El IB fue desarrollado por profesionales de rehabilitación física, pero ha sido utilizado por otros profesionales de la salud y por entrevistadores entrenados. El IB original y sus versiones fueron diseñadas para ser puntuadas por un observador entrenado. Sin embargo se han estudiado otras formas de valoración.

Una de ellas es la autovaloración, encontrándose resultados contradictorios. Dorevitch et al encuentran una concordancia alta comparada con la observación directa como "gold standard" o patrón. Esto ocurría fundamentalmente con las AVD menos complejas. Otro trabajo, sin embargo, encontró diferencias significativas entre la autovaloración y la valoración por profesionales: la autovaloración otorgaba consistentemente puntuaciones inferiores

Otra alternativa es la valoración por terceras personas o próximos. Este método resulta en apreciaciones menos precisas que la autovaloración. En general los cuidadores o próximos tienden a infraestimar la capacidad funcional de los pacientes. Una tercera alternativa que se ha considerado es el uso de la entrevista telefónica para obtener la valoración del sujeto o, si éste no es capaz, de un próximo. Los resultados de un estudio muestran que este procedimiento logra, en general, concordancias buenas con la observación directa. Las mayores discrepancias se detectan en los pacientes con problemas funcionales moderados o severos. Korner-Bitenski et al obtienen una correlación muy elevada entre la cumplimentación telefónica y la realizada en presencia de la persona (coeficiente de correlación intraclase de 0,89).

Adaptación lingüística y cultural. El IB no requiere una adaptación lingüística propiamente dicha ya que se basa en la observación de actividades muy específicas o en la consulta a cuidadores o próximos. Sólo

es necesario realizar una traducción simple de las actividades y categorías de puntuación. El IB es utilizado en múltiples países.

Probablemente se necesite una adaptación cultural en los lugares en los que las AVD incluyen otras actividades diferentes de las consideradas en el IB original. También en determinados ámbitos puede ser conveniente modificar las ponderaciones en función de diferencias culturales en la importancia de alguna actividad. Por ejemplo, la actividad de subir/bajar escaleras tiene más importancia en poblaciones donde el tipo de vivienda habitual es de dos niveles. En algunas poblaciones el concepto de un "vuelo de escaleras" se corresponde con el uso de una escalera de mano para subir de un piso a otro, cuyo uso es más difícil para una persona mayor. A pesar de ello el IB no necesita cambios muy importantes para poder aplicarse en otros ámbitos.

Estudios que han usado el IB. El IB ha sido utilizado en diferentes poblaciones y con propósitos diversos. A continuación se presenta una selección de las principales aplicaciones de este índice.

Originalmente el IB se aplicó en centros de rehabilitación física para evaluar la capacidad funcional de pacientes con discapacidades y especialmente de pacientes con ACVA. Se ha utilizado en el ámbito domiciliario, para estimar la necesidad de cuidados personales y organizar mejor los servicios de ayuda a domicilio y en unidades geriátricas como parte del protocolo de valoración geriátrica. El IB también se ha utilizado como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de profesionales sanitarios en ensayos clínicos randomizados.

Dadas las características del IB y su extendido uso, algunos autores lo han utilizado como referencia para estudiar las características de nuevas medidas. Este es el caso de la "Goal Attainment Scale" (escala de consecución de objetivos), del "Geriatric Quality of Life Questionnaire" (cuestionario geriátrico de calidad de vida), de un cuestionario para estudiar el grado de satisfacción de los cuidadores de pacientes con ACVA, del "Timed Test of Money Counting" (test cronometrado de contar dinero), del "Get Up and Go Test" (test de levantarse y andar), de la "Scandinavian Stroke Supervision Scale", del "Nottingham Health Profile", Sickness

Impact Profile del cuestionario Frail Elderly Functional Assessment (valoración funcional del anciano debilitado) y del instrumento de medida de la discapacidad utilizado por "Office of Populations Censuses and Surveys" (OPCS, oficina de censos poblacionales y encuestas)²⁶.

En España el IB ha sido utilizado recientemente para evaluar las características de una escala similar más adaptada para su utilización en ancianos hospitalizados.

Conclusión. El Índice de Barthel es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable. El IB es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria. Para una valoración más amplia hace falta la utilización de otros instrumentos además o en lugar del IB. Como indican Guralnik et al "no existe una batería de actividades de la vida diaria, de actividades instrumentales de la vida diaria o de actividades de orden superior o alguna combinación de las mismas que sea más adecuada para definir discapacidad. La selección de instrumentos debe depender de la población estudiada y del objetivo de la valoración".

El IB ayuda a orientar los esfuerzos del personal encargado de atender al paciente anciano en el progreso de la capacidad funcional del mismo. Aunque tenga algunas limitaciones, otros índices alternativos no han demostrado ser más ventajosos. Por otra parte, su amplia utilización facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida.

El IB ha sido aplicado fundamentalmente en ámbitos hospitalarios y en centros de rehabilitación pero su posible utilidad en determinados estudios epidemiológicos (sobre todo población anciana y población institucionalizada) debe ser también tenida en consideración.

El IB ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patrón para la valoración de las AVD

en las personas ancianas. El motivo ha sido sus buenas características ya mencionadas a las que cabe añadir su bajo coste de aplicación y su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores y para el ajuste en los estudios de casuística (case-mix).¹⁰

5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN GERONTOLOGÍA - GERIATRÍA

Las personas que llegan actualmente a la edad de 65 años esperan vivir en promedio otros 17 años. Dado que una vida larga amenaza su calidad, una de las preocupaciones cruciales es establecer los programas necesarios para lograr que los adultos mayores disfruten estos años de vejez, con buenos niveles de salud y bienestar, libres de enfermedad y discapacidad. Para contribuir a dar una respuesta a esta preocupación capital de la sociedad, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, OMS/OPS, viene difundiendo una propuesta de atención de la salud para el adulto mayor, fundamentada en los principios y estrategias de la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades.

La estrategia de promoción de la salud para los ancianos no debe diferir conceptualmente de la estrategia propuesta para toda la población. Por otra parte, la propuesta de la Promoción de la Salud es concordante con los principios y fundamentos de las propuestas de la llamada geriatría social. Se puede decir que la promoción de la salud además de las medidas tomadas para que las personas de edad avanzada, se mantengan sanas y activas para que prevengan y retrasen la enfermedad y la discapacidad, propone y considera las medidas que se deben adoptar a lo largo de toda la vida, desde la cuna hasta la tumba para combatir las consecuencias negativas del envejecimiento.

Central a la promoción de la salud, es el reconocimiento de que los

¹⁰ GIL DE GÓMEZ, M.J. Valoración funcional del anciano en atención primaria. [online]. 6 ed. [España] : UNED. [rev. 29 febrero 2000]. Disponible en: <http://www.sameens.dia.uned.es/trabajos/t2a/mjgildegomez/index.htm>.

determinantes de la salud están más allá del dominio médico y del sector salud. Sin negar la enorme importancia de que el clínico incorpore estrategias eficaces de prevención y promoción dentro de su práctica individual y rutinaria, el mayor reto está dado por la necesidad de que los médicos se involucren en el ejercicio de la promoción con enfoque poblacional; según este enfoque, los miembros de los equipos de salud deben abogar para que entre otras cosas, se adopten políticas públicas multisectoriales y se generen ambientes que sean favorables a la salud.

Fundamental en Promoción de la Salud resulta además el "qué hacer" y el "cómo hacerlo". Se sabe que las medidas de prevención primaria como cambios en la actividad física y en la alimentación, pueden posponer la aparición de enfermedades crónicas en los ancianos. Para lograrlo, no es suficiente la sola acción del consejo médico en la consulta clínica, sino que se deben propiciar las condiciones sociales que faciliten la adopción de los cambios; de ahí la importancia de ver la Promoción de la Salud como una estrategia multisectorial y a largo plazo.

Si se quiere mejorar la salud de las generaciones actuales y futuras de los ancianos, no bastarán las medidas médicas, sino que se debe recurrir a intervenciones sociales, económicas y ambientales. Los conceptos y estrategias de la promoción de la salud que deben ser conocidos y puestos en práctica por los equipos de salud, han sido publicados en múltiples documentos como la Carta de Ottawa y la Declaración de Jakarta, y compilados por diferentes publicaciones. (Como en la publicación "Manos a la salud").

La orientación de la propuesta para la atención de la salud del adulto mayor, responde a los hallazgos encontrados por diferentes estudios longitudinales y bases de datos creadas durante varios años. Los nuevos conocimientos sobre la vejez imponen la obligación de considerar al envejecimiento como un aspecto del ciclo de la vida, en vez de considerar a los ancianos como un grupo aparte del resto de la población.

La promoción de la salud ha mostrado ser efectiva y eficiente. Iniciando el siglo XXI, las perspectivas de gozar de una vejez sana son cada vez más promisorias a medida que los resultados de las investigaciones muestran nuevas enfermedades que pueden ser prevenidas o pospuestas.

Los ancianos tienen ahora, en varios países, tasas mucho más bajas de discapacidad a pesar de vivir mucho más tiempo. El impacto de posponer la discapacidad y la aparición de diversas enfermedades crónicas es impresionante, desde el punto de vista económico y de las implicaciones médicas y sociales.

Fundamentos de la promoción para los ancianos. De acuerdo con las investigaciones, el envejecimiento no está ligado indisolublemente a la enfermedad y a la discapacidad, sino que es un proceso dinámico normal en el que a menudo es posible prevenir las afecciones crónicas, no sólo por medios médicos sino a través de intervenciones individuales, sociales, económicas y ambientales. La discapacidad puede ser pospuesta y disminuida en pocos años al final de la vida si se practican estilos de vida saludable, entre los que se incluyen: la actividad física regular, la alimentación apropiada, y el abandono del tabaquismo.

Las inversiones en salud en todas las edades, adaptando la asistencia médica sanitaria al ciclo vital de las personas contribuirán, más que cualquier otra medida de atención médica, a que éstas lleguen a la vejez en buen estado de salud y se mantengan activas e independientes, posponiendo la aparición de enfermedades y discapacidades. Las influencias culturales y los contextos en que se mueven las personas, desempeñan una parte fundamental en el bienestar y salud del adulto mayor. Se debe recalcar que debido a que muchas de las penurias en que se desenvuelve el adulto mayor, son debidas a mitos sociales más que a la edad por sí misma; se debe abogar por transformaciones culturales y sociológicas.

La gran mayoría de los ancianos viven en la comunidad y es allí donde principalmente hay que abordar sus problemas; el adiestramiento, la información y la educación deben extenderse más allá del personal de

atención médica ampliándose a quienes tienen responsabilidad social de su bienestar.

Es indispensable reconocer la importancia de actuar prioritariamente sobre las diversas inequidades. La salud de los ancianos depende en gran medida de condicionantes sociales como la educación y el ingreso económico. La accesibilidad a los servicios de salud es inequitativa para diferentes grupos. Las mujeres tienen una proporción mayor en el grupo de los "viejos más viejos" y son desfavorecidas en los planos social y económico.

Envejecimiento y Salud. La estrategia respaldada por la OMS/OPS para lograr una vejez libre de discapacidad se basa en la evidencia de que las enfermedades crónicas y la discapacidad no son intrínsecas al proceso de envejecimiento. El envejecimiento normal viene siendo analizado por diferentes estudios de cohorte como el Estudio de Baltimore iniciado desde 1958, los cuales han mostrado consistentemente que se puede tener una vejez sana y que las disfunciones pueden ser prevenidas o retrasadas.

A pesar de la heterogeneidad del envejecimiento que las personas muestran, se pueden hacer generalizaciones sobre el envejecimiento normal. Está bien documentado que las capacidades funcionales del humano: cardíaca, respiratoria, muscular, y renal, después de alcanzar un máximo desarrollo al comienzo de la edad adulta, inician un descenso gradual que variará de acuerdo con variables genéticas y ambientales

Este descenso funcional puede ubicarse en una línea de descenso lento, si las condiciones de vida y determinantes de la salud son favorables, o en una línea de descenso rápido si dichas condiciones, alimentación, actividad física, estilos de vida, habilidades cognitivas, e interacciones sociales no se dan adecuadamente. Aunque existe una declinación normal y progresiva de las funciones, éstas no pasarán el umbral de la discapacidad y de la dependencia, si se es exitoso en tener un envejecimiento saludable.

Si el umbral de discapacidad es alcanzado o sobrepasado debido a condiciones adversas en el proceso de envejecimiento, predisposición genética, exposición a factores de riesgo o baja exposición a factores protectores, se deben fomentar y aplicar acciones para volver a ubicar al adulto mayor por encima del nivel de discapacidad y dependencia. Las actividades para buscar un envejecimiento saludable, constarán entonces de intervenciones oportunas para lograr que se alcance la máxima capacidad potencial posible, y de intervenciones para ubicar a la población en la línea de descenso lento de sus capacidades. Estas intervenciones pueden ser conceptualizadas en tres grandes categorías según el periodo del ciclo de vida:

- **Intervenciones tempranas.** La seguridad alimentaria para una adecuada nutrición, asegurar el cubrimiento universal de las principales inmunizaciones, promover los comportamientos favorables a la salud, como la actividad física y el cuidado de la salud bucodental.
- **Intervenciones en la edad adulta.** Promover condiciones de vida propicias para una nutrición favorable a la salud, conductas saludables como la actividad física, y una vida libre de adicciones al tabaco y drogas ilegales, no abuso del alcohol, comportamientos sexuales seguros, y actitudes que prevengan la incidencia de accidentes.
- **Intervenciones en el adulto mayor.** Formación de habilidades y destrezas, interacción social intergeneracional, autocuidado, redes sociales de apoyo, atención de discapacidades del oído, vista, y locomoción, prescripción del ejercicio físico, cesar de fumar, buena nutrición, y una buena atención médica y odontológica.

Previamente se afirmó que una de las especificidades de la Promoción de la Salud es la propuesta de "cómo hacer las cosas". La actividad física es uno de los factores más poderosos para lograr una vejez saludable, y desde la perspectiva de la Promoción de la Salud se propone que además de su formulación en la atención primaria, se implementen medidas de salud pública para que se facilite su práctica. Las estrategias de los municipios

saludables y las escuelas promotoras de la salud en marcha en varios países, pueden ser terrenos muy fértiles para propiciar esta actividad.

Los clínicos deben sobrepasar su trabajo de la frontera del consultorio para difundir y hacer llegar el mensaje a quienes toman decisiones políticas y técnicas. Igualmente, es importante tener en cuenta las modalidades de difusión de la información para asegurar las posibilidades de influir en el comportamiento y en las decisiones de todas las personas interesadas: público, políticos, y profesionales de la salud, por lo cual, la utilización de los medios de comunicación debe ser valorada. La gran riqueza de la promoción de la salud es incorporar a sectores que tradicionalmente se habían dejado de lado, dándoles toda la preponderancia, reconocimiento y mérito a sus programas y proyectos.

Promoción de la Salud en la Atención Médica. Una de las estrategias postuladas por los impulsores de la promoción de la salud se relaciona con la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia acciones encaminadas a la prevención primaria y secundaria; en efecto, esta es una de las cinco estrategias propuestas por la carta de Ottawa, quizá el documento de promoción de la salud más citado en el mundo en los últimos diez años.

Estas nuevas estrategias originan nuevas prioridades en las habilidades de los miembros de los equipos de salud y sobre todo, a la transferencia de conocimientos especializados a la atención primaria de la salud. Los agentes del primer nivel de atención tienen, por lo general, un enfoque predominantemente biológico y curativo, y una formación sólo básica, a pesar de que son quienes se encargan de atender y ayudar a la gente a envejecer bien y de atender médicamente a los ancianos.

La mayoría de los médicos, a pesar de la enorme trascendencia que tiene para la independencia de los adultos mayores, nunca han recibido entrenamiento en técnicas para el consejo médico, para ayudar a sus pacientes a involucrarse en la actividad física regular a través de la

prescripción de diferentes tipos de ejercicios y a las técnicas eficaces para el abandono del tabaquismo.

De gran ayuda para la práctica de la medicina preventiva, resultan las guías actualizadas que han elaborado organizaciones profesionales como las publicadas por el Grupo de Trabajo de los Servicios Preventivos de Estados Unidos y las Normas Oficiales Mexicanas con sus respectivas guías. A través de estas guías, los médicos pueden tener información apropiada sobre el estado actual de los procedimientos de detección de enfermedades para los adultos mayores, los cuales han sido, por la heterogeneidad del envejecimiento, objeto de controversia y desacuerdos.

Existe suficiente evidencia de estudios epidemiológicos y de intervención para recomendar la prescripción de la actividad física para todas las personas de mayor edad. La actividad física puede ser la estrategia más efectiva para disminuir la dependencia de los viejos más viejos y junto con una alimentación adecuada, para la prevención de condiciones como la diabetes mellitus, la osteoporosis y algunas enfermedades cardiovasculares. A pesar de su poder como herramienta para la salud a cualquier edad, la prescripción de la actividad física aún no recibe la debida importancia en los servicios de salud.

La confianza de los adultos mayores para realizar actividades en forma segura, es un factor muy importante en el mantenimiento de su independencia. Muchos ancianos dejan de hacer actividades físicas debido a que pierden la confianza para hacerlas de forma segura, entrando en un ciclo vicioso que conduce a mayor dependencia. La obtención de poder por parte de los ancianos a través de redes de apoyo social y de la educación conducente a la adquisición de conocimientos y destrezas que mejoren su poder de gestión y su desempeño individual, debe ser también parte fundamental de los programas de promoción de la salud en los servicios médicos.

RESUMEN

El marco conceptual del envejecimiento saludable se está difundiendo en todo los ámbitos de salud con el fin de que en los diferentes sectores sociales se adopten políticas que:

- **Primero.** Permitan a la gente alcanzar oportunamente la máxima capacidad potencial funcional. Sitúen el mayor número posible de personas en la curva lenta del deterioro funcional, manteniendo la independencia de los ancianos.
- **Segundo.** Permitan reevaluar, adaptar y modernizar las intervenciones sociales y médicas, de acuerdo con los nuevos contextos y conocimientos: mediante la obtención del poder social e individual de los viejos, la prevención primaria, la ideología del viejismo, el impacto de la jubilación obligatoria, y el papel social del anciano.
- **Tercero.** Asegurar la atención médica con equidad y dar cuidado oportuno a las personas que rebasan el umbral de discapacidad, con asistencia ética, de calidad humana y calidad técnica y científica.¹¹

¹¹ GONZÁLEZ MOLINA, Julio. Promoción De La Salud Y Prevención en Geriatría. En: Programa de actualización continua para el Medico general. [online]. 2 ed. [México]: Edición médica continua, 1999-2000. Disponible en internet: http://www.drscope.com/pac/mg-2/7/mg2t7_p.31-38.htm.

6. DISEÑO METODOLÓGICO

6.1 TIPO DE ESTUDIO

El trabajo **VALORACIÓN DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA DE LOS USUARIOS LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD COLONIA DE BELENCITO A TRAVÉS DE LA ESCALA DE VALORACIÓN INDICE DE BARTHEL**, es un estudio descriptivo el cual permite analizar cómo es y cómo se manifiesta un fenómeno y sus componentes. Permiten detallar el fenómeno estudiado básicamente a través de la medición de uno o más de sus atributos, el propósito de este es la delimitación de los hechos que conforman el problema de investigación, identifica características del universo de investigación, señala formas de conducta y actitudes del universo investigado, establece comportamientos concretos y descubre y comprueba la asociación entre variables de investigación. De acuerdo con los objetivos planteados, el investigador señala el tipo de descripción que se propone realizar. Acude a técnicas específicas en la recolección de información, como la observación, las entrevistas y los cuestionarios..

"Estos estudios describen la frecuencia y las características más importantes de un problema. Para hacer estudios descriptivos hay que tener en cuenta dos elementos fundamentales: Muestra, e Instrumento".¹²

6.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

La UATE tiene una capacidad instalada para un total de 350 Adultos Mayores, divididos en siete pabellones de acuerdo a su capacidad funcional y sexo y patología mental, para desarrollar el trabajo se aplico la

¹² Ander-Egg, E "Técnicas de Investigación Social" Lumen Argentina 1995 24º edición, p.35 y 38

Escala de Valoración Índice de Barthel 335 Adultos Mayores que en el momento de aplicarla representan el total de la población institucionalizada en la Unidad de Atención a la Tercera edad, Colonia de Belencito

Para este trabajo no se selecciono muestra, puesto que era de gran interés para el área de Gerontología y para la Institución conocer el nivel de funcionalidad física de cada uno de los usuarios de la unidad, lo cual permitiría crear estrategias de intervención desde las diferentes disciplinas, solicitud de recursos, adaptación de los bienes muebles y reparaciones locativas, barreras arquitectónicas según el nivel de funcionalidad de cada uno de los Adultos Mayores

6.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

La recolección de información para el Trabajo **VALORACIÓN DEL NIVEL DE INDEPENDENCIA DE LOS USUARIOS LA UNIDAD DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD COLONIA DE BELENCITO A TRAVES DE LA ESCALA DE VALORACIÓN INDICE DE BARTHEL**, se utilizó la escala de valoración funcional Índice de Barthel, la cual consta de 10 aspectos que hacen alusión a las actividades de la vida diaria entre ellas: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del sanitario, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). (Ver cuadro 14).

6.4. HIPOTESIS

Conocer el Nivel De Funcionalidad Física de los Adultos Mayores Institucionalizados en la Unidad De Atención a la Tercera Edad, Colonia de Belencito y las Variables mas Afectadas en cada uno de ellos

6.5 VARIABLES

6.5.1 Definición de Variables

- Edad: Tiempo que una persona ha vivido desde su nacimiento, cada uno de los periodos en que se considera dividida la vida humana: infancia, adolescencia, juventud, edad madura y vejez.
- Escala De Valoración Funcional Índice De Barthel: Es un instrumento ampliamente utilizado que mide la capacidad de la persona para la realización de diez actividades básicas de la vida diaria, obteniéndose una estimación cuantitativa del grado de dependencia del sujeto.

6.5.2 Operacionalización

Variable	Tipo De Variable	Niveles	Indicadores/Aspectos
1. Edad	Cuantitativa Discreta	<ul style="list-style-type: none">▪ De 55 a 59▪ De 60 a 64▪ De 65 a 69▪ De 70 a 74▪ De 75 a 79▪ De 80 a 84▪ De 85 a 89	
2. Escala De Valoración Funcional Índice De Barthel:	Cualitativa Politómica	<ul style="list-style-type: none">▪ Dependencia Total▪ Dependencia severa▪ Dependencia moderada▪ Dependencia escasa▪ Independencia	<p>Índice de Barthel = 0-20 Índice de Barthel = 21-60 Índice de Barthel = 61-90</p> <p>Índice de Barthel = 91-99 Índice de Barthel =100</p>

7. RESULTADOS

En este capítulo se mostrará cuantitativa y cualitativamente los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de valoración Índice de Barthel a los usuarios /as de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, Colonia de Belencito.

7.1 HABITATS DE MUJERES

7.1.1 HÁBITAT SANTA TERESA

Gráfica 1. Rangos De Edad En Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Hábitat Santa Teresa, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

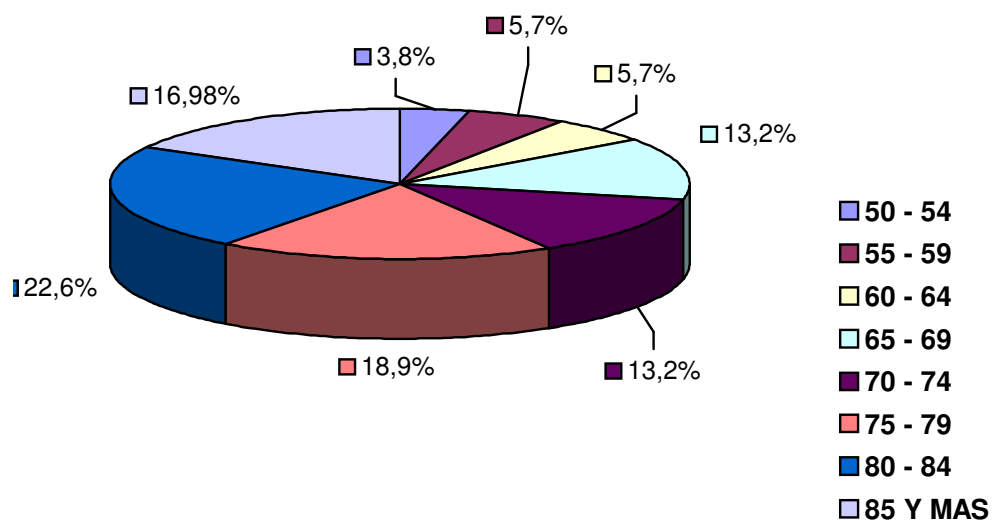


Tabla 1. Rangos De Edad En Cantidad Y Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del hábitat Santa Teresa, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

Rango de edad	Número de personas	%
50 -54	2	3.8
55 - 59	3	5.7
60 - 64	2	5.7
65 - 69	7	13.2
70 - 74	7	13.2
75 -79	10	18.9
80 - 84	11	22.6
85 Y MAS	8	16.9
TOTAL	50	100

La grafica anterior permite visualizar los rangos de edad de las usuarias del hábitat Santa Teresa encontrando mayor numero usuarias entre los 80 - 84 años que representan el 22.6%, seguido del rango entre los 75 - 79 años que equivalen al 18.9% y entre los 65 - 69 y 70 - 74 cada uno con 7 personas que equivalen a 13.2% en ambos rangos, los demás rangos de edad representan un 45.3%. Lo anterior muestra la tendencia hacia un envejecimiento patológico dado que en su mayoría las usuarias se encuentran en edades avanzadas.

INDICE DE BARTHEL

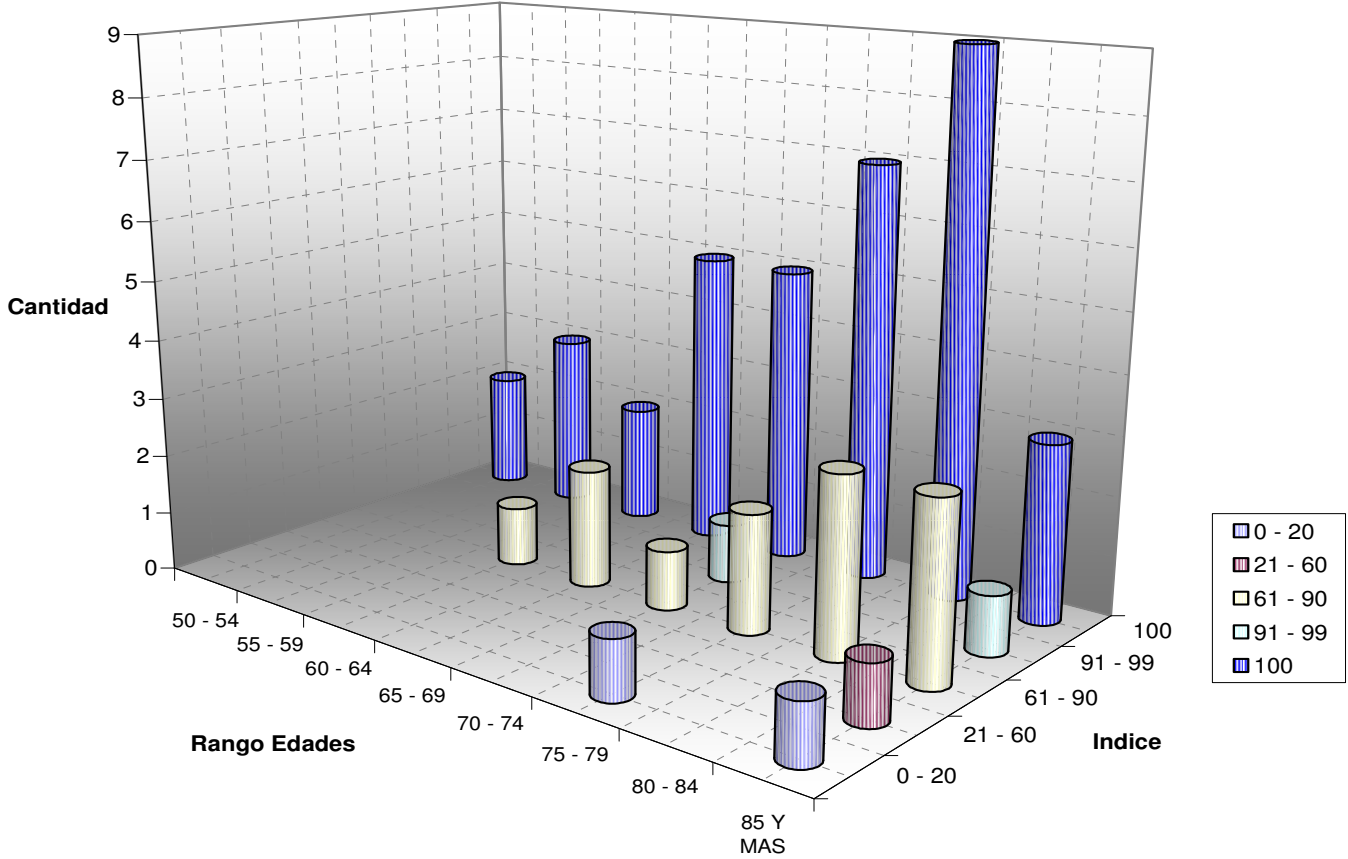


Tabla 2. Resultados del Índice de Barthel por Rangos de edad Del hábitat Santa Teresa

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

	DEPEND TOTAL	DEPEND SEVERA	DEPEND MODERADA	DEPEND ESCASA	INDEP.	TOTAL	%
RANGO DE EDAD	0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 99	100		
50 - 54					2	2	3,77%
55 - 59					3	3	5,66%
60 - 64			1		2	2	5,66%
65 - 69			2		5	7	13,21%
70 - 74			1	1	5	7	13,21%
75 - 79	1		2		7	10	18,87%
80 - 84			3		9	11	22,64%
85 Y MAS	1	1	3	1	3	8	16,98%
Total	2	1	12	2	36	50	
%	3,77%	1,89%	22,64%	3,77%	67,92%		

Los datos anteriores revelan el nivel de funcionalidad física de las Usuaris del hábitat Santa Teresa en las Actividades de la Vida Diaria, encontrando según la interpretación sugerida por la puntuación del Índice de Barthel 36 usuarias independientes para las AVD, con dependencia total 2 usuarias las cuales en el momento de la valoración presentan patologías que comprometen su funcionalidad y con dependencia Moderada se encuentran 12 usuarias las cuales requieren asistencia y acompañamiento del personal de enfermería.

Tabla 3. Variables más afectadas Del hábitat Santa Teresa en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.

Variables más afectadas en el Índice de Barthel					
Rangos de Edades	Dependiente Arreglarse	Necesita Ayuda Lavado (Baño)	Necesita Ayuda Vestirse	TOTAL	%
55-59	1			1	4.2
60-64					0.0
65-69	5		1	6	25.0
70-74		2		2	8.3
75-79	3			3	12.5
80-84	2	1	1	4	16.7
85-89	1	1	6	8	33.3
TOTAL	11	4	9	24	100
%	45.8	16.7	37.5		

La aplicación del Índice de Barthel muestra que solo 24 de las 53 usuarias del hábitat presentan las variables afectadas encontrando que en su mayoría requieren asistencia y acompañamiento en la variable arreglarse con 11 usuarias que representan el 45.8%, seguido de necesita ayuda para vestirse con 9 usuarias que representan el 37.5% y la variable necesita ayuda para el lavado (Baño) con 4 usuarias que representan el 16.7%, en este hábitat solo se encontraron estas 3 variables afectados dado el nivel de funcionalidad física que presentan las usuarias.

7.1.2 HÁBITAT SANTO DOMINGO

Gráfica 3. Rangos De Edad En Valores Porcentuales De Las Adultas Mayores Del Hábitat Santo Domingo, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

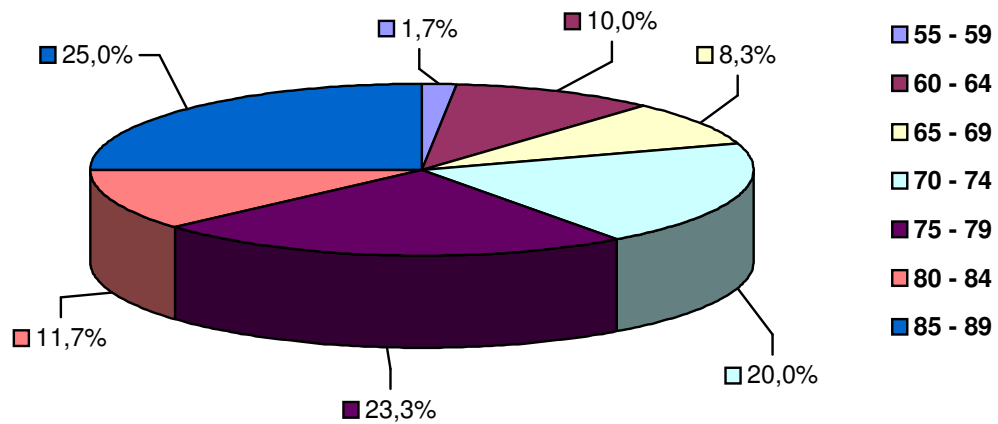


Tabla 4. Rangos De Edad En Cantidad Y Valores Porcentuales De Las Adultas Mayores Del Hábitat Santo Domingo, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

Rango de edad	Número de personas	%
55 - 59	1	1.7
60 - 64	6	10.0
65 - 69	5	8.3
70 - 74	12	20.0
75 - 79	14	23.3
80 - 84	7	11.7
85 - 89	15	25.0
TOTAL	60	100

De la gráfica anterior se deduce que el rango de edad de mayor número de personas es el de 85 y mas años con 15 adultas mayores que equivale al 25.0%, seguido del rango de 75 - 79 con 14 adultas que equivale al 23.3%, luego el rango de 70 - 74.años con 12 adultas que equivale a un 20.0%, los demás rangos de edad representan el 31.7% de la población adulta mayor institucionalizada en el hábitat Santo Domingo, para un total de 60 usuarias.

INDICE DE BARTHEL

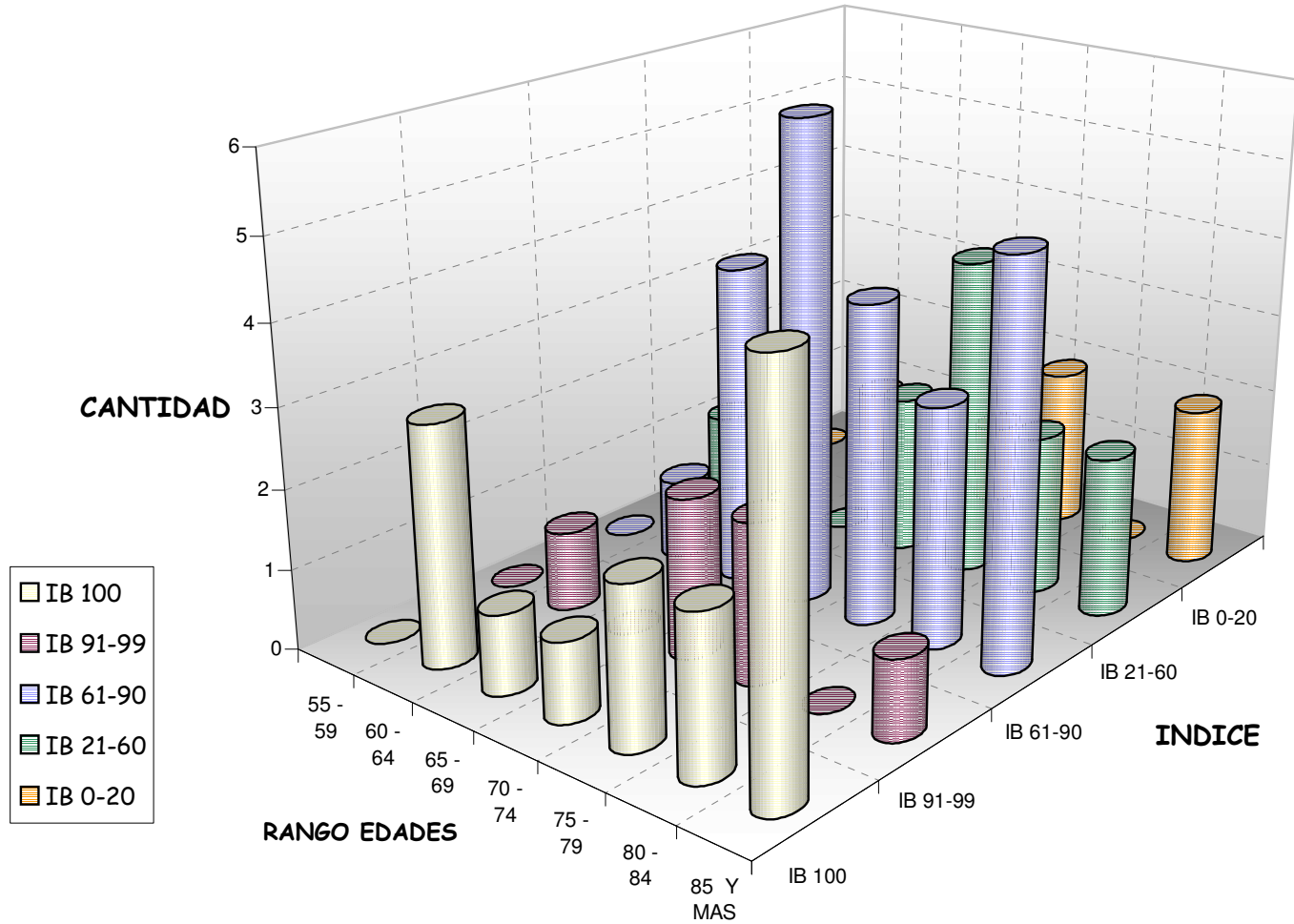


Tabla 5. Resultados Hábitat Santo Domingo del Índice de Barthel por Rangos de edad

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

	DEPEND TOTAL	DEPEND SEVERA	DEPEND MODERADA	DEPEND ESCASA	INDEP.	TOTAL
RANGO DE EDAD	0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 99	100	
55 - 59	0	1	0	0	0	1
60 - 64	1	0	1	1	3	6
65 - 69	0	0	4	0	1	5
70 - 74	1	2	6	2	1	12
75 - 79	2	4	4	2	2	14
80 - 84	0	2	3	0	2	7
85 Y MAS	2	2	5	1	5	15
TOTAL	6	11	23	6	14	60

Los resultados de la aplicación del Índice de Barthel revelan el grado de funcionalidad de las 60 usuarias que habitan el hábitat Santo Domingo según su rango de edad.

Se puede evidenciar la presencia de usuarias en cada uno de las 5 clasificaciones posibles del Índice de Barthel encontrando mayor cantidad de personas de todos los rangos de edad con dependencia severa 11 usuarias, 23 usuarias con Dependencia Moderada y 14 usuarias independientes, internamente en la tabla se encuentran que los rangos de edad mas comprometidos en su funcionalidad son los rangos entre 70 - 74 años, 75 - 79 años y 85 y mas.

La presencia de adultas mayores con Dependencia Total e Independientes en el mismo hábitat ha permitido que las usuarias Impedientes brinden en ocasiones acompañamiento emocional a las usuarias más dependientes, es importante en este caso realizar mirada más individual sobre el impacto que genera en las usuarias independientes convivir con otras usuarias con un envejecimiento patológico tan marcado.

Con respecto a las 6 usuarias con Dependencia Total, 11 Dependencia severa y 23 dependencia Moderada, es importante resaltar que estas requieren una intervención y dedicación más prolongada por parte del personal de enfermería en la realización de las AVD y el tratamiento de sus patologías.

Tabla 6. Variables más afectadas Del Hábitat Santo Domingo en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.

Rangos de Edades	Alimentación	Dependiente Arreglarse	Dependiente Lavado (Baño)	dependiente Silla ruedas	Necesita Ayuda Vestirse	Incapaz Subir Bajar escalones	Incontinente Micción	Accidente Ocasional Micción	Necesita ayuda para Deambular	Necesita Ayuda subir bajar escalones	TOTAL	%
55-59	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3	1.97
60-64	0	2	2	2	0	0	1	1	1	1	10	6.5
65-69	0	6	3	1	0	0	0	0	0	0	10	6.5
70-74	2	3	2	4	1	1	1	1	1	1	17	11.1
75-79	1	10	7	7	4	5	3	3	2	3	45	29.4
80-84	0	4	4	6	2	2	1	0	0	1	20	13.07
85 y Mas	4	8	6	7	4	4	5	3	2	5	48	31.37
TOTAL	7	34	24	28	12	12	11	8	6	11	153	100%
%	4.5	22.2	15.7	18.3	7.84	7.84	7.20	5.22	4.0	7.20	100	

La tabla muestra las variables mas afectadas según el Índice de Barthel, en esta población se encuentra un total de variables afectadas de 153 ya que existen usuarias que presentan afección en todas las variables.

Internamente en la tabla se puede observar que la variable mas afectada en todos los rangos de edad es la variable Dependencia al arreglarse con un 22.2%, seguida de Dependiente en el traslado de la silla de ruedas con un 18.3% y Dependencia en el baño 15.70%, las demás suman un total de 43.8%.

Entre los rangos de edad mas afectados se encuentran el de 75 -79 años y 85 y mas con dependencia en todas las variables esto muestra que a pesar de ser un hábitat semidependiente por la presencia de usuarias con Índice de Barthel 100 (Independientes) la atención del personal de enfermería requiere de mas tiempo, esfuerzo, trabajo en equipo y dedicación para realizar las AVD a las usuarias dependientes.

7.1.3 HÁBITAT SAN JOSE

Gráfica 5. Rangos De Edad En Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Hábitat San José, Unidad De Atención A La Tercera Edad - Colonia De Belencito

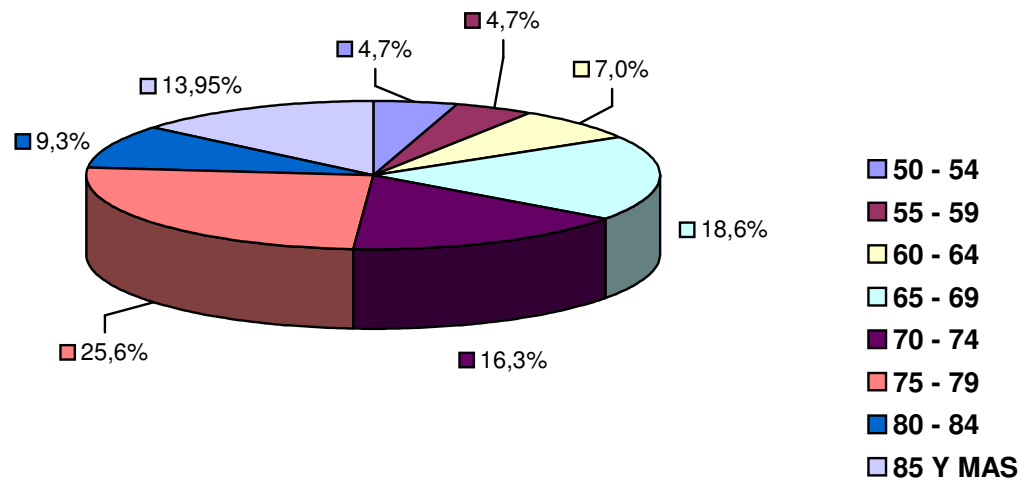


Tabla 7. Rangos De Edad En Cantidad Y Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores, del Hábitat San José de la Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

Rango de edad	Número de personas	%
50 -54	2	4.7
55 - 59	2	4.7
60 - 64	3	7.0
65 - 69	8	18.5
70 - 74	7	16.3
75 -79	11	25.6
80 - 84	4	9.3
85 Y MAS	6	13.9
TOTAL	43	100

La grafica anterior permite visualizar los rangos de edad de las usuarias del hábitat San José encontrando mayor numero usuarias entre los 75 - 79 años que representan el 25.6%, seguido del rango entre los 70 - 74 años que equivalen al 18.3% y entre los 85 y mas años con 13.9% los demás rangos tienen una representación menor comparados con los anteriores, lo que permite concluir que es un hábitat longevo y con una característica especial y es la presencia de patología mental significativa en cada una de las usuarias que se encuentran en este hábitat.

INDICE DE BARTHEL

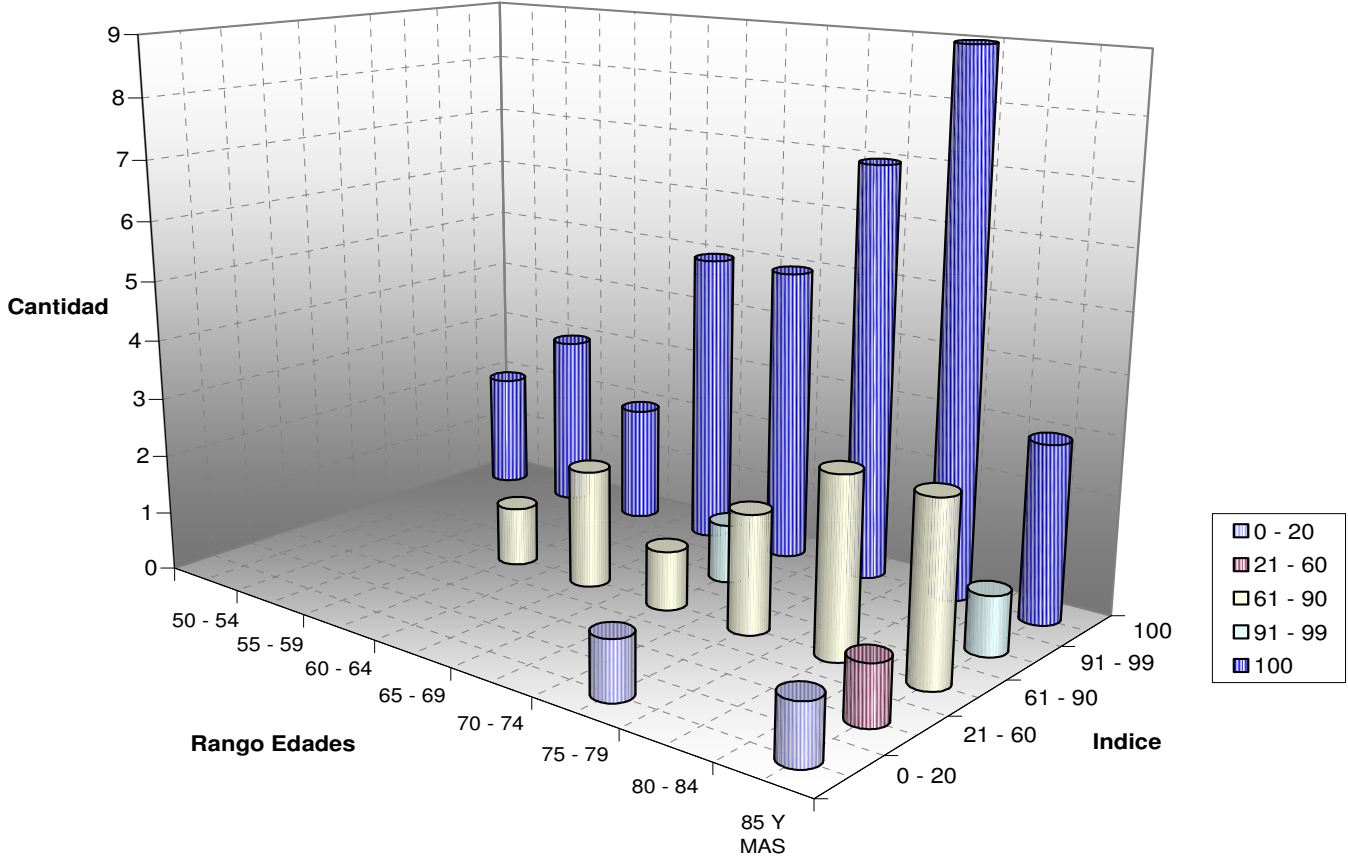


Tabla 8. Resultados Hábitat San José del Índice de Barthel por Rangos de edad

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

	DEPEND TOTAL	DEPEND SEVERA	DEPEND MODERADA	DEPEND ESCASA	INDEP.	TOTAL	%
RANGO DE EDAD	0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 99	100		
50 - 54					2	2	3,77%
55 - 59					3	3	5,66%
60 - 64			1		2	3	5,66%
65 - 69			2		5	7	13,21%
70 - 74			1	1	5	7	13,21%
75 - 79	1		2		7	5	18,87%
80 - 84			3		9	10	22,64%
85 Y MAS	1	1	3	1	3	6	16,98%
Total	1	5	7	2	28	43	
%	3,77%	1,89%	22,64%	3,77%	67,92%		100%

Los datos anteriores revelan el nivel de funcionalidad física de las Usuaris del hábitat San José en las Actividades de la Vida Diaria, encontrando según la interpretación sugerida por la puntuación del Índice de Barthel 28 usuarias independientes para las AVD, con dependencia total 1 usuaria la cual en el momento de la valoración presentan patologías que comprometen su funcionalidad y con dependencia Moderada se encuentran 7 usuarias las cuales requieren asistencia y acompañamiento del personal de enfermería.

Dentro de este hábitat tanto la presencia de enfermedades sistémicas y mentales son variables a tener en cuenta al momento de realizar la evaluación, puesto que el consumo de medicamentos en estas usuarias es amplio y esto puede traer consigo efectos colaterales y/o secundarios para la funcionalidad física de las mismas.

Tabla 9. Variables más afectadas Del Hábitat San José en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.

Variables más afectadas en el Índice de Barthel					
Rangos de Edades	Dependiente Arreglarse	Necesita Ayuda Lavado (Baño)	Necesita Ayuda Vestirse	TOTAL	%
55-59	1			1	4.2
60-64					0.0
65-69	5		1	6	25.0
70-74		2		2	8.3
75-79	3			3	12.5
80-84	2	1	1	4	16.7
85-89	1	1	6	8	33.3
TOTAL	11	4	9	24	100
%	45.8	16.7	37.5		

La aplicación del Índice de Barthel muestra las variables mas afectadas luego de la valoración, los resultados revelan que las variables mas afectadas son Arreglarse, Baño y vestido, por lo que es necesario el acompañamiento por parte del personal de enfermería en el acompañamiento de estas actividades de la vida diaria-

Es importante resaltar que aunque las anteriores son las variables mas afectadas las usuarias requieren acompañamiento constante en las demás actividades de la vida diaria, por la presencia en cada una de ellas de patología mental.

7.1.4 HÁBITAT MARIE POUSSEPIN

Gráfica 7. Rangos De Edad En Valores Porcentuales De Las Adultas Mayores Del Hábitat Marie Poussepin, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

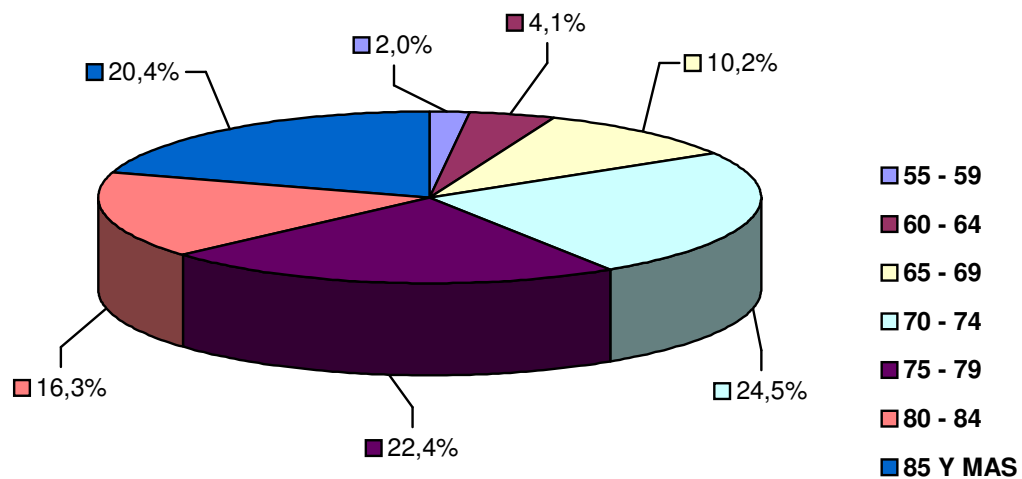


Tabla 10. Rangos De Edad En Cantidad Y Valores Porcentuales De Las Adultas Mayores Del Hábitat Marie Poussepin, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

Rango de edad	Número de personas	%
55 - 59	1	2.0
60 - 64	2	4.1
65 - 69	5	10.2
70 - 74	12	24.5
75 - 79	11	22.4
80 - 84	8	16.3
85 - 89	10	20.4
TOTAL	49	100

La tabla anterior muestra los rangos de edad en los que se encuentran las adultas mayores del hábitat Marie Poussepin, cabe resaltar que la usuaria mas longeva de dicho hábitat tiene 103 años de edad, a pesar la dependencia para las actividades de la vida diaria aun su capacidad cognitiva y memorística son muy positivas lo cual le permite socializarse con sus demás compañeras y distraer a las visitas con sus innumerables historias

En general las adultas mayores de este Hábitat son las más longevas con relación a los demás hábitat de mujeres, pero comparten esta característica y la del nivel de funcionalidad con los hombres del hábitat Sagrado corazón

Los datos revelan que este es un hábitat con alta longevidad ya que se encuentra un alto porcentaje de adultas mayores de 95 hasta los 103 años, evidenciando en ellas a presencia de envejecimiento normal y patológico.

NIVEL FUNCIONALIDAD

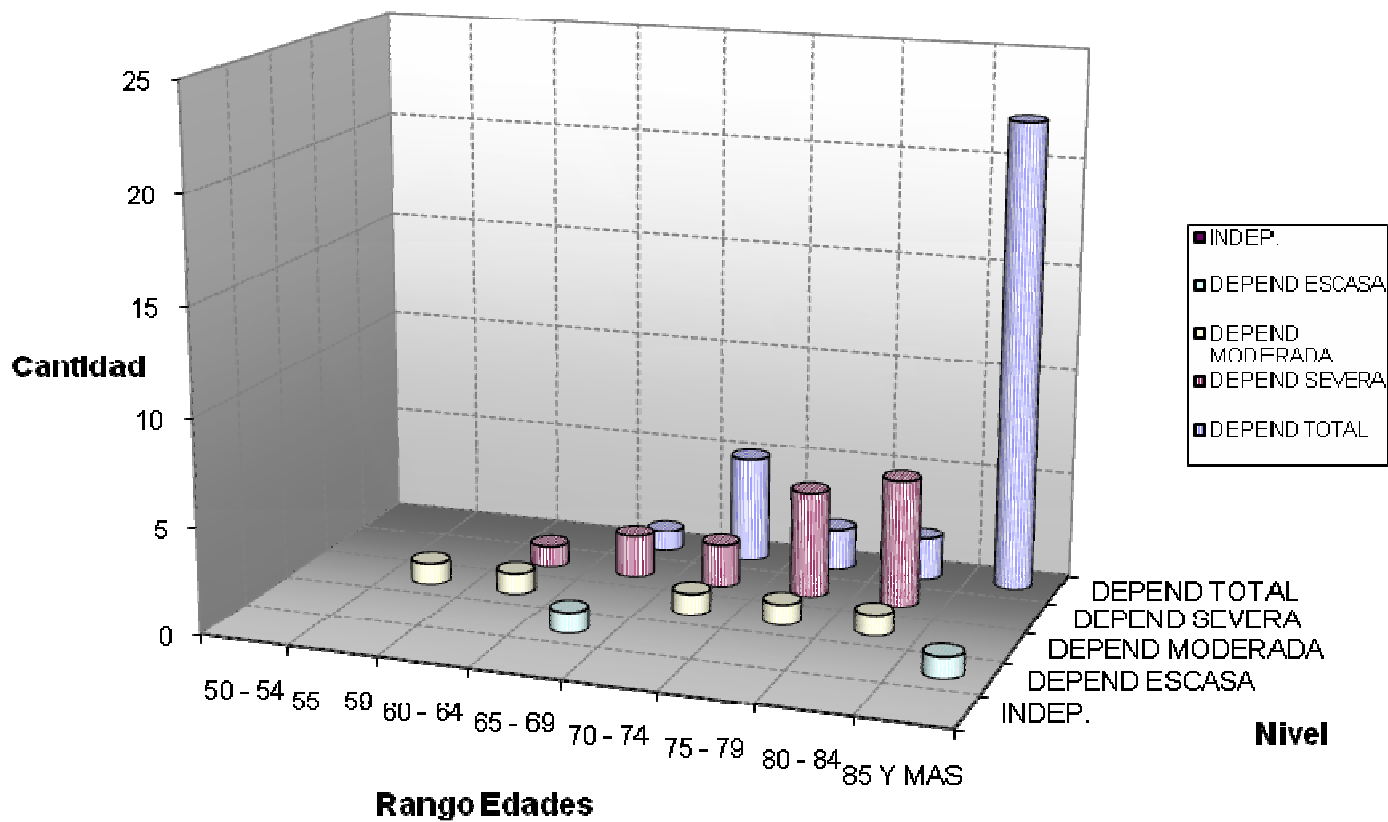


Tabla 11. Resultados Hábitat Marie Poussepin del Índice de Barthel por Rangos de edad

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

	DEPEND TOTAL	DEPEND SEVERA	DEPEND MODERADA	DEPEND ESCASA	INDEP.	TOTAL	%
RANGO DE EDAD	0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 99	100		
50 - 54						0	0.0%
55 - 59			1			1	1.8%
60 - 64		1	1			2	3.6%
65 - 69	1	2		1		4	7.3%
70 - 74	5	2	1			8	14.5%
75 - 79	2	5	1			8	14.5%
80 - 84	2	6	1			9	16.4%
85 Y MAS	22			1		23	41.8%
Total	32	16	5	2	0	55	100%
%	58.2%	29.1%	9.1%	3.6%	0.0%	100.0%	

Los datos anteriores revelan el nivel de funcionalidad física de las Usuaris del hábitat Marie Poussepin en las Actividades de la Vida Diaria, encontrando según la interpretación sugerida por la puntuación del Índice de Barthel 0 usuarias independientes para las AVD, con dependencia total 32 usuarias las cuales en el momento de la valoración presentan patologías que comprometen su funcionalidad, con dependencia Severa 16, con dependencia Moderada 5 y se encuentran 2 las cuales requieren menos asistencia y acompañamiento del personal de enfermería.

Lo anterior permite concluir que este es el Hábitat de mayor demanda de cuidados y asistencia en las actividades de la vida diaria en comparación con los Hábitats de mujeres que se han desarrollado hasta el momento en el presente trabajo

Tabla 12. Variables más afectadas Del Hábitat Marie Poussepin en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.

Rangos de Edades	Alimentación	Dependiente Arreglarse	Dependiente Lavado (Baño)	dependiente Silla ruedas	Necesita Ayuda Vestirse	Incapaz Subir Bajar escalones	Incontinente Micción	Accidente Ocasional Micción	Necesita ayuda para Deambular	Necesita Ayuda subir bajar escalones	TOTAL
55-59	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3
60-64	0	4	2	2	0	0	1	1	1	1	10
65-69	0	6	3	1	0	0	0	0	0	0	12
70-74	3	3	2	4	1	1	1	1	1	1	20
75-79	2	8	7	7	4	5	3	3	2	3	48
80-84	0	6	4	6	4	2	1	0	0	1	23
85 y Mas	7	8	10	7	8	6	7	5	4	5	64
TOTAL	12	36	28	32	16	14	13	10	8	11	180
%											

La aplicación del Índice de Barthel muestra que solo en cada uno de los rangos de edad es necesario el acompañamiento y supervisión en la realización de las diferentes actividades de la vida diaria, encontrando mayor compromiso en los rangos de edad de los 75 - 79, 80 - 84 y 85 y mas años puesto que como se mencionó anteriormente es el hábitat de mujeres mas longevo

7.2 HABITATS DE HOMBRES

7.2.1 HABITAT EL CARMEN

Gráfica 9. Rangos De Edad En Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Hábitat El Carmen, Unidad De Atención A La Tercera Edad - Colonia De Belencito

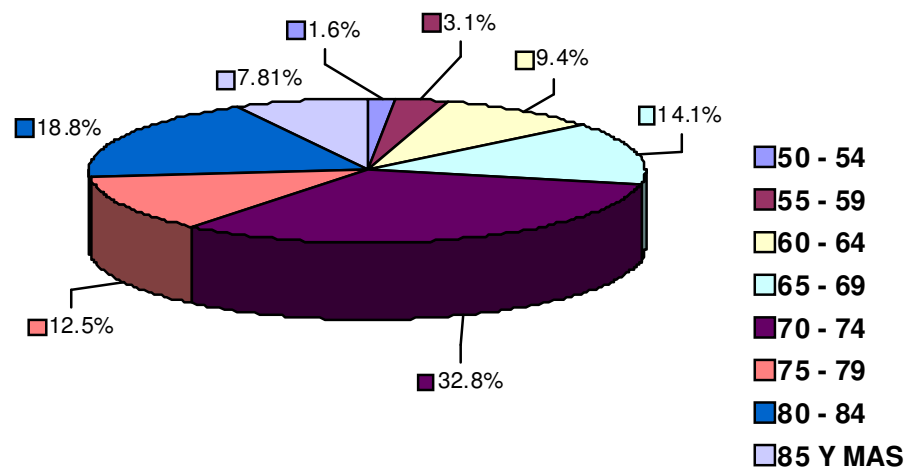


Tabla 13. Rangos De Edad En Cantidad Y Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Hábitat El Carmen, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

Rango de edad	Número de personas	%
50 -54	2	1.6
55 - 59	4	3.1
60 - 64	6	9.4
65 - 69	9	14.1
70 - 74	21	32.8
75 -79	7	12.5
80 - 84	8	18.8
85 Y MAS	5	7.81
TOTAL	62	100

Los resultados de la grafica anterior muestran que el rango de edad con mayor número de personas es el de 75 a 79 años con 21 adultos mayores que equivale al 32.8 %, seguido del rango de 80 - 84 con 8 adultos que equivale al 18.8 %, luego el rango de 65 - 69 años con 9 adultos que equivale a un 14.1%, los demás rangos de edad representan el 34.3% de la población adulta mayor institucionalizada en el hábitat El Carmen de la Unidad de Atención a la Tercera edad - Colonia de Belencito. Esto permite concluir que es un hábitat longevo donde los usuarios presentan envejecimiento patológico y normal que debe ser intervenido de forma interdisciplinario

INDICE DE BARTHEL

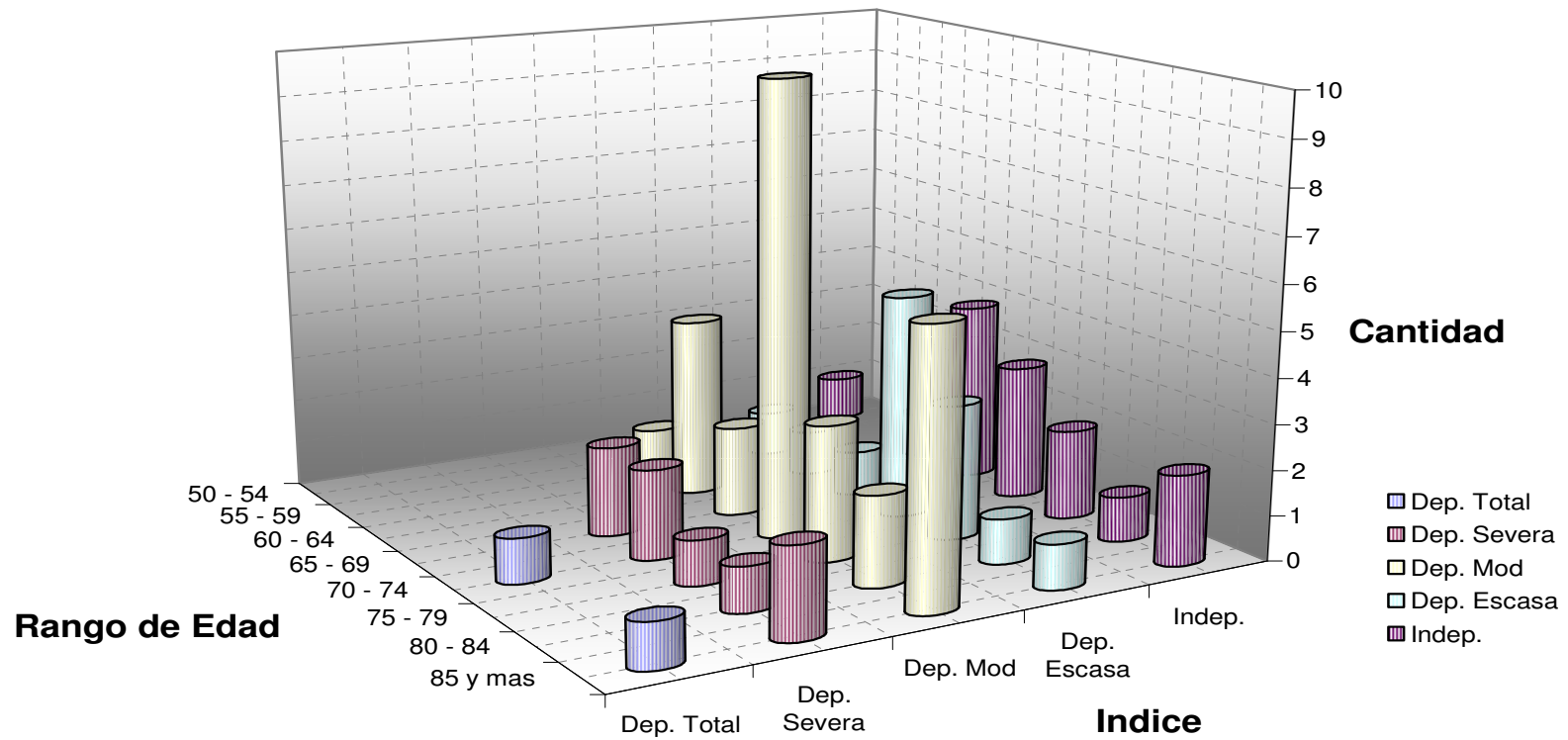


Tabla 14. Resultados Hábitat El Carmen del Índice de Barthel por Rangos de edad

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

	DEPEND TOTAL	DEPEND SEVERA	DEPEND MODERADA	DEPEND ESCASA	INDEP.	TOTAL	%
RANGO DE EDAD	0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 99	100		
50 - 54					1	1	1,54%
55 - 59			1	1		2	3,08%
60 - 64			4	1	1	6	9,23%
65 - 69		2	2	1	4	9	13,85%
70 - 74	1	2	10	5	3	21	32,31%
75 - 79		1	3	3	2	9	13,85%
80 - 84		1	2	1	1	5	7,69%
85 Y MAS	1	2	6	1	2	12	18,46%
Total	2	8	28	13	14	65	100%
%	3,08%	12,31%	43,08%	20,00%	21,54%	100%	

La tabla anterior muestra el nivel de funcionalidad de los Adultos Mayores del Hábitat El Carmen, con la cantidad y el porcentaje de usuarios en cada clasificación posible que arroja el índice de Barthel, de estas cifras se logra inferir pesar de que institucionalmente se catalogue como un Hábitat de hombres autónomos e independientes estos presentan dependencia en algunas de las actividades de la Vida Diaria. Tradicionalmente se habla de que a nivel institucional los diferentes grados de compromiso (deficiencia, discapacidad, minusvalía) llegan a ser hasta del 20% y en la población de este hábitat es mayor lo cual requiere de mayor asistencia, acompañamiento y supervisión del personal de enfermería y de un grupo interdisciplinario.

Tabla 15. Variables más afectadas Del Hábitat El Carmen en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.

Rangos de Edades	Variables más afectadas en el Índice de Barthel									TOTAL	%
	Dependiente Arreglarse	Dependiente Lavado (Baño)	Dependiente Silla ruedas	Necesita Ayuda Vestirse	Incapaz Subir Bajar escalones	Incontinente Micción	Accidente Ocasional Micción	Necesita ayuda para Deambular	Necesita Ayuda subir bajar escalones		
55-59	1									1	1,9
60-64	2			2				1		5	9,6
65-69	1	1		1						3	5,8
70-74	9	6	1	4	2	2	2			26	50,0
75-79	1		1		1	1	1	1	1	7	13,5
80-84	2	1		2				1	2	8	15,4
85-89	1	1								2	3,8
TOTAL	17	9	2	9	3	3	3	3	3	52	
%	32,7	17,3	3,8	17,3	5,8	5,8	5,8	5,8	5,8		100

La tabla muestra que el rango de edad más afectado es el de 70 a 74 años con un compromiso en todas las variables que equivale a un 50%. Se destaca que entre las variable más afectadas en todos los rangos de edad, la variable dependencia al arreglarse es la más comprometida con un 32.7%, seguida de dependencia en lavado (baño) y necesita ayuda para vestirse con un 17.3% en ambas y se reitera que el rango de edad más comprometido en esta variable es el de 70 a 74.

Internamente llama la atención que las 6 personas que presentan disfunción en la variable micción, pertenecen a los rangos de edades de 70 a 79 años, lo cual podría corresponder a que en este rango de edad existe un mayor consumo de medicamentos para el manejo de sus patologías.

Es importante resaltar que el total de esta tabla **52** no habla de número de personas con variables afectadas sino del número variables afectadas en los usuarios.

7.2.2 HÁBITAT SANTA ANA

Gráfica 11. Rangos De Edad En Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Hábitat Santa Ana, Unidad De Atención A La Tercera Edad - Colonia De Belencito

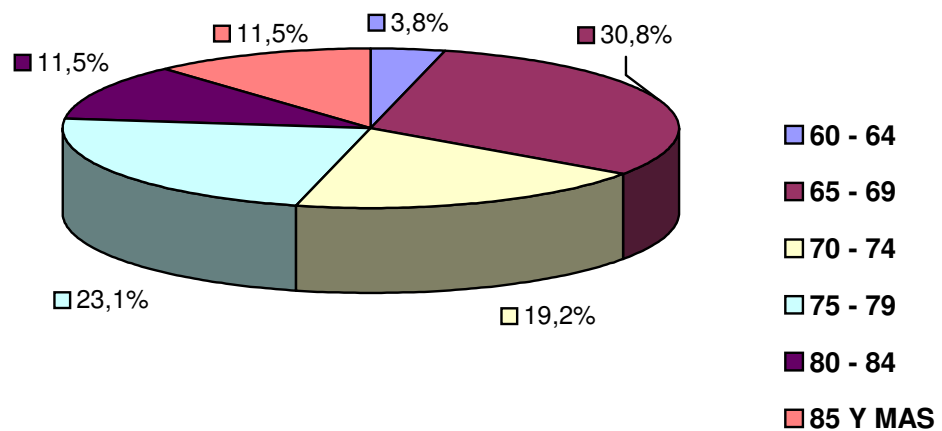


Tabla 16. Rangos De Edad En Cantidad Y Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Pabellón El Carmen, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

Rango de Edad	Número de Personas	%
60 - 64	1	3.8
65 - 69	8	30.8
70 - 74	5	19.2
75 -79	6	23.1
80 - 84	3	11.5
85 Y MAS	3	11.5
TOTAL	26	100

Los datos anteriores muestran los rangos de edad en cantidad y porcentaje de Adultos Mayores del Hábitat Santa Ana, encontrando 8 usuarios entre los 65 - 69 años que representan el 30.8%, seguido de el rango entre los 75 - 79 años con 6 usuarios que representan el 23.1% , los demás rangos de edad equivalen al 46.1% del total de los usuarios del hábitat. Es importante resaltar que en este hábitat existe un número considerable de usuarios invidentes.

INDICE DE BARTHEL

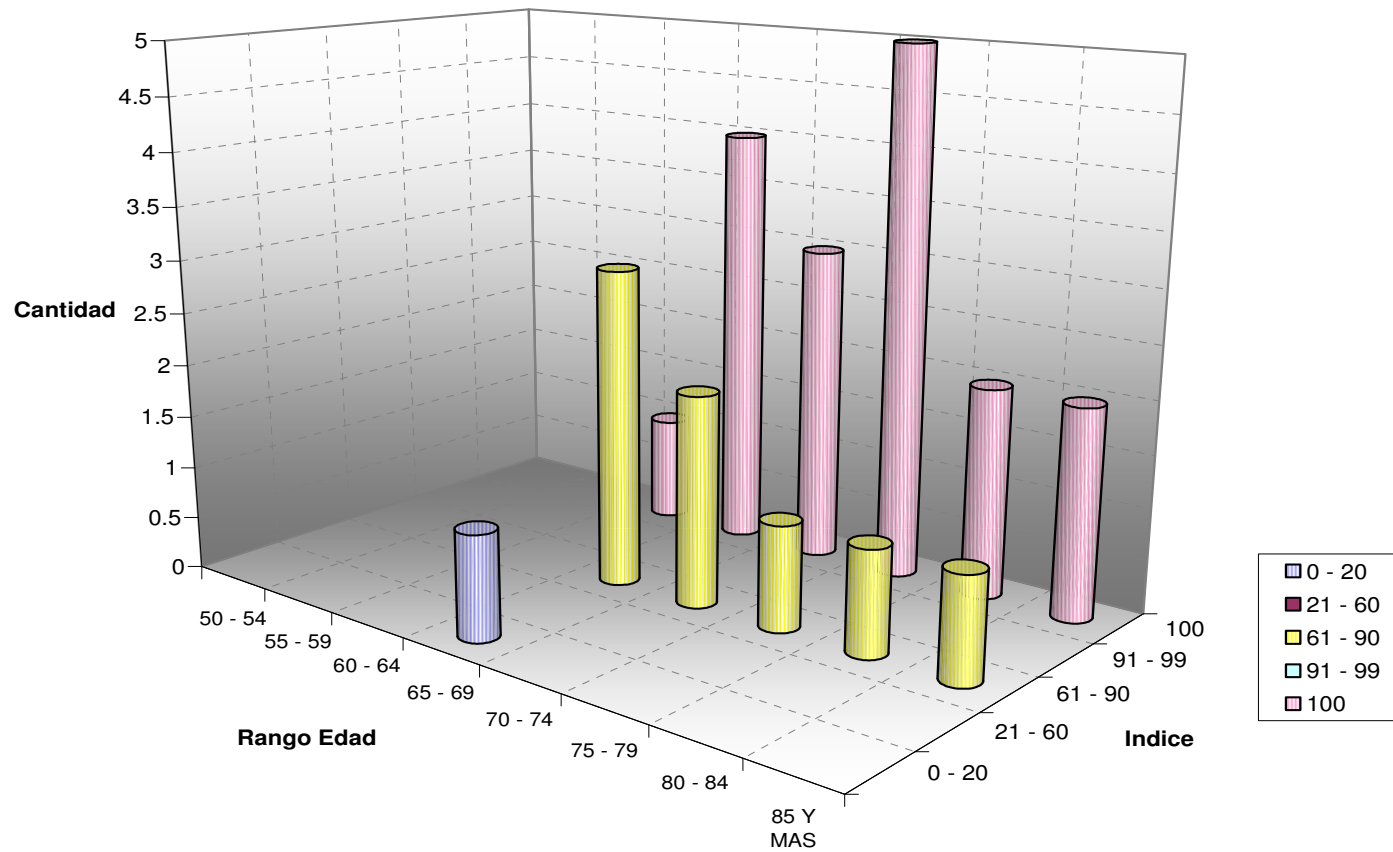


Tabla 17. Resultados Hábitat Santa Ana del Índice de Barthel por Rangos de edad

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

	DEPEND TOTAL	DEPEND SEVERA	DEPEND MODERADA	DEPEND ESCASA	INDEP	TOTAL	%
RANGO DE EDAD	0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 99	100		
50 - 54							0,00
55 - 59							0,00
60 - 64					1	1	3,85
65 - 69	1		3		4	8	30,77
70 - 74			2		3	5	19,23
75 - 79			1		5	6	23,08
80 - 84			1		2	3	11,54
85 Y MAS			1		2	3	11,54
Total	1	0	8	0	17	26	
%	3,85%	0,00%	30,77%	0,00%	65,38%		100%

La aplicación del Índice de Barthel a los usuarios del Hábitat Santa Ana permitió conocer el nivel de funcionalidad física de los mismos encontrando que solo hay un usuario con dependencia severa para las actividades de la vida diaria, 8 usuarios que requieren ayuda en algunas de las variables evaluadas por el instrumento de valoración y un numero significativo de usuarios independientes lo que 17 lo cual corrobora que es un hábitat de hombres en su mayoría autónomos e independientes, es importante resaltar que a pesar de lo anterior es indispensable en todo momento el acompañamiento y asistencia del personal de enfermería puesto que la mayoría de los usuarios son reacios a realizar las AVD y al autocuidado.

Tabla 18. Variables más afectadas Del Hábitat Santa Ana en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.

		VARIABLES MÁS AFECTADAS EN EL ÍNDICE DE BARTHEL					
Rangos de Edades	Dependiente Lavado (Baño)	Necesita Ayuda Vestirse	Necesita Ayuda arreglarse	Necesita ayuda para Deambular	Necesita Ayuda subir bajar escalones	TOTAL	%
65-69	4	4	3	1	1	13	44.8
70-74	2	2	2			6	20.7
75-79	1	1	1		1	4	13.8
80-84	1	1	1			3	10.3
85 Y MAS	1			1	1	3	10.3
TOTAL	9	8	7	2	3	26	100%
%	31.0	27.6	24.1	6.9	10.3	100	

Luego de la aplicación del Índice de Barthel en el hábitat Santa Ana se encuentran solo 5 variables afectadas de las 10 que evalúa el instrumento, se encuentra en mayor proporción necesidad de acompañamiento y supervisión en la variable dependiente en el lavado (Baño) con 9 usuarios que representan el 31.0%, seguido de la variable necesita ayuda para vestirse con 8 usuarios que representan el 27.6% y la variable necesita ayuda para arreglarse la cual se refiere a todas las actividades de higiene menor y parte de las actividades de acicalamiento las otras 2 variables necesita ayuda para deambular y necesita ayuda para subir y bajar escalones representan el 17.2%, estas 2 últimas tienen estrecha relación con la presencia de adultos invidentes en el hábitat

7.2.3 HABITAT SAGRADO CORAZÓN

Gráfica 13. Rangos De Edad En Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Hábitat Sagrado Corazón, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

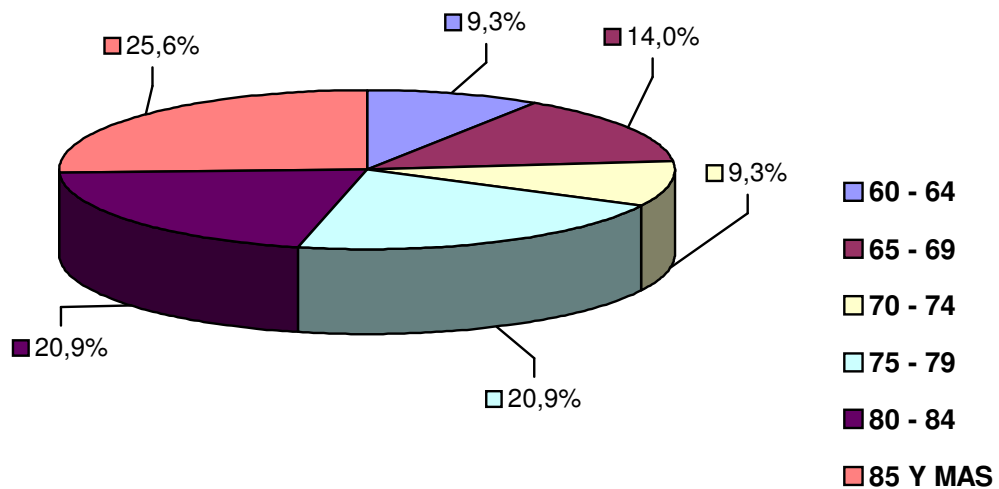


Tabla 19. Rangos De Edad En Cantidad Y Valores Porcentuales De Los Adultos Mayores Del Hábitat Sagrado Corazón, Unidad De Atención A La Tercera Edad -Colonia De Belencito

Rango de Edad	Número de Personas	%
60 - 64	4	9.3
65 - 69	6	14.0
70 - 74	4	9.3
75 -79	9	20.9
80 - 84	9	20.9
85 Y MAS	11	25.6
TOTAL	43	100

NIVEL FUNCIONALIDAD

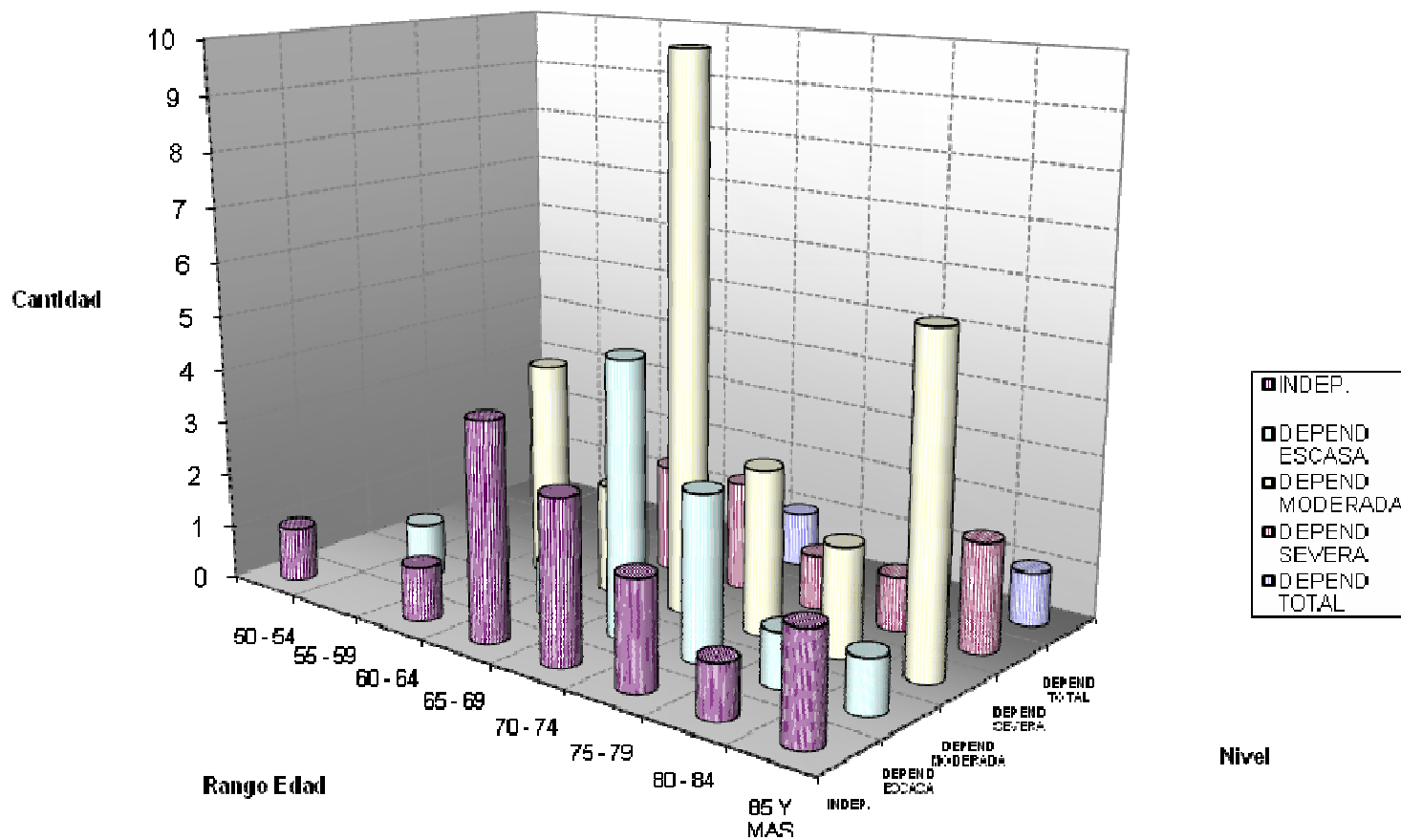


Tabla 20. Resultados Hábitat Sagrado Corazón del Índice de Barthel por Rangos de edad

NIVEL DE FUNCIONALIDAD

	DEPEND TOTAL	DEPEND SEVERA	DEPEND MODERADA	DEPEND ESCASA	INDEP.	TOTAL	%
RANGO DE EDAD	0 - 20	21 - 60	61 - 90	91 - 99	100		
50 - 54					1	1	1.54%
55 - 59			1	1		2	3.08%
60 - 64			4	1	1	6	9.23%
65 - 69		2	2	1	4	9	13.85%
70 - 74	1	2	10	5	3	21	32.31%
75 - 79		1	3	3	2	9	13.85%
80 - 84		1	2	1	1	5	7.69%
85 Y MAS	1	2	6	1	2	12	18.46%
Total	2	12	33	12	6	65	100%
%	3.08	17.21	57.07	12.31	10.53	100%	

La aplicación del Índice de Barthel a los usuarios del Hábitat Sagrado Corazón permitió conocer el nivel de funcionalidad física de los mismos encontrando que solo hay 2 usuarios con dependencia total para las actividades de la vida diaria, 12 usuarios con dependencia severa y 33 usuarios que requieren ayuda moderada y 12 usuarios con dependencia escasa.

Es importante resaltar que hay 6 dentro del hábitat usuarios independientes, los cuales han tenido una recuperación positiva y esta pendiente su reubicación en un hábitat para usuarios mas funcionales como lo son el hábitat Santa Ana y El Carmen.

Tabla 21. Variables más afectadas Del Hábitat Sagrado Corazón en el Índice de Barthel por Rangos de Edad.

Rangos de Edades	Alimentación	Dependiente Arreglarse	Dependiente Lavado (Baño)	dependiente Silla ruedas	Necesita Ayuda Vestirse	Incapaz Subir Bajar escalones	Incontinente Micción	Accidente Ocasional Micción	Necesita ayuda para Deambular	Necesita Ayuda subir bajar escalones	TOTAL
55-59	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	3
60-64	0	4	2	2	0	0	1	1	1	1	10
65-69	0	6	3	1	0	0	0	0	0	0	12
70-74	3	3	2	4	1	1	1	1	1	1	20
75-79	2	8	7	7	4	5	3	3	2	3	48
80-84	0	6	4	6	4	2	1	0	0	1	23
85 y Mas	7	8	10	7	8	6	7	5	4	5	64
TOTAL	12	36	28	32	16	14	13	10	8	11	180

La tabla anterior muestra las variables más afectadas evaluadas por el instrumento de valoración, los datos anteriores muestran afección en la mayoría de las variables, lo anterior muestra que es un hábitat que requiere mucho acompañamiento por parte del personal de enfermería

8. CONCLUSIONES

El Índice de Barthel es una medida de la discapacidad física con demostrada validez y fiabilidad, fácil de aplicar y de interpretar y cuyo uso rutinario es recomendable, es útil para valorar la discapacidad funcional en las actividades de la vida diaria, ayuda a orientar los esfuerzos del personal encargado de atender al paciente anciano en el progreso de la capacidad funcional del mismo, su amplia utilización facilita la comparabilidad de los estudios, característica altamente deseable de todo instrumento de medida. El IB ha sido recomendado por el Royal College of Physicians of London y por la British Geriatrics Society como patrón para la valoración de las AVD en las personas ancianas, el motivo ha sido sus buenas características ya mencionadas a las que cabe añadir su potencial utilidad para el seguimiento de la evolución de los pacientes mayores y para el ajuste en los estudios de casuística.

La unidad de atención a la tercera edad brinda servicios de asistencia básica a los adultos mayores más vulnerables y en condiciones de indigencia del municipio de Medellín, razón por la cual los hábitos y forma de vida son elementos desencadenantes de un envejecimiento más patológico en la mayoría de los usuarios

Cada uno de los hábitats valorados muestran necesidad de acompañamiento continuo por un equipo interdisciplinario amplio y el personal de enfermería los cuales tienen como objetivos de intervención la rehabilitación, la inclusión familiar y el brindar a los usuarios las necesidades básicas

El hecho de que la administración de la UATE estuviera a cargo de la Universidad de Antioquia es un aspecto diferencial con las demás entidades que brindan atención al la tercera edad ya que la Universidad cuenta con un abordaje biomédico y de rehabilitación diferente al asistencialista presente en la mayoría de los CBA.

La valoración Gerontológica a través de el Índice de Barthel fue un logro importante para el área de gerontología y para la Unidad de Atención a la Tercera Edad, lo cual permitió mostrar una de las fortalezas que se pudo desarrollar luego de llevar a cabo el Experto y Máster Universitario en Intervención en Calidad de Vida de Adultos Mayores

La realización del Experto y Máster Universitario permitió adquirir habilidades, destrezas y conocimientos importantes para el desempeño como Gerontóloga, puesto que luego de estos dos años de estudio se logra rescatar la importancia del trabajo con la población adulta mayor, población objeto de estudio del gerontólogo, pero al mismo tiempo se encuentran nuevos campos laborales con las demás generaciones con o sin limitaciones físicas y/o mentales con el fin de realizar intervenciones y crear planes de trabajo interdisciplinarios encaminados a optimizar habilidades, mejorar y optimizar hábitos de vida y trabajar hacia un envejecimiento más positivo y exitoso

9. RECOMENDACIONES

Se recomienda hacer un mayor énfasis en las actividades de promoción y prevención primaria, secundaria y terciaria, para los adultos mayores de la Unidad de Atención a la Tercera Edad, Colonia de Belencito, del Pabellón El Carmen; en especial para los rangos de edad comprendidos entre los 70 y 79 años, buscando un envejecimiento más saludable, éstas actividades deben constar de intervenciones oportunas, logrando que se alcance la máxima capacidad potencial posible, y de intervenciones para ubicar a la población en la línea de descenso lento de sus capacidades, tales actividades consisten en la formación de habilidades y destrezas, interacción social intergeneracional, autocuidado, redes sociales de apoyo, atención de discapacidades del oído, vista, y locomoción, prescripción del ejercicio físico, evitar el tabaquismo, buena nutrición y una buena atención médica y odontológica.

Se recomienda implementar programas de intervención tales como: Orientación a la realidad (reeducación, memoria, tareas de grupo orientativo y técnicas de autorecuerdo orientativo), Programas de estimulación sensorial, Programas de estimulación física (fisioterapia, marcha, actividades manuales y de la vida diaria), Tratamiento de alteraciones del sueño, Programa de estimulación cognitiva y social (psicoterapia grupal, musicoterapia, terapias de comportamiento), esto con el fin de mantener o mejorar capacidades funcionales y cognitivas y los niveles de independencia en las diferentes facetas y actividades de su vida cotidiana.

Es importante implementar un programa de actividades físicas y lúdico-recreativas, ya que estas actividades han demostrado mejorar la funcionalidad de este sistema, además del psiconeuroendocrino.

Puesto que la Unidad de Atención a la Tercera Edad, Colonia de Belencito, se clasifica como una institución gerontogeriatrica, es importante hacer

mayor énfasis no solo en las actividades de tipo asistencial, sino en programas de intervención psicosocial y lúdico recreativos, que conlleven a una atención integral de la población adulta mayor.

Resaltando la importancia que tiene la aplicación del Índice de Barthel en los centros de rehabilitación e instituciones de atención para la población adulta mayor y anciana, se sugiere que sea aplicado periódicamente, según las necesidades del grupo poblacional, como valoración de la capacidad funcional y no como evolución y seguimiento médico.

Se considera relevante desarrollar un Programa para Actividades de la Vida Diaria institucional, que consiste en la capacitación de autocuidados y la creación de automatismos, buscando una mayor independencia de los Adultos Mayores, para el desarrollo de estas actividades.

Se recomienda llevar de forma organizada y actualizada los registros elaborados por el personal de enfermería, como el cardex, ya que este demuestra la continuidad del cuidado del paciente. Los datos incompletos relacionados con el diagnóstico médico, medicamentos prescritos, entre otros, obstaculizan obtener una adecuada información por parte de los diferentes profesionales que pueden acceder a estos registros, trayendo como consecuencia la obtención de información errada necesaria para el grupo multidisciplinario de intervención.

El ABC Físico, se construye sobre la capacidad física o funcionamiento físico, es decir los procesos neurológicos, músculo - esqueléticos y cardiovasculares que permiten la flexibilidad, la fuerza muscular, el equilibrio o balance, la marcha y el control postural. Por eso, ante la pérdida de la independencia en estas actividades, se debe buscar siempre un proceso patológico. Según lo anterior es importante que el grupo multidisciplinar lleve a cabo otras valoraciones posteriores, ya que en el presente estudio se encontró que el nivel de dependencia en las diferentes variables puede estar asociado al consumo de medicamentos y no a la presencia de patologías.

BIBLIOGRAFIA

ALONSO Elma et al. El servicio de ayuda a domicilio 2. Editorial Médica Panamericana, 1999. p. 63-64.

ALPÍZAR, Carlos. Sobre el Adulto Mayor. En: Revista Colombiana de Gerontología. Medellín, 2000. p. 15

AMÉZQUITA, María Eugenia. Proceso de Envejecimiento y vejez. En: Revista Comfama. Medellín. Vol. 1, No. 4. (2002). p.18

BEAUHAVIOR, Simone. Atención al adulto mayor. En: Revista Comfama, Medellín, Vol. 4 N° 2, (1998). p. 11.

ENTREVISTA con Berenice, Psicóloga de la Unidad de Atención a la Tercera Edad (UATE)-Colonia de Belencito. Medellín, Noviembre de 2005.
FERNÁNDEZ, Jorge Iván. Drogas en oftalmología. En : GONZÁLEZ AGUDELO, Marco Antonio; LOPERA LOTERO, William Darío y ARANGO VILLA, Alvaro. Fundamentos de Medicina : Manual de terapéutica. 10 ed. Medellín : Quebecor World Bogotá, 2002. p. 258. ISBN 958-9400-58-2.

GALLO, Luz Elena. El Cuerpo que envejece. En : Revista de educación física y deporte. U. De A Medellín. Vol. 16, No. 5. (1994); p.5-6.

GIL DE GÓMEZ, M.J. Valoración funcional del anciano en atención primaria. [online]. 6 ed. [España] : UNED. [rev. 29 febrero 2000]. Disponible en: <http://www.sameens.dia.uned.es/trabajos/t2a/mjgildegomez/index.htm>.

GÓMEZ MONTES, José Fernando; CURCIO BORRERO, Carmen Lucía y GÓMEZ GÓMEZ, Diana Eugenia. Evaluación de la Salud de los ancianos. 1 ed. Manizales. 1995. p. 79-82, 117-139, 134-141.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Compendio : Tesis y otros trabajos de grado. Bogotá : ICONTEC, 2002. 130p. : il. (NTC 1486).

LAFOREST, Jacques. Introducción a la Gerontología : el arte de envejecer. 2 ed. Barcelona: Herder, 1991. p.21-22, 29-33.

MARIN CARMONA, José Manuel. Manifestaciones físicas, psíquicas y sociales del envejecimiento. En : _____. El servicio de ayuda a domicilio: programación del servicio manual de formación para auxiliares. 2 ed. Madrid : Médica Panamericana, 1998. v. 2, p. 120- 130.

MORAGAS MORAGAS, Ricardo. Gerontología Social. Envejecimiento y Calidad de Vida. 1 ed. Barcelona : Herder, 1995. p. 21-22, 93-95.

RODRIGUEZ, Pilar. La residencia: concepto, destinatarios y objetivos generales. En: _____. Residencias para personas mayores: manual de orientación. 2 ed. España : Médica Panamericana, 1999. p. 52- 56.

RODRIGUEZ, Pilar. El servicio de ayuda a domicilio. En: _____. El Servicio De Ayuda A Domicilio 2. 2 ed. España : Médica Panamericana, 1999. p. 33-41.

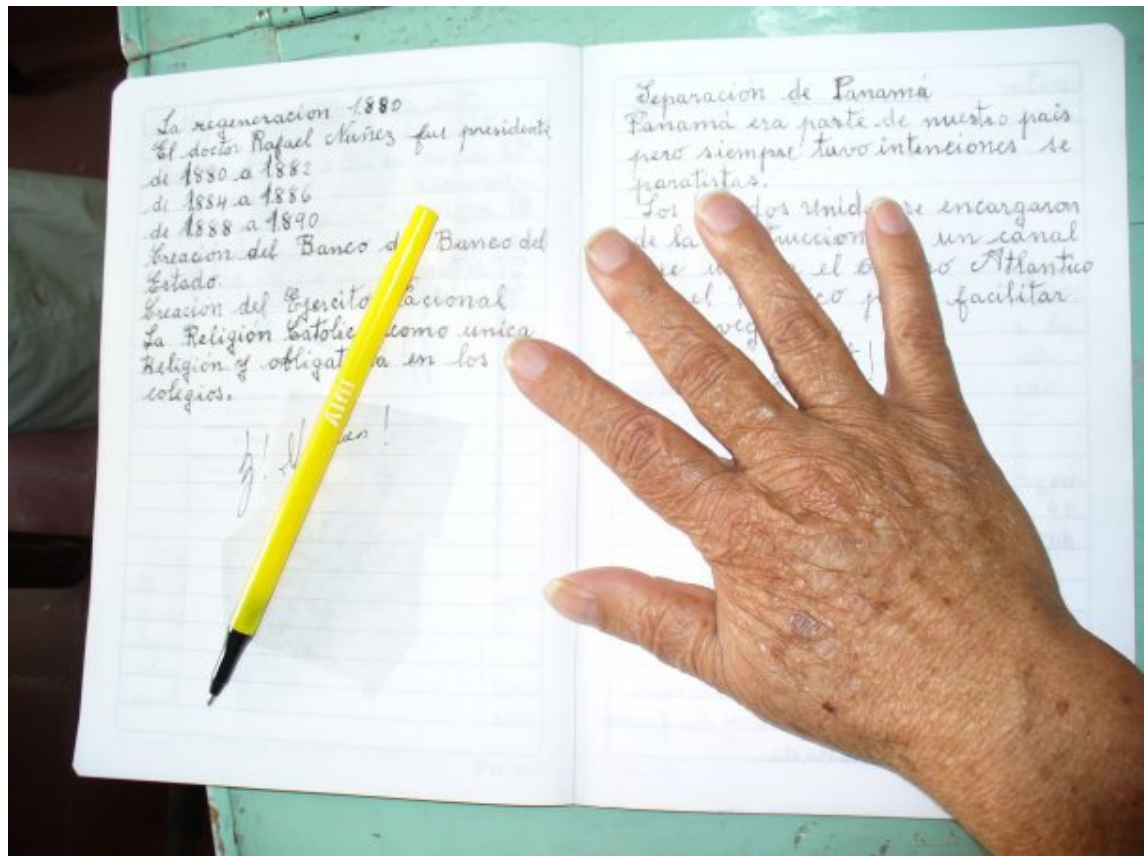
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD (UATE) - Colonia de Belencito. Portafolio de Servicios. 2003, p. 1-5.

ANEXOS

ANEXO A. REGISTRO FOTOGRÁFICO UNIDAD DE ATENCIÓN A LA TERCERA EDAD, COLONIA DE BELENCITO







La regeneración 1880
El doctor Rafael Núñez fue presidente
de 1880 a 1882
de 1884 a 1886
de 1888 a 1890
Creación del Banco del Banco del
Estado.
Creación del Ejército Nacional
La Religión Católica como única
Religión obligatoria en los
colegios.

¡ Viva! ¡ Viva!

Separación de Panamá

Panamá era parte de nuestro país
pero siempre tuvo intenciones se
paratistas.

Los Estados Unidos se encargaron
de la construcción de un canal
que uniera el Océano Atlántico
con el Océano Pacífico para facilitar
el comercio.

GLOSARIO

ADULTO MAYOR: persona que sobrepasa 60 años de edad.

AUTONOMÍA: El término autonomía proviene de los vocablos griegos *auto* y *nomos* (ley) y quiere significar la facultad humana para gobernar las propias acciones, la propia vida, es la capacidad y/o el derecho de una persona a elegir por sí misma las reglas de su conducta, la orientación de sus actos y los riesgos que se encuentra dispuesta a asumir.

AVD: Actividades de la Vida Diaria. Son todas las actividades funcionales esenciales para el autocuidado

CAPACIDAD FUNCIONAL: se define como la facultad presente en una persona, para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianeidad, dentro de un amplio rango de complejidad".

CAUSA: aquello que se considera como fundamento u origen de algo.

CONSECUENCIA: hecho o acontecimiento que se sigue o resulta de otro.

DEFICIENCIA: es cualquier pérdida o anomalía de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica.

DEPENDENCIA: se produce, en sentido estricto, cuando una persona no efectúa sin ayuda (porque no puede o porque no quiere) las principales actividades de la vida diaria.

DISCAPACIDAD: es cualquier restricción o carencia de la capacidad para realizar una actividad, en la forma o dentro del rango considerado normal para una persona. La discapacidad hace referencia a la alteración del funcionamiento en el entorno inmediato.

ENVEJECIMIENTO: proceso de cambio que se produce con el paso del tiempo.

FIABILIDAD: capacidad de una medida o instrumento de medición para: proporcionar los mismos resultados en mediciones repetidas en varias ocasiones por el mismo observador (variabilidad intraobservador) o obtener el mismo resultado por varios observadores (variabilidad interobservador).

INDEPENDENCIA: se da cuando la persona realiza por sí misma y sin ayuda las actividades principales de la vida cotidiana.

MINUSVALÍA: es una desventaja social del individuo, que resulta de una deficiencia o una discapacidad y limita la ejecución de los roles normales para esa persona, de acuerdo con su edad, sexo y condiciones sociales y culturales. Así pues, las minusvalías reflejan alteración de la interacción y adaptación del individuo al entorno.

OMS: Organización Mundial de la salud.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

PÉRDIDA DE AUTONOMÍA: Es la incapacidad (o la prohibición) de una persona a decidir sobre su vida.

PREVENCIÓN: preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo o ejecutar algo.

PROMOCIÓN DE LA SALUD: es el proceso de capacitar a la población para que aumente el control sobre su propia salud y la mejore

UATE: Unidad de Atención a la Tercera Edad.

VALIDEZ: capacidad de una medida o instrumento de medición para reflejar la característica que pretende medir. Es una cualidad o requisito imprescindible que debe cumplir cualquier prueba o escala que se utilice en la valoración del anciano. Se distinguen tres tipos: V. de Construcción, V. de Criterio y V. de Contenido.

VALORACIÓN GERONTOLÓGICA: se define como el proceso estructurado de valoración global, con frecuencia multidisciplinario, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socio ambientales que el paciente anciano presenta, durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y, finalmente se elabora un plan de cuidados progresivos, continuados y coordinados dirigidos a satisfacer las necesidades del paciente y sus cuidadores.

VEJEZ: etimológicamente procede del latín *veclus, vetulus* que a su vez viene definido por la persona de mucha edad. Así que vejez, envejecimiento, viejo hacen referencia a una condición temporal concretamente a una forma de tener en cuenta el tiempo y la consecuencia del tiempo en el individuo: la edad: cronológica, mental, social y funcional