

# De la vulnerabilidad a la incapacidad: utilidad de la valoración integral para la asignación de recursos

(From vulnerability to incapacity: the use of integral assessment in the attribution of resources)

Arriola Manchola, Enrique

Fundación Matía. Apdo. 1520. 20080 Donostia / San Sebastián

BIBLID [1577-8533 (2004), 6; 63-82]

Recep.: 18.02.2003

Acep.: 22.07.2004

---

*La valoración integral es el método de trabajo de la geriatría. Esta contempla la situación funcional, patologías-síndromes, situación cognitiva, afectiva y conductual, condicionamientos sociales y ambientales, valores individuales y riesgos a los que está expuesto el paciente. Sin una evaluación global no es posible la comprensión de las necesidades de los pacientes y por lo tanto a su abordaje.*

*Palabras Clave: Valoración integral. Geriatría. Dependencia. Envejecimiento.*

*Balorazio integrala da geriatriaren lan metodoa. Horrek hainbat gai hartzen ditu kontuan: gaixoaren egoera funtzionala, patologiak-sindromeak, egoera kognitiboa, afektiboa eta jokabidea, gizar-te eta ingurugiro baldintzak, gizabanakoaren balioak eta gaixoaren arriskuak. Ebaluazio globalik gabe ezinezko zaigu gaixoen beharrak ulertzea, ez eta, beraz, horiei ekitea ere.*

*Giltza-Hitzak: Balorazio integrala. Geriatría. Menpekotasuna. Zahartzea.*

*L'évaluation intégrale est la méthode de travail de la gériatrie. Celle-ci envisage la situation fonctionnelle, pathologie-syndromes, situation cognitive, affective et comportementale, conditionnements sociaux et environnementaux, valeurs individuelles et risques auxquels est exposé le patient. Sans une évaluation globale il n'est pas possible de comprendre les besoins des patients et de ce fait de les aborder.*

*Mots Clés: Evaluation intégrale. Gériatrie. Dépendance. Vieillessement.*

## 1. CONCEPTO DE VALORACIÓN GERIÁTRICA

### Comentarios previos

- La persona es un todo biopsicosocial integrado, autor de su existencia y modificador de su medio y relaciones.
- El método de valoración debe permitir al cliente seguir siendo el centro del proceso y nunca debe desintegrarle o alienarlo en una cosificación metodológica.
- Podemos pensar que el proceso de evaluación es para diseñar una intervención, pero la intervención comienza con la evaluación .
- La evaluación debe permitir medir el potencial rehabilitable del cliente y ubicarle en un determinado escalón de intervención y capacitar el diseño de un plan preventivo, terapéutico o paliativo de carácter sociosanitario.
- Los diferentes dominios de la evaluación no son compartimentos estancos sino que se influyen unos a otros, lo funcional afecta a lo afectivo, lo afectivo en lo cognitivo, lo cognitivo en lo funcional, lo funcional en lo social... es decir se trata de un proceso dinámico en el que los diferentes dominios nos dan información que supera al propio objetivo de la prueba aislada.
- La evaluación comienza con la entrevista, ésta debe basarse en la observación y medición de capacidades, no sólo en el autoinforme o de la información del cuidador principal.
- Debe realizarse en el ecosistema habitual del cliente.
- El éxito de la valoración geriátrica ha sido la sobresimplificación del proceso y quizás la sobrerutinización (con sus bondades y errores).

### 1.1. Definición

Se define como un proceso diagnóstico multidimensional, cuádruple y dinámico, habitualmente interdisciplinario(1), dirigido a cuantificar los problemas y capacidad del anciano enfermo en las áreas médica o clínica, funcional, psíquica y social, para diseñar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo (2,3) utilizando el recurso más idóneo en cada momento(4).

La OMS define los conceptos de deficiencia, discapacidad y minusvalía que varían dependiendo del nivel que afectan: a la estructura física, a la funcionalidad física básica o a la repercusión social(5).

La **DEFICIENCIA**, es una pérdida o anomalía de una estructura o función anatómica, fisiológica o psicológica permanente o temporal, normalmente es secundaria a una enfermedad o accidente. Un ejemplo sería una hemiplejía secundaria a accidente cerebrovascular.

La **DISCAPACIDAD**, es la objetivación de la deficiencia sobre el plano funcional, la reducción o pérdida de capacidad funcional, secundaria a la deficiencia, para realizar una actividad en un nivel considerado normal en el ser humano. Por ejemplo, la imposibilidad de deambular secundaria a hemiplejía.

La **MINUSVALÍA**, es una desventaja derivada de las deficiencias e incapacidades, que limita la realización o cumplimiento del papel que es normal para cada individuo. Representa las consecuencias sociales y ambientales de las deficiencias y discapacidades.

En estos momentos se viene imponiendo el esquema de Verbrugge:

- A) **PATOLOGÍA**: Se entiende por alteración fisiológica o las consecuencias de lesiones que alteran el funcionamiento normal del organismo.
- B) **IMPEDIMENTO**: Serían las repercusiones que ello tiene a nivel de órganos y sistemas; las alteraciones en el sistema muscular (fuerza, elasticidad), cardiovascular (capacidad aeróbica), respiratorio (volúmenes pulmonares) o sistema nervioso central (rendimiento cognitivo)....
- C) **LIMITACIONES FUNCIONALES**: Se entiende las mermas que se producen en el rendimiento e tareas que usamos habitualmente, como levantarse de una silla, caminar, mantener el equilibrio o subir escaleras.
- D) **DISCAPACIDAD**: sería la situación en la que no es posible realizar sin dificultades determinadas acciones cotidianas. Estas acciones se pueden dividir a su vez en actividades avanzadas (necesarias para una vida socialmente satisfactoria), actividades instrumentales (necesarias para vivir una vida independiente) y actividades básicas (imprescindibles para sobrevivir)

**Es tan importante un correcto diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y deficiencias como de la repercusión que provocan en el plano funcional.**

## **1.2. Características del paciente geriátrico y de la presentación de la enfermedad**

1. Edad superior a 75 - 80 años.
2. Pluripatología.
3. Plurimedicación.
4. Mayores necesidades de recursos sociales.
5. Deterioro cognitivo.
6. Dependencia para funciones instrumentales y de vida diaria con un aumento de prevalencia de incapacidad funcional no reconocida (6).
7. Deterioro de calidad de vida.
8. Presentación atípica con sintomatología larvada lo que provoca retrasos diagnósticos y terapéuticos (7, 8, 9).
  - ❑ - Depresión sin tristeza.
  - ❑ - Enfermedad infecciosa sin fiebre y/o con cuadro confusional.
  - ❑ - Abdomen agudo silente.
  - ❑ - Masa neoplásica silente.
  - ❑ - I.A.M. sin dolor.

- 18 - E.A.P. sin disnea.
  - 18 - Tirotoxicosis apática.
  - 18 - Úlcera gastroduodenal sin dolor.
  - 18 - Retención urinaria con cuadro confusional.
  - 18 - Los pacientes con demencia pueden no tener la capacidad cognitiva suficiente para procesar los síntomas y la información y por lo tanto informar de una forma precisa.
  - 18 - Algunas personas mayores pueden aceptar los síntomas de la enfermedad como signos inevitables de envejecimiento, retrasando la consulta.
9. Presentación como pérdida de la dependencia funcional.
  10. Tendencia a la cronicidad e incapacidad.
  11. Frecuentes complicaciones médicas y de enfermería.
  12. Dificultades terapéuticas.
  13. Limitaciones diagnósticas.
  14. Mayor utilización de recursos sanitarios.
  15. Mayores necesidades de rehabilitación.
  16. Frecuentes problemas éticos.

### **1.3. Máximos beneficiarios (rentabilidad)**

Estamos hablando del “anciano frágil” que es el tipo de usuario más habitual para nosotros (10).

La fragilidad vendría a considerarse como el estado en que la reserva biológica está disminuida, llevando asociado un riesgo de incapacidad o un aumento de su extensión o intensidad, sería un estado de equilibrio precario, entre diferentes componentes, biomédicos y psicoociales, que condicionarán el riesgo de institucionalización o muerte.

Se caracteriza por:

- Se trata del grupo más necesitado de asistencia sanitaria, atención comunitaria formal e informal y cuidados a largo plazo.
- Existe una estrecha relación entre fragilidad y las edades extremas.
- Es en este grupo donde se presenta la mejor relación coste/beneficio.

## **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

### **1. CRITERIOS SANITARIOS**

- Patología crónica que condiciona incapacidad funcional
  - \* Ictus con secuelas
  - \* Infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca hace menos de seis meses.

- \* Enfermedad de Parkinson
- \* Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
- \* Patología osteoarticular degenerativa
- \* Caídas
- \* Déficit visual severo
- \* Hipoacusia severa
- Enfermedad terminal por
  - \* Neoplasia avanzada
  - \* Demencia severa
  - \* Otras con pronóstico vital < seis meses
- Toma de tres fármacos con efectos secundarios importantes
- Prescripción en el último mes de: antihipertensivos, antidiabéticos o sedantes.
- Ingreso hospitalario en los últimos doce meses. Se ha apreciado deterioro funcional en actividades básicas de vida diaria en el 72% de los pacientes durante su ingreso y hasta en un 27% al mes del alta (11).
- Necesidad de atención sanitaria en el domicilio una vez al mes
- Deterioro cognitivo
- Depresión

## 2. CRITERIOS SOCIOASISTENCIALES

- Situación económica precaria.
- Mayor de 80 años
- Vivir solo
- Viudez menor de un año
- Cambio de domicilio hace menos de un año
  - \* Aislamiento familiar por carencia, pérdida o malas relaciones con su familia.
  - \* Aislamiento social
- Carencia de familia pero colaboración o ayuda de vecinos, amigos voluntarios o instituciones.
  - \* Incapacidad para funciones básicas de vida diaria.
  - \* Problemas de vivienda.
  - \* Recluido en domicilio o instituciones.
- Rechazo de su situación médica o social-

Otra forma más reducida y quizás más operativa de aplicación en atención primaria sea el concepto de Anciano de Alto Riesgo (AAR) (12) que no es más que un subgrupo de “anciano frágil”:

- Alta hospitalaria reciente.
- Enfermedad incapacitante.
- Deterioro mental.
- Mayor de 80 años.
- Anciano institucionalizado.
- Vivir solo o ser viudo de menos de un año.
- Cambio de domicilio reciente.

Los AAR tienen incrementado el riesgo de deterioro, de ingreso hospitalario y de institucionalización por lo que se podrían planificar actividades dirigidas a la atención de este grupo poblacional.

#### **1.4. Objetivos**

Para realizar una valoración geriátrica utilizamos instrumentos de valoración estandarizados que persiguen los siguientes objetivos (13, 14):

- Conseguir un diagnóstico cuádruple integral que favorezca la realización de un tratamiento cuádruple (el más adecuado y racional).
- Describir la situación funcional basal.
- Aumentar la identificación y modificación de factores de riesgo y la detección de nuevos diagnósticos potencialmente tratables.
- Prevención de la yatrogenia.
- Utilizarlos como ayuda para el diagnóstico y de este modo incorporarlos al juicio clínico.
- Predecir los candidatos a la utilización de servicios sociales y a su intensidad (15).
- Situar al paciente en el nivel médico o recurso social más adecuado.
- Fijar como meta terapéutica última, mejorar la situación funcional del paciente
- Detectar cambios funcionales importantes.
- Desarrollar un plan preventivo, terapéutico y rehabilitador.
- Coordinar y planificar de forma eficaz todos los recursos sociosanitarios.

Los principales beneficios de la intervención (5) tras la valoración geriátrica son:

- Diagnóstico de problemas de salud no diagnosticados previamente.
- Reducción del consumo de fármacos.
- Mejoría a nivel de la función física.
- Mejoría a nivel de la función afectiva y cognitiva.
- Prolongación de la supervivencia
- Mejor utilización de los recursos de media y larga estancia.
- Reducción de las estancias medias en dichos centros.
- Incremento de los programas de ayuda domiciliaria.
- Reducción de la utilización de los hospitales generales (número de ingresos y estancias medias)

#### **1.5. Características**

Las características ideales para la utilización de un instrumento de valoración de posibles clientes pasarían por cumplir los siguientes requisitos básicos (14, 16, 34):

- Que sean de fácil aplicación y que no dependan de equipos costosos o aparatosos.

- Que requieran poco tiempo para su realización.
- Que estén enfocados hacia un área concreta.
- Validez. Que proporcionen una medida valida de la función que se esta estudiando.
- Fiabilidad. Que al ser administrado por diferentes entrevistadores, obtengan el mismo resultado en el mismo tiempo.
- Sensibilidad. Que sea sensible a aquellos cambios producidos en el estado del paciente.
- Debe ser capaz de detectar (si se precisa) la necesidad de una reevaluación más profunda en áreas concretas.
- Reproductibilidad. Que se obtenga el mismo resultado en mediciones repetidas, en ausencia real de cambio.
- Determinar si es fiable a través de grupos de pacientes de diferentes ambientes educacional, racial o socio-económico.
- Debe, globalmente, determinar cuándo el cliente es un informador apropiado y cuándo hay que buscar información fiable en el cuidador principal o en la propia observación personal.
- Utilidad para transmitir información.
- Capacidad de controlar los progresos o deterioros a lo largo del tiempo tanto los grandes como los pequeños que en el extremo inferior del continuun es donde una ligera mejoría o empeoramiento pueden ser muy significativos para el cliente. Midiendo los pequeños cambios uno se da cuenta de que efectivamente ocurren.
- Ayudar al proveedor de servicios a tomar decisiones diferentes y justificables.
- Debería ser un procedimiento aceptable tanto para el cliente como para el proveedor de modo que la valoración potencie una relación positiva.

## **2. VALORACIÓN BIOMÉDICA**

- a) Planificación de la entrevista
- b) Enfermedad actual o problemas actuales
- c) Antecedentes médicos personales
- d) Antecedentes familiares
- e) Anamnesis por aparatos.
- f) Exploración física (16, 17)
- g) Listado de problemas

Una lista de problemas debe incluir la siguiente información (7):

- Todos los posibles diagnósticos.
- Todos los factores de riesgo de dependencia.
- Los aspecto más relevantes de su situación social.
- Los aspectos más relevantes de sus antecedentes personales.

**Persigue los siguientes objetivos:**

Establecer un plan inicial para investigar y tratar cada uno de los problemas.  
Prevenir situaciones futuras de discapacidad.  
Planificar un seguimiento continuado.  
Establecer prioridades para la investigación y tratamiento.

- h) Pruebas complementarias:
- i) Valoración de riesgo de caídas
- j) Evaluación de riesgo y estadiaje de úlceras por presión
- k) Evaluación de estado nutricional (18)
- m) Evaluación y estadiaje de enfermedades crónicas

Ser anciano y enfermo no es normal pero sí habitual. En este sentido es importante controlar las enfermedades que más incapacidad provocan en el anciano.

Es preciso saber que las enfermedades más frecuentes en geriatría no son las más incapacitantes.

Las enfermedades geriátricas más frecuentes son:

- 1) Hipertensión arterial.
- 2) Accidente cerebrovascular crónica.
- 3) Bronconeumopatía crónica.
- 4) Poliartrosis.
- 5) Insuficiencia cardíaca.
- 6) Cardiopatía isquémica.
- 7) Diabetes.
- 8) Demencia senil.
- 9) ACVA.
- 10) Depresión.
- 11) Reumatismo inflamatorio.

Las enfermedades más incapacitantes en el anciano son:

- 1) Poliartrosis.
- 2) Demencia senil.
- 3) Accidente cerebrovascular crónico.
- 4) Bronconeumopatía crónica.
- 5) ACVA.
- 6) Insuficiencia cardíaca.
- 7) Parkinson.
- 8) Reumatismo inflamatorio.
- 9) Cardiopatía isquémica.
- 10) Hipertensión arterial.
- 11) Tumores.



n/ Prevención de la yatrogenia o los farmacos como inductores de problemas

En 1996 el gasto total de farmacia en Guipúzcoa fue de 12.132 millones de los que el 70% correspondió al consumo de los pensionistas. Como se puede comprobar las personas mayores son grandes consumidores de medicamentos.

### 3. VALORACIÓN FUNCIONAL

#### 3.1. Introducción

El objetivo primordial de la asistencia geriátrica es el mantenimiento óptimo de la función. Entendemos por "función física" la capacidad de una persona para llevar una vida independiente, adaptándose a los distintos problemas que plantea la vida diaria.

La valoración funcional va a resultar esencial para poder planificar los distintos cuidados de acuerdo al grado de dependencia del anciano.

Los cambios en el estado funcional son un síntoma frecuente de presentación de enfermedad en el anciano. Muchas de estas enfermedades son tratables por lo cual su detección es esencial (9).

Se ha demostrado una asociación directa entre función física o **capacidad funcional** y:

- **Mortalidad:** esta aumenta con la incapacidad.
- **Institucionalización:** Una disminución en la capacidad conlleva más posibilidades de ingreso en un Centro Gerontológico u hospitalización.
- **Uso de servicios sanitarios:** A mayor dependencia funcional, mayor aumento de los cuidados médicos (19).

#### 3.2. Objetivos

Entre los muchos objetivos o fines que persigue la valoración funcional, podemos destacar:

- Detectar individuos de riesgo (20)
- Identificar áreas concretas de deficiencia.
- Cuantificar las posibles disminuciones de la capacidad funcional.
- Realizar una valoración evolutiva a lo largo del tiempo.
- Obtener conclusiones diagnosticas que nos permitan tomar una serie de decisiones o estrategia de actuación y así realizar tratamientos individualizados.
- Realizar una pronóstico.

#### 3.3. Tipo de funciones físicas

**1. Actividades básicas de vida diaria (ABVD):** Son aquellas actividades esenciales para el autocuidado:

**2. Actividades instrumentales de vida diaria (AIVD):** Son aquellas actividades más complejas que requieren cierta integridad de la capacidad física y mental, necesarias para vivir de forma independiente en la comunidad. Están muy influenciadas por cuestiones culturales, hábitos de vida y niveles económicos.

**3. Actividades instrumentales avanzadas.**

### **3.4. Escalas de valoración funcional**

Las escalas nos describen y cuantifican la situación funcional pero no diagnostican la causa que produce un deterioro concreto.

ESCALAS QUE MIDEN LAS ABVD:

- INDICE DE KATZ
- INDICE DE BARTHEL (21, 22)

ESCALAS QUE MIDEN AIVD

LA ESCALA DEL CENTRO GERIÁTRICO DE FILADELFIA O DE LAWTON (23), que data de 1969 (13, 17).

### **3.5. Algunas consideraciones previas**

- Cuando preguntamos si una persona hace o no una tarea, estamos valorando rendimiento. Si le preguntamos si puede hacer esa misma tarea, estamos preguntando por capacidad. Al medir rendimiento estamos midiendo otras cuestiones, como motivación o entorno, que lo hacen conceptualmente diferente.
- Cuando valoramos una función concreta, por ejemplo el baño, es importante explicitar si este incluye el lavado del cabello, o de la espalda, o el entrar y salir del baño. Indicando si necesita algún tipo de ayuda sea técnica o humana y en este último caso, si se necesitan una o más personas.
- Cuando interrogamos acerca de la dificultad o imposibilidad para realizar actividades, nos acercamos al concepto de discapacidad. Si preguntamos si necesita o recibe ayuda, estamos valorando dependencia. Son conceptos relacionados pero no superponibles.
- Es diferente si la incapacidad es de origen físico o psíquico y es preciso indicarlo.
- Cuando valoramos funciones instrumentales no es lo mismo por ejemplo en el uso de transporte público si hay que hacer varios transbordos o ninguno, en realizar la compra si la tienda está muy lejos o en la puerta de casa,
- Es preciso indicar si la necesidad está cubierta o no.
- No es lo mismo decir que se necesita ayuda y necesitarla de forma objetiva.

## **4. VALORACIÓN MENTAL**

Dentro de esta amplia área vamos a distinguir de forma resumida, 3 grandes áreas muy interrelacionadas entre si:

- La valoración COGNITIVA
- La valoración AFECTIVA
- La valoración CONDUCTUAL

La valoración AFECTIVA, a su vez comprende de 2 subgrupos:

- La DEPRESIÓN
- La ANSIEDAD

#### **4.1. Valoración cognitiva**

Es importante la valoración cognitiva porque los pacientes con deterioro cognitivo:

- Requieren una mayor supervisión por sus cuidadores.
- Tienen un peor pronóstico rehabilitador
- Su alta hospitalaria es más difícil.
- Utilizan un mayor número de recursos sociosanitarios.

Metodología a seguir en la valoración cognitiva:

1. Entrevista clínica.
2. Escalas o test neuropsicológicos.

No se utilizan con fines propiamente diagnósticos, el diagnóstico de una demencia debe basarse siempre en una buena historia clínica y en el cumplimiento de determinados criterios diagnósticos. Los cuestionarios resultan útiles para cuantificar el grado de alteración de determinadas funciones intelectivas y para monitorizar la evolución, así como en programas de cribaje de deterioro cognitivo.

#### **Principales escalas de valoración**

- MINIMENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (24,25)
- TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ O CLOCK DRAWING TEST (CDT)(26,27)

#### **4.2. Evaluación de los trastornos afectivos**

##### **• Depresión**

La prevalencia de síntomas depresivos en la población mayor de 65 años, gira en torno a un 15%, que aumenta hasta un 35% en pacientes institucionalizados.

La depresión se asocia a una mayor morbilidad y mortalidad en el anciano, de ahí la importancia de realizar adecuada valoración.

El diagnóstico de depresión se basa en la entrevista clínica, cuando ésta se hace imposible como ocurre en el caso en el que el paciente presente un cuadro

demencial, utilizaremos la CORNELL SCALE (28) que se trata de una escala observacional, en la que no hay punto de corte, a más items mayor posibilidad de padecer un trastorno depresivo.

Como ejemplo de escala aplicable en atención primaria se puede citar la "Geriatric Depression Scale de Yesavage" (29) en versión reducida que consta de 15 preguntas.

#### • Estados de ansiedad

Una escala mixta útil para la aproximación hacia la existencia de ansiedad y depresión es la de Goldberg (30, 31) que pueden resultar de gran ayuda en atención primaria, aportando como ventajas su brevedad y sencillez de manejo.

### 4.3. La valoración conductual

Entre un 50-80% de los pacientes con demencia presentan trastornos conductuales o psicóticos y entre el 30-70% presentan dos o más síntomas.

Para definir y valorar la sintomatología conductual aconsejamos el NPI (32) o la Cohen-Mansfield Agitation Inventory (33).

## 5. VALORACIÓN SOCIAL

Su conocimiento es básico, pues situaciones sociales desfavorables alteran severamente la viabilidad del individuo y su necesidad de recursos sociales especialmente, su institucionalización.

### 5.1. Objetivos

- Identificar situaciones socioeconómicas y ambientales desfavorables
- Mantener al anciano en su domicilio
- Conocer la capacidad de adaptación del sujeto y la sensación de bienestar subjetivo
- Conocer el impacto ambiental sobre las interacciones sociales y el funcionamiento personal
- Conocer los recursos sociales, la cantidad y calidad de sus interacciones sociales y su disponibilidad real (existencia, plazas, accesibilidad...)

### 5.2. Metodología

- \* Relaciones sociales:
  - Frecuencia
  - Tipo (personal, telefónico, correo...)
  - Participantes: familiares, amigos...
  - Apoyo social: Por ejemplo: escala de recursos sociales OARS.
- \* Carga social: Hay que valorar la situación y bienestar de los cuidadores para que estos no fallen. La carga social presenta diferentes facetas: física, emocional, social y económica.

- \* Recursos económicos.
- \* Vivienda: Características(confort, seguridad y accesibilidad).
- \* Bienestar subjetivo o calidad de vida.

## **6. AMBIENTAL**

Es preciso identificar las variables relevantes, desde los pequeños detalles hasta los más importantes de carácter estructural que pueden influir en el empeoramiento o mejora de las minusvalías mediante cambios de diseño o soluciones arquitectónicas.

Otro aspecto a destacar es la búsqueda de adaptaciones que mejoren la seguridad del entorno. En este aspecto es preciso conocer y cumplir las normativas legales de diseño y espacios tanto en centros cerrados como abiertos que además son útiles para idear soluciones en domicilios particulares.

La valoración en el domicilio debe ir encaminada hacia (41):

- A) Barreras arquitectónicas en el acceso o a la salida de la vivienda.
- B) Iluminación.
- C) Características del suelo.
- D) Obstáculos en lugares de paso.
- E) Situación del baño y cocina.
- F) Existencia de teléfono. Calefacción. Tipo de cocina (gas, electricidad).

## **7. CALIDAD DE VIDA**

El concepto de calidad nace como reacción antropológica a la anterior concepción de la vida como cantidad, en un principio se equiparó con “nivel de vida”, pero en la actualidad ha evolucionado hacia una perspectiva psicosocial en la que los aspectos subjetivos del bienestar, o sea la satisfacción personal con la vida adquiere una relevancia especial. La calidad de vida incluye las dimensiones de salud física, estado psicológico, nivel de independencia, las relaciones sociales y con el entorno.

La calidad de vida no es equivalente a estado de salud, bienestar o satisfacción con la vida, sino que es un concepto multidimensional que incluye la percepción subjetiva del individuo sobre éstos y otros aspectos de la vida. Pero no solo se trata de algo subjetivo, de un sentimiento o experiencia personal relacionada con la salud sino intensamente conectada con otros aspectos no médicos: los ingresos económicos, las relaciones familiares, la libertad, el empleo y otras circunstancias de la vida (35) entre las que es imprescindible incluir los derechos humanos (36).

La OMS definió en 1933 la calidad de vida como una “percepción individual de la posición en la vida en el contexto de una cultura y sistema de valores en el

que se vive, y en relación con los objetivos, expectativas, metas e intereses. Es un concepto amplio que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales y se afecta por las características principales de su medio ambiente”.

El objetivo no es sólo vivir más años, sino vivir una vida que merezca la pena ser vivida, con capacidad para hacer las cosas que uno quiere realizar, cumpliendo adecuadamente y disfrutando de sus facetas individuales, familiares y sociales. Vivir demasiado conlleva en demasiadas ocasiones que los últimos años se acompañen de incapacidad y sufrimientos (concepto del “fracaso del éxito”).

El fin, es el “envejecimiento con éxito” entendiéndose por este el alcanzar edades avanzadas cumpliendo parámetros biológicos aceptados para cada tiempo de vida y conservando intacta una gratificante relación funcional, mental y social con el medio, con un sentimiento de bienestar tanto físico como psíquico y a sensación de buena salud a pesar de la existencia de una o varias enfermedades tratadas o bloqueadas en su evolución.

De cualquier modo podríamos hacer una aproximación midiendo algunos parámetros que son aceptados como indicadores de calidad de vida por los métodos de evaluación más comunes (37):

#### **1. Aspectos físicos**

- Situación funcional y necesidad de ayuda.

#### **2. Aspectos psíquicos**

- Salud mental (cognitiva y emocional)
- Sueño

#### **3. Aspectos sociales-familiares**

- Aislamiento social
- Funcionamiento social
- Vida familiar
- Afecto - ser querido
- Recursos económicos
- Apoyo social o familiar
- Alimentación

#### **4. Aspectos individuales**

- Intereses y aficiones
- Satisfacción vital
- Grado de aceptación de limitaciones
- Percepción de energía - vitalidad
- Vida sexual
- Sensación-percepción de salud global
- Perspectivas de futuro.
- Existencia de intereses o aficiones

## **5. Aspectos biomédicos**

- Dolor
- Disnea
- Dependencia de técnicas o personal cualificado

**NOTA.-** De cualquier modo tenemos que tener muy en cuenta que el concepto de calidad de vida es un invento del hombre y que este concepto tiene un bagaje subjetivo muy importante. Al igual que la felicidad: si un individuo cree que es feliz, es feliz.

## **8. ESCALA DE VALORES, DERECHOS, DISCRIMINACIÓN Y ABUSO**

Los cambios en los patrones socioculturales y los avances científicos están obligando a revisar planteamientos genéricos en la población anciana (38). Si conseguimos una buena comunicación con la familia desde el principio, siempre estaremos más capacitados para la toma de decisiones éticas importantes.

### **1. Discriminación**

### **2. Consentimiento informado**

- La relación médico-paciente es la relación más importante en el ejercicio de la medicina, y es la base de toda la estructura sanitaria.
- Hacer partícipe al paciente en las decisiones implica informarles debidamente de la enfermedad, del diagnóstico, de las alternativas al tratamiento y del pronóstico, lo que exige no sólo conocimientos científicos, sino de comunicación para saber transmitirlos.

### **3. Testamento vital. orientaciones previas. proceso terminal digno**

Se trataría del documento en el que un individuo expresaría detalladamente, ante testigos, la actitud que desea que se tome ante situaciones como el dónde y el cómo ser tratado, la utilización de técnicas diagnósticas o terapéuticas, o si, llegado el caso, desea ser reanimado. Se debería añadir la posibilidad de designar legalmente a otra persona para que, llegada la etapa final actúe en su nombre.

### **4. Maltrato**

El concepto se refiere a aquellas situaciones no accidentales en las cuales un anciano sufre daños físicos, privación de sus necesidades básicas o daño psíquico como resultado de un acto o una omisión por parte de quienes deben cuidarle. Se asume que entre un 2,5 y un 3,9 de los ancianos son maltratados en el seno de la familia (39).

Tipos de maltrato

- Físico
- Psicológico
- Negligencia o abandono

- Autonegligencia
- Abuso económico
- Abuso sexual
- Misceláneos
- Maltrato o negligencia social (40):
  - Deficiencia o inexistencia de coordinación sociosanitaria.
  - Minusvaloración de la figura del anciano
  - Escasez de programas destinados al anciano
  - Escasez de áreas de aseo ó recreación.
  - Mala planificación ciudadana + barreras arquitectónicas.
  - Utilización del anciano.
  - Escasez de pensiones.
  - Regulación a la baja de prestaciones farmacéuticas-medicinas.
  - Escasez de prestaciones sociales.
  - Inexistencia de áreas de compra a precio reducido.
  - Falta de información de los Servicios Sociales.
  - Información confusa sobre la eutanasia.
  - Inexistencia de normativa jurídica que promueva el bienestar del anciano.
  - Creación de clima de inseguridad en cuanto a las pensiones.
  - Marginación de la figura del anciano en todos los medios de comunicación.
  - Maltrato en ventanillas y atención al público.
  - Poca información a la sociedad para que comprenda los problemas de los mayores (sexualidad, soledad, incapacidad...).
  - Presión preelectoral.
  - Falta de cursos de preparación a la jubilación.
  - Falta de control real por parte de la administración de centros sociosanitarios.
- Maltrato en residencias:
  - No suministrar adecuadamente los medicamentos.
  - No proporcionar condiciones ambientales adecuadas.
  - Comentarios inadecuados ó hirientes.
  - Tuteo inadecuado.
  - No utilizar los nombres y apellidos
  - No permitir la intimidad (para la higiene, el sexo, la soledad).
  - No tener en cuenta las barreras arquitectónicas.
  - No proporcionar lecturas, distracciones, actividades.
  - Falta de un plan apropiado de cuidados.
  - Falta de equipamiento humano o técnico

## 9. RIESGOS

Es necesaria la definición de marcadores observables que alerten sobre la necesidad de entrar en acción con urgencia o intensidad. Por ejemplo:

- |          |                      |                |               |
|----------|----------------------|----------------|---------------|
| * Caídas | * Confusión          | * Hipoglucemia | * Aislamiento |
| * Fugas  | * Ingesta inadecuada | * Desnutrición | * Depresión   |



* Agresión	* Elementos de contención	* Anticoagulación	* Sonda uretral
* Aspiración	* Alt. Convivencia	* Familia conflictiva	* Oxígeno
* Convulsión	* Retención de orina	* Sonda nasogástrica	* Desnutrición
* Fecaloma	* Incapaz pedir auxilio	* Úlcera por presión	* Autolesión
* Reacción catastrófica		* Conflicto familiar	* Inmovilización
* Atragantamiento		* Pérdida de objetos	* Acc. Urbanos
* Parkinsonismo		* Agotamiento familiar	

## 10. FACTORES PRONÓSTICOS (42)

- A) Duración de la discapacidad
- B) Capacidad funcional previa
- C) Capacidad funcional actual
- D) Diagnósticos principales y secundarios productores de discapacidad
- E) Estado de salud
- F) Déficits sensoriales
- G) Estado nutricional
- H) Función cognitiva
- I) Estado afectivo
- J) Soporte social
- M) Situación conductual

## 11. CONCLUSIONES

- A) Una vez conocidas las necesidades.
- B) Podremos definir las acciones.
- C) Podremos definir los profesionales y los tiempos que se necesitan para la consecución de esas acciones.
- D) Podremos definir quién financia a los profesionales.

Al realizar un contaje del grado de dependencia de un sujeto, estamos de una manera directa valorando las necesidades de cuidado que este tiene, también podríamos medir indirectamente la calidad de los cuidados prestados.

Se han construido instrumentos que, basados en buena parte en la capacidad funcional, son capaces de agrupar a sujetos con similares necesidades y que consumen también similares cantidades de recursos.

Es importante contar con instrumentos comunes que aporten información que permita coordinar el cuidado a través del tiempo, de los lugares y de las disciplinas. Es preciso que se construya un conjunto mínimo de datos que contenga la información básica de todos los aspectos relevantes de la capacidad funcional de una persona y que esta información sea útil a todos los profesionales y uniforme en todos los lugares

## 12. BIBLIOGRAFÍA

- ALARCÓN ALARCÓN, T. y cols. "Estudio predictivo de las necesidades sociales al alta hospitalaria y a los seis meses en ancianos ingresados por enfermedad aguda". *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1998; 33. pp. 209-218.
- ALEXOPOULOS, G.S.; ABRAMS, R.C.; YOUNG, R.C.; SHAMOIAN, C.A. "Cornell scale for depression in dementia". *Biol Psychiatry.* 1988; 23. pp. 271-284.
- ARRIOLA MANCHOLA, E. "Valoración de estado nutricional en el anciano". En: Arriola Manchola, E. *Elementos de Geriátría en Atención Primaria - 2.* Edita Janssen-Cilag. San Sebastian. 1999. pp. 13-23.
- ARRIOLA MANCHOLA, E. "Seguridad doméstica". En: Prevención de accidentes. En: *La Edad de la Vida.* Edita Matia Fundazioa-Erein. 2000. pp. 240-242.
- BAGNOUD, F.X. *Health and human rights.* BMJ; 312. pp. 924-925.
- BAZTAN, J.J. y cols. "Índice de Barthel; Instrumento válido para la valoración funcional del paciente con enfermedad cerebro-vascular". *Rev Esp Geriatr y Gerontol.* 1993; 28 (1). pp. 32-40.
- BRAVO, G. "Valoración integral del paciente anciano". *Care of the Elderly.* Ed. Esp. Mayo-Junio. 1994. pp. 147-154.
- CACHO, J. y cols. "Evaluación Psicométrica del Test del Dibujo del Reloj en la Enfermedad de Alzheimer". *Neurología.* 1996; 11. pp. 364.
- COHEN-MANSFIELD, J.; MARX, M.S.; ROSTENHAL, A.S. "A description of agitation in a nursing home". *J Gerontol.* 1989; 44 (3). pp. M77-M84.
- CORTÉS RUBIO, J.A. y cols. ¿Cual es la prevalencia de ancianos de alto riesgo en atención primaria? *Atención Primaria* 1996; 18(6). pp. 327-330.
- CUMMINGS, J.L. et al. "The Neuropsychiatric Inventory". *Neurology.* 1994; 44. pp. 2308-2314.
- DORIGA, P.L.; GUILLEN, F. "Aproximación clínica al paciente geriátrico, técnicas de valoración geriátrica, evaluación clínica, funcional, mental y social". *Monografías de actualización en Geriátría.* Ed. Médicos S.A. Madrid. 1995; Vol 1. pp. 5-33.
- EMMETT, K.R. *Presentaciones atípicas e inespecíficas de la enfermedad en el anciano.* Modern Geriatrics (Ed. Española). 1998; 10 (6). pp. 171-174.
- ESCUADERO SANCHEZ, M.C. y cols. "Prevalencia de incapacidad funcional no reconocida en la población mayor de 74 años". *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 1999; 34. pp. 86-91.
- ESPINOSA ALMEDRO, J.M. y cols. "Calidad de vida en el anciano". En: *Programa del anciano. Evaluación geriátrica.* Edita DOYMA. 2000. pp. 87-94.
- ESPINOSA ALMEDRO, J.M. y cols. "Ética sanitaria en el anciano". En: *Programa del anciano. Evaluación geriátrica.* Edita DOYMA. 2000. pp. 97-109.

- EXTON SMITH, A.N. "El paciente anciano, características especiales de la enfermedad en la vejez". En: Exton Smith, A.N.; Weksler, M.E. *Geriatría*. Colección Farmitalia Carlo Erba de Diagnóstico y Tratamiento, Editorial Pediátrica. Barcelona. 1988; Vol I. pp. 14-19.
- FOLSTEIN, M.F.; FOLSTEIN, S.E.; Mc HUGH, P.R. "Mini-Mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician". *J. Psychiatr. Res.*, 1975, 12. pp. 189
- GALEANO ARBOLEYA, R. y cols. "Estudio de la incidencia de deterioro funcional secundario a la hospitalización del anciano". *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 2. pp. 69-73.
- GARAY LILLO, J. Calidad de vida. *Geriatría*. 1996; 12 (4). pp. 35-43.
- GARCÍA, J.A.; MUÑOZ, C.; RIVERA, J.M. "Valoración geriátrica en atención primaria". *Jano*. 1997; 1214. pp. 45-54.
- GIL, P.; ORDUÑA, M.J.; HERNANDO, A.L. "Praxis de la valoración integral en la rehabilitación geriátrica". *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1993; 28. pp. 3-13.
- GILL, J.M.; WILLIAMS, C.S.; TINETTI, M.E. "Evaluación del riesgo para el comienzo de la dependencia funcional entre los adultos ancianos: el papel del estado físico". *Index de Atención Primaria*. 1995; 5 (3). pp. 293-294.
- GONZALEZ MONTALVO, J.L.; GUTIERREZ RODRIGUEZ, J.; ALARCON ALARCON, M.T. "Aplicación de la valoración geriátrica para el correcto uso de niveles asistenciales en la atención al anciano. Propuesta de un diagrama objetivo de toma de decisiones". *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1998; 33. pp. 115-120.
- HAM, R.J. "Características del anciano enfermo. Valoración". En: Ham, R.J.; Sloane, P.D. *Atención Primaria en Geriatría, casos clínicos*. Mosby/Doyma. Barcelona 2ª Ed. 1995. pp. 41-93.
- JARRET, P.G. et al. *Illness Presentation in Elderly Patients Arch. Intern. Med.* 1995; 155(10). pp. 1060-64.
- KANE, R.A.; KANE, R.L. *Evaluación de las necesidades de los ancianos*. Edita SG Editores. Madrid. 1993. pp. 251-276.
- LARRIÓN ZUGASTI, J.L.; PAÚL OCHOTORENA, J. *El síndrome del anciano maltratado*. Med Clin. 1994; 102. pp. 216-219.
- LAWTON, M.P.; BRODY, E.M. "Assesment of older people: self-maintaining and instrumental activities of dailing living". *Gerontologist*. 1969; 9. pp. 179-186
- LOBO, A. y cols. "El Mini Examen Cognoscitivo. Un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos". *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría*. 1979; 3. pp. 189-202.
- LOBO, A. y cols. *Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG*. Edita LUZAN. 1994.
- LÓPEZ, J. y cols. Características socio-sanitarias de los ancianos con déficit cognitivo. *Rev Esp Geriatr y Gerontol*. 1997; 32. pp. 144-150

Arriola, E.: De la vulnerabilidad a la incapacidad: utilidad de la valoración integral para la...

MAHONEY, F.I.; BARTHEL, D.W. "Functional Evaluation: The Barthel Index". *Maryland State Med J.* 1965; 14. pp. 61-65.

MENÉNDEZ, M.; SAN JOSÉ, A. *Valoración Geriátrica y Funcional*. SG Editores. Barcelona. 1995. pp. 7-17.

MIRALLES BASEDA, R. "Selección de pacientes en una unidad geriátrica de media estancia o convalecencia: factores pronósticos". *Rev. Esp. Geriatr. y Gerontol.* 2000; 35 (S6). pp. 38-46.

MONTÓN, C. y cols. "Escala de ansiedad y depresión de Goldberg, una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico". *Atención primaria* 1993; 12(6). pp. 345-9.

ORERO, A.; MARÍN, M.T.; RODRIGUEZ, M.L.; GONZALEZ, J. *Calidad de vida, calidad de tratamiento*. JANO. 1996; 1176. pp. 61-66.

RUIPÉREZ CANTERA, I. y cols. "Asistencia sanitaria a las personas mayores. Criterios de selección y definición". *Nuevas tendencias*. Medicine. 1995; 6(87). pp. 3838-3844.

SALGADO, A. "Geriatría, especialidad médica. Historia, problemas medico-sociales que presentan los ancianos, conceptos, valoración geriátrica". En: Salgado, A.; Guillen, F. *Manual de Geriatría*. Masson- Salvat. Ed. 1992. pp. 29-37.

SALGADO, A. y cols. "Importancia de la valoración geriátrica, valoración médica, funcional y del estado mental en el anciano". En: Salgado, A.; Alarcón, M.T. *Valoración del paciente anciano*. Ed. Masson S.A. Barcelona. 1993. pp. 2-99.

THALMAN, B. et al. "Improved screening for dementia: combining the Clock Drawing Test and the Mini-Mental Status Examination". Presented at the 4<sup>th</sup> *International Nice/Springfield Alzheimer Symposium*, Nice, 10-14 April 1996.

YESEVAGE, J.A.; BRINK, T.L.; ROSE, T.L. "Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report". *J Psychiatry Res.* 1983; 17. pp. 37-49.