

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ, brujamolly@gmail.com, IP
88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

**Recursos Geriátricos.
Valoración Geriátrica Integral**

**ENFERMERÍA GERIÁTRICA
Y GERONTOLÓGICA VI**

Descarga autorizada por 1400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Recursos Geriátricos. Valoración Geriátrica Integral

**ENFERMERÍA GERIÁTRICA
Y GERONTOLÓGICA VI**

**Misericordia García Hernández
Julia Gallo Estrada
Francisco Javier Medina Aragón**

Colección Líneas de Especialización para Enfermería

Fuden

Fundación para el desarrollo
de la Enfermería


**Enfo
Ediciones**

NOTA

Las ciencias de la salud se encuentran en constante desarrollo. Conforme surjan nuevos conocimientos, se requerirá incorporar estos al proceso enfermero. Los editores y el (los) autor(es) se han esforzado para que los cuidados e indicaciones terapéuticas sean precisos y acordes con lo establecido en la fecha de publicación. Sin embargo, ante los posibles errores humanos, cambios y desarrollo de los cuidados de salud, ni los editores ni cualquier otra persona que haya participado en la preparación de la obra garantizan que la información obtenida en ella sea precisa o completa; tampoco son responsables de errores u omisiones, ni de los resultados que con dicha información se obtengan. Los editores no pueden garantizar la exactitud de toda la información contenida en este libro referida a la aplicación de técnicas, procedimientos o medicamentos. En cada caso individual el lector deberá verificar esta información mediante la consulta de la literatura pertinente.

Recursos Geriátricos. Valoración Geriátrica Integral



Derechos reservados de la presente edición, por FUDEN (Fundación para el Desarrollo de la Enfermería), entidad distinguida con el Sello Europeo de Compromiso por la Excelencia 200+, acreditado por el Club Gestión de Calidad, de acuerdo a los estándares del modelo de Excelencia EFQM (European Foundation for Quality Management).



Sociedad Española de Enfermería
Geriátrica y Gerontológica

El presente volumen está avalado por la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), organismo que tiene entre sus fines mejorar los conocimientos y competencias de las enfermeras españolas, dedicadas a la atención y cuidados de las personas ancianas en los ámbitos sanitarios y sociales, para así ofrecer una mejor calidad asistencial.

FUDEN © 2015
Veneras, 9 - 28013 Madrid
www.fuden.es

Primera edición: Diciembre 2011

Coordinadores editoriales: Misericordia García Hernández, Julia Gallo Estrada,
Francisco Javier Medina Aragón
Diseño y Maquetación: David Borreguero Fuster
Revisión Técnica: Maribel Morente Parra
Diseño de cubierta: Carmen Castillo Delgado
Ilustraciones: Karen Guzmán Reyes

ISBN13 de la línea: 978-84-96690-23-3
ISBN13 del libro: 978-84-15345-07-7
Depósito legal: M-48003-2011

Impreso en España - Printed in Spain
Impresión: SSAG, S.L.
c/ Lenguas, 14 - 3ª
28021 Madrid - 917973709

Todos los derechos reservados. Este libro o cualquiera de sus partes no podrán ser reproducidos ni archivados en sistemas recuperables, ni transmitidos en ninguna forma o por ningún medio, ya sean mecánicos o electrónicos, fotocopiadoras, grabaciones o cualquier otro sin el permiso previo de los titulares del Copyright. Las fotografías han sido cedidas por los autores y se prohíbe la reproducción total o parcial de las mismas.

Agradecimientos

***A nuestros amigos, espejos de bondad y virtud
en los que mirarse cuando nos encontramos perdidos.***

Gracias.

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

ÍNDICE DE AUTORES

Coordinadores

Misericordia García Hernández

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Historia. Graduada Superior en Gerontología. Profesora Titular de Enfermería Geriátrica, E.U.E. Universidad Barcelona. Presidenta de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Presidenta de la Comisión Nacional de la Especialidad de Enfermería Geriátrica.

Julia Gallo Estrada

Doctora por la Universidad Islas Baleares. Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología. Titular Escuela Universitaria. Universidad Islas Baleares. Vocal de la SEEGG de Baleares.

Francisco Javier Medina Aragón

Diplomado en Enfermería. Máster Universitario en Enfermería de Urgencias, Emergencias, Catástrofes y Ayuda Humanitaria. Diploma Universitario de Especialización en Medicina en el Medio Natural. Instructor en Soporte Vital Avanzado por el Plan Nacional de RCP, Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias, European Resuscitation Council. Director del Departamento de Innovación, Excelencia y Práctica Avanzada, FUDEN. 112 Emergencias Sanitarias de Extremadura, Servicio Extremeño de Salud. Azuaga, Badajoz.

ÍNDICE DE AUTORES

Colaboradores

Esperanza Ballesteros Pérez

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural.
Profesora Titular de Enfermería Gerontológica, Universidad de Barcelona.

Carmen Cabot García

Diplomada en Enfermería. Profesora Asociada de Enfermería Gerontológica E.U. Universitat de Barcelona. Enfermera. UFISS de Geriatria. Hospital de Bellvitge.

Adela Gejo Bartolomé

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Pedagogía. Profesora Asociada E.U. Universitat de Barcelona. Enfermera en el PADES sur de l'Hospitalet de Llobregat.

Montserrat Suriñach Pérez

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Profesora Asociada Enfermería Gerontológica. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona. Profesora Fundació Universitaria Bages.

M. Pilar Torres Egea

Diplomada en Enfermería. Licenciada en Antropología Social y Cultural. Doctora por la Universidad de Barcelona. Profesora Titular Enfermería Gerontológica. Escuela de Enfermería Universidad de Barcelona.

PRÓLOGO DE LA LÍNEA

LONGEVIDAD SANA: ENCUENTROS Y DESENCUENTROS ENTRE DESEOS Y PRÁCTICAS

*So tenho inveja da longevidade
e dos orgasmos múltiplos*

(Caetano Veloso, Homem, Ce, 2006)

A pesar de las innumerables diferencias que existen entre los seres humanos, a la gran mayoría de nosotros nos gustaría disfrutar de una vida larga y de buena calidad, con muchos placeres, para lo cual la salud es un elemento fundamental. En la actualidad este ideal puede ser compartido por muchos ciudadanos de países de alta renta *per cápita* y por algunos de los países de media renta, visto que la longevidad con calidad de vida es inasequible para la mayoría de los habitantes del planeta, en particular los tres billones de personas que viven con menos de dos dólares al día.

Si, por un lado, en el mundo anglosajón actual, así como en Europa, se valora positivamente el crecimiento de la población de mayores, por otro lado, dicho cambio demográfico se considera con bastante frecuencia como un problema social y económico con implicaciones directas para los sistemas informales y socio-sanitarios de estos países. En España, la baja tasa de natalidad, el crecimiento negativo de la población, el aumento de gastos sanitarios, la migración de cuidadoras, especialmente latinoamericanas, para ofrecer cuidados en domicilios, la inequidad de género manifestada, por

ejemplo, por la resistencia de muchos hombres en asumir cuidados físicos y emocionales, o la creciente incorporación de la mujer española al mercado de trabajo, entre otros aspectos, son facetas de una misma cuestión social: ¿cómo sostener una sociedad con un creciente número de personas mayores y con calidad de vida para todos?

En este contexto, al final del siglo XX nace el movimiento del “envejecimiento saludable”. Fruto de varias formulaciones teóricas actuales, como la calidad de vida, la promoción de la salud y la gerontología social, pero también de la crisis financiera y social que supone cuidar a tantas personas mayores, el movimiento del envejecimiento saludable ya es un referente importante en el estudio y la práctica de la geriatría y gerontología, así como en las agendas de investigación y de políticas de gobiernos de varios países.

Esta nueva manera de pensar el envejecer se opone a la noción de “declive y pérdida”, tradicionalmente asociada al hacerse mayor, y es conocida también por términos como “envejecimiento productivo”, “envejecimiento exitoso” o “envejecimiento sano”. Proponen sus autores que a lo largo de la vida existe un proceso continuado de adaptación (que obviamente incluye el período posterior a los 65 años) y que el envejecimiento saludable está pautado por la posibilidad de mantener un bajo nivel de enfermedad y discapacidades, una alta actividad mental y física, y una continua participación en la vida cotidiana. Esta manera de pensar busca potenciar todas las capacidades interactivas, afectivas, físicas e intelectuales de los mayores.

A pesar de que la teoría, la investigación y algunos programas y políticas públicas se promueven con la esperanza de cumplir los deseos de longevidad y bienestar, otros datos extraídos de la realidad nos hacen dudar de tal posibilidad. En España, el notable incremento de la población mayor de 85 años que vive sola, podría ser interpretado como un indicador de autonomía y salud, pero también puede apuntar hacia la carencia de alternativas para el cuidado de personas mayores, estando muchos de ellos aislados y solitarios. Esa idea es corroborada por el número de suicidios entre mayores de 65 años. Además, casi la mitad de los mayores de 65 que viven solos están por debajo del umbral de la pobreza, y es éste otro indicador de que vivir muchos años puede ser una mala alternativa.

A la geriatría y gerontología, como especialidades de la Enfermería y otras disciplinas, corresponde el reto de considerar los deseos individuales y colectivos de longevidad con calidad y confrontar las posibilidades creadas por las prácticas vigentes de las enfermeras. Desde las concepciones de

capacidad o declive que utilizamos para enmarcar nuestro trabajo, hasta las políticas sociales que proponemos o apoyamos, ¿son nuestras prácticas encuentros o desencuentros con los deseos de tantos? Esta obra, a través de la contribución de sus autoras y autores, representa un paso importante en la dirección de considerar la práctica profesional como manifestación del saber técnico y social de la enfermería española.

Denise Gastaldo

Profesora Titular. Vicedecana de Relaciones Internacionales
Faculty of Nursing, University of Toronto, Canada

Profesora Honorífica
Departamento de Enfermería y Fisioterapia
Universitat de les Illes Balears

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

PRÓLOGO DEL MÓDULO

RECURSOS GERIÁTRICOS. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

El envejecimiento poblacional en que están inmersas las sociedades desarrolladas ha dado lugar a que los estudiosos del campo de la Gerontología y la Geriatria traten de buscar la mejor solución para generar una buena infraestructura de apoyo a las personas mayores con necesidades específicas. Pero la tarea no es fácil; en primer lugar porque la población de personas mayores es muy heterogénea y con necesidades muy diferentes y, en segundo lugar, porque no existe un modelo de recursos que cumpla las expectativas necesarias, de ahí que los modelos hayan ido adaptándose más a las ideas de la administración que a la verdadera realidad que vivimos.

Existe consenso general en que todos los recursos han de girar en torno a mantener a la persona mayor en su domicilio, pero éstos no se han desarrollado en suficiente cantidad y calidad como para que podamos pensar que la tarea está realizada, por lo que todavía deberemos de perseverar en el cambio sustancial del sistema para que sea más justo y equilibrado.

Desde mi punto de vista, el sistema de atención a las personas mayores debería configurarse en dos áreas principales: la social, a la que se recurriría cuando el problema es de índole social y que no es motivo de

este capítulo y, la sociosanitaria o propiamente gerontológica, que debería de basarse en dos pilares fundamentales, la valoración integral y la intervención personalizada. Cada sujeto ha de ser evaluado de acuerdo a sus características sociosanitarias y es a partir de ellas y, únicamente a partir de ellas, cuando deberemos establecer sus necesidades para ubicarlo en el recurso más adecuado, caso de que no pueda ser su propio domicilio.

Un sistema de recursos ideal debería mantener a la persona mayor en su domicilio durante el mayor tiempo posible a través del apoyo gerontológico (AGAD); es decir, no solamente cubriendo las labores domésticas (ámbito social), sino también las necesidades asistenciales (equipos de valoración e intervención), incluso mediante el uso de las nuevas tecnologías (teleasistencia, telegerontología, telemedicina...). Además, el AGAD debería de complementarse con dos recursos alternativos, los centros gerontológicos de estancias diurnas (CGED) y los centros gerontológicos de estancias permanentes (CGEP) destinados a aquellos usuarios que en un momento determinado necesitan ser sometidos a un proceso de intervención/rehabilitación de corta duración (fractura cadera, ACV, trastornos conductuales...) o a un proceso de larga estancia, generalmente pacientes con demencia y trastornos conductuales y psicológicos en donde los apoyos sociales no los pueden mantener en sus propios domicilios. Los profesionales deberían discernir entre los usuarios temporales o permanentes de ambos, CGED y CGEP.

La Valoración Geriátrica Integral (VGI) es la herramienta para establecer el recurso adecuado para la persona mayor. Basada en la colaboración interdisciplinaria de los diferentes profesionales del campo de la Geriatria/Gerontología, incluiría la valoración física, psíquica, social y funcional como elemento básico de ubicación y posterior intervención. La VGI ha de ser dinámica, en el sentido de que deberá contemplar el seguimiento del paciente a fin de observar la evolución de sus problemas y la necesidad de intervenciones intermedias, incluso con la posibilidad de cambiar la ubicación del anciano y que haya camino de vuelta; por ejemplo, de la residencia al domicilio en determinados procesos.

Un sistema flexible, en donde los profesionales oportunos manejen los instrumentos de valoración adecuados podría mejorar sin duda la calidad de vida de nuestros mayores.

A lo largo del libro que sigue “Recursos Geriátricos. Valoración Geriátrica Integral”, el lector podrá informarse acerca de las distintas alternativas asistenciales, así como de la conformación de los equipos de valoración/intervención gerontológica y los principales instrumentos utilizados en la denominada como valoración geriátrica integral.

José C. Millán Calenti

Catedrático (EU) de Gerontología Clínica y Social
Departamento de Medicina, Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad de A Coruña

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

PRESENTACIÓN DE LA OBRA

La organización actual de la atención gerontológica, responde a profundos cambios acontecidos en los últimos años. Cambios en la construcción social existente sobre las personas mayores, cambios en la concepción de los cuidados geriátricos, cambios en las instituciones que atienden a las personas mayores tanto sanas como enfermas, y principalmente por los cambios en los estilos de vida de las personas mayores.

El periodo de vida considerado geriátrico es cada vez más extenso y los equipos que atienden a la persona mayor en esos últimos años de su vida son diversos en su composición en términos cualitativos y cuantitativos.

Facilitar herramientas para la coordinación entre los equipos y entre los servicios es uno de los pilares de la atención gerontológica. Corregir la fragmentación inherente a la especialización respetando las aportaciones específicas de cada profesional requiere de esfuerzos en el diseño de los niveles de atención. Es necesario definir las funciones del equipo de trabajo según de su composición y acordar los instrumentos que deben usarse para valorar y para que cada miembro del equipo realice el trabajo.

En este libro se encuentran desarrollados en siete capítulos los aspectos generales de la organización de la atención gerontológica.

Los capítulos uno, dos y tres incluyen información relativa a los actuales niveles de atención, los Planes Gerontológicos nacional y autonómicos y la Ley de Promoción de la Autonomía personal y atención a la Dependencia.

El capítulo cuatro está dedicado a la composición, características y funciones de los equipos interdisciplinarios.

La valoración integral en el anciano y los principales instrumentos utilizados para la recogida de información funcional, mental y social se abordan en los capítulos cinco y seis.

Por último se dedica un capítulo a las particularidades del cuidador informal, que incluye las características actuales de las personas de la red sociofamiliar encargadas del cuidado y su relación con el equipo interdisciplinar. También se ha considerado importante incluir en este capítulo las necesidades de formación de estos cuidadores.

Los autores responden con esta obra a la necesidad de conocimientos sobre la atención integral a las personas mayores. Cualquier profesional que trabaje con personas mayores deberá realizar una valoración integral para atender de manera adecuada a este grupo poblacional.

Misericordia García Hernández

Julia Gallo Estrada

Francisco Javier Medina Aragón

Descarga autorizada a 11400741 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

ÍNDICE

CAPÍTULO 1.

ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA. NIVELES DE ATENCIÓN

27

1. Organización de la Atención Gerontológica

27

1.1. Asistencia Sanitaria

30

1.2. Atención y Servicios Sociales

31

2. Niveles de atención

33

2.1. Asistencia Sanitaria

33

2.2. Atención y servicios sociales

40

3. Referencias

49

CAPÍTULO 2.

ATENCIÓN SOCIO SANITARIA. COORDINACIÓN DE SERVICIOS

51

1. El concepto de lo sociosanitario

51

2. Atención Sociosanitaria

52

3. Marco normativo

53

4. Coordinación de los servicios

56

ÍNDICE

5. Recursos de atención socio-sanitaria	59
5.1. La Enfermera Gestora de Casos	59
5.2. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria	59
5.3. Equipo de soporte en el hospital	61
5.4. Atención diurna ambulatoria: Hospital de Día sociosanitario	62
5.5. Unidades de media estancia	63
5.6. Unidades de larga estancia	63
5.7. Unidad de Psicogeriatría	64
5.8. La Unidad de Cuidados Paliativos	64
6. Referencias	67

CAPÍTULO 3.

PLANES Y PROGRAMAS GERONTOLÓGICOS. LEY DE DEPENDENCIA

1. Planes y Programas Gerontológicos	69
1.1. Medidas de las Naciones Unidas	69
1.2. Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional	73
2. Plan Gerontológico Nacional	74
2.1. Plan de Acción para Personas Mayores 2003-2007	76
3. Planes y programas gerontológicos autonómicos	81

ÍNDICE

4. Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia	84
5. Referencias	92

CAPÍTULO 4.

EL EQUIPO DE TRABAJO GERONTO-GERIÁTRICO	95
1. Fundamentos del trabajo en equipo en la atención gerontológica	95
2. Características del trabajo en equipo interdisciplinar	96
2.1. Características del equipo interdisciplinario. Puntos fuertes y débiles del funcionamiento del equipo interdisciplinar	97
2.2. Funciones del equipo interdisciplinario	100
2.3. Coordinación con otros equipos y servicios	101
3. Aportación de los profesionales al trabajo en equipo interdisciplinar	102
3.1. Profesionales implicados en la atención gerontológica	102
3.2. Competencias de la enfermera en la atención gerontológica	105
4. La persona anciana como beneficiaria del trabajo en equipo	106
4.1. Derechos de las personas ancianas	107
5. Referencias	110

ÍNDICE

CAPÍTULO 5.

VALORACIÓN INTEGRAL DEL ANCIANO	113
1. Principios de la valoración integral en Gerontología	113
1.1. Modificaciones fisiológicas del proceso de envejecimiento	114
1.2. Modelos de atención enfermera como base de la valoración	115
2. Valoración integral en el anciano	116
2.1. Beneficios de la valoración integral en el anciano	117
2.2. Valoración funcional	117
2.3. Actividades de la vida diaria	118
2.4. Valoración cognitiva y afectiva	119
2.5. Valoración social	121
3. Entrevista clínica con el anciano: comunicación verbal y no verbal	122
3.1. Dificultades a considerar en la comunicación con la persona anciana	123
4. Contexto de la valoración gerontológica	125
5. Referencias	129

ÍNDICE

CAPÍTULO 6.

PRINCIPALES INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN EN EL ANCIANO 133

1. Características de los Instrumentos de valoración 133
 2. Fundamentos de los instrumentos de valoración 135
 3. Escalas de valoración en el ámbito gerontológico 137
 - 3.1. Escalas de valoración cognitiva 138
 - 3.2. Escalas de valoración funcional 147
 - 3.3. Escalas para la valoración del estado nutricional 166
 - 3.4. Escalas para la valoración del riesgo de úlceras por presión 166
 - 3.5. Otras escalas de valoración de índole psicosocial 170
 4. Referencias 176
-

CAPÍTULO 7.

EL CUIDADOR INFORMAL 179

1. El apoyo informal. Situación actual en España 179
2. El cuidador informal 182
3. Programas de soporte a los cuidadores 187
4. Formación de los cuidadores informales 189
5. Principales problemas del cuidado de larga evolución 191
6. Referencias 198

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

CAPÍTULO 1

Organización de la atención gerontológica. Niveles de atención

Esperanza Ballesteros Pérez
Carmen Cabot García

1. ORGANIZACIÓN DE LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

La situación de enfermedad en la población anciana está estrechamente vinculada a otros factores: sociofamiliares, económicos, afectivos, etc. Por lo que la actuación e intervención de los profesionales en la ayuda a los ancianos requiere considerar al individuo en todas sus dimensiones: física, psíquica y social. Esto significa abordar de un modo globalizador cada una de las situaciones individuales. Es evidente que la base primordial para un buen funcionamiento de la atención integral que quiere prestarse a la población anciana, es la coordinación de los diferentes servicios. Sin una estrecha conexión de los recursos, se corre el riesgo de no ofrecer eficazmente las mismas oportunidades de ayuda profesionalizada a todos los sectores de la población de edad avanzada.

La atención gerontológica se organiza en sectores:

- **Asistencia sanitaria.** Atención primaria, atención hospitalaria, atención geriátrica especializada.
- **Asistencia social.** Clubes de jubilados, programas de tiempo libre, centros de día, servicios de atención a domicilio, apartamentos, residencias, etc.

Implica tanto al sector público (administración central, autonómica o local) como al sector privado.

La sectorización de la atención debe abarcar un área geográfica, con un número limitado de ciudadanos, a los que se prestará una asistencia sanitaria y social coordinada. En cada sector se coordinarán atención primaria de salud, atención hospitalaria y/o geriátrica especializada y atención social.

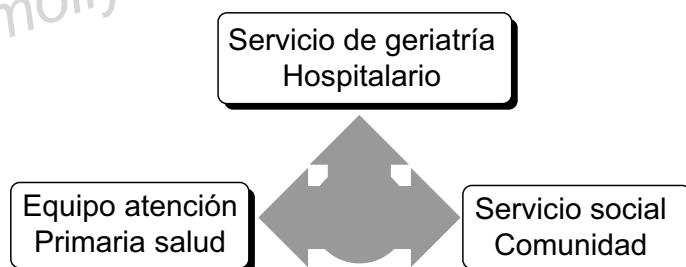
Se puede diferenciar la atención que se presta a los ancianos en dos niveles:

- **Atención informal** a cargo de personas cercanas al propio entorno del anciano. (familiares, voluntarios, vecinos, etc.).
- **Atención formal**, integrada por los profesionales del equipo interdisciplinar (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, etc.) (1).

Es por tanto imprescindible una conexión y coordinación entre los tres Pilares fundamentales de la Atención Gerontológica, como los denominó el Dr. Salgado Alba, precursor de la Geriatria (Figura 1).

Figura 1.

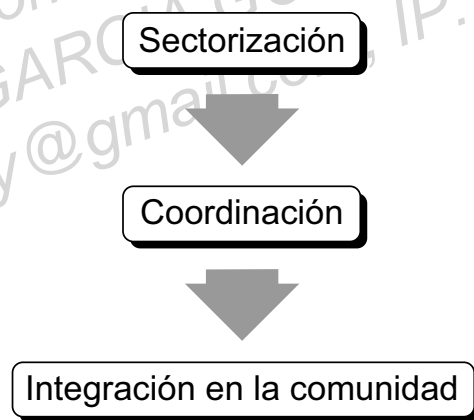
PILARES FUNDAMENTALES DE LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA



La coordinación entre los sectores social y sanitario, en el caso de la atención gerontológica, debe ser integradora de recursos para ser eficiente, flexible y plural. Para poder recurrir a la solución idónea en cada caso, debe contar con la presencia y participación de los usuarios y sus familias, favorecer la permanencia del anciano en su medio habitual en las mejores condiciones de vida, retardando en lo posible el internamiento en instituciones, incrementar la calidad de los servicios que se prestan, fomentar nuevos proyectos, programas o iniciativas encaminadas a posibilitar las relaciones intergeneracionales y la revalorización de los ancianos en la sociedad de pertenencia, permaneciendo integrado en su comunidad. Cumpliéndose las premisas de la Atención Gerontológica: sectorización, coordinación e integración en la comunidad (Figura 2).

Figura 2.

PREMISAS DE LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA



1.1. Asistencia Sanitaria

Las características de la morbilidad en la población anciana: existencia de una o varias enfermedades, generalmente interrelacionadas, de evolución progresiva, con tendencia a la cronicidad, con importante afectación de la independencia, con escasas posibilidades de curación, que les colocan en una situación de fragilidad física pero también psíquica, acentuando en algunos casos la sobrecarga familiar, especialmente de uno de sus miembros, etc.; todo ello sumado a otras causas, multifactoriales y relacionadas, convierten a este grupo de población en uno de los principales demandantes de atención sanitaria en España (1).

Lo que sí puede decirse es que los ancianos, como grupo, son consumidores frecuentes de asistencia sanitaria. Los mayores de 65 años y los pensionistas consumen cerca del 70% del gasto farmacéutico en atención primaria. En los hospitales, alrededor de un 50% de las camas se encuentran ocupadas por mayores de 65 años. Su tasa de ingresos es el triple, la de los mayores de 75 años llega a ser el cuádruple, que la de personas de los 15 a los 64 años. Sin embargo, también se ha identificado a las personas mayores como los usuarios que utilizan este tipo de recursos de forma más justificada que los adultos más jóvenes. Es decir, necesitan con más frecuencia asistencia sanitaria porque son la parte de la sociedad portadora de más enfermedades y problemas de salud (2).

El peso específico sobre los presupuestos sanitarios es por tanto importante y creciente. Los sistemas sanitarios públicos, como es el caso del sistema español, proporcionan asistencia planificada, financiada y provista mediante la distribución equitativa y universal de los recursos. Las estrategias que han de poner en marcha las Administraciones para orientar la política del sistema hacia el estado de bienestar, están directamente relacionadas con los presupuestos de que se dispone. Las limitaciones económicas hacen plantear muchas veces los objetivos a fin de conseguir la máxima eficacia con los recursos disponibles. Parece que la tendencia actual es no sólo la oferta de servicios, sino la garantía de que éstos llegarán a todos los ciudadanos con una buena calidad (3).

Todas estas características imponen al sistema sanitario la creación de programas que permitan optimizar los recursos existentes en la consecución de un objetivo terapéutico común: la promoción de la autonomía del anciano, mediante la prevención de las enfermedades pero también de las

consecuencias de estas, la asistencia sanitaria adecuada, teniendo en cuenta las características individuales del paciente anciano, y la rehabilitación de procesos de enfermedad con la consecuente readaptación a las actividades de la vida diaria.

El modelo de atención sanitaria al anciano ha de ser capaz de:

- Dar respuesta a las necesidades del anciano enfermo y/o su familia, dirigido a promocionar sus capacidades, mejorar su adaptación, controlar los síntomas y prevenir las complicaciones, integrando los objetivos del enfermo y su familia a la terapéutica.
- Desarrollar medidas específicas en cada ámbito de actuación (Atención primaria, domicilio, centros asistenciales, etc.), y que faciliten la interacción entre los recursos creando circuitos ágiles y bien interconectados, que favorezcan la optimización de los recursos.
- Tener en cuenta las características propias del sistema que permitan adaptarlo a las necesidades de la comunidad.
- Que tenga en cuenta una práctica profesional interdisciplinar, para una planificación terapéutica gradual, realista y adecuada a las necesidades del anciano.

1.2. Atención y Servicios Sociales

Dentro de los Servicios Sociales hay que diferenciar los Servicios Sociales generales, comunitarios o de atención primaria, como aquellos que se dirigen a toda la sociedad en su conjunto y que se refieren a los servicios de orientación, asesoramiento y animación sociocultural. Los Servicios Sociales especializados se crean para la atención de la problemática social concreta de un grupo o conjunto de personas.

Los Servicios Sociales en España han sufrido un profundo proceso de transformación durante los últimos veinte años, al coincidir la crisis del modelo asistencial anterior con la expansión de los sistemas de protección social, la modernización y crecimiento de los servicios sociales municipales y las nuevas necesidades sociales generadas por el envejecimiento de la población. A todo ello hay que añadir, la aparición de nuevas formas de exclusión social o los cambios profundos en la estructura social y laboral de la sociedad española (4).

Durante los últimos veinte años ha cambiado el contexto económico, político e internacional de la política social. En el Libro Blanco de la Política Social de la Unión Europea (1994) se analizan una serie de situaciones que en la actualidad resultan problemáticas y que están afectando a los Estados de Bienestar europeos:

- El nuevo contexto político mundial que condiciona la política social en la medida en que la caída de los regímenes de socialismo real, la competencia entre diferentes modelos de capitalismo y los desafíos del subdesarrollo y la cooperación internacional globalizan el marco condicionante de la política social.
- La globalización económica que ha acelerado los procesos de producción, los mercados, los procesos de trabajo y las formas de financiación, intercambio y consumo. El Estado de Bienestar representa al mismo tiempo un obstáculo a este proceso y también una necesidad.
- Los cambios profundos en la estructura social: demográficos, inmigración, familia, nueva forma de convivencia, desempleo y precariedad en el trabajo que plantean problemas de identidad social, y componen un tipo de sociedad fragmentada y dividida.
- El fin del pleno empleo que ha consolidado la experiencia vital de la inestabilidad laboral.
- La crisis del Estado de Bienestar como consecuencia y manifestación de las presiones ejercidas por los problemas que se mencionan (5, 6).

En el ámbito de las personas mayores, las actividades y manifestaciones de la política social son de diversa índole. Abarcan áreas que van desde la protección de sus derechos (especialmente de los menos protegidos y más incapacitados) hasta facilitar la atención personal completa. Los últimos veinte años han supuesto la generalización del actual modelo de Servicios Sociales, dedicado a satisfacer las necesidades y demandas de las personas mayores y sus familias. Se ha producido un notable incremento de los recursos más tradicionales (hogares, clubes de jubilados, residencias), se han implantado de manera generalizada los servicios de atención domiciliaria, y, al tiempo, se han ido poniendo en marcha una amplia gama de servicios de carácter más innovador (centros de día, teleasistencia, sistemas alternativos de alojamiento, etc.). El desarrollo de unos y otros está suponiendo cambios cualitativos importantes en los principios ideológicos y filosóficos que rigen las políticas sociales de atención a las personas mayores (6).

En los primeros años de este siglo XXI se puede afirmar que se está instaurando, de manera efectiva en nuestro país, el debate sobre la dependencia y la necesidad de avanzar en un nuevo marco de protección social y económica, tal como había ocurrido en los años anteriores en otros países europeos (Austria, Alemania, Francia y Luxemburgo). Este periodo se ha caracterizado por un proceso de mejora del sistema de protección de la Seguridad Social española, y su saneamiento financiero. Además, se impulsan, en los distintos niveles de las Administraciones Públicas, las propuestas sobre el establecimiento de un nuevo marco de coordinación socio-sanitaria, teniendo en cuenta las experiencias, que en este sentido, aportan algunas Comunidades Autónomas (CCAA).

2. NIVELES DE ATENCIÓN

La atención gerontológica, según se ha argumentado, debe organizarse por áreas o sectores que engloben la asistencia sanitaria (atención primaria, atención hospitalaria, atención geriátrica especializada) y la asistencia social, implicando al sector público y al privado. A continuación se describen los Servicios e instituciones que prestan atención a las personas ancianas.

2.1. Asistencia Sanitaria

El Sistema Nacional de Salud (SNS) se organiza en dos niveles: la Atención Primaria (AP), como eslabón más cercano al ciudadano y la Atención Especializada (AE), más compleja y dotada de más medios, a la que se accede a través de la AP.

Los dispositivos asistenciales de la AP son los Centros de Salud (CS), donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos: de familia y pediatras; enfermeras y personal administrativo, pudiendo disponer en algunos casos de otros profesionales como los trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, odontólogos.

La asistencia sanitaria se presta de manera programada o a demanda (urgencias) tanto en el propio CS, como en el consultorio rural o a domicilio. El SNS encomienda a los profesionales de los CS, por su cercanía al ciudadano, las funciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, incluyendo entre sus actividades específicas de atención a las personas mayores

las vacunaciones, la detección y control de factores de riesgo, la atención y asistencia a pacientes crónicos y la atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y/o terminales.

La AE se presta en centros de especialidades y hospitales, bien de manera ambulatoria, bien en régimen de ingreso, comprendiendo actividades asistenciales, diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación y cuidados. De manera ambulatoria se ofertan consultas externas, pruebas diagnósticas y tratamientos. En régimen de hospitalización se presta asistencia médica y quirúrgica para procesos agudos, reagudización de procesos crónicos y tratamientos y procedimientos diagnósticos si fueran necesarios.

Ambos recursos, AP y AE se encuentran distribuidos en las denominadas como áreas de salud, subdivididas, a su vez, en zonas básicas de salud, generalmente en torno al CS. Cada área dispone de un hospital general de referencia para la AE (7).

2.1.1. Atención Primaria de Salud

El Real Decreto 137/1984, de 11 de enero, sobre Estructuras Básicas de Salud fijó las bases de la AP en España: la delimitación de la Zona de Salud, la definición del CS como la estructura física y funcional que posibilitaría el desarrollo de una atención primaria de salud coordinada, integral, permanente y continuada.

Actúa como gestor y coordinador de casos y regulador de flujos. Comprende actividades de promoción de la salud, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, así como rehabilitación física y trabajo social (8).

Las prestaciones de AP que contemplan la atención al adulto y anciano comprende:

- a) Las vacunaciones recomendadas.
- b) La detección de factores de riesgo.
- c) La educación y asistencia sanitarias a enfermos con procesos crónicos.
- d) La atención a los problemas específicos de salud.
- e) La atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y terminales.

El equipo de AP tiene la responsabilidad de la atención al grupo que tenga asignado según la sectorización correspondiente. Esta responsabilidad será independiente de la situación en que se encuentre el usuario en el continuo salud/enfermedad y abarcará todos los niveles de atención, desde las actividades de fomento y promoción hasta las de rehabilitación. Se constituyen, de esta forma, en los profesionales de referencia del individuo o grupo en la zona de salud. El envejecimiento de la población, el mayor consumo de servicios de salud por el grupo de edad y la necesidad que la atención sea especializada marcan la práctica de los distintos profesionales del equipo de AP.

A fin de mantener la integralidad de la atención es recomendable el establecimiento de programas específicos diseñados para atender las necesidades de la población anciana, en vez de abordarla de forma parcelada por patologías o problemas de dependencia (8).

PROGRAMA DE ACTIVIDADES PREVENTIVAS Y DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

El Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS) fue creado en 1988 por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (SEMFYC), aporta recomendaciones de prevención y promoción de la salud con unas bases sólidas de evidencia científica. Basado en el consejo y la educación sanitaria, dirigido a conseguir cambios en las conductas de riesgo tanto a nivel individual como poblacional.

Son sus objetivos:

- Prevenir el deterioro funcional, si este se ha producido, recuperar el nivel de función previo con el objetivo de que el anciano pueda permanecer en su domicilio con el mayor grado de independencia posible.
- Vacunación de la gripe, antineumococo y tétanos.
- Prevención del maltrato.
- Prevención en los siguientes síndromes geriátricos: Caídas, demencias, alteraciones de la visión, hipoacusia, medicación en el anciano; incontinencia urinaria; malnutrición.
- Valoración Geriátrica Global en Atención Primaria al anciano frágil o en riesgo (9).

PROGRAMA DEL ANCIANO

El objetivo general del programa es el de fomentar la autonomía física, psíquica y social de las personas mayores de 65 años.

Objetivos específicos:

- Promover la salud.
- Prevenir los riesgos relacionados con su edad.
- Garantizar la continuidad de los cuidados que las personas mayores de 65 años deben recibir acordes a su nivel de salud (sano, enfermo) y el nivel de riesgo al que esté expuesto.

PROGRAMAS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA

En Atención Primaria de salud el programa de Atención Domiciliaria se desglosa en dos subprogramas: atención domiciliaria a pacientes inmovilizados y atención a pacientes terminales.

La atención domiciliaria es una de las funciones básicas del Equipo de Atención Primaria.

La población diana del programa de Atención Domiciliaria es:

- Personas que padecen enfermedad crónica invalidante o tienen una incapacidad de origen multicausal, que les impide el desplazamiento al Centro de Salud.
- Personas con un problema de salud que requiere asistencia sanitaria frecuente, con condicionantes socio-familiares que les impiden la asistencia regular al Centro de Salud. Se incluyen en el programa temporalmente hasta que se resuelva el problema de salud o desaparezcan los condicionantes.
- Los ancianos de alto riesgo (mayores de 80 años, situaciones de soledad, aislamiento social, bajo soporte familiar, situaciones de duelo) precisan una valoración multidimensional en el domicilio.
- Los pacientes con enfermedad en fase terminal, independientemente del tipo de enfermedad (8).

2.1.2. Atención geriátrica especializada en los hospitales generales

En España, como en la mayoría de los países de nuestro entorno europeo, casi la práctica totalidad de las personas mayores tienen cobertura sanitaria a través del SNS. Así, alrededor de un 98% de las personas mayores utilizan la sanidad pública cuando precisan de cuidados médicos. En este ámbito es indudable que en general la asistencia hospitalaria aguda de modelo tradicional puede dar una respuesta de calidad a las personas mayores. Sin embargo, es importante destacar que en muchas ocasiones ello no es suficiente, ya que un grupo específico de ancianos, ancianos en riesgo, vulnerables, frágiles/pacientes geriátricos (constituyen un 15-20% de la población mayor de 65 años) precisan de una atención específica a los múltiples problemas que presentan con alto riesgo de incapacidad y dependencia y que la hospitalización aguda puede agravar y/o generar. Siendo la población anciana la que consume más recursos hospitalarios porque su tasa de morbilidad es mayor que la de otros grupos de edad.

Durante la fase aguda de la enfermedad es cuando mayor riesgo de dependencia y mortalidad existe en el anciano, especialmente en el anciano frágil. Cuando se analizan las causas de las estancias hospitalarias inadecuadas de los ancianos la mayoría parece estar en relación con problemas en la programación hospitalaria y sobre todo con el proceso de atención médica (diagnóstico médico incompleto, sobreprescripción de medicamentos, infrautilización de la rehabilitación, institucionalización inadecuada, pobre coordinación con los equipos de atención primaria) (10).

En este sentido, en relación con la fase aguda de enfermedad, existen múltiples estudios aleatorizados y prospectivos que demuestran la validez y la eficiencia de unidades especializadas de geriatría respecto a las unidades tradicionales en los hospitales de agudos.

La atención geriátrica especializada –las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) y los equipos geriátricos multidisciplinares evaluadores; las Unidades Funcionales Interdisciplinares Socio-Sanitarias (UFISS) geriátricas en Cataluña–, comparada con la atención hospitalaria tradicional, mejora la supervivencia, la situación funcional y mental, el uso de fármacos y la posibilidad de evitar la institucionalización y la hospitalización, a un coste similar.

Las recomendaciones de los principales organismos internacionales, la II Asamblea Mundial del Envejecimiento en el 2002, la Comisión de Comunidades Europeas (Informe del Parlamento Europeo 2001) y el Documento de recomendaciones para la Conferencia Ministerial sobre Envejecimiento UNECE (O'Neil D et al, 2002), señalan la necesidad de la adecuación del sistema sanitario al envejecimiento progresivo de la sociedad, adoptándose medidas de prevención (primaria, secundaria y terciaria) junto con la adecuación de los recursos hospitalarios a las necesidades de los pacientes ancianos con el fin último de prevenir y atender a la dependencia. Para ello apoyan el desarrollo progresivo de recursos geriátricos especializados hospitalarios, para poder aplicar la geriatría desde un planteamiento multidimensional.

Según algunos especialistas, el modelo organizativo de mayor eficiencia y eficacia en la atención sanitaria al anciano, es el Servicio de Geriatría con todos los niveles asistenciales (Unidad Geriátrica de Agudos, Unidad de Media Estancia, Unidad de Interconsultas o equipo geriátrico evaluador, consultas externas, Hospital de día, y Asistencia Geriátrica Domiciliaria). Puede estar integrado o no en un hospital general, aunque existen indicadores que muestran claramente que el modelo integrado es el de mayor eficacia clínica (8).

UNIDADES GERIÁTRICAS DE AGUDOS

En las Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) se tratan las enfermedades agudas graves de los ancianos aplicando los principios de la especialidad de geriatría. Se estudia cada caso mediante la valoración geriátrica integral, se aplican los conocimientos de los cambios fisiopatológicos asociados al envejecimiento y las peculiaridades terapéuticas en la vejez, se realiza prevención, detección y tratamiento de los llamados “síndromes geriátricos”, se actúa en equipo interdisciplinario y se planifica el ingreso y el alta; todo ello con el fin de lograr la mejor evolución clínica posible con el menor impacto negativo sobre la situación funcional, mental y social del anciano. La UGA se fundamenta en prevenir las complicaciones surgidas del ingreso en el hospital: caídas, incontinencia de esfínteres, dependencia funcional, etc. que pueden derivar en dependencia. El objetivo fundamental por tanto será que la persona mayor sea de nuevo ubicada en su domicilio en las mismas condiciones funcionales y mentales a las de previas al ingreso y con las prestaciones sociales que necesite (11).

EQUIPOS DE VALORACIÓN Y CUIDADOS GERIÁTRICOS

El Insalud propuso en el documento “Bases para la ordenación de servicios de atención sanitaria a las personas mayores”, de 1994, un esquema inicial para la organización de dichos servicios. En ellos se establece la creación de los denominados equipos de valoración y cuidados geriátricos (EVCG) como *“unidades hospitalarias interdisciplinarias y básicas en la atención específica a los pacientes geriátricos del centro, y de apoyo a la atención primaria del área correspondiente”*, como fase inicial en la implantación de distintas estructuras de atención geriátrica en los hospitales (12).

Los equipos geriátricos multidisciplinares evaluadores y las UFISS geriátricas en Cataluña son la base de la organización en la atención geriátrica hospitalaria. Su dependencia organizativa y funcional estará condicionada por las características particulares del hospital que estará hecho por el equipo de gestión de AE del área. Son equipos interdisciplinares, con el objetivo de ofrecer una atención globalizada que atienda las necesidades de la vida del anciano. Los profesionales de base de los EVCG son el médico, enfermeros y trabajadores sociales y tendrán como funciones:

- Atención de casos especiales.
- Interconsulta de profesionales.
- Protocolización de patologías especiales geriátricas.
- Conexión con los demás recursos.
- Planificación y gestión del alta.

Se ha dado gran variabilidad en la actividad según la comunidad y el hospital, con constitución del equipo muy variable, desde algunos equipos que no han conseguido completarlo con enfermera y/o trabajador social, hasta otros en donde son varios geriatras.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO

Las Hospitalización a Domicio (HaD) se define como una alternativa a los cuidados agudos hospitalarios, proporcionando tratamiento activo por parte de los profesionales de la salud en el domicilio del paciente y por un período de tiempo limitado. Las unidades que se han desarrollado en España son dependientes de servicios del hospital, normalmente atendiendo pacientes con altas precoces o derivaciones desde el servicio de urgencias (8).

2.2. Atención y servicios sociales

2.2.1. Recursos y programas

HOGARES Y CLUBES PARA PERSONAS MAYORES

Son lugares en los que priman las relaciones sociales y tienen una gran importancia para la vida cotidiana de muchas personas mayores. Estos hogares o clubes son centros orientados al ocio, la cultura, la educación y la promoción de la salud. Realizándose actividades de todo tipo en las que las personas mayores participan activamente. Están destinados fundamentalmente a promover las relaciones sociales entre los mayores y proporcionar apoyo a su participación, mediante la organización de diversos tipos de actividades. En muchos de los casos también ofrecen información acerca de la solicitud y acceso a diferentes servicios sociales.

ASOCIACIONES

Las Asociaciones pueden definirse como agrupaciones de personas constituidas para realizar una actividad colectiva de una forma estable, organizadas democráticamente, sin ánimo de lucro e independientes, al menos formalmente, del Estado, los partidos políticos y las empresas. Las características fundamentales de una asociación son las siguientes:

- Grupo de personas.
- Objetivos y/o actividades comunes.
- Funcionamiento democrático.
- Sin ánimo de lucro.
- Independientes.

Podríamos diferenciarlas en asociaciones de afectados (familiares de enfermos de Alzheimer, Parkinson, Secuelas neurológicas, etc.) de voluntarios, culturales, etc.

VOLUNTARIADO

Actividades desarrolladas por voluntarios, a favor de personas mayores frágiles y/o dependientes, de forma libre y gratuita dentro de una estructura organizada de las que son parte integrante y en la que participan activamente. Asociaciones de Voluntariado y Servicios de Acompañamiento de Cruz Roja o Cáritas; Asociaciones de Mayores o Familiares; Asociaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer. Existen en casi todas las provincias. En estas Asociaciones se puede solicitar todo tipo de apoyo e información sobre los servicios que existen para las personas mayores y familiares, así como la asignación de voluntarios que puedan ayudar a los cuidadores (13).

OTROS PROGRAMAS

- **Servicio de comida sobre ruedas.** Lleva la comida a casa del anciano cuando le sea imposible salir. Requisitos mínimos son tener microondas y certificado médico conforme no puede salir de casa.
- **Lavandería.** Lo ofertan centros gerontológicos y ayuntamientos que recogen la ropa sucia y la devuelven al día siguiente.
- **Convivencia entre universitarios y mayores o programa de convivencia intergeneracional.** Ofertado por muchas universidades en toda España, es el programa “*Viure i convure*” organizado por la Obra Social de Caixa Catalunya.
- **Acogimiento en hogares ajenos.** El anciano va a vivir con una familia. No existen lazos de consanguinidad. Aporta una parte su pensión, el acogedor no puede ser mayor de 65 años.
- Otra modalidad que está experimentándose en Galicia es el acogimiento por parte del anciano que vive solo, de familias extranjeras que vienen a vivir a España.
- **“Programa Navidad entre amigos”.** Pensado para personas que viven solas las fiestas (navidad, fin de año, etc.). Los alojan en un hotel determinado incluida la comida y la cena, donde pasan las fiestas acompañados de otras personas.

2.2.2. Servicios de atención a domicilio

Bajo este calificativo se engloban una serie de recursos dirigidos a prestar apoyo y cuidados en su domicilio a las personas cuando, por cualquier circunstancia, dejan de ser autónomos para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria. La asistencia en casa permite la prolongación de la permanencia de la persona mayor en su entorno habitual.

Ofrecen atención integrada y ambulatoria en el domicilio, para que la persona permanezca en su entorno habitual. Cabe diferenciar la atención domiciliaria de índole sanitaria, que se presta fundamentalmente por los equipos de atención primaria y también, por equipos especializados de soporte (PADES, ESAD, equipos domiciliarios de los servicios de Geriátrica hospitalaria), y los servicios de ayuda a domicilio (SAD) prestados por servicios sociales.

Dentro de los SAD básicos prestados bajo este concepto son aquellos vinculados a la atención personal y continuada de la persona mayor. Se distinguen generalmente tres ámbitos de actuación:

- a) **Servicios de atención personal** (higiene y cuidado de la persona, preparación de comidas, seguimiento de las pautas de medicación, acompañamiento, etc.).
- b) **Servicios de atención al hogar** (mantenimiento del entorno de la persona, compras, cuidado de la ropa, etc.).
- c) **Servicios de integración en el entorno** (desplazamientos fuera del domicilio, actividades para el mantenimiento de relaciones sociales con la comunidad, familia, amigos, etc.).

Su titularidad la pueden ostentar tanto las Administraciones Públicas (locales, provinciales o autonómicas) como privadas (fundaciones, asociaciones, cooperativas, etc.) y están coordinados por profesionales del sector social (14).

Una característica constante en todos los recursos sociales y que también se ve reflejada en estos servicios es la enorme dispersión y diferencias entre territorios. Son servicios que, en primer lugar, no se prestan en todas y cada una de las CCAA, el número de usuarios, en aquellas que los llevan a cabo, es muy diferente entre sí, y más distinto aún es el gasto que suponen (euros/año/usuario). Esta enorme dispersión evidencia una gran desigualdad y disparidad en la calidad prestada al usuario entre unas Comunidades y otras.

2.2.3. Centros de Día

Bajo este mismo epígrafe existen una gran variedad de recursos con distintos grados de especialización que ofrecen servicios muy diferenciados. Estas grandes diferencias no sólo responden a la diversidad que presentan las situaciones de dependencia (personas con problemas de movilidad, personas con deterioro cognitivo y/o disminución de la capacidad funcional, etc.) sino, y sobre todo, a los diferentes enfoques sanitarios, rehabilitadores, asistenciales, o socio sanitarios e integrales, que se han venido estableciendo en la atención gerontológica. Se diferencian fundamentalmente de los Hospitales de Día en donde los pacientes precisan de atención sanitaria. Estas diferencias, desafortunadamente, también se han ido consolidando territorialmente.

Los Centros de Día para personas mayores en situación de dependencia son recursos intermedios dentro de la cadena asistencial al situarse entre el domicilio y la residencia o alojamiento de estancia prolongada. El centro de día para personas mayores en situación de dependencia se define como un centro gerontológico terapéutico y de apoyo a la familia que, de forma ambulatoria, presta atención integral, terapéutica y especializada a la persona mayor en situación de dependencia, promueve su autonomía y favorece la permanencia en su entorno habitual así como su calidad de vida, sin que se produzca una ruptura con su vida cotidiana, amistades, familia, vecindario, etc.

Y como indica su denominación, son centros con un horario limitado, suele extenderse desde la mañana hasta última hora de la tarde y de lunes a viernes. Aunque, hay servicios que se extienden al fin de semana, e incluso, como centros de noche.

La atención que se presta es integral y está orientada a la estimulación y mantenimiento de las capacidades (cognitivas, motrices y de relación) para lo que cuenta con profesionales especializados en rehabilitación, animación sociocultural, terapia ocupacional, etc. Los Centros de Día precisan de una coordinación que recae, por coherencia de su definición y objetivos, en una enfermera.

El perfil del usuario de Centro de Día es una persona anciana con necesidad de ayuda para los actos de la vida diaria y que cuenta con apoyo familiar. Esta cobertura es la característica que lo diferencia de un usuario que potencialmente sería tributario de una institucionalización en residencia. Depende fundamentalmente de servicios sociales. Se puede combinar con otros servicios como AD y tele-asistencia (4, 15).

2.2.4. Tele-asistencia

El servicio de tele-asistencia está conceptualizado en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD), como medio que facilita la asistencia a los beneficiarios mediante el uso de tecnologías de la comunicación y de la información, con apoyo de los medios personales necesarios, en respuesta inmediata ante situaciones de emergencia o de inseguridad, soledad y aislamiento. Consiste en la conexión del usuario con una central a través de un dispositivo de alarma y del teléfono. El usuario puede solicitar asistencia o comunicar un problema, la central pone en marcha un protocolo establecido para resolver distintas situaciones. La Teleasistencia, como servicio domiciliario complementario a la ayuda a domicilio, puede llegar a ser un elemento clave para la promoción de la autonomía personal y el apoyo en el mantenimiento en el entorno habitual de personas en situaciones de fragilidad. Es un servicio indicado para personas con un cierto grado de autonomía que viven solas. Las empresas que ofrecen servicios de teleasistencia pueden, además asesorar a las personas y sus familiares sobre cómo afrontar la dependencia desde el domicilio (4, 15).

2.2.5. Servicios de Atención Residencial

Los Servicios de Atención Residencial dirigidos a las personas mayores ofrecen, en centros de carácter abierto, una atención integral, individual, especializada y continuada, además de alojamiento y manutención, en régimen permanente o temporal, y en numerosas ocasiones, una atención socio sanitaria completa.

Entre estos servicios se encuentran como recursos: los centros residenciales y los sistemas alternativos de alojamiento: viviendas tuteladas, servicio público de acogimiento familiar, apartamentos residenciales, etc. (15).

CENTROS RESIDENCIALES

Son centros que ofertan atención continuada de 24 horas/día con estancias prolongadas. Los ancianos reciben cuidados especializados para recuperar o mantener habilidades físicas, psíquicas o sociales. Cuentan con servicio sanitario, médico y enfermero, pueden disponer también de psicólogo, trabajador social, rehabilitación, terapia ocupacional, animación sociocultural, podología, peluquería, cafetería, etc.

Las residencias pueden ser públicas o privadas y estar destinadas a ancianos con buena autonomía, asistidos o psicogerítricos, personas con pérdida de autonomía, que precisan ayuda para las actividades de la vida diaria que no encuentran solución a sus dificultades por medio de otros recursos. Es un recurso a tener en cuenta para “descargar” temporalmente a la familia o a los cuidadores habituales.

La atención se desarrolla según el tipo de dependencia, grado de la misma e intensidad de cuidados que precise la persona, a través de un plan de cuidados establecido con pleno respeto a la voluntad y capacidad de decisión de la persona mayor, a través de una intervención multiprofesional integrada en un plan general de intervención. Su objeto principal es facilitar y potenciar el mantenimiento de la autonomía de las personas mayores.

Deben establecerse sistemas de coordinación de los profesionales del medio residencial con los de atención primaria y los de atención especializada (4, 15).

SISTEMAS ALTERNATIVOS DE ALOJAMIENTO

Bajo el término “Sistemas Alternativos de Alojamiento” se recoge un amplio y variado conjunto de servicios que ofrecen atención residencial en un entorno normalizado a las personas mayores, como alternativa a los centros residenciales. Entre los servicios que se incluyen destacan las viviendas tuteladas, los apartamentos residenciales y el acogimiento familiar. Actualmente se dispone de información poco precisa acerca de este tipo de recursos. La disparidad en la implantación de los sistemas alternativos de alojamiento entre las CCAA dificulta su análisis comparativo y la obtención de resultados globales (6, 15).

Es sobre las viviendas tuteladas, “apartamentos tutelados”, en las que se dispone de mayor información. En casi todas las CCAA se ha implantado este recurso. Son viviendas destinadas a la población anciana que carecen de barreras arquitectónicas y disponen de servicios comunes como lavandería, comedor, salas comunes, atención enfermera, etc.

Requieren un cierto grado de autonomía por parte del usuario. Y es deseable o recomendable para garantizar la continuidad asistencial que formen parte de un mismo centro que cuente con centro de día y residencia.

Los llamados servicios intermedios tienen esa denominación por tratarse de un nivel que se sitúa, dentro de la cadena asistencial, entre el domicilio y la residencia o alojamientos para estancias prolongadas. Algunos de ellos, como los que van a describirse a continuación, también se conocen como programas de “respiro familiar”.

Se trata de diversos recursos o servicios formales de atención cuyo objetivo fundamental es influir positivamente sobre algunas de las dimensiones que originan el estrés del cuidador con el fin de modular o eliminar los efectos negativos del cuidado. Pero el hecho de que éste sea su fin esencial no debe hacer olvidar la necesidad de intervenir también adecuadamente con la persona mayor que utiliza el servicio.

Existe gran variedad de recursos de este tipo (estancias temporales en Residencias, Centros de Día, estancias de día o de noche en centros gerontológico, vacaciones para personas dependientes, períodos de atención y evaluación sociosanitaria, etc.), aunque su extensión es todavía escasa en muchos lugares.

Por otra parte, también los servicios sociales clásicos (Servicio de ayuda a domicilio, Teleasistencia, Residencias), si se orientan hacia la complementariedad con el apoyo informal y no hacia su sustitución, cumplen perfectamente esta función de respiro y apoyo a las personas que cuidan a personas mayores con problemas de dependencia.

Tanto las Organizaciones internacionales como los expertos en Gerontología han destacado con profusión la importancia de proveer recursos de respiro destinados a los cuidadores informales, puesto que existe evidencia de que los familiares toleran mejor el estrés derivado de los cuidados de larga duración a personas mayores dependientes si tienen la posibilidad de beneficiarse de servicios de respiro (4, 15).

RESUMEN

La Atención Gerontológica engloba la asistencia sanitaria (atención primaria, atención hospitalaria, atención geriátrica especializada) y también la asistencia social (clubes de jubilados, residencias de válidos, apartamentos, servicios de comidas a domicilio, programas de tiempo libre, etc.). Implicando al mismo tiempo al sector público (administración autonómica, local o central) y al sector privado. Ambos tipos de asistencia, sanitaria y social, deben ofrecerse de forma coordinada, teniendo en cuenta además que se prestan en dos niveles: atención informal (están al cargo personas cercanas al propio entorno del anciano, familiares, voluntarios, vecinos, etc.), y atención formal, integrada por los profesionales del un equipo interdisciplinar (enfermeras, médicos, trabajadores sociales, etc.). La sectorización de la atención debe abarcar un área geográfica, con un número limitado de ciudadanos, a los que se prestará una asistencia sanitaria y social coordinada. En cada sector funcionarán al unísono los tres pilares fundamentales: Atención primaria de salud, Atención hospitalaria y/o geriátrica especializada y Atención social.

Las características de la morbilidad en la población anciana condicionada por causas multifactoriales y relacionadas, convierten a este grupo de población en uno de los principales demandantes de atención sanitaria en nuestro país. Lo que impone al sistema sanitario la creación de programas que permitan optimizar los recursos existentes en la consecución de un objetivo terapéutico común: la promoción de la autonomía del anciano, mediante la prevención de las enfermedades pero también de las consecuencias de estas, la asistencia sanitaria adecuada, teniendo en cuenta las características individuales del paciente anciano, y la rehabilitación de procesos de enfermedad con la consecuente readaptación a las actividades de la vida diaria.

Según algunos especialistas, el modelo organizativo de mayor eficiencia y eficacia en la atención sanitaria al anciano, es el Servicio de Geriátría con todos los niveles asistenciales (Unidad Geriátrica de Agudos, Unidad de Media Estancia, Unidad de Interconsultas o equipo geriátrico evaluador, Consultas externas, Hospital de Día, y Asistencia Geriátrica Domiciliaria).

Dentro de los Servicios Sociales hay que diferencian los Servicios Sociales generales, comunitarios o de atención primaria, como aquellos que se dirigen a toda la sociedad en su conjunto y que se refieren a los servicios de orientación, asesoramiento y animación sociocultural; y los Servicios Sociales especializados, referidos a los servicios que se crean para la atención de la problemática concreta de un grupo o conjunto de personas como atención a una determinada problemática social. En este capítulo se describen diversos recursos y programas de Atención Gerontológica; Servicios de atención a domicilio; Centro de día; Teleasistencia y otros Servicios de Atención residencial.

3. REFERENCIAS

1. Ballesteros E. Organización de la atención gerontológica. En: García M, Torres P. Temas de Enfermería gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; 2000. p. 170-181.
2. Sánchez Cabeza A. Discapacidad, deficiencia y estado de salud. En: Millán Calenti. Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención. Madrid: Panamericana; 2010. p. 125-146.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2006. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/msc-sistema-02.pdf>.
4. IMSERSO. Observatorio de Personas Mayores. Servicios sociales para personas mayores en España. Boletín sobre envejecimiento. 2007; 32. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/boletinsobrenevejec32.pdf>.
5. Quesada Díez S. La acción social en la Unión Europea: evolución histórica. Madrid: Universidad Pontificia de Comillas. ICADE. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5804/1/ALT_06_10.pdf.
6. Defensor del Pueblo. Análisis de los servicios sociales en el marco de la atención Sociosanitaria. En: La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid: Defensor del Pueblo; 2000. p. 57-99. Disponible en: http://www.tinitus.com.ar/Download/Biblioteca/Geriatria/Geriatria_38.pdf.
7. Millán JC. Recursos asistenciales y profesionales en Gerontología y Geriatria. En Millán Calenti. Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención. Madrid: Panamericana; 2010. p. 37-55.
8. IMSERSO. El Sistema Sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 467-501. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancocap06-01.pdf>.

9. Programa de actividades preventivas y de promoción de la salud (PAPPS). Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Disponible en: http://www.papps.org/quienes_somos.php.
10. Análisis y Evaluación de la red de servicios sanitarios dedicados a la dependencia: programas de prevención, atención domiciliaria y hospitalización. Documento de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología; 2004.
11. González- Montalvo JI, Pallardo B, Bárcena A, Alarcón T, Hernández S. Eficiencia de las unidades geriátricas de agudos en los hospitales españoles. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2007; 42(4):240-250.
12. Herrera J. Los equipos de valoración y cuidados geriátricos: expectativas defraudadas. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2005; 40:120-125.
13. Organización de la atención gerontológica. En: García M, Torres MP, Ballesteros E. Enfermería Geriátrica. Serie Manuales de Enfermería. 2ª ed. Barcelona: Masson Salvat; 2000. p. 151-168.
14. Deloitte. Informe: Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El Servicio de Atención a Domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes; 2008. http://www.deloitte.com/view/es_ES/es/Publicaciones/Publicaciones-Productos-y-Servicios/index.htm.
15. IMSERSO. Recursos sociales para la atención de las personas mayores en situación de dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España .Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 345-465. <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancocap05-01.pdf>.

CAPÍTULO 2

Atención sociosanitaria. Coordinación de servicios

Carmen Cabot García
Esperanza Ballesteros Pérez

1. EL CONCEPTO DE LO SOCIOSANITARIO

La situación de la población mayor en España ha cambiado como consecuencia de la evolución demográfica, el contexto sociosanitario, la situación económica, el perfil de los mayores y las características sociales y familiares del entorno. Ello ha hecho que paulatinamente los problemas tengan que irse resolviendo desde una perspectiva que ya no es unidimensional, sino que supone una concatenación de elementos y disciplinas. Nace así la consideración multifactorial de los problemas relacionados con las personas mayores, siendo los más relevantes los planteados desde al menos una doble vertiente social y sanitaria, que debe ser tomada en cuenta conjuntamente a la hora de la resolución de los problemas. La característica esencial de la actuación sociosanitaria se encuentra en la necesidad de coordinación desde distintas áreas o campos y la actuación al mismo tiempo sobre un mismo sujeto. Se eleva a categoría principal el abordaje global de los problemas dado que una actuación de estas características es mucho más eficaz y eficiente (1).

2. ATENCIÓN SOCIOSANITARIA

La Atención Socio-Sanitaria (ASS) se refiere al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes con unas características funcionales, psicológicas y sociales que pueden ver mermada su autonomía y les hacen susceptibles de marginación por lo que se hace indispensable una adecuada planificación de la atención (2).

Se entiende por ASS el conjunto de niveles de atención que desde un enfoque integral e integrado garantizan el diagnóstico, tratamiento y seguimiento evolutivo de aquellas personas o grupos de población cuya problemática de salud no pueda ser resuelta exclusivamente por los servicios sanitarios ni por los servicios sociales. El objetivo último de la asistencia sociosanitaria debe ser la Salud, desde una perspectiva global (física, psíquica, social y funcional), teniendo en cuenta los aspectos preventivos, asistenciales y rehabilitadores.

Las condiciones de salud y bienestar social son inseparables de las condiciones generales de la sociedad. La población en general se beneficia de las mejores condiciones económicas, sanitarias y culturales del país, por lo que la asistencia sociosanitaria es, en muchas ocasiones, un problema de igualdad de oportunidades en el acceso a los bienes y servicios. Las personas vulnerables en razón de su pobreza, de su abandono, de su enfermedad o de su aislamiento, deben tener la posibilidad de acceso a los sistemas ordinarios de atención, evitando actuaciones o servicios al margen de los mismos (Prieto A, 2002).

Lo que se ha dado en denominar Atención y Coordinación Sociosanitaria responde a diversas denominaciones y a modelos de atención también diferentes en los países que constituyen el llamado “mundo desarrollado”. A pesar de esto, el informe del Ararteko (diciembre 2010), tras hacer un análisis de numerosas experiencias, recoge los siguientes elementos que pueden considerarse definitorios:

- Responde a situaciones de necesidad complejas que requieren de intervenciones de naturaleza mixta, sociales y sanitarias, de forma simultánea, o también secuencial, pero en todo caso complementaria y estrechamente articulada.

- Tiene un objetivo principal: garantizar la continuidad de cuidados, evitando desajustes materiales (solapamientos y vacíos o déficit de cobertura) y desajustes temporales (desfases o tiempos de espera entre los diferentes servicios).
- Recurre, para su prestación, a una serie de estrategias e instrumentos de colaboración que se articulan en torno al principio de interdisciplinariedad.
- Tiene su sentido y fundamento en un enfoque de atención integral centrado en la persona y orientado a garantizar el máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía, otorgando prioridad y facilitando, siempre que sea posible, su permanencia en su entorno social habitual (3).

Esta interrelación ha dado lugar al concepto de “**espacio sociosanitario**”. A este respecto, cabe destacar que la asimetría existente actualmente entre los servicios sanitarios y los sociales es precisamente una de las dificultades más significativas para la protección de las personas con dependencia, pues mientras la sanidad constituye un servicio de carácter universal y gratuito como derecho legal para todos los ciudadanos, los servicios sociales públicos tienen un carácter graciable y un desarrollo muy desigual. Organizar y coordinar ambos tipos de servicios es esencial para proporcionar una respuesta integral y eficaz.

3. MARCO NORMATIVO

En el ámbito sanitario, la **Constitución de 1978** atribuye al Estado la competencia exclusiva en materia de bases y coordinación general de la sanidad y a las Comunidades Autónomas la posibilidad de asumir competencias en sanidad e higiene.

En el ámbito de los servicios sociales, en cambio, la Constitución no atribuye competencias al Estado en esta materia y sí prevé que las asuman las Comunidades Autónomas (Tabla 1) (4).

Tabla 1.

INICIATIVAS DE LA ADMINISTRACIÓN AUTONÓMICA

A) PROGRAMAS SOCIOSANITARIOS

- Programa “Vida a los Años” de la Generalitat de Cataluña (1986). Primera experiencia de desarrollo de la atención sociosanitaria en España.
- Plan de Atención sociosanitaria (Cataluña 2000-2006).
- Plan de atención sociosanitaria de Castilla y León. D/16. 1998.
- II Plan de atención sociosanitaria, 2003. Castilla y León.
- Programa sociosanitario de Galicia (PASOS), 1998.
- Programa sectorial de atención sociosanitaria 2002. Canarias.
- Programa PALET de la Comunidad Valenciana. Acuerdo de 16 de mayo de 1995. Programa especial de atención sociosanitaria a pacientes ancianos, con enfermedades de larga evolución y a pacientes en situación terminal.
- Ley de Ordenación Sanitaria (2003). C. Valenciana.
- Plan de Acción sociosanitaria de las personas mayores de Cantabria. 1999-2005.
- Programas sociosanitarios de las Diputaciones Forales Vascas.
- Plan Foral de Atención sociosanitaria del Gobierno de Navarra, 2001-2005.

B) PLANES GERONTOLÓGICOS O DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD

- Ley de atención y protección a las personas mayores de Andalucía (Ley 6/1999).
- Mapa de recursos Sociales y Sociosanitarios en Aragón, 2000. Gobierno de Aragón. Departamento de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.
- Plan de atención a las personas mayores de Castilla-La Mancha, 1998-2002.
- Plan integral de Acción para personas con Discapacidad en Castilla-La Mancha, 1999-2003.
- Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid, 1998.
- Plan Galego de persoas maiores, 2000-2006.
- Plan de atención para las personas mayores de Extremadura, 2001-2005.
- Plan de Atención a Mayores, 2001-2003. Canarias.

C) PLANES DE SALUD

- Plan estratégico 2001-2006. Aragón.
- Plan de Salud de Canarias (D. 37 1997).
- Plan de Atención a las personas con enfermedad mental grave y crónica, 2003-2007. Comunidad de Madrid.
- II Plan Andaluz de Salud.
- Plan estratégico 2003-2007. Servicios Vasco de Salud.
- Ley de ordenación sanitaria. Galicia.

TOMADO DE: IMSERSO. Coordinación Sociosanitaria. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 505-525. URL disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancocap07-01.pdf>.

La inexistencia de una atribución competencial a favor del Estado en materia de asistencia y servicios sociales ha conllevado que la normativa estatal que haga referencias a la atención sociosanitaria sea escasa. En concreto:

- La Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, alude a la necesaria coordinación con los servicios sociales al regular la atención sanitaria en el campo de la salud mental (art. 20).
- El Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, sobre Ordenación de Prestaciones Sanitarias del Sistema Nacional de Salud, extiende esa necesaria coordinación entre los servicios sanitarios y sociales a los supuestos en que concurren problemas o situaciones sociales o asistenciales no sanitarias con situaciones de enfermedad o pérdida de salud.
- La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, define en su art. 14 la prestación sociosanitaria en los siguientes términos:
 - 1) *“La atención sociosanitaria comprende los cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social.*
 - 2) *En el ámbito sanitario, la atención sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine y en cualquier caso comprenderá:*
 - a) *Los cuidados sanitarios de larga duración.*
 - b) *La atención sanitaria a la convalecencia.*
 - c) *La rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable.*
 - 3) *La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones Públicas correspondientes”.*
- El Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud y el Procedimiento para su Actualización, incluye referencias a la intervención coordinada de los servicios de salud y de los servicios sociales en diferentes áreas de atención:

- Atención comunitaria.
 - Atención domiciliaria a pacientes inmovilizados.
 - Atención a las personas mayores en riesgo.
 - Atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas.
 - Detección y atención a la violencia de género y malos tratos en todas las edades.
 - Atención a la salud mental.
- La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, incluye en su articulado diversas referencias a la atención sociosanitaria. En particular:
- Entre los principios inspiradores de la Ley incluye la atención de forma integral e integrada; la calidad de los servicios; y la colaboración de los servicios sociales y sanitarios. art. 3, c, j, l).
 - Atribuye a las Comunidades Autónomas la función de establecer los procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención (art. 11.c).
 - Alude a la coordinación de los servicios sociales y sanitarios para el desarrollo de actuaciones en orden a la prevención de las situaciones de dependencia (art. 21).

4. COORDINACIÓN DE LOS SERVICIOS

Es evidente que existe una necesidad de coordinar la ASS. Se hace imprescindible una optimización de los recursos para que la asistencia alcance al mayor número de personas. La principal causa de dependencia es la **fragilidad**. El anciano frágil es una persona con pluripatología, candidato a la polifarmacia y con descompensaciones frecuentes de su enfermedad de base. Todo esto conlleva a un mayor consumo de recursos y reingresos sanitarios caracterizados por una mayor dificultad de manejo asistencial.

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología define la Coordinación Socio-Sanitaria (CSS) como *“el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de ASS que presentan simultáneamente las personas dependientes”* (1).

En España se habla por primera vez de CSS en la comunidad autónoma de Cataluña con el programa “*Vida als Anys*”, aprobado el 29 de mayo de 1986. Por primera vez, se presenta un modelo conjunto de atención sanitaria y social, un modelo conjunto de organización y financiación de servicios (5).

Este primer paso en la ASS dará lugar a otros, que llevarán en el año 1993 a la creación del Convenio de CSS entre el Ministerio de Sanidad y consumo y el Ministerio de Asuntos Sociales.

Existen múltiples diseños de intervención, que parten del supuesto de la existencia de dos sistemas que deben actuar de forma conjunta y complementaria para dar respuesta a determinado tipo de necesidades que se presentan de forma simultánea.

En España no existe un modelo uniforme de prestación ni de coordinación de servicios sanitarios y sociales. En unos casos los modelos proceden de sus planes gerontológicos, en otros se han realizado programas socio-sanitarios específicos y en algún caso se han incluido en sus Planes de Salud. Asimismo, la diferente denominación de unos y otros como red socio-sanitaria, sistema de coordinación o espacio socio-sanitario revela distintas formas de entender la organización.

La coordinación debe realizarse a varios niveles:

- Entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.
- Entre los diversos recursos y niveles de atención de un mismo sistema.
- Entre los servicios profesionales, sociales y sanitarios, y el sistema de apoyo informal.
- Entre las diferentes Administraciones Públicas: General del Estado, Autonómicas y Locales.

Existen variados modelos de CSS, divergentes en su forma de gestión y financiación. Las iniciativas se pueden agrupar en dos grandes bloques:

- **Coordinación socio-sanitaria.** “*Conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de ASS que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia*” (Sancho Castiello T, 2000). Intenta optimizar los recursos de ambos sistemas y lograr la mejor comunicación entre ellos con vista a una intervención conjunta.

- **Red de Atención Socio-sanitaria.** Conjunto de recursos destinados de forma específica a la ASS de las personas en situación de dependencia. Se trata de una reorientación de los servicios sanitarios y sociales, algunos de los cuales, junto a otros recursos específicos, pasan a formar parte de un tercer sistema o red de ASS. Ello implica cambios en el diseño de los modelos de gestión y financiación para que este sistema tenga entidad propia (4).

En general, se acepta que la ASS abarca al conjunto integrado de servicios y prestaciones sociales y sanitarias, públicas y privadas, que se destinan a la rehabilitación y cuidados de las personas que se encuentran en diferentes situaciones de dependencia.

Criterios generales de coordinación socio-sanitaria

- 1) La coordinación socio-sanitaria no puede sustituir la escasez de recursos.
- 2) La coordinación socio-sanitaria parte del reconocimiento de la competencia de cada una de las partes (sanitaria, social y diversos servicios) y de la necesidad de la mejor utilización del recurso adecuado en cada situación.
- 3) El acceso a los recursos sanitarios y sociales debe basarse en la valoración exhaustiva por parte de equipos profesionales expertos.
- 4) La distribución equitativa de los recursos según las características de cada territorio debe ser un objetivo prioritario.
- 5) El acceso a los recursos debe producirse descentralizadamente a nivel territorial (áreas de influencia basadas en la facilidad de acceso, uso natural del mismo por parte de la población y existencia de los recursos).
- 6) Las estructuras básicas de coordinación deben contar con la presencia de profesionales expertos y deben tener territorios delimitados donde tengan competencias ejecutivas.
- 7) La Administración es el garante de la equitativa provisión de los servicios así como del establecimiento de prioridades de acceso según necesidades ante las diferencias entre oferta y demanda.

5. RECURSOS DE ATENCIÓN SOCIO-SANITARIA

5.1. La Enfermera Gestora de Casos

Situada en el equipo de Atención Primaria (EAP) tiene como objetivo gestionar, en domicilio, la continuidad asistencial y los cuidados a personas con alta comorbilidad o pluripatología, con frecuentes reingresos hospitalarios no programados y visitas a urgencias. Personas mayores en situación de alta fragilidad, con trastornos cognitivos y procesos crónicos como diabetes, cardiopatías, procesos respiratorios, etc.

La gestión de casos se define, como “Proceso de colaboración mediante el que se valoran, planifican, aplican, coordinan, monitorizan y evalúan las opciones y servicios necesarios para satisfacer las necesidades de salud de una persona, articulando la comunicación y recursos disponibles para promover resultados de calidad y costo-efectivos” (Case Mangement Society of América: *Standards of Practice for Case Management*, 2002).

La Enfermera Gestora de Casos de Atención Primaria se coordina con el hospital antes del alta de los pacientes frágiles y complejos en domicilio. Esta coordinación se conoce como “Pre-Alta”. El objetivo es conocer las necesidades de cuidados y seguimiento que el paciente requiere para planificarlo con tiempo suficiente, antes de ser asumido por el EAP en domicilio (6).

5.2. Equipos de Soporte de Atención Domiciliaria

La Dirección General de Atención Primaria y Especializada del INSALUD implantó en 1998 el Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD), se planteó como una unidad de apoyo de Atención Primaria, formada por profesionales médicos, de enfermería y personal auxiliar, cuyas funciones (asistenciales, de coordinación, docentes y de investigación) se orientan prioritariamente a proporcionar apoyo a los profesionales de EAP en el desarrollo del programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte.

Siendo los objetivos específicos del Programa:

- 1) Proporcionar una adecuada organización en la atención a los pacientes incluidos en el programa desde Atención Primaria.

- 2) Ofertar una atención integral de calidad a los pacientes incluidos y a sus cuidadores:
 - Contribuir al control de la sintomatología.
 - Contribuir a mejorar el autocuidado.
 - Dar apoyo y formación a los cuidadores.
- 3) Mejorar la coordinación entre los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención a estos pacientes, estableciendo acuerdos y circuitos de coordinación en distintos niveles de atención sanitaria y otras instituciones:
 - Comisión Sociosanitaria de Área y Distrito.
 - Servicios Sociales.
 - Servicios clínicos y centrales del hospital de referencia (por ejemplo, Farmacia, Medicina Interna, Geriátrica, Urgencias, Oncología, etc.).
 - Unidades de media y larga estancia.
- 4) Contribuir a mejorar la formación de los profesionales sanitarios implicados en el desarrollo del programa.
- 5) Potenciar el desarrollo de líneas de investigación en relación a la atención domiciliaria.
- 6) Proporcionar apoyo a la familia mediante la formación e información a los cuidadores y la coordinación de los recursos sociales disponibles (7).

Los Equipos de Soporte a la Atención Domiciliaria (PADES) fueron creados en 1986 por el Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya, en el programa “*Vida als Anys*” actualmente “Plan Director Sociosanitario”. Se trata de unidades superponibles a los ESAD. Su área de influencia se limita a Cataluña. Están formados por médico, enfermeras y trabajador social. Al igual que los ESAD, sus funciones principales son la asistencial, de manera compartida con Atención Primaria y la coordinación con atención especializada y con los recursos socio sanitarios (5).

5.3. Equipo de soporte en el hospital

Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos y Unidades Funcionales Interdisciplinarias Socio sanitarias.

Los Equipos de Valoración y Cuidados Geriátricos (EVCG) se describieron en el capítulo 1 como *“unidades hospitalarias interdisciplinarias y básicas en la atención específica a los pacientes geriátricos del centro, y de apoyo a la atención primaria del área correspondiente”*.

En el Plan Director Sociosanitario de Cataluña las Unidades Funcionales Interdisciplinarias Socio-Sanitarias (UFISS) son equipos interdisciplinarios especializados que dan soporte a los diferentes servicios del hospital de agudos en la valoración y control de los grupos de pacientes diana, que mayoritariamente son la población geriátrica y las personas con enfermedad terminal.

Además de realizar atención directa, tienen un papel importante en la coordinación de recursos entre niveles asistenciales, y en la docencia a otros profesionales del hospital.

En función de su actividad principal, los equipos se orientan a la atención:

- **Geriátrica:** destinados a la atención a las personas mayores, especialmente a las que presentan pluripatología y síndromes geriátricos, como a las que tienen necesidad de coordinación de recursos al producirse el alta hospitalaria.
- **Cuidados paliativos:** destinados a la atención a personas en situación avanzada o terminal, especialmente a personas con cáncer.
- **Mixtas:** estas unidades se encuentran en hospitales de menor complejidad y combinan la atención a enfermos geriátricos y terminales.
- **Respiratorio:** destinadas a personas con patología respiratoria crónica y particularmente a aquellas que tienen necesidad de ventilación mecánica (5, 8).

5.4. Atención diurna ambulatoria: Hospital de Día sociosanitario

Los servicios de atención de día sociosanitarios prestan asistencia, predominantemente, a personas mayores enfermas, pero también a otros enfermos crónicos que requieren medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento o diagnóstico y seguimiento especializado en régimen diurno ambulatorio. Los objetivos de los servicios de atención de día se centran en la evaluación integral, la rehabilitación y/o la atención continuada de mantenimiento.

Según el volumen de población y las áreas de influencia se pueden diferenciar unidades específicas entre las que se destacan:

- **Hospital de Día terapéutico y rehabilitador.** Especialmente orientado a la rehabilitación después de procesos agudos o en el curso evolutivo de enfermedades crónicas cuando se pueden realizar intervenciones multidisciplinarias con el objetivo de mejorar o retardar la evolución del proceso y de la discapacidad, si existiera.
- **Hospital de Día para enfermos de Alzheimer y otras demencias.** Destinado a personas con trastorno cognitivo y de la conducta, que requieren medidas integrales de soporte, rehabilitación, tratamiento, o valoración y seguimiento especializado en régimen diurno ambulatorio.
- **Hospital de Día paliativo.** Destinado a personas con enfermedad terminal, que requieren medidas integrales de atención en régimen diurno ambulatorio.
- **Hospital de Día para personas con enfermedades neurodegenerativas y daño cerebral.**

Los motivos puramente sociales no deben ser motivo predominante de asistencia al Hospital de Día independientemente de que se puedan hacer orientaciones o trabajar en estos aspectos. Este tipo de cuidados deben ser asumidos por los Centros de Día (6, 8).

5.5. Unidades de media estancia

Las unidades de media estancia (UME) reciben distintas denominaciones, en Cataluña se conocen como unidades de convalecencia. Otras denominaciones son unidades de cuidados intermedios, subagudos, etc.

Son unidades destinadas a personas que presentan una enfermedad de base o se encuentran en fase de recuperación de un proceso agudo y que tienen una pérdida de autonomía potencialmente recuperable. Necesitan cuidados médicos, enfermeros y/o rehabilitación que no pueden ser dispensados a domicilio, a fin de que recuperen el máximo de su capacidad funcional y autonomía. El tiempo medio de estancia en estas unidades debería de ser de 30 +/- 10 días (6).

Las UME pueden estar ubicadas en hospitales de agudos o fuera de ellos y pueden dar respuesta a gran parte de las demandas que se generan en los hospitales de agudos para la provisión de cuidados continuados (9, 10).

5.6. Unidades de larga estancia

La finalidad de la unidad de larga estancia es la atención de enfermos con patologías agudas o crónicas con reagudizaciones frecuentes, generalmente con pluripatología, deterioro funcional y cognitivo asociados y que requieren un tratamiento médico continuado durante un largo periodo de tiempo. En muchos casos estos pacientes presentan un problema sociofamiliar añadido. Las patologías que con mayor frecuencia se benefician del ingreso en una unidad de larga estancia son accidentes cerebrovasculares, úlceras por presión o heridas quirúrgicas complicadas, enfermedades degenerativas del sistema nervioso central en fase avanzada.

La principal característica del desarrollo de las unidades de larga estancia en España es su heterogeneidad. No existe, fuera de la comunidad científica, un consenso sobre la necesidad y sobre las características de estas unidades diferenciadas de las residencias geriátricas. Por ello solamente se han desarrollado en algunas comunidades en las que se ha considerado en algún momento una prioridad para la atención de las personas con discapacidad y determinado nivel de complejidad clínica. Donde existen, tampoco hay una uniformidad en la denominación de los centros donde están ubicados, llamándose centros sociosanitarios (especialmente en Cataluña) u hospitales de larga estancia (o de media y larga estancia). El sistema de acceso es distinto y la financiación también, así como el modelo de contratación por parte de la administración (5, 9).

5.7. Unidad de Psicogeriatría

La Unidad de Internamiento Psicogeriátrica de Media Estancia es para atender pacientes psicogeriátricos, mayoritariamente afectos de demencia y alteraciones psiquiátricas y/o del comportamiento que no permiten un correcto control de los síntomas en el domicilio o que suponen situaciones de riesgo para el paciente o su familia. También incluye los procesos de rehabilitación funcional en pacientes convalecientes de intervenciones traumatológicas que, por razón de su demencia, no pueden integrarse en unidades estándar dadas sus dificultades de colaboración en los programas rehabilitadores habituales. Estos ingresos para control de síntomas tienen carácter temporal y una duración media de entre uno y dos meses (11).

5.8. La Unidad de Cuidados Paliativos

La Unidad de Cuidados Paliativos (UCP) se define como *“una organización de profesionales sanitarios, que ofrece atención multidisciplinaria de cuidados paliativos mediante un amplio espectro de modalidades de asistencia que incluye necesariamente la hospitalización en camas específicas. La UCP debe cumplir unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, que garantizan las condiciones adecuadas de calidad, seguridad y eficiencia, para realizar esta actividad”* (12).

La UCP puede estar integrada en un dispositivo asistencial con una cartera de servicios más amplia (pacientes pluripatológicos) o como cartera de servicios de unidades como oncología, medicina interna o geriatría.

Los cuidados paliativos especializados son prestados por una organización y gestión diferenciadas del resto de servicios asistenciales con profesionales que tienen formación avanzada en este tipo de asistencia, y que cuenta con recursos físicos y financieros específicos mientras que los cuidados paliativos básicos son aquellos que cualquier servicio sanitario debería prestar para mejorar la atención de pacientes terminales y sus familias. Las formas organizativas más habituales de los servicios especializados de Cuidados Paliativos (CP) son el equipo de soporte y la UCP, caracterizándose esta última por la existencia de camas específicamente dedicadas a esta actividad.

La UCP provee al paciente con enfermedad avanzada y terminal y a su familia, una asistencia integral.

RESUMEN

La situación económica, el perfil de los mayores y las características sociales y familiares del entorno, han hecho que paulatinamente los problemas tengan que irse resolviendo desde una perspectiva que ya no es unidimensional, sino que supone una concatenación de elementos y disciplinas. Nace así la consideración multifactorial de los temas relacionados con las personas mayores. Se habla, así pues, de la consideración de muchos problemas desde al menos una doble vertiente social y sanitaria, que debe ser tomada en cuenta conjuntamente a la hora de la resolución de los problemas.

La Atención Socio-Sanitaria (ASS) se refiere al diagnóstico, tratamiento y seguimiento de los pacientes con unas características funcionales, psicológicas y sociales que merman su autonomía y les hacen susceptibles de marginación por lo que resulta indispensable una adecuada planificación de la atención. El conjunto de niveles de atención que desde un enfoque integral e integrado garantizan la atención de aquellas personas o grupos de población cuya problemática de salud no pueda ser resuelta exclusivamente por los servicios sanitarios ni por los servicios sociales.

La ASS comprende los cuidados destinados a aquellos enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social. En cualquier caso, se hace imprescindible una optimización de los recursos para que la asistencia alcance al mayor número de personas.

En el ámbito sanitario, la atención Sociosanitaria se llevará a cabo en los niveles de atención que cada comunidad autónoma determine.

La Sociedad Española de Geriatria y Gerontología define la Coordinación Socio-Sanitaria (CSS) como “el conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de Atención Sociosanitaria que presentan simultáneamente las personas dependientes”.

En este capítulo se describen algunos recursos de atención socio-sanitaria: la Enfermera Gestora de Casos, los Equipos de Soporte en la Atención Domiciliaria (ESAD) y PADES; Equipo de soporte en el hospital: EVCG y UFISS; atención diurna ambulatoria: Hospital de día sociosanitario; Unidades de media estancia; Unidades de larga estancia; Unidad de Psicogeriatría y la Unidad de Cuidados Paliativos (UCP).

6. REFERENCIAS

1. Defensor del Pueblo. La Atención Sociosanitaria en España: Perspectiva Gerontológica y otros aspectos conexos. Madrid, 2000. Disponible en: http://www.tinitus.com.ar/Download/Biblioteca/Geriatria/Geriatria_38.pdf.
2. Prieto A. Asistencia sociosanitaria: revisión y reflexiones. Geriatrika. 2002. 18(3): 101-113. Disponible en: <http://sites.google.com/site/dralvaroprieto/asistenciasociosanitaria>.
3. Centro de Documentación y Estudios. Atención Sociosanitaria: Una aproximación al Marco Conceptual y a los avances internacionales. Informe del Ararteko al Parlamento Vasco; 2007. Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_1357_3.pdf.
4. IMSERSO. Coordinación Sociosanitaria. Atención a las personas en situación de dependencia en España .Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 505-525. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancocap07-01.pdf>.
5. Salvà-Casanovas A, Llevadot D, Miró M, Vilalta M. y Rovira J.R. La atención geriátrica. Uno de los grandes ejes de la atención sociosanitaria en Cataluña. Rev Esp Geriatr Gerontol 2004; 39(2):101-8
6. IMSERSO. El Sistema Sanitario y la atención a las personas en situación de dependencia. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 467-501. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancocap06-01.pdf>.
7. Ministerio de Sanidad y Consumo. Programa de Atención Domiciliaria con Equipo de Soporte (ESAD). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
8. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Plan Director Sociosanitario. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Salut; 2007. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir3566/index.html>.

9. Millán JC. Recursos asistenciales y profesionales en Gerontología y Geriatria. En: Millán Calenti JC. Gerontología y Geriatria. Valoración e intervención. Madrid: Panamericana; 2010. p. 37-55.
10. Sánchez Ferrín P. Unidades de convalecencia. Rev Mult Gerontol. 2005; 15(1):13-15. Disponible en: http://www.nexusediciones.com/pdf/gero2005_1/g-15-1-004.pdf.
11. Sánchez Pérez M. Asistencia sociosanitaria en salud mental: Evaluación de una experiencia. Informaciones Psiquiátricas. revistahospitalarias.org. 2002; 167. Disponible en: http://www.revistahospitalarias.org/info_2002/01_167_12.htm.
12. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de cuidados paliativos: Estándares y recomendaciones. Informes, Estudios e Investigación. Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social; 2009. Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>.

CAPÍTULO 3

Planes y Programas Gerontológicos. Ley de Dependencia

Esperanza Ballesteros Pérez
Adela Gejo Bartolomé

1. PLANES Y PROGRAMAS GERONTOLÓGICOS

La reflexión que exige la evolución demográfica de España no debe circunscribirse únicamente a las prestaciones económicas, sino que también debe contemplar la necesidad de destinar esfuerzos a la creación de programas específicos en los que se ponga de manifiesto el reconocimiento social a las personas mayores y se valore el patrimonio cultural, humano y social, que éstas representan para el conjunto de la sociedad (1).

1.1. Medidas de las Naciones Unidas

1.1.1. Medidas tomadas para mejorar la condición de las personas de edad¹

La cuestión de las personas de edad es de gran interés para las Naciones Unidas, especialmente debido a las implicaciones de salud y derechos humanos que se vinculan al tema. En los últimos años se ha dado mayor énfasis al tratamiento de las personas mayores, debido a que han aumentado las expectativas de vida en el mundo, especialmente, desde hace 20 años, mientras que la tasa de fecundidad va en descenso. Esto da lugar a una mayor cantidad de personas ancianas en el mundo, tanto en proporción como en números absolutos (2).

1. TOMADO DE: Naciones Unidas. Centro de Información. México, Cuba y Republica Dominicana [actualizado 26 Ago 2010]. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p_edad.htm

La Organización de Naciones Unidas (ONU) ha estudiado la cuestión de las personas de edad desde 1948, cuando la Asamblea General aprobó la resolución 213 (III) relativa al proyecto de declaración de los derechos de la vejez. Desde entonces el tema fue abordado de forma indirecta por la Asamblea y por los organismos interesados en las cuestiones sociales. Sin embargo en 1977 se abordó el problema de forma directa al hacer énfasis en la necesidad de organizar una asamblea mundial sobre las personas de edad y en 1978 se acordó que dicha conferencia tuviera lugar en 1982.

Desde entonces las Naciones Unidas han adoptado medidas de gran importancia tales como:

- **Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento.** Aprobado en la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Viena, 1982). Recomendaba medidas en sectores tales como el empleo y la seguridad económica, la salud y la nutrición, la vivienda, la educación y el bienestar social. Además se considera a las personas de edad como un grupo de población diverso y activo con aptitudes diversas y necesidades especiales en algunos casos (3).
- **Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad.** Fueron aprobados en 1991 y anima a los gobiernos de los estados que introduzcan lo antes posible en sus programas nacionales, los siguientes principios:
 - **Independencia**
 - Acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestimenta, atención de salud adecuada, apoyo de sus familias, de la comunidad, ingresos propios o de su autosuficiencia.
 - Jubilación flexible y voluntaria, acceso a programas educativos, seguridad en el entorno, adaptable a sus cambios y preferencias, residiendo en su domicilio por tanto tiempo como sea posible.
 - **Participación**
 - Integración en la sociedad participando en la formulación de políticas que afecten a su bienestar y compartiendo conocimientos y habilidades con otras generaciones.

- Aprovechar oportunidades de prestar servicio a la comunidad como voluntarios. Formar movimientos o asociaciones específicas.
- **Cuidados**
- Cuidados y protección familiar y de la comunidad según los valores sociales.
 - Acceso a servicios sociales y/o sanitarios, jurídicos, institucionales que respeten su dignidad y les permitan disfrutar de sus libertades fundamentales, les proporcionen atención y les ayuden a mantener o recuperar su nivel óptimo de salud y bienestar.
- **Autorrealización**
- Aprovechar las oportunidades que les permitan desarrollar su potencial, teniendo acceso a los recursos educativos, culturales y recreativos.
- **Dignidad**
- Vivir con dignidad y seguridad viéndose libres de explotaciones y malos tratos, recibiendo un trato digno e independiente de la edad, el sexo, la procedencia, la discapacidad o sus condiciones económicas (1).
- **Proclamación sobre el envejecimiento.** Fue aprobada en 1992 en una conferencia internacional sobre el envejecimiento que tuvo lugar por el décimo aniversario de la Asamblea Mundial sobre el envejecimiento y establece la orientación general para seguir aplicando el Plan de Acción, y proclamó 1999 como el Año Internacional de las Personas de Edad. Este año tenía como tema unificador “Hacia una sociedad para todas las edades”. La observancia de este año se llevó a cabo a través del estudio del tema en cuatro dimensiones:
- La situación de las personas de edad.
 - El desarrollo individual a lo largo de toda la vida.
 - Las relaciones entre generaciones.
 - La relación entre desarrollo y envejecimiento de la población.

- Marco de políticas para una sociedad para todas las edades y Programa de Investigación para el envejecimiento para el siglo XXI. Estos documentos sintetizan las políticas para facilitar la transición hacia una sociedad para todas las edades. Fueron adoptados en 1999 cuando la Asamblea General se reunió para efectuar el seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad (4).

El Programa de Investigación establece prioridades en la investigación y recogida de datos en relación con las políticas de actuación. Al mismo tiempo, este Programa anima a los investigadores a proseguir sus estudios en los ámbitos del envejecimiento donde sus hallazgos puedan tener una aplicación práctica y realista.

1.1.2. Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento (Madrid 2002)

La Asamblea General de Naciones Unidas decidió convocar en su 54ª sesión una Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002. Esta reunión se celebró con motivo del 20 aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Viena en 1982. El objetivo de esta nueva convocatoria era realizar un examen general de los resultados de la primera y aprobar un plan de acción revisado y una estrategia a largo plazo sobre el envejecimiento en el contexto de una sociedad para todas las edades, en que se prevean revisiones periódicas.

En la Asamblea se adoptaron dos documentos claves: una **Declaración Política y el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002**, que marcan un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío decisivo que supone la construcción de una sociedad para todas las edades.

El Plan de Acción de Madrid constituye un nuevo y ambicioso programa para encarar el reto del envejecimiento en el siglo XXI. El Plan de Acción se centra en tres ámbitos prioritarios: las personas de edad y el desarrollo, el fomento de la salud y el bienestar en la vejez y la creación de un entorno propicio y favorable, sirve de base para la formulación de políticas y apunta a los gobiernos, a las organizaciones no gubernamentales y a otras partes interesadas las posibilidades de reorientar la manera en que sus sociedades perciben a los ciudadanos de edad, se relacionan con ellos y los atienden. Es también la primera vez que los gobiernos han aceptado vincular las cuestiones del envejecimiento a otros marcos del desarrollo social y económico y de los

derechos humanos, en particular los convenidos en las conferencias y cumbres celebradas por las Naciones Unidas durante el último decenio del siglo XX (5).

El 22 de julio de 2011 se publica el informe del Secretario General de la Asamblea General de las Naciones Unidas: *“Seguimiento del Año Internacional de las Personas de Edad: Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento”*. El informe se centra en la situación de los derechos humanos de las personas de edad en todas las regiones del mundo. El informe ofrece un panorama general de algunos de los problemas a que se enfrentan los hombres y las mujeres de edad a la hora de disfrutar de sus derechos y presenta ejemplos de respuestas de los gobiernos ante esos problemas. Además, presenta una colección ilustrativa de medidas legislativas, políticas y programas, y describe las principales cuestiones relativas a los derechos humanos, como la discriminación, la violencia y los malos tratos, la protección social, la atención a largo plazo, los servicios adaptados a edades concretas, la participación, el acceso a la justicia y las pensiones vitalicias (6).

1.2. Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional

En el Diario Oficial de la Unión Europea, el 23 de septiembre de 2011, se publica la “Decisión n° 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo” con el objeto de declarar 2012 como el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional.

El objetivo general del Año Europeo es facilitar la creación en Europa de una cultura del envejecimiento activo, basada en una sociedad para todas las edades. En este marco, el Año Europeo fomentará y apoyará los esfuerzos de los Estados miembros y sus autoridades regionales y locales, de los interlocutores sociales, de la sociedad civil y de la comunidad empresarial, incluidas las pequeñas y medianas empresas, para promover el envejecimiento activo y redoblar el esfuerzo por movilizar el potencial de las personas, cada vez más numerosas, próximas a los 60 años o mayores. De ese modo, fomentará la solidaridad y la cooperación entre las generaciones, teniendo en cuenta la diversidad y la igualdad entre las mujeres y los hombres. Promover el envejecimiento activo consiste en crear mejores oportunidades para que las mujeres y los hombres de más edad puedan participar en el mercado laboral, combatir la pobreza, en particular la de las mujeres, y la exclusión social, incentivando el voluntariado y la participación activa en la vida familiar y en

la sociedad, y fomentando un envejecimiento saludable con dignidad. Esto supone, entre otros, adaptar las condiciones laborales, luchar contra los estereotipos negativos relacionados con la edad y contra la discriminación por razón de edad, mejorar la higiene y la seguridad en el trabajo, adaptar los sistemas de aprendizaje permanente a las necesidades de una mano de obra de más edad y garantizar que los sistemas de protección social sean adecuados y proporcionen incentivos correctos (7).

2. PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL

El periodo correspondiente a la década de los ochenta (años sesenta y setenta en Europa) conduce a la constatación de que es necesaria la planificación gerontológica para abordar un diagnóstico más preciso de las necesidades que en este sector se producirán en años venideros y planificar en base a estudios rigurosos de necesidades, las políticas de atención para un amplio periodo. De estas inquietudes y proyectos surge el Plan Gerontológico (IMSERSO, 1993), que había venido elaborándose desde el año 1988. Su difusión supuso un cambio cualitativo para el área del conocimiento relacionada con la vejez, constituyéndose rápidamente en un decisivo referente no tanto por su contribución al crecimiento y desarrollo de los servicios, que también lo hizo, como por su clarificación conceptual en la organización y formulación de respuestas a sus necesidades.

Desde los servicios sociales, el Plan Gerontológico ha marcado una pauta de comportamiento social y ha sido la directriz de muchas de las políticas de servicios sociales de las Comunidades Autónomas. El Plan Gerontológico se elaboró desde el entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales, dentro del Ministerio de Asuntos Sociales y fue asumido por la Conferencia Sectorial de Asuntos Sociales en la totalidad de sus miembros. La vigencia fue fijada por la propia institución que lo elaboró para el periodo 1992-2000.

Como figura en la presentación del documento, una política que quiera ser eficaz y pretenda conseguir los objetivos esperados por áreas de actuación, debe enmarcarse en un plan de acción integral que pueda desarrollarse a través de medidas concretas. El Plan Gerontológico Nacional cumple estas expectativas. Pretende ser una guía para mejorar las condiciones de vida de los mayores, poniendo a su disposición una red de recursos, fomentar su participación y protagonismo social, reforzar su autonomía, y modificar los valores sociales en relación a la vejez.

La pretensión es contribuir a crear un estilo en la política social dirigida a las personas mayores que impulse, dinamice y afiance acciones que consoliden una defensa de los derechos de las personas de más edad.

Objetivos generales del Plan Gerontológico Nacional

Pueden resumirse en:

- Desarrollo de un sistema de pensiones no contributivas para los mayores de 65 años con recursos insuficientes y complementar las pensiones de los que han perdido su autonomía.
- Promover la salud de los mayores, mejorando su bienestar y garantizándole, cuando lo precise, una adecuada atención primaria y hospitalaria.
- Acercar los servicios sociosanitarios a los mayores dentro de un marco sectorial. Fortaleciendo las estructuras administrativas para la distribución equitativa de recursos. Garantizar la investigación y la formación especializada de los profesionales.
- Ofrecer servicios sociales idóneos que den respuesta a las necesidades de los ancianos, potenciando el desarrollo de los que propicien su autonomía personal, la permanencia en su domicilio y la convivencia en su entorno habitual.
- Incrementar los conocimientos que tiene la sociedad con respecto al hecho social del envejecimiento. Fomentar la participación y corresponsabilidad de los mayores en el desarrollo de la política social.
- Facilitar el acceso de los mayores a los bienes culturales y fomentar el empleo creativo del tiempo libre.
- Extender el concepto de participación democrática, para la integración social de las personas mayores y para que éstas se incorporen a todas las actividades de la vida social.

Áreas de actuación en que se estructura el Plan Gerontológico

- **Pensiones:** Mejora y revalorización de pensiones.
- **Salud y asistencia sanitaria:** Promoción de la salud y prevención de enfermedades e incapacidad.

- **Servicios sociales:** Políticas sociales y prestación de servicios que extienden su cobertura con criterios de acercamiento, integración y coordinación de recursos.
- **Cultura y ocio:** Acceso a los bienes culturales, educación, formación, realización personal. Sensibilización social sobre el envejecimiento y la vejez.
- **Participación:** Fomento de la participación social y política de los mayores. Establecer órganos de representación, planificar y seguir acciones y medidas de política social que afecten a este colectivo (1).

Más allá de su papel de referente teórico de las diferentes políticas que se han desarrollado en España, el específico grado de ejecución del Plan Gerontológico ha de valorarse como bastante escaso (IMSERSO, 1998). Su reducida dotación presupuestaria, el escaso crecimiento del gasto en servicios sociales del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales, así como las dificultades del proceso de descentralización territorial de las competencias y de la gestión de los servicios sociales, coincidentes en el tiempo con la plena vigencia de este Plan, se configuran como causas esenciales de esta situación. A ello habría que añadir otra valoración más cualitativa. La sociedad española en ese momento, y también ahora, sigue percibiendo los problemas de atención a las personas mayores como un asunto que se mueve en el ámbito de la privacidad, de lo íntimo, y no tanto como una responsabilidad de los poderes públicos y de la sociedad en general. En definitiva, su grado de presión para que nuestro sistema de protección social disponga de respuestas adecuadas a las necesidades de las personas mayores todavía era y sigue siendo escaso² (8).

2.1. Plan de Acción para Personas Mayores 2003-2007

Tomando como referente el Plan Gerontológico, este Plan se fundamenta en las exigencias de las políticas sociales de mayores de cara al futuro, y fue ampliamente consensuado, tanto con las Administraciones territoriales, como con el resto de agentes que participan en este campo de acción social. Además

2. TOMADO DE: IMSERSO. La década de los noventa. El auge de la planificación Gerontológica. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 348-350. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>.

de las aportaciones que realizaron las Comunidades Autónomas y las entidades locales, a través de la Federación Española de Municipios y Provincias, el texto recoge aportaciones realizadas por organismos como el Consejo Estatal de las Personas Mayores, el movimiento asociativo, la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, así como las realizadas por los sindicatos mayoritarios, las organizaciones patronales y más de 40 expertos en campos como el de la sociología, la psicología y la gerontología social (9).

Según Rafael Pineda (2003)³, las tres razones que justifican el nuevo Plan de Acción, y que aprovecha todo lo positivo que existía, son:

- 1) La nueva realidad en la organización de las Administraciones Públicas, distinta a la organización administrativa del Estado español existente cuando se elaboró el Plan Gerontológico. Se había producido el traspaso de competencias en servicios sociales, sanitarios, educativos, etc. Lo que exigía armonizar competencias de la Administración General del Estado con las competencias de las Comunidades Autónomas (CCAA).
- 2) Había situaciones nuevas y nuevos retos en el sector de población mayor.
 - Acentuación de las situaciones de dependencia.
 - El insuficiente apoyo a las familias cuidadoras.
 - El fenómeno creciente de la inseguridad ciudadana que afecta igualmente a las personas mayores más vulnerables.
 - Exigencias de las personas mayores de seguir contribuyendo a la sociedad.
 - El escaso aprovechamiento de la iniciativa social.
- 3) Las directrices emanadas de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en abril de 2002 y, en concreto, del Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento (10).

3. TOMADO DE: Pineda R. Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Aprobado por el Consejo de Ministros del día 29 de agosto. Sesenta y más. 2003; 219: 18-23.

El Plan de Acción para Personas Mayores es un diseño de política social en el sector de población mayor dirigido fundamentalmente a:

- Mejorar sensiblemente las condiciones de vida de las personas mayores, poniendo a su disposición una amplia red de recursos.
- Promover la autonomía y la participación plena de las personas mayores en la Comunidad, en base a los principios del envejecimiento activo.
- Desarrollar un Sistema Integral de Protección Económica y Sociosanitaria a las personas mayores en situación de dependencia.
- Mejorar la imagen social de la vejez y el envejecimiento.

Todo ello, mediante:

- El establecimiento de mecanismos de cooperación interadministrativa e interinstitucional.
- La participación de la sociedad civil.
- El impulso de la formación de los profesionales y la mejor capacitación de los cuidadores no formales.
- El fomento de la investigación gerontológica.

Estructura del Plan

El Plan de Acción para Personas Mayores se estructura en cuatro áreas de acción:

igualdad de oportunidades, cooperación, formación especializada e información e investigación.

Estas cuatro áreas de acción contienen, en total, 10 objetivos desarrollados en 38 estrategias que, a su vez, contemplan un total de 138 medidas. Entre las medidas más importantes, destaca la mejora de los programas de termalismo, talasoterapia y vacaciones para mayores; la adecuación legislativa del delito de maltrato a las personas mayores, con la aplicación de protocolos de detección del maltrato en centros sanitarios, la creación de un Centro de Referencia para los Enfermos de Alzheimer, o la puesta en marcha de un programa que incluya ayudas para las familias que tienen mayores a su cargo, con formación específica a estos cuidadores.

Los principios vertebradores del Plan son los que define Naciones Unidas para las personas mayores: **independencia, participación, cuidados asistenciales, autorrealización y dignidad**. A estos principios se añadió uno más, el de cooperación, ya que el Plan establece, dentro del respeto más absoluto a las competencias de las distintas Administraciones, ciertos mecanismos de relación interterritorial destinados a mejorar la eficacia de las medidas que se incluyen en el plan.

Contenidos ⁴

Área I: Igualdad de oportunidades

En esta área se aborda la cobertura de las necesidades propias del colectivo de mayores. Es la más extensa de todas por su importancia y porque intenta dar respuesta a los nuevos retos y necesidades relacionados con las personas de edad.

Se propone alcanzar dos objetivos generales:

- **Objetivo 1.** Promover la autonomía y la participación plena y activa de las personas mayores en la comunidad.
- **Objetivo 2.** Desarrollar un sistema integral de protección económica y sociosanitaria a las personas en situación de dependencia.

Área II: Cooperación

Las iniciativas contempladas en este Plan tienen que basarse para su desarrollo y aplicación en estrategias de cooperación entre las distintas Administraciones públicas, asociaciones de mayores, ONG y el sector privado.

Los tres objetivos generales de esta área son:

- **Objetivo 1.** Establecer mecanismos de cooperación interadministrativa y mejorar los existentes.

4. EXTRAÍDO DE: Boletín Portal Mayores. 2003; 6. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>.

- **Objetivo 2.** Impulsar mecanismos de cooperación y participación con la sociedad civil.
- **Objetivo 3.** Desarrollar vías eficaces de cooperación internacional a favor de las personas mayores.

Estos tres objetivos generales se desarrollarán en seis líneas estratégicas y 20 medidas, entre las que destacan la puesta en marcha de una Comisión Interministerial de Coordinación de políticas a favor de las personas mayores y la creación del Consejo de Universidades de Mayores.

Área III: Formación especializada

Los profesionales de los servicios sociales, los profesionales de la sanidad y las familias cuidadoras ocupan un lugar fundamental en el desarrollo de este Plan. Por ello, esta área se propone dos objetivos relacionados con la formación de estos colectivos:

- **Objetivo 1.** Impulsar la formación y cualificación de profesionales.
- **Objetivo 2.** Desarrollar programas de acciones formativas para mejorar la capacitación de los cuidadores no formales.

Estos objetivos se desarrollan a través de cuatro líneas estratégicas y nueve medidas.

Área IV: Información e investigación

Esta área incluye una serie de actuaciones dirigidas a informar a la sociedad sobre el colectivo de mayores y a impulsar la investigación gerontológica.

Son tres los objetivos generales de esta área:

- **Objetivo 1.** Garantizar a los diferentes sectores sociales una información adecuada e integral sobre las personas mayores.

- **Objetivo 2.** El Observatorio de Personas Mayores del IMSERSO será el garante de esta información integral sobre el colectivo de las personas de edad. Ofrecerá una información periódica y sistemática sobre diversos aspectos de este grupo de población.
- **Objetivo 3.** Impulsar la investigación gerontológica interdisciplinar, tanto a nivel estatal como a nivel internacional.

Estos objetivos se desarrollan por medio de nueve líneas estratégicas y 27 medidas concretas (11).

3. PLANES Y PROGRAMAS GERONTOLÓGICOS AUTONÓMICOS

Abordar el envejecimiento mediante la implantación de políticas requiere que se produzca una sinergia entre los recursos sanitarios y los sociales, que se proporcione el apoyo necesario a las familias y que se impliquen las asociaciones comunitarias. Esto necesita una estrategia que movilice, involucre y coordine todos los sectores implicados. Los planes explícitos se consideran útiles para ofrecer una dirección estratégica a las organizaciones, al recoger las metas y los objetivos para mejorar la salud, las prioridades entre los objetivos propuestos y las principales acciones para conseguirlo (12).

En una situación de descentralización administrativa, donde las CCAA son responsables de la formulación y la ejecución de los planes de atención a los mayores (Tabla 1), es importante conocer su orientación para saber qué prioridades de intervención o áreas de interés tienen, en qué lugar de su agenda política se recogen, y si hay diferencias importantes entre ellas que condicionen la equidad del Sistema Nacional de Salud.

La creación de programas específicos para la atención a los ancianos en cada una de las autonomías depende evidentemente de la negociación de las competencias en los traspasos, y concretamente del considerable esfuerzo en el desarrollo de recursos institucionales, en la distribución del presupuesto, en la mejora de la provisión de recursos desde la atención primaria y en la formación de los distintos profesionales que han de participar en el cuidado de las personas mayores desde el equipo interdisciplinar.

Tabla 1.

PLANIFICACIONES GERONTOLÓGICAS Y AFINES POR CCAA

ÁMBITO	COMUNIDAD	TÍTULO
Autonómico	Andalucía	Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer 2003-2006
Provincial	Andalucía	Plan de Apoyo a la Familia. Diputación Provincial de Málaga
Autonómico	Andalucía	Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas
Autonómico	Andalucía	Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010
Provincial	Sevilla	Plan Provincial de Servicios Sociales, 2008-2011
Autonómico	Asturias	Plan de Intervención en Residencias
Autonómico	Baleares	Plan estratégico de las personas mayores de las Islas Baleares. Propuestas de actuación.
Autonómico	Canarias	III Plan Canario de Prevención de los Efectos de las Elevadas Temperaturas (Ola de calor)
Autonómico	Canarias	Plan General de Servicios Sociales. Sección Mayores
Autonómico	Castilla-La Mancha	II Plan de Atención a las Personas Mayores de Castilla-La Mancha
Autonómico	Cataluña	Libro blanco de las personas mayores activas
Autonómico	Cataluña	Libro blanco de las personas mayores con dependencia
Autonómico	Cataluña	Plan Ola de Calor 2006
Municipal	Barcelona	Programa municipal de Personas Mayores 2006- 2010
Autonómico	Extremadura	Plan de Atención para las Personas Mayores de Extremadura 2001-2005
Autonómico	Galicia	Plan Gallego de personas mayores 2010-2013
Provincial	Galicia	Plan de accesibilidad.- Diputación Provincial de Lugo
Autonómico	Madrid	Plan de mayores
Autonómico	Navarra	Plan Estratégico de Servicios Sociales de Navarra 2008-2012
Provincial	País Vasco	Plan Gerontológico de Bizkaia 2006-2011
Autonómico	Rioja (La)	I Plan integral de personas mayores 2002-2005
Autonómico	Rioja (La)	II Plan integral de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia: Personas mayores (2007-2010)

TOMADO DE: Portal Mayores. IMSERSO. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/recursos/programas/materias.html>.

La formulación de las políticas sobre envejecimiento y atención a personas mayores por parte de las CCAA se hace generalmente a través de los planes sociosanitarios, que están orientados a los colectivos de población con dependencia y que, en función de los gobiernos autónomos que los elaboran, incluyen a las personas mayores, los enfermos mentales, las discapacidades, las drogodependencias, los cuidados paliativos, etc. Aunque la inclusión de diferentes colectivos es variable, en todos ellos están presentes las personas mayores como grupo específico de formulación de políticas (13).

La práctica totalidad de las CCAA han comenzado el desarrollo de estructuras organizativas nuevas en la administración, aunque otras lo realizan sin la creación de estas. El Ministerio de Sanidad y el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales ya incorpora la coordinación sociosanitaria en sus planes, aun cuando las comisiones sociosanitarias, como estructura coordinadora, no disponen aún de verdadero poder ejecutivo. En cuando a los Planes, su evaluación rigurosa no se puede llevar a cabo todavía, ya que las realizaciones al respecto son escasas (14).

Así, la atención a los mayores en situación de dependencia, independientemente de la comunidad autónoma que se considere, sigue llevándose a cabo mediante dos dispositivos que actúan con escasa conexión entre sí: por un lado, respecto a los problemas sanitarios, los servicios regionales de salud son los encargados de proporcionar la asistencia necesaria sobre unas bases de accesibilidad universal; por otro lado, en relación a la problemática que acompaña al fenómeno de la dependencia, los ayuntamientos o los gobiernos autonómicos, según sea el servicio social de que se trate, regulan mediante pruebas de medios tanto el acceso a los servicios como la cuantía de los copagos por parte de los individuos. Así mismo, además de las barreras anteriores de carácter institucional y financiero, es probable que la distinta cultura profesional de los sectores sanitario y social, centrado en la curación el primero y en el cuidado el segundo, también haya jugado en contra de una mayor articulación sociosanitaria (15).

Si se habla del sector sanitario, según datos del estudio comparativo realizado por Zafra en el año 2002, en ese momento diez CCAA no tenían un plan sociosanitario, seis sí habían formulado un programa sociosanitario que recogía las políticas sobre envejecimiento y estaba orientado a las personas mayores, además de a otros colectivos con dependencia y

susceptibles de atención sociosanitaria, y Canarias tenía un programa para las personas mayores pero exclusivamente dirigido a AP. El análisis comparativo de dichos planes autonómicos mostraba una gran variabilidad en cuanto al número y orientación de las intervenciones propuestas (12).

4. LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

La Ley, 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia (LAAD) ha supuesto un histórico y enorme avance en relación a la consecución de la protección de los derechos del estado de bienestar de las personas, como ya lo fue el reconocimiento del derecho a la salud, la educación y las pensiones (14, 16).

- El **objeto de la Ley** es reconocer un nuevo derecho de ciudadanía en España, universal, subjetivo y perfecto: el derecho a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) (artículo 1).
- Los **principios fundamentales** que inspiran la Ley se detallan en el artículo 3 de la LAAD, los más significativos son los siguientes:
 - El carácter universal y público de las prestaciones.
 - El acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y no discriminación.
 - La participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.
- El **SAAD se constituye** con el fin de promover la autonomía personal y garantizar la atención y protección a las personas en situación de dependencia en todo el territorio del Estado español, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias. El SAAD, además, **se configurará** como una red de utilización pública que integra, de forma coordina-

da, centros y servicios, públicos y privados (artículo 6). Finalmente se crea el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, como instrumento de cooperación para la articulación del Sistema y en el que participan la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales (artículos 8 a 12).

- Los **requisitos básicos para ser titular de los derechos** establecidos en la Ley que se detallan en el artículo 5, son los siguientes:
 - Ser español (o tener residencia legal en España). Cualquier edad, pero con peculiaridades para los menores de 3 años.
 - Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos por la LAAD.
 - Residir en territorio español (especificidad para los nacionales de la UE) y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud. Para los menores de cinco años, el período de residencia se exigirá a quien ejerza su guarda y custodia.
- Como **prestaciones de atención a la dependencia**, el artículo 14 contempla tanto prestaciones económicas como servicios, si bien estos últimos tendrán carácter prioritario y se prestarán a través de la oferta pública de la Red de Servicios Sociales por las respectivas CCAA mediante centros y servicios públicos o privados concertados debidamente acreditados. Las prestaciones económicas y los servicios son incompatibles entre sí, salvo la teleasistencia de los no residenciados.
- El **Catálogo de Servicios del Sistema**, recogido en el artículo 15, es el siguiente:
 - Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.
 - Servicio de Teleasistencia.
 - Servicio de Ayuda a domicilio.
 - Servicio de Centro de Día y de Noche.
 - Servicio de Atención Residencial.

- La Ley de Dependencia **contempla tres nuevas prestaciones económicas**:
 - Prestación económica vinculada al servicio (artículo 17).
 - Prestación económica para cuidados en el medio familiar y apoyo a cuidadores no profesionales (artículo 18).
 - Prestación económica de asistencia personal (artículo 19).
- Las **ayudas económicas**, bajo la forma de **subvención**, irán destinadas a:
 - Apoyar a la persona con ayudas técnicas o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de su vida ordinaria.
 - Facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda.
- Los **grados de dependencia** que contempla la Ley en el artículo 26, son tres:
 - **Grado I de dependencia moderada.** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria (ABVD) al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.
 - **Grado II de dependencia severa.** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
 - **Grado III de gran dependencia.** Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de estos grados se clasificará, a su vez, **en dos niveles**: 1 y 2, en función de la autonomía y atención y cuidado que requiera la persona.

- **Valoración de la situación de dependencia.** El artículo 27 de la Ley establece la existencia de **un único baremo en todo el Estado español**, aprobado por el Gobierno mediante Real Decreto, para valorar la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades básicas de la vida diaria, así como la necesidad de apoyo y supervisión para su realización.

Las distintas CCAA determinarán los órganos de valoración de la situación de dependencia, que emitirán un dictamen sobre el grado y nivel de dependencia, con especificación de los cuidados que la persona pueda requerir. Dichos órganos de valoración tendrán en cuenta, además, los informes sobre la salud y entorno en el que viva el solicitante, así como aquellas ayudas técnicas, ortesis y prótesis que, en su caso, le hayan sido prescritas.

El reconocimiento de la situación de dependencia tendrá validez en todo el territorio del Estado.

- **Reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema.** Realizada la valoración del solicitante descrita en el apartado 6, la Administración Autonómica o Dirección Territorial del IMSERSO emitirá resolución en la que se determinará el grado y nivel de dependencia y los servicios o prestaciones económicas que correspondan al solicitante en atención a su grado y nivel de dependencia; en el marco de este procedimiento se establecerá el correspondiente **Programa Individual de Atención (PIA)** (artículo 28).

- **Financiación del SAAD.** Las Administraciones Públicas implicadas en la gestión del SAAD contribuirán a su financiación de la siguiente manera:

- **La Administración General del Estado** financiará el nivel mínimo de protección garantizado para cada uno de los beneficiarios (artículo 9). No obstante, se contempla la suscripción de Convenios anuales o plurianuales con las CCAA al objeto de incrementar este nivel mínimo (artículo 10).
- **Las CCAA aportarán cada año**, al menos una cantidad igual a la de la Administración General del Estado en su territorio (artículo 32).

- Los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarán en la financiación de las mismas según el tipo de servicio y en función de su capacidad económica personal (artículo 33). No obstante, ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del Sistema por no disponer de recursos económicos.
- **La efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia** se comenzó a realizar progresiva y gradualmente a partir del 2007 de acuerdo al siguiente calendario:
 - 2007, personas valoradas con un Grado III de gran dependencia, niveles 2 y 1.
 - 2008-2009, personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 2.
 - 2009-2010, personas valoradas con un Grado II de dependencia severa, nivel 1.
 - 2011-2012, personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 2.
 - 2013-2014, personas valoradas con un Grado I de dependencia moderada, nivel 1.

Tras la aprobación de la ley, diversas CCAA comenzaron a realizar Planes Integrales de Atención a la Dependencia, como Andalucía, Galicia, Aragón, Cataluña, Cantabria, Extremadura, que debían abordar el tema desde la coordinación sociosanitaria y desde los ámbitos sanitarios y social conjuntamente aunque así no haya sido desarrollado en la Ley, que sólo hace una leve mención en su artículo 21 a la prevención de la dependencia y a la coordinación sociosanitaria.

Se puede encontrar toda la información actualizada respecto a estos temas en el marco de salud, de envejecimiento y dependencia, en el Portal de Mayores del IMSERSO; y también en el Portal del Sistema de Atención, Autonomía y Dependencia (SAAD).

RESUMEN

La reflexión que exige la evolución demográfica de España no debe circunscribirse únicamente a las prestaciones económicas, sino que también debe contemplar la necesidad de destinar esfuerzos a la creación de programas específicos en los que se ponga de manifiesto el reconocimiento social a las personas mayores y se valore el patrimonio cultural, humano y social que éstas representan para el conjunto de la sociedad.

*La ONU ha estudiado la cuestión de las personas de edad desde 1948. Sin embargo en 1977 se abordó el problema de forma directa al hacer énfasis en que era necesario organizar una **Asamblea Mundial sobre Envejecimiento** y en 1978 se acordó que dicha conferencia tuviera lugar en Viena en 1982. Donde se aprobó el **Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento**.*

*En 1991 se aprobaron los **Principios de las Naciones Unidas a favor de las personas mayores: independencia, participación, cuidados, autorrealización y dignidad**.*

*El año 1999 se proclamó como el **Año Internacional de las Personas de Edad** que tenía como tema unificador “Hacia una sociedad para todas las edades”.*

*La Asamblea General de Naciones Unidas decidió en su 54ª sesión convocar una **Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento en Madrid del 8 al 12 de abril de 2002**. Esta reunión se celebró con motivo del 20 aniversario de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento que tuvo lugar en Viena en 1982. En la Asamblea se adoptaron dos documentos claves: una **Declaración Política** y el **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento 2002**, que marcan un punto de inflexión en la percepción mundial del desafío decisivo que supone la construcción de una sociedad para todas las edades.*

El Plan Gerontológico Nacional se venía elaborando desde 1988, pero su vigencia se fijó para el periodo 1992-2000. Pretendiendo ser una guía para mejorar las condiciones de vida de los mayores, poniendo a su disposición una red de recursos, fomentar su participación y protagonismo social, reforzar su autonomía, y modificar los valores sociales en relación a la vejez.

Más recientemente, el Plan de Acción para Personas Mayores 2003-2007, tomando como referente el Plan Gerontológico. Este Plan se fundamenta en las exigencias de las políticas sociales de mayores de cara al futuro. Las principales razones que justifican este nuevo Plan de Acción eran: en primer lugar, la nueva realidad en la organización de las Administraciones Públicas que exigía armonizar competencias de la Administración General del Estado con las competencias de las CCAA; en segundo lugar, había situaciones nuevas y nuevos retos en el sector de población mayor; y en tercer lugar, las directrices emanadas de la II Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento celebrada en Madrid en abril de 2002. El Plan de Acción para Personas Mayores se estructura en cuatro áreas de acción: igualdad de oportunidades, cooperación, formación especializada e información e investigación.

En una situación de descentralización administrativa, donde las CCAA son responsables de la formulación y la ejecución de los planes de atención a los mayores, es importante conocer los Planes y Programas gerontológicos autonómicos para saber qué prioridades de intervención o áreas de interés tienen, en qué lugar de su agenda política se recogen, y si hay diferencias importantes entre ellas que condicionen la equidad de los sistemas de atención.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAAD) supone un avance histórico en la consecución de la protección de los derechos del estado de bienestar como lo fueron en su día el reconocimiento del derecho a la salud, la educación y las pensiones, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).

Los principios fundamentales que inspiran la Ley son: el carácter universal y público de las prestaciones, el acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad y no discriminación y la participación de todas las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias.

5. REFERENCIAS

1. Ballesteros E. Organización de la atención gerontológica. En: García M, Torres P. Temas de Enfermería gerontologica. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontologica; 2000.169-181. Disponible en: <http://www.arrakis.es/~seegg/documentos/libros/pdflibro/Cap8.pdf>
2. Naciones Unidas. Centro de Información. México, Cuba y Republica Dominicana. [actualizado 26 Ago 2010]. Disponible en: http://www.cinu.org.mx/temas/envejecimiento/p_edad.htm.
3. Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. 26 julio a 6 de agosto de 1982. Viena, Austria. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planvienna-01.pdf>.
4. Programa de investigación sobre el envejecimiento para el siglo XXI. Presentado en la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento a través del Foro de Valencia, España. Abril de 2002. Disponible en: <http://www.portalmayores.csic.es/documentos/documentos/onu-forovalencia-01.pdf>.
5. Las Naciones Unidas. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Madrid, 8 a 12 de abril de 2002. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/envejecimiento/cobertura/index.html>.
6. Las Naciones Unidas y las Personas de Edad. Seguimiento de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento. Informe del Secretario General [A/65/158]. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/Depts/dpi/boletin/olderpersons/doc.html>.
7. Decisión nº 940/2011/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de la Unión Europea. Sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo y de la Solidaridad Intergeneracional (2012). Disponible en: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2011:246:0005:0010:ES:PDF>.
8. IMSERSO. La década de los noventa. El auge de la planificación Gerontológica. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 348-350. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-libroblancodependencia-01.pdf>.

9. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Plan de acción para las personas mayores 2003-2007. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2003. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentacion/biblioteca/registro.htm?id=50621>.
10. Pineda R. Plan de Acción para las Personas Mayores 2003-2007. Aprobado por el Consejo de Ministros del día 29 de agosto. Sesenta y más. 2003; 219: 18-23.
11. Portal Mayores, IMSERSO, CSIC. Plan de acción para las Personas Mayores 2003-2007. Boletín Portal Mayores. 2003; 6. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/boletin/2003/numero-06/gob-03-08-29.pdf>.
12. Zafra E, Peiró R, Álvarez-Dardet C, Borrell C. Análisis de la formulación de las políticas sobre envejecimiento en los planes autonómicos sociosanitarios y de atención a las personas mayores en España. Rev Gac Sanit. 2006; 20(4):295-302.
13. IMSERSO. Coordinación Sociosanitaria. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO; 2005. p. 505-525. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/libroblancodependencia/mtas-libroblancocap07-01.pdf>.
14. Regato P, Domínguez J, Sancho M. Coordinación sociosanitaria y abordaje comunitario en Atención Primaria. En: Navarro V, Martín-Zurro A. Proyecto de investigación: La Atención Primaria de Salud en España y sus comunidades autónomas. Barcelona: SEMFYC ediciones; 2009. p. 149-167.
15. Casado-Martín, D. La atención a la dependencia en España. Rev Gac Sanit. 2006; 20(Supl 1):135-142.
16. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE núm. 299, de 15 de diciembre.
17. García Antón Á. Guía práctica de la Ley de Dependencia. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2011. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/segguiapRACTICADEPENDENCIA-01.pdf>.
18. Vecinos por Alicante. Guía Básica sobre la Ley de Dependencia. Alicante. 2009. Disponible en: <http://www.pacobas.com/va/fic/depen.pdf>.

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

CAPÍTULO 4

El equipo de trabajo geronto-geriátrico

M. Pilar Torres Egea
Montserrat Suriñach Pérez

1. FUNDAMENTOS DEL TRABAJO EN EQUIPO EN LA ATENCIÓN GERONTOLÓGICA

Las personas mayores, igual que los otros grupos de edad, presentan estilos de vida en relación a sus valores, la educación recibida, el entorno en el que han vivido y viven, y las condiciones de salud de las que gozan. Esos razonamientos fundamentan la heterogeneidad que caracteriza al grupo de edad de los mayores e invitan a tener siempre presentes las diferencias generacionales que también aparecen entre ellos.

En cuanto al mantenimiento de la salud en la etapa de la vejez, hay que considerar que son múltiples los factores que intervienen en ello. Conseguir una buena calidad de vida o prevenir procesos de enfermedad en la población gerontológica, es responsabilidad de todos y requiere una mirada amplia, que implique a diferentes profesionales pertenecientes a variadas disciplinas sociales y sanitarias.

Estos argumentos ayudan a reconocer que las situaciones de vida relacionadas con la salud y la enfermedad de las personas ancianas y sus familias, llevan implícita la interacción de distintos aspectos: clínicos, físicos, funcionales, psicológicos, sociales, espirituales (1), que hacen precisos abordajes integrales dirigidos a favorecer la satisfacción de las necesidades y la prestación de cuidados de forma eficaz.

Al ser múltiples las profesiones que se implican en el estudio y atención a las necesidades de los mayores, es preciso establecer unos principios que les orienten en el desarrollo de sus competencias (conocimientos, habilidades y actitudes), para evitar duplicidades o vacíos en la atención. La estrategia de colaboración integral entre profesionales es la mejor manera de valorar y atender las necesidades de cuidados de este grupo de población (2). Este sistema de intervención recibe el nombre de trabajo en equipo y la búsqueda de un objetivo común es lo que caracteriza al equipo interdisciplinar (3).

Los equipos interdisciplinarios en el ámbito de la atención a las personas mayores, están constituidos por miembros de distintas disciplinas que desempeñan actividades específicas en grupo con la persona atendida. Aunque cada uno de los profesionales aporta su propia experiencia (4), asumen, de manera colectiva, las funciones básicas de compartir información y coordinar los cuidados, para proporcionar un servicio coherente y orientado a satisfacer las necesidades del usuario al que atienden. El trabajo en equipo es una de las competencias transversales que todo profesional, cuyo objetivo sea la atención a las personas, debe desarrollar. La profesión enfermera pertenece a ese grupo de profesionales y puede afirmarse que tiene un papel relevante en los equipos de atención gerontológica, ya que forma parte activa de los mismos en diferentes contextos (hospital, atención primaria, residencias, centros de día y otros recursos gerontológicos).

2. CARACTERÍSTICAS DEL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

El equipo interdisciplinar se compone por distintos profesionales de diversas disciplinas, trabaja en un espacio común en el que se comparte y transita la información (5). El logro de la eficacia en el trabajo interdisciplinar sólo es posible si se cumplen unas determinadas características y funciones, entre las que la interacción y la cooperación se convierten en elementos imprescindibles para abordar y resolver eficazmente los problemas y dificultades que presenta el individuo anciano y su entorno. Por tanto, el individualismo profesional, unas metas poco claras o unos objetivos ambiguos, no son características del equipo interdisciplinario.

Para conseguir que el equipo tenga objetivos interdisciplinares hace falta que los miembros sean capaces de integrar y entrelazar esfuerzos

para llevar a cabo el plan de intervención establecido, contando con la participación de cada componente (6).

A menudo se compara el equipo interdisciplinario con una orquesta, en la que cada instrumento es un profesional que toca la parte de la partitura que le corresponde, complementa y confía en los otros instrumentos, para entre todos tocar correctamente la sinfonía correspondiente (3). Los instrumentos simulan los diferentes profesionales, por lo tanto las características del equipo de trabajo serán aquellas que permitan a cada profesional desenvolver su tarea al mismo tiempo que se complementa, escucha y reconoce al otro para lograr el objetivo común, que es el de ofrecer la máxima calidad de atención al enfermo y su familia, para que pueda restablecer su salud, adaptarse a su nuevo estado o acompañarlo a un buen morir.

2.1. Características del equipo interdisciplinario.

Puntos fuertes y débiles del funcionamiento del equipo interdisciplinar

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) algunas de las principales características que debe mostrar el equipo de salud y que se podrían considerar como puntos fuertes para su funcionamiento, son: colaboración y cooperación, interacción, pluralidad, habilidades interpersonales y enfoque común (7).

2.1.1. Puntos fuertes

COLABORACIÓN Y COOPERACIÓN

La colaboración, cooperación y negociación entre los miembros del equipo es básica para la consecución de los objetivos, precisando de la implicación de todos. Los profesionales supeditan parte de sus intereses profesionales para alcanzar el objetivo deseado entre todos. El valor añadido deriva de la diversidad que cada profesional aporta. La cooperación para determinar quién realiza las distintas tareas, cómo se lleva a cabo el plan de intervención determinado, los acuerdos, etc., precisan de una serie de competencias de capacidad de interaccionar que deben mostrar los profesionales (3).

Los profesionales integrantes del equipo han de tener deseo de participar de esta forma de trabajo y reconocer que a través de la interdisciplinariedad, el trabajo con las personas y sus familiares resulta más eficaz. Es necesario hacer uso constante de una serie de habilidades como son la cooperación, la coordinación, la escucha activa, la comunicación entre los miembros del equipo y la aceptación de los objetivos comunes.

En los equipos más eficaces el paciente y/o el cuidador forman parte del grupo interdisciplinar, convirtiéndose en un miembro activo en la planificación y ejecución de las intervenciones propuestas (3).

INTERACCIÓN

Los distintos profesionales comparten su conocimiento y experiencia a nivel médico, psicológico, social y espiritual en un espacio compartido para ofrecer la mejor atención a la persona (8).

PLURALIDAD

Como es obvio, el trabajo en equipo no lo puede realizar un solo profesional, ni tampoco un grupo que actúe en pro de los objetivos individuales. Hace falta que los distintos profesionales aporten conocimiento, motivación, habilidades. La singularidad de conocimientos que aporta cada profesional en lo que se refiere a la valoración y tratamiento, junto a los esfuerzos para que este conocimiento se sume y mezcle con los demás, es lo que dará como resultado la consecución del objetivo a conseguir. Los desacuerdos en el grupo son normales, lo importante es reconocer la existencia del conflicto y resolverlos hablando de forma honesta, y acordando los distintos objetivos e intervenciones por consenso del grupo, aunque a veces pueden ser distintos al criterio individual (4).

HABILIDADES INTERPERSONALES

La disposición y la actitud de cada miembro del equipo repercutirán positiva o negativamente en el funcionamiento del mismo. Los profesionales deben desarrollar una serie de capacidades para demostrar

su competencia en el trabajo de grupo. Algunas de estas capacidades son la escucha activa, reconocimiento de los logros de los demás, favorecer un clima de trabajo estimulante, la crítica constructiva, la capacidad de discusión y el compromiso compartido. Otra de las habilidades es la capacidad de esfuerzo y de disposición permanente para conseguir que el trabajo en equipo de sus frutos (8).

ENFOQUE COMÚN

Conseguir que los diferentes profesionales trabajen por un objetivo común puede llevar un tiempo de aprendizaje. Conseguir que los esfuerzos vayan encaminados a un logro común, a una correcta ejecución de las intervenciones establecidas por el equipo, dejando de lado las individualidades, puede requerir un periodo de tiempo en el que los distintos miembros aprendan a compartir responsabilidades, evitando los problemas relacionados con el rol individual y la adecuada división de las tareas (9).

2.1.2. Puntos débiles y dificultades

El trabajo en equipo es muy efectivo y a la vez enriquecedor para todos sus miembros. Sin embargo las personas precisan un tiempo de conocimiento y adaptación. Este tiempo suele caracterizarse por la aparición de dificultades o contratiempos, que podemos identificar como puntos débiles del trabajo interdisciplinar. Según De la Revilla L. las dificultades más frecuentes que aparecen en la cohesión del grupo se relacionan con:

- Falta de incentivos para los profesionales que componen los equipos, o para algunos de ellos.
- Escasa experiencia de los miembros en el trabajo compartido y en la comunicación.
- Exceso de rigidez en algunos integrantes en sus convicciones.
- Falta de interés en el proyecto de trabajo interdisciplinar.
- Dificultad en el control de gestión, en tiempos de estudio e investigación (9).

2.2. Funciones del equipo interdisciplinario

Los equipos interdisciplinarios se crean en todas las áreas asistenciales de la atención geriátrica con el objetivo de proporcionar un apoyo más integral y completo e intervenir de forma eficaz (10-12).

La constitución de un equipo es fruto de un proceso, en el que los miembros que lo componen han de tener esta concepción de “sentido de grupo”. Para un idóneo funcionamiento del equipo es imprescindible la participación y la responsabilidad compartida de los diferentes miembros, así como la operatividad de su coordinador (3).

Algunos de los puntos básicos a tener presentes para el óptimo cumplimiento de las funciones del equipo son:

- Se deben evitar la duplicidad de funciones. Teniendo en cuenta que cada profesional posee diferentes habilidades es necesario que los esfuerzos vayan encaminados en la potenciación de esta diferencia. Cada miembro del equipo ha de saber qué se espera de él y qué puede aportar.
- Un miembro del equipo no puede reemplazar a otro ni en sus valoraciones ni en sus opiniones.
- La necesidad de coordinación requiere la existencia de canales de comunicación adecuados que favorezcan el trabajo conjunto y eficiente. Ser consciente de los puntos fuertes y débiles de cada uno y del grupo como tal, facilita la obtención de resultados positivos.
- Cada miembro asumirá su responsabilidad y dirigirá los aspectos propios de su área de competencias.
- Todos los miembros del equipo se pondrán de acuerdo sobre los objetivos comunes y aceptarán, como grupo, la responsabilidad de lograrlos.
- La eficiencia total del equipo debe ser mayor que la suma de las especificidades de sus componentes.
- El equipo debe saber cuál es la función general del equipo, los objetivos compartidos y el porqué de las intervenciones que se proponen. Debe examinar periódicamente su rendimiento y resolver los posibles conflictos antes de que sean importantes.

- El coordinador del equipo ha de integrar, organizar y coordinar las distintas contribuciones de los profesionales para conseguir el plan de intervención más adecuado y eficiente. Posteriormente, cada profesional desarrolla su papel al lado de la persona y familia objeto de la atención, y en las distintas reuniones de equipo se presentan los resultados obtenidos, se intercambia información y observaciones, y se discute el tratamiento y la dirección que deben tomar los cuidados.
- Conseguir la efectividad de las reuniones, lograr un buen circuito para la toma de decisiones con un correcto manejo de los conflictos, son elementos que favorecen el correcto funcionamiento del trabajo interdisciplinar.

2.3. Coordinación con otros equipos y servicios

En los ámbitos sanitario y socio-sanitario aparecen definidos los equipos de salud, relacionándolos además con diferentes programas especializados o de soporte. Estos equipos suelen estar compuestos de un pequeño número de profesionales de distintas disciplinas, que intervienen en procesos que precisan por su complejidad una atención y manejo interdisciplinar (13). Pueden actuar en los distintos niveles asistenciales, en Atención Primaria los equipos de soporte para el manejo de casos complejos. Estos equipos suelen intervenir en procesos oncológicos en fase terminal y en pacientes geriátricos con patologías de base evolucionada con frecuentes reingresos hospitalarios. Reciben denominaciones diferentes según la Comunidad Autónoma donde actúen.

En el nivel hospitalario también se identifican equipos de soporte, que pueden estar especializados en el manejo de la atención paliativa, respiratoria o en el paciente anciano frágil. Son equipos compuestos por profesionales pertenecientes a diferentes disciplinas, aunque, según los recursos disponibles del centro, tendrán un mayor o menor número de profesionales. Su estructura básica, en general, suele ser: profesionales enfermeros, profesionales médicos, trabajadores sociales y fisioterapeutas.

Entre los objetivos de estos equipos se identifica la valoración integral de problemas y la propuesta de las intervenciones más adecuadas. La herramienta del trabajo diario suele ser la reunión, donde cada miembro aporta su valoración del caso con el objetivo de ofrecer soporte a los profesionales en el manejo de los pacientes complejos, intervenir en los problemas detectados y poder planificar el alta garantizando una continuidad asistencial.

3. APORTACIÓN DE LOS PROFESIONALES AL TRABAJO EN EQUIPO INTERDISCIPLINAR

Los componentes de los equipos interdisciplinarios en la atención gerontológica son variados y la aportación que realizan cada uno de ellos viene dada en función de sus competencias. Así mismo la atención gerontológica incluye diferentes ámbitos de actuación donde estos equipos de profesionales deben tomar decisiones que afectan al bienestar de la persona mayor.

3.1. Profesionales implicados en la atención gerontológica

En las diferentes Comunidades Autónomas españolas, algunas normativas relativas a recursos gerontológicos, especifican la presencia de profesionales sanitarios o sociales, tales como médicos, enfermeros, trabajadores sociales o fisioterapeutas en los equipos de atención. Sin embargo, según las características del recurso que se trate, podemos observar que los equipos interdisciplinarios cuentan cada vez más con otros profesionales que amplían las posibilidades de atención integral y holística, así se cuenta con psicólogos, terapeutas ocupacionales, logopedas, educadores sociales, etc. (6).

El trabajo conjunto de los profesionales precisa de una delimitación y definición de las competencias específicas de cada uno, en los diferentes contextos, y del desarrollo de competencias transversales referidas a la interdisciplinariedad (comunicación, valoración, respeto, toma de decisiones, etc.). Es evidente que los resultados que consigan los equipos dependerán en parte de su buen funcionamiento.

Sánchez Ponce describe que la Sociedad Americana de Geriátría apoya el modelo de cuidados interdisciplinar por las siguientes razones:

- Por la complejidad de cuidados de las personas mayores con múltiples y coincidentes procesos de enfermedad.
- Mejora el proceso sanitario y los resultados en los síndromes geriátricos.
- Mejora el sistema sanitario y al cuidador. La atención interdisciplinar mejora la comunicación entre los diferentes profesionales, con el paciente y el cuidador, disminuye la utilización de servicios y con ello el coste sanitario.

- Favorece la formación del personal sanitario para la práctica y estimula la investigación (8).

Diferentes trabajos demuestran que la composición de los profesionales del equipo interdisciplinar puede ser variada y está en función de los objetivos y del contexto en el que vaya a actuar (13).

Para el buen funcionamiento del equipo, este debe disponer de una metodología de trabajo, a la que C. Canes denomina “*reglas del juego interdisciplinar*”:

- El equipo debe definir su filosofía y sus objetivos.
- Los miembros que lo componen deben estar dispuestos a participar.
- Los profesionales que participan deben estar bien identificados.
- Deben disponer de recursos externos de soporte al equipo.
- Deben estar dispuestos a discutir y reflexionar constructivamente.
- Deben disponer de tiempo y espacio para sus encuentros.
- Toda información será considerada importante para la consecución de los objetivos.
- Es necesario respetar la información del usuario.
- La metodología debe ser consensuada.
- Utilizarán instrumentos adecuados para la evaluación y el seguimiento interdisciplinar (14).

No existe un modelo único de funcionamiento (8). Cada equipo dispondrá de unos u otros profesionales. El número y las disciplinas participantes variarán en función del nivel asistencial y de las características del recurso gerontológico del que se trate.

Normalmente los equipos en gerontología centran sus actividades en la valoración, el seguimiento y la gestión de los diferentes casos (15). Suelen variar según el contexto en el que van a actuar. Por ejemplo, si el equipo centra sus actividades en un centro de diagnóstico y valoración de personas con problemas cognitivos, algunos de sus componentes serán diferentes a los que aparecerán en un equipo cuyo trabajo se desarrolle en un recurso de convalecencia y rehabilitación funcional. Ahora bien, en lo que todos coinciden

es en que el trabajo de los equipos interdisciplinarios en Gerontología tiene como resultado la mayor eficacia en la satisfacción de las necesidades de las personas mayores en los diferentes niveles asistenciales (15).

Según la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias, *“se consideran profesiones sanitarias, tituladas y reguladas, aquellas cuya formación pregraduada o especializada se dirige específica y fundamentalmente a dotar a los interesados de los conocimientos, habilidades y actitudes propias de la atención de salud, y que están organizadas en colegios profesionales oficialmente reconocidos por los poderes públicos, de acuerdo con lo previsto en la normativa específicamente aplicable”* (16).

Según afirma Lourdes Bermejo, los equipos interdisciplinarios en Gerontología pueden estar compuestos por profesionales diversos, tales como:

- Geriatra/médico geriatra o médico internista con conocimientos y experiencia clínica en Geriatría.
- Fisioterapeuta.
- Terapeutas ocupacionales.
- Logopedas.
- Trabajadores sociales.
- Enfermeros.
- Auxiliares de Enfermería, cuidadores.
- Psicólogos.
- Y otros como psiquiatras, especialistas en Nutrición, educadores sociales, animadores socio-culturales (6).

En ocasiones los equipos que intervienen en la atención a las personas mayores se reducen a pocos componentes pertenecientes generalmente al ámbito sanitario, social y socio-sanitario. Es evidente que los profesionales pertenecientes al sector sanitario y social, por su trayectoria, tienen mejor definidas sus competencias y que esto no suele ocurrir con otros profesionales, cuya contribución en el ámbito gerontológico o socio-sanitario, ha sido más reciente. No analizaremos aquí cuáles son las competencias de unos u otros, ya que en diversos documentos o normativas de las diversas Comunidades Autónomas se especifican (16). Sin embargo es interesante el planteamiento que, para el análisis

de las necesidades de cualificación de los profesionales en los recursos de atención a los mayores dependientes, realiza L. Bermejo. Para ello expone dos criterios: el grado de definición del rol de la profesión/ocupación en cada recurso y el grado de definición de la formación que se requiere para el ejercicio de las competencias específicas. Para el grado de definición propone una cualificación “alta” cuando existe un consenso elevado sobre las tareas/funciones que ese profesional debe llevar a cabo en cualquiera de los recursos gerontológicos y no se cuestiona su presencia; y “baja” cuando existen opiniones diferentes en cuanto a la necesidad de su presencia en el recurso de que se trate (6).

Al mismo tiempo propone, para la definición de la formación, una cualificación “alta” cuando existe un criterio general sobre la formación reglada de ese profesional y “baja” cuando aparecen formaciones alternativas para acceder a una misma ocupación. De esta forma analiza las diferentes profesiones implicadas en la atención al mayor y plantea su definición en los diversos recursos (6). Puede ser también de interés consultar el Catálogo Nacional de Cualificaciones profesionales, que permite informarse sobre la evaluación y acreditación de las competencias profesionales que se han adquirido mediante la experiencia laboral o de vías no formales de formación.

3.2. Competencias de la enfermera en la atención gerontológica

Las competencias de las enfermeras en el ámbito de la gerontología, tienen por objetivo proporcionar atención integral a los mayores en el conjunto de sus necesidades, en cualquier situación en que se encuentren, ya sea en instituciones específicas, en el domicilio o en la atención comunitaria (17).

Para desarrollar sus competencias será preciso que la enfermera:

- 1) **Se responsabilice** del proceso de cuidados, es decir que sea capaz de proporcionar atención individualizada a la persona anciana, utilizando un método sistemático y organizado, valorando sus necesidades, limitaciones, recursos y posibilidades de funcionamiento autónomo, estableciendo objetivos realistas y alcanzables por el anciano, su familia y los cuidadores. Así mismo, podrá planificar actividades conjuntamente con el anciano y su familia, que le permitan mantener o recuperar el mayor grado de autonomía al que pueda optar, evaluando los resultados de su intervención.

- 2) **Desarrolle actividades** de prevención de la enfermedad o problemas derivados teniendo en cuenta las situaciones de fragilidad en que se encuentran la mayoría de personas mayores, identificando situaciones de riesgo, aconsejando sobre el mantenimiento de la salud, la recuperación de diferentes enfermedades o bien el seguimiento de tratamientos en situaciones crónicas y la ayuda personal en el proceso de morir.
- 3) **Participe** del trabajo en equipo interdisciplinar para ofrecer y dar atención integral, definiendo y formulando su especificidad en la atención a las personas mayores, asumiendo el rol que le corresponde en cada circunstancia, intercambiando con los otros profesionales las opiniones, conocimientos y experiencias en cualquier ámbito de actuación.
- 4) **Participe** en el análisis continuado de su actividad específica, mediante la investigación, para mejorar la calidad de la atención que proporciona y fomentando al máximo la formación en el ámbito de la gerontología, entre los enfermeros, los cuidadores y otros grupos sociales.
- 5) **Asuma** la responsabilidad de sus decisiones y acciones, centrando su praxis profesional en el respeto a la persona mayor y su familia, y emprenda las medidas destinadas a preservarlos de riesgos y ayudarles a superar las dificultades de salud, ajustando las decisiones y comportamientos a los principios bioéticos de beneficencia, no maleficencia, autonomía y justicia.

4. LA PERSONA ANCIANA COMO BENEFICIARIA DEL TRABAJO EN EQUIPO

La persona anciana es la receptora de los cuidados que le ofrecen los componentes de los equipos interdisciplinarios en cualquier contexto en que se encuentre. En ese sentido el trabajo del equipo debe tutelar el cumplimiento de una serie de principios:

- Mejorar la calidad de vida de la persona. Los objetivos de la atención deben centrarse en la búsqueda del mayor grado de calidad de vida posible para la persona anciana, independientemente del estado de salud, enfermedad o dependencia en que se encuentre.
- Procurar y defender la participación de la persona mayor en todas las decisiones que afecten a su vida, incluyendo a los familiares y/o cuidadores.

- Reconocer y potenciar las capacidades de la persona mayor proponiendo objetivos realistas y alcanzables.
- En la defensa de los derechos de la persona mayor en cualquier situación.
- Respetando la diversidad étnica, religiosa y cultural.
- Manteniendo y favoreciendo la continuidad en el cuidado.
- Anteponer los objetivos propuestos por el equipo a los objetivos individuales de cada profesional (19).

4.1. Derechos de las personas ancianas

Para la defensa de la integridad y de la dignidad de la persona anciana, los profesionales componentes de los equipos interdisciplinarios deben apoyar su trabajo en la defensa de los derechos de las personas mayores (20). Reconociendo el derecho a la dignidad, es decir al reconocimiento del valor intrínseco de la persona independientemente de sus circunstancias, respetando su individualidad y sus necesidades personales y recibiendo un trato respetuoso. Derecho a la autonomía, a la posibilidad de decidir, pensar y actuar de forma independiente en cualquier circunstancia. Derecho a elegir libremente entre opciones diferentes ante situaciones cotidianas o ante el final de la vida. Derecho a mantener la condición de ciudadano y a participar como tal. Derecho a satisfacer y realizar las aspiraciones personales y desarrollar las capacidades individuales en todos los aspectos de la vida cotidiana. Derecho a mantener la intimidad y a la no divulgación de datos que puedan menoscabarla (21-23).

RESUMEN

La atención a las personas mayores comporta la necesidad de abordar los problemas de forma integral. Conseguir una buena calidad de vida o prevenir procesos de enfermedad en la población gerontológica, es responsabilidad de todos y requiere una mirada amplia, que implique a diferentes profesionales pertenecientes a variadas disciplinas sociales y sanitarias. Al ser múltiples las profesiones que se implican en el estudio y atención a las necesidades de los mayores, es preciso establecer unos principios que les orienten en el desarrollo de sus competencias (conocimientos, habilidades y actitudes), para evitar duplicidades o vacíos en el cuidado.

El trabajo conjunto de los profesionales precisa una delimitación y definición de las competencias específicas de cada uno, en los diferentes contextos, y el desarrollo de competencias transversales referidas a la interdisciplinariedad (comunicación, valoración, respeto, toma de decisiones, etc.). No existe un modelo único de funcionamiento para el trabajo en equipo interdisciplinar. Cada equipo dispondrá de unos u otros profesionales. El número y las disciplinas participantes variarán en función del nivel asistencial y de las características del recurso gerontológico de que se trate.

La enfermera gerontológica es el profesional que presta atención y cuidados enfermeros a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar el cuidado destinado a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

La persona anciana es la receptora de los cuidados que le ofrecen los componentes de los equipos interdisciplinares en cualquier contexto en que se encuentre. Para la defensa de la integridad y de la dignidad de la persona anciana, los profesionales componentes de los equipos interdisciplinares deben basarse en los derechos de las personas mayores: derecho a la dignidad, recibiendo un trato respetuoso; derecho a la autonomía, a la posibilidad de decidir, pensar y actuar de forma independiente; derecho a elegir libremente entre opciones diferentes ante situaciones cotidianas o ante el final de la vida; derecho a mantener la condición de ciudadano y a participar como tal; derecho a satisfacer y realizar las aspiraciones personales y desarrollar las capacidades individuales en todos los aspectos de la vida cotidiana.

5. REFERENCIAS

1. Prat F. Bioética en residencias. Problemas éticos en la asistencia a la persona mayor. Centro de Humanización de la Salud. Santander: Sal Terrae; 2008.
2. Reuben DB, Levy-Storms L, Yee MN, Lee M, Cole K, Waite M et al. Disciplinary split: A threat to geriatrics interdisciplinary team training. *Journal of the American Gerontology & Geriatric Society*. 2004; 53 (6): 1000-1006.
3. Yanguas J, et al. Modelo de atención a las personas con Enfermedad de Alzheimer. Madrid: IMSERSO; 2007. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/yanguas-modelo-01.pdf>.
4. Greiner AC, Knebel E, editors. *Health Professions Education: A Bridge to Quality*. Washington DC: The National Academies Press. Institute of Medicine; 2001.
5. Gutiérrez C, Jiménez C, Corregidor AI. El equipo interdisciplinar. En: *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para residentes*. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006. p. 89-93.
6. Bermejo L. La situación de los sistemas de formación y cualificación de las ocupaciones en la atención a los mayores dependientes. *Perfiles y Tendencias* n° 23. Madrid: Observatorio de Personas Mayores; 2006.
7. Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. *Guía Clínica para Atención Primaria a las Personas Adultas Mayores*. Washington: OMS; 2002.
8. Sánchez Ponce G. El equipo interdisciplinar. Valencia: Sociedad Valenciana de Medicina Física y Rehabilitación. Disponible en: <http://www.svmefr.com/reuniones/XVI/Trabajos/Ponencias/EL%20EQUIPO%20INTERDISCIPLINAR.pdf>.
9. De la Revilla L. *La consulta del médico de familia: la organización en la práctica diaria*. Madrid: Ed. Jarpyo; 1992.
10. Viel B. en Gnecco G. Minsal. DISAP, Unidad de Calidad y regulación. Trabajo en equipo y liderazgo. Santiago de Chile; 2004.

11. Gnecco G, Minsal. Unidad de Calidad y regulación. Trabajo en equipo y liderazgo. Santiago de Chile: DISAP; 2004.
12. Alarcón A. CIGES. Universidad La Frontera. Chile. En: Gnecco G, Minsal. Unidad de Calidad y regulación. Trabajo en equipo y liderazgo. Santiago de Chile: DISAP; 2004. Disponible en <http://www.slideshare.net/adrysilvav/trabajo-en-equipo-ok>.
13. Barer D. Rehabilitation. Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology. 5° ed. Londres:Churchill-Livingstone; 1998. p. 1521-1550.
14. Canes C, et al. La atención geriátrica: una nueva visión socio-sanitaria y humanizadora. Barcelona: CHC; 1994.
15. Mauk Mc Kristen L. Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales. Madrid: Mc Graw Hill. Interamericana; 2008.
16. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE núm. 280, de 22 de noviembre.
17. Ballesteros E, Torres MP. Las competències de les infermeres en l'àmbit de la Gerontologia. Barcelona: Consell de Col·legis d'Infermeria de Catalunya; 2003.
18. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. BOE núm. 108, de 6 de mayo.
19. Verdejo Bravo C. El equipo interdisciplinar como metodología de trabajo. Atención al anciano en el medio sanitario. Madrid: Editores Médicos SA; 1998. p. 39-43.
20. Domingo Moratalla A. Ética y ancianidad: entre la tutela y el respeto. En: Gafo J, editor. Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: Fundación Humanismo y Democracia. Universidad Pontificia de Comillas; 1996.
21. Departament of Healt. Social Services Inspectorate. Las residencias son para vivir. Londres: HMSO; 1998.
22. Gafo J, editor. Ética y ancianidad. Dilemas éticos de la medicina actual. Madrid: Fundación Humanismo y Democracia. Universidad Pontificia de Comillas; 1996.
- 23.- Moya Bernal A. Trabajar con personas mayores: reflexiones desde la Bioética. Madrid: Portal Mayores. Informes Portal Mayores nº 55. Lecciones de Gerontología V; 2006. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/moya-reflexiones-01.pdf>.

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

CAPÍTULO 5

Valoración integral del anciano

Carmen Cabot García
Pilar Torres Egea

1. PRINCIPIOS DE LA VALORACIÓN INTEGRAL EN GERONTOLOGÍA

Puede afirmarse que la Geriátría moderna nació en Gran Bretaña en los años 1930-1935 con Marjorie Warren, enfermera en el West Middlesex Hospital que posteriormente se graduó en Medicina en el Royal Free Hospital. En las salas de crónicos de ambos hospitales pudo observar que había muchos ancianos que presentaban procesos mórbidos no diagnosticados ni tratados. Tanto ella como otros precursores de la Geriátría demostraron que muchos de aquellos ancianos crónicos y dependientes se recuperaban total o parcialmente con cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, pudiendo ser integrados de nuevo en su comunidad (1).

La necesidad de la atención geriátrica surge como consecuencia del progresivo envejecimiento de la población, producido por la concurrencia de diversos componentes tales como: la disminución de la mortalidad infantil, la prevención de enfermedades infecciosas y de los factores de riesgo, y el impulso de la educación sanitaria mediante la promoción de hábitos saludables (alimentación, ejercicio físico, actividad social e intelectual, etc.). Estos y otros factores han dado lugar a un aumento de la esperanza de vida y a un incremento significativo del grupo de edad de mayores 80 años que requieren mayor atención y recursos (2).

El análisis de la situación de salud de la población mayor es la clave para la determinación de las necesidades de atención y de recursos en el ámbito gerontológico. Los profesionales implicados en la vigilancia de los procesos de salud-enfermedad de los mayores, precisan herramientas específicas que les faciliten el establecimiento del diagnóstico de cada situación de la forma más precisa.

La valoración gerontológica es un proceso estructurado de apreciación global e individualizada, de la situación en que se encuentra una persona. Suele ser, con frecuencia, multidisciplinar. En este proceso se detectan, describen y valoran los múltiples problemas, capacidades físicas, funcionales, psicológicas y socio ambientales que presenta el anciano.

La valoración gerontológica permite a los profesionales realizar un abordaje integral de la persona mayor, residiendo la esencia del proceso en la propia peculiaridad de la persona, para conseguir un plan de cuidados individualizado.

1.1. Modificaciones fisiológicas del proceso de envejecimiento

El envejecimiento es una situación biológica normal que se produce dentro de un contexto dinámico, progresivo, irreversible, complejo y variado. Comienza después de la madurez y conlleva un descenso gradual de las distintas funciones biológicas. El envejecimiento como proceso fisiológico continuado viene condicionado por aspectos genéticos, ambientales, hábitos de vida y enfermedades entre otros (3).

- La presencia de atrofia observable en la disminución de peso y volumen de los órganos.
- Pérdida de contenido hídrico, aumento de tejido conectivo y reducción de la vascularización capilar.
- Disminución de la eficacia funcional a nivel celular aumentando el tamaño de las células en detrimento de su cantidad.
- A nivel tisular los tejidos que pierden células no recambiables suplen la pérdida incrementando el tejido de relleno, el tejido conectivo ocupa ahora espacios que no son funcionales.

Todas estas modificaciones y peculiaridades del envejecimiento influyen de una manera muy importante en el abordaje de la valoración clínica que presenta peculiaridades muy remarcables como son:

- Diferente presentación de la enfermedad que puede ser inespecífica o atípica o con síntomas diferentes de los de la población adulta.
- La importancia del conocimiento diagnóstico y terapéutico de los grandes síndromes geriátricos, altamente prevalentes y multifactoriales con mayores probabilidades de éxito cuanto más precoz es el diagnóstico.
- Las complicaciones derivadas de la inmovilidad, iatrogénica e institucionalización inadecuada que generan casi siempre situaciones de dependencia en diferentes grados.
- La importancia de adaptar el tratamiento farmacológico tanto en su composición como en su dosis, debido a cambios farmacodinámicos y farmacocinéticos en las personas mayores (2).

1.2. Modelos de atención enfermera como base de la valoración

El proceso de valoración integral en gerontología incluye la participación de la enfermera gerontológica. Los cuidados que ofrece la enfermera a la persona anciana se sistematizan mediante la utilización del Proceso Enfermero (PE), entendido como el método sistemático y organizado para la resolución de problemas detectados que derivan en cuidados enfermeros, con la finalidad de conseguir la mejora o el mantenimiento de la autonomía del anciano e influir positivamente en su calidad de vida.

La valoración enfermera es la primera fase del PE y tiene como objetivo la recopilación de la información precisa, concreta y necesaria, mediante los datos que podemos obtener del propio anciano y/o familia, que facilite la definición de los problemas y sus posibles causas así como las capacidades de que dispone, propias o del entorno, para buscar soluciones (3).

La enfermera plantea la fase de valoración del proceso en base a un modelo conceptual de cuidados. La elección del modelo teórico estará influenciada por diferentes aspectos: por la conceptualización del ser humano que tenga cada profesional, de sus conocimientos y de la interiorización de los principios del modelo, que condicionarán su postura frente a los cuidados y también de las características de los usuarios a los cuales van dirigidos (3).

Uno de los modelos teóricos que ha ejercido mayor influencia en el ámbito de los cuidados gerontológicos ha sido el de V. Henderson. En este modelo la enfermera valora la capacidad de independencia de la persona mayor en la satisfacción de catorce necesidades básicas humanas. Ofrece la posibilidad al profesional de determinar dónde están las causas de dificultad en el cumplimiento de la dimensión de cada una de las necesidades. Ese es el motivo de que la intervención enfermera en este modelo de cuidados vaya dirigida a ayudar, suplir o reforzar los cambios o actitudes necesarias en la persona cuando esta no sabe, no puede o tiene suficiente voluntad para hacerlo (4).

El modelo de atención que propone D Carnevali, en el ámbito de la atención gerontológica, se centraliza en dar respuesta a las actividades de la vida diaria (AVD) de la persona. En tal caso la enfermera valora el estado funcional de salud de la persona anciana y su capacidad para llevar a cabo las necesidades de la vida diaria, con el objetivo de planificar los cuidados que precisa (3).

Otros modelos tienen como principio el estudio de las capacidades de la persona para adaptarse a las nuevas situaciones de vida que van asociadas al envejecimiento y a los cambios que este produce. En estos casos la valoración enfermera va dirigida a determinar qué dificultades presenta y con qué recursos cuenta la persona anciana y su entorno para conseguir la adaptación a los cambios, por lo que el objeto de la intervención enfermera estará orientado a ayudarlo en esa adaptación (3).

La aplicación de uno u otro modelo facilita el cumplimiento de las competencias para el desarrollo de la profesión enfermera en el ámbito de la Gerontología, pero requiere un conocimiento teórico en profundidad que permita respetar los principios, valores y actuaciones que se deriven para poder ser aplicados en los planes de cuidados dirigidos a las personas mayores (3).

2. VALORACIÓN INTEGRAL EN EL ANCIANO

Toda valoración dirigida al análisis de la situación de salud-enfermedad de los ancianos debe partir del conocimiento de los cambios normales producidos en el proceso de envejecimiento.

2.1. Beneficios de la valoración integral en el anciano

Los beneficios de realizar una valoración integral a las personas mayores señalan como ventajas innegables:

- Disminución en el índice de mortalidad.
- Disminución de la institucionalización.
- Menor número de reingresos hospitalarios.
- Mejora de la certeza diagnóstica.
- Optimización de tratamientos/intervenciones.
- Mejora de la utilización de recursos y servicios.
- Mejora la gestión y coordinación de cada caso (5, 6).

2.2. Valoración funcional

Se entiende por función la capacidad de ejecutar, de manera autónoma, aquellas acciones más o menos complejas que componen nuestro quehacer cotidiano (5).

Realizar la tarea más sencilla que podamos imaginar, requiere:

- **Capacidad física:** fuerza, capacidad aeróbica, elasticidad y equilibrio.
- **Capacidad cognitiva:** conveniencia, organización, planificación y ejecución.
- **Capacidad emotiva:** el deseo de quererlo hacer y un entorno favorable y unos recursos sociales que lo permitan.

Cuando alguno de estos componentes falla, realizar cualquier tarea se convertirá en algo dificultoso o imposible de realizar. El anciano presentará incapacidad funcional, dependencia en la actividad, alteración en el movimiento, etc.

El riesgo de mortalidad se eleva conforme se avanza en el grado de discapacidad. Este grado de discapacidad ha demostrado ser mejor predictor de la estancia media que el diagnóstico principal que ha motivado el ingreso hospitalario (5, 7).

2.3. Actividades de la vida diaria

Se definen como el conjunto de conductas que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia casi cotidiana para vivir de forma autónoma e integrada en su medio ambiente y cumplir su papel social. Teniendo en cuenta la complejidad de estas actividades se dividen en básicas, instrumentales y avanzadas (2).

Actividades básicas de la vida diaria

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son el conjunto de actividades primarias de la persona, encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le dotan de autonomía e independencia elementales y le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros; entre ellas se incluyen actividades como comer, controlar esfínteres, usar el retrete, vestirse, bañarse, trasladarse, deambular, etc.

Existen más de 40 escalas para la valoración de las ABVD, aunque muy pocas de ellas cuentan con la validación y fiabilidad suficiente como para ser consideradas instrumentos útiles. Las más utilizadas son el Índice de Katz y el Índice de Barthel¹ (8, 9).

Actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son actividades más complejas que las actividades básicas de la vida diaria y su realización requiere un mayor nivel de autonomía personal; son las que permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener una independencia en la comunidad; incluyen actividades como: telefonar, comprar, cocinar, cuidar la casa, utilizar transportes, manejar la medicación, manejar el dinero, etc.

Las escalas para las AIVD correlacionan mejor con el estado cognitivo y por ello pueden utilizarse para la detección precoz del deterioro. Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas es importante diferenciar si el paciente realiza habitualmente esa actividad o si, por el contrario no suele hacerla o hace tiempo que no la hace (5).

1. Los índices de Katz, de Barthel, así como a la escalada de Lawton y Brody, pueden ser consultadas en el Capítulo 6 de este mismo Libro.

La escala para valorar la capacidad en AIVD más utilizada es la de Lawton y Brody (10).

En la valoración a la persona mayor hay que tener presente aspectos tales como:

- La situación previa a la situación actual.
- La situación en el momento que se realiza.
- El seguimiento periódico de la evolución del nivel de dependencia o autonomía.

Actividades avanzadas de la vida diaria

El concepto de actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) fue introducido por Reuben *et al* en 1990, en ellas se engloban una serie de actividades más complejas que las citadas anteriormente, segregadas de las AIVD donde inicialmente estaban incluidas. Son conductas elaboradas, de control del medio físico y del entorno social, las cuales permiten al individuo desarrollar un rol social, mantener una buena salud mental y disfrutar de una buena calidad de vida y en definitiva un envejecimiento saludable/satisfactorio. Las actividades incluyen actividad física (gimnasia, deportes) y actividades sociales (viajes, negocios, etc.) (11).

2.4. Valoración cognitiva y afectiva

El objetivo de la valoración del estado mental en la persona mayor es determinar su estado cognitivo y afectivo pero ambos se han de valorar de forma separada.

2.4.1. Función cognitiva

La función cognitiva permite desarrollar en el anciano funciones intelectuales (pensar, recordar, percibir, comunicarse etc. para permitirle una adecuada integración en la sociedad que le rodea (12).

El declive de las funciones cognitivas que se produce durante el envejecimiento genera cambios en las personas mayores que, a su vez, pueden resultar manifestaciones de una enfermedad además, diversos procesos

patológicos, pueden ocasionar un deterioro cognitivo en la persona mayor, siendo más frecuente la presencia de demencia y síndrome confusional (13).

Tratar las manifestaciones del deterioro cognitivo como aspectos fisiológicos, psicológicos y del entorno y valorarlos como un proceso normal de la edad, lleva a menudo a realizar una valoración incompleta del problema, en detrimento de un diagnóstico de posible deterioro cognitivo (14).

La valoración cognitiva hay que realizarla sistemáticamente para detectar el deterioro cognitivo en fases precoces (2).

Conocer el grado de deterioro cognitivo permitirá, por un lado, estimar la calidad de la información que aporta un anciano sobre sí mismo y situación de salud y por otra parte valorar su capacidad para comprender la información que recibe.

Las escalas de valoración cognitiva exploran la memoria en tres áreas:

- **Memoria inmediata:** reconoce los hechos recién ocurridos y depende de la capacidad de atención. Presenta alteración en los cuadros depresivos y confusionales.
- **Memoria reciente:** reconoce los hechos sucedidos en el día o días previos. Suele fallar en algunos ancianos, sin que implique enfermedad (olvidos seniles benignos). Presenta alteración en la demencia y cuadros confusionales.
- **Memoria remota:** reconoce los hechos acontecidos hace años. En las demencias es la última en afectarse (15).

Es importante conocer el nivel de escolaridad, la elección de la escala más adecuada para su valoración y la interpretación del resultado. Por otra parte, las escalas de valoración se realizan siempre como cribaje de estas manifestaciones y nunca son diagnósticas y precisan una valoración clínica posterior a su realización.

La comunicación con personas que presentan deterioro cognitivo debe incluir:

- Mantener contacto visual y mediante el tacto.
- Informar a la persona mayor de su identidad, lugar en el que está y fecha.

- Explicar con claridad y despacio aquello que pretendemos que entienda o realice (16).

2.4.2. Valoración afectiva

Su evaluación justificada en personas mayores por:

- La alta prevalencia de depresión en esta población. Es el trastorno emocional más frecuente, los ancianos afectados suelen presentar falta de interés por su entorno, tristeza, pérdida de autoestima, pérdida de apetito, ideas auto líticas, labilidad emocional (llanto fácil) etc.
- La sintomatología física se impone por encima de la psíquica en el momento de manifestarse como alteración.
- La negativa a padecer clínica ansiosa o depresiva, aceptando solo quejas somáticas en algunos casos.
- Algunos fármacos de uso habitual en personas mayores pueden producir alteraciones en su estado afectivo (17).

Finalmente, es importante, a pesar de su dificultad, detectar las alteraciones del estado de ánimo en el anciano ya que puede tener importantes repercusiones sobre su calidad de vida, su situación funcional y cognitiva (17).

2.5. Valoración social

El apoyo familiar, social y comunitario es un aspecto que influye muy decisivamente tanto en la cobertura de sus necesidades básicas, como en su recuperación y mejora de su situación de salud y/o dependencia.

La presencia de recursos económicos suficientes, incluyendo el estado de la vivienda, la presencia de barreras arquitectónicas o que dificultan el desarrollo normal de la vida diaria y la facilidad de acceso a los distintos servicios sanitarios son aspectos a valorar dentro de la valoración geriátrica (16). En la mayoría de casos la valoración social incluye datos de convivencia, estructura familiar y la valoración de soporte que dispone la persona mayor en caso de precisar algún tipo de ayuda.

3. ENTREVISTA CLÍNICA CON EL ANCIANO: COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

Para establecer un buen clima de diálogo los profesionales mantendrán uno o sucesivos encuentros con la persona anciana, que denominaremos entrevista clínica (18). Para ello deberán conocer y poner en práctica los principios de la comunicación terapéutica además de considerar las necesidades de cada caso en particular. En determinados contextos, considerando la situación en que se encuentre la persona y para obtener los datos precisos, no será suficiente con una entrevista (14).

Durante la valoración y entrevista con la persona mayor, se produce un proceso de comunicación entre la enfermera y el anciano. Este proceso comunicativo incluye tanto aspectos verbales como no verbales, suponiendo la comunicación verbal solamente una tercera parte de la comunicación global (18). En toda comunicación están presentes los siguientes factores: emisor, receptor, mensaje, canal, código y contexto (16).

Características de la comunicación verbal

Es el tipo de comunicación más utilizada por la mayoría de la población mundial, se caracteriza por:

- Se utiliza el canal auditivo.
- Se capta por medio de la percepción.
- Es espontánea y retractable.
- Es efímera.
- Hay interrelación (*feedback*).
- Es posible escribirla.
- Posee sintaxis diversa, muy elaborada o no (uso de muletillas).
- Utiliza soportes verbales y no verbales.

Características de la comunicación no verbal

La comunicación no verbal es un proceso mediante el que se envían y reciben mensajes sin palabras:

- Mantiene una relación con la comunicación verbal pues suelen emplearse juntas y complementarse.
- Actúa como un regulador en el proceso de la comunicación añadiendo fuerza o suavizando el significado del mensaje.
- Varía según las culturas.
- Acompaña, modifica, completa o sustituye a la comunicación verbal.

Además hay una serie de aspectos a tener en cuenta en la comunicación no verbal, tales como:

- El lenguaje corporal o Kinésico, que está compuesto por:
 - La postura corporal.
 - Los gestos faciales y corporales.
 - La mirada, la sonrisa.
 - El tono de voz, el ritmo, el volumen y la fluidez verbal.
 - El tipo de ropa que usamos.
- El lenguaje icónico. En el que se engloban muchas formas de comunicación no verbal: Código Braille, Morse, el lenguaje de los sordomudos, signos en la navegación, banderas, etc. (16).

En la comunicación con los ancianos hay que tener siempre presentes los elementos definidos en la comunicación no verbal, especialmente en momentos de dificultades como: comunicar la gravedad de un proceso, informar de un mal pronóstico o en una situación de duelo (16, 18).

3.1. Dificultades a considerar en la comunicación con la persona anciana

La presencia de alteraciones sensoriales en las personas mayores tiene una alta incidencia, tal como demuestran diferentes autores y se puede constatar en la mayoría de casos (15, 16, 19). Muchas de estas alteraciones también están directamente implicadas en la morbilidad de la población de edad avanzada (15).

La comunicación con mayores que presenten déficit visual

Un anciano que presente un **déficit visual** tendrá mayor dificultad para relacionarse con su entorno, presentará un mayor riesgo de caídas y con el tiempo, se verá cada vez más limitado en sus actividades cotidianas, perdiendo autonomía al tener que realizarlas con ayuda o supervisión o presentando dependencia total en la actividad y en consecuencia ver afectadas sus relaciones sociales con riesgo de sufrir un aislamiento social (2).

Al envejecer la población y, a su vez, alcanzar una mayor longevidad, se debe dar respuesta a problemas en muchos caso degenerativos, presentes en estas edades longevas, como es el caso de patologías oculares como las alteraciones de la retina y cristalino, glaucoma y la degeneración macular asociada a la edad (DMAE).

En todos aquellos casos que se produzca una disminución de la agudeza visual es recomendable que el profesional contemple las siguientes intervenciones:

- Identificarse claramente.
- Utilizar lenguaje claro.
- Asegurar ambiente iluminado.
- Sugerir la utilización de instrumentos de ayudas para baja visión.
- Utilizar material impreso con letra grande.
- Reforzar la comunicación con la audición.
- Utilizar el tacto y el tono de voz para expresarnos (20).

La comunicación con mayores que presenten limitación auditiva

Si nos centramos en un **déficit auditivo** (hipoacusia, patología vestibular o degenerativa) vemos que además de alterarse la comunicación de manera muy significativa, esta limitación irá llevando al anciano a un aislamiento social, a una disminución de estímulos y en definitiva a un mayor riesgo de padecer trastornos de memoria o algún tipo de deterioro cognitivo (16).

La comunicación con mayores que presenten alteraciones auditivas debe incluir:

- Situar al hablar siempre enfrente de la persona.
- Subir un poco el tono de voz sin llegar a molestar.
- Los tonos bajos se escuchan mejor que los altos.
- Hablar despacio y claramente.
- Eliminar, si lo hubiera, el ruido de fondo.
- Utilizar gestos corporales y material escrito.
- Asegurarse de que ha entendido el mensaje.

4. CONTEXTO DE LA VALORACIÓN GERONTOLÓGICA

La valoración gerontológica integral del anciano puede realizarse en diferentes contextos, tales como: el domicilio, consultas geriátricas, unidades de larga estancia, residencias, centros de día o unidades de hospitalización.

Aunque cada entorno es diferente, el objetivo de la valoración integral sigue siendo el mismo: identificar las capacidades y limitaciones de los mayores para poder desarrollar intervenciones efectivas y apropiadas orientadas a dar apoyo, potenciar y/o restaurar una funcionalidad óptima, así como prevenir la incapacidad y dependencia (14).

En Atención Primaria la valoración del anciano tiene como finalidad determinar la capacidad de la persona para mantener, preservar y/o restituir el nivel de independencia (21). El objetivo de los profesionales debe dirigirse a favorecer la autonomía del paciente y, en caso de pérdida de autonomía y a través del programa de Atención Domiciliaria (ATDOM), promover la recuperación de la persona. De la misma forma debe contemplar el soporte al cuidador principal, si lo hubiera, con el objetivo de evitar ingresos hospitalarios y mantener al paciente en su domicilio con el mayor confort y calidad de vida posible.

También se incluye una revisión de riesgos del hogar con el objetivo de evitar accidentes domésticos, caídas, quemaduras etc.

En el programa de Atención Domiciliaria, se incluyen todas las personas mayores con enfermedades crónicas que no pueden acudir al centro de Atención Primaria por motivos de incapacidad o limitación funcional, cognitiva, pluripatología de riesgo, falta de medios de transporte, etc. A todas ellas se les realiza una valoración geriátrica integral utilizando la batería de escalas necesarias para cuantificar los problemas y poder planificar las intervenciones necesarias consensuadas en el equipo de Primaria. Posteriormente se realizan las visitas domiciliarias necesarias en función de la situación de salud del paciente.

Así mismo, y a través de la coordinación entre la Unidad Hospitalaria y la enfermera de enlace o gestora de casos y por medio del programa PRE-ALT, se garantiza la continuidad asistencial en el propio domicilio del paciente en un tiempo máximo de 48 horas del alta hospitalaria (22, 23).

El ingreso de un anciano en Instituciones, debería ser precedido siempre por una valoración gerontológica consensuada por el equipo interdisciplinar, que facilitara la decisión del tipo de recurso más adecuado en cada caso. También debería acompañarse de las características de la demanda del ingreso, teniendo en cuenta que, son frecuentes los ingresos en instituciones por falta de cuidador o cansancio del mismo, presencia de trastornos conductuales, cambios en el grado de dependencia, etc. Este tipo de valoración integral puede ser, en algunos casos, más decisiva que los propios diagnósticos médicos/enfermeros específicos.

RESUMEN

La valoración geriátrica integral es el instrumento de elección para la valoración del anciano como un ser holístico, entendiéndola como aquel proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinar, dirigido a determinar las capacidades funcionales y psicosociales del anciano con el objetivo de desarrollar un plan individualizado de cuidados, tratamiento y seguimiento.

Las características peculiares de los ancianos y los problemas relacionados con su proceso de envejecer, obligan a los distintos equipos asistenciales a contemplar diferentes maneras de comunicación para poder abordar el complejo manejo y la educación sanitaria a esta población así como a sus cuidadores.

Para llevar a cabo una valoración integral son de referencias las escalas de valoración validadas, aunque los profesionales enfermeros no deben utilizarlas de forma aislada, sino que deben acompañarlas por una valoración enfermera. Hay que considerar que las diversas escalas no son diagnósticas por sí mismas, sino que ayudan a cuantificar los problemas detectados y proporcionan información para el cribaje.

La valoración enfermera es la primera fase del Proceso Enfermero y tiene como objetivo la recopilación de la información precisa, concreta y necesaria, mediante los datos que podemos obtener del propio anciano y/o familia, que facilite la definición de los problemas y sus posibles causas así como las capacidades de que dispone, propias o del entorno, para buscar soluciones

La valoración gerontológica integral del anciano puede realizarse en diferentes contextos, tales como: el domicilio, consultas geriátricas, unidades de larga estancia, residencias, centros de día o unidades de hospitalización.

El ingreso de un anciano en una institución o recurso gerontológico, debería ir precedido en todos los casos por una valoración gerontológica integral consensuada por el equipo interdisciplinar.

5. REFERENCIAS

1. Salgado Alba A. Historia de la geriatría En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006.
2. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré MP, García-Arilla Calvo E. Valoración Geriátrica Integral. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006.
3. Torres P, García M. Temas de Enfermería Gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 1999.
4. Henderson V. La nature des soins infirmiers (traduction de l'édition américaine *The Principles and Practice of Nursing* de 1994). Paris: InterEditions; 1994.
5. Redín JM. Valoración geriátrica integral (I): evaluación del paciente geriátrico y concepto de fragilidad. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 1999; 22(Supl. 1): 41-50.
6. UFISS Geriatría. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Valoración geriátrica de un paciente ingresado en un hospital de agudos. Rev Mult Gerontol. 2005; 15(1): 8-11.
7. Larrión JL. Valoración geriátrica integral (III): valoración de la capacidad funcional del paciente anciano. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 1999; 22(Supl. 1): 71-84.
8. San José Laporte A, et al. Protocolo de valoración geriátrica. Medicine. 1999; 7(124):5829-5832.
9. Valderrama E, et al. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr y Gerontol. 1997; 32(5): 297-306
10. Lawton MP, Brody E. Assesment of older people: Self-maintaing and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9: 179-186.

11. Reuben DB, Siu AL. An objective measure of physical function of elderly outpatients. The Physical Performance Test. J Am Geriatr Soc. 1990; 38:1105-1112.
12. Manual de prevención en Atención Primaria. Documentos Semfyc; Madrid: MSPS. 2003.
13. Mauk KL. Enfermería Geriátrica. Competencias asistenciales. Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España; 2008.
14. Pinazo S, Sánchez M, directores. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. Madrid: Pearson Prentice Hall; 2005.
15. Martínez Lage JM, Hachinski V. Envejecimiento cerebral y enfermedad. Madrid: Fundación Pfizer, Triacastela; 2001.
16. Cobo Domingo JC. Geriatria y Gerontología. Atención integral al anciano. Alcalá Real: Logoss; 2000.
17. IMSERSO. Libro Blanco de la dependencia. Madrid: IMSERSO; 2004
18. Borrell F. Manual de entrevista clínica para la atención primaria de salud. Barcelona: Doyma; 1989 y 1993.
19. Noriega MJ, Torres MP, García M. Proceso de envejecer: cambios físicos, cambios psíquicos y cambios sociales. En: Torres P, García M. Temas de Enfermería Gerontológica. Logroño: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 1999. p. 9.
20. Jiménez Navascués L, Híjar Ordovas C. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia. Gerokomos. 2007; 18 (1):16-23.
21. Ham RJ, Sloane PD. Atención Primaria en Geriatria. Casos clínicos. Madrid: Mosby/Doyma Libros; 1995.
22. El Germans Trias y los CAP de su área de influencia refuerzan la continuidad asistencial a los pacientes. Barcelona: Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Institut Català de la Salut. Departament de Salut ; 2008. Disponible en: <http://www.gencat.cat/ics/germanstrias/cas/noti010807.htm>.
23. Generalitat de Catalunya. Institut Català de la Salut. Programa Pre-alt. Abril 2010.

Otra bibliografía consultada

- Duaso E, López-Soto A. Valoración del paciente frágil en urgencias. Emergencias. 2009; 21: 362-369.
- Pérez Vergara G. Síndromes geriátricos: síndrome de inmovilidad. Madrid: SEMER; 2006.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 2006.
- UFISS Geriatria. Servicio Medicina Interna. Hospital Universitari de Bellvitge. Concordancia interobservador en la valoración funcional mediante el Índice de Barthel. Rev Clin Esp. 2006; 206(5): 230-232.
- Valderrama E, Baztán J, Pérez del Molino J. Eficiencia de la mejora funcional obtenida en una unidad de media estancia o convalecencia. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 1997; 32(3): 10-14.

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

CAPÍTULO 6

Principales instrumentos de valoración en el anciano

Carmen Cabot García
M. Pilar Torres Egea

1. CARACTERÍSTICAS DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

La valoración geriátrica debe contemplar a la persona como un ser biopsicosocial. Para ello es precisa la utilización de instrumentos que permitan la apreciación específica de la situación del anciano en todas sus dimensiones. El manejo de las escalas de valoración permite detectar y cuantificar los problemas, unificando un mismo lenguaje entre los profesionales de las distintas disciplinas que componen el equipo interdisciplinar.

La detección de los problemas de salud o enfermedad de la persona mayor tiene como objetivo final la planificación de intervenciones dirigidas a solucionarlos. Con frecuencia los profesionales del equipo interdisciplinar son los responsables de cumplimentar las diferentes escalas de valoración al anciano y al cuidador principal. La enfermera puede aprovechar la entrevista y la valoración realizada en el momento del ingreso o en la primera visita para obtener diferentes datos que permitan completar algunas escalas.

La valoración gerontológica integral utiliza instrumentos estandarizados, producto del trabajo de expertos sobre un tema específico, en relación a las personas mayores. Esto supone una economía de tiempo y esfuerzo, aunque sea necesario adaptarlos y analizar su validez en relación al contexto (persona,

espacio y tiempo) en que se aplican (1). Algunos profesionales opinan que la recogida de datos de una persona anciana es conveniente compaginarla con un *screening* de valoración cognitiva, ya que ésta ofrece la posibilidad de valorar la dimensión de la problemática y la corroboración de los datos obtenidos en la entrevista con el anciano y, en caso de deterioro, poder efectuar los comentarios necesarios con el cuidador principal (2, 3).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja el desarrollo de instrumentos estándar de valoración para la población anciana. Entre algunas de las características esenciales de estas escalas se identifican con: ser objetivas y reproducibles, cuantificar el grado de deterioro o dependencia, ayudar a la detección de incapacidades y ser útiles para la planificación del adecuado uso de los recursos. Además la utilización de instrumentos estandarizados y validados en la valoración gerontológica integral, ofrece beneficios adicionales tales como: proporcionar exactitud, uniformidad y reproductividad a la información obtenida de la persona mayor; permitir monitorizar los cambios del estado del anciano que se producen en el tiempo, facilitando la planificación de cuidados continuados.

Otra ventaja de utilizar instrumentos estandarizados es la posibilidad de transmisión de la información o evaluación de la situación del anciano, entre profesionales de distinta ubicación y ámbito de trabajo, así como el desarrollo de estudios de investigación multicéntricos (2). Sin embargo, a pesar de las ventajas evidentes y reconocidas en el manejo de instrumentos estandarizados, la valoración gerontológica integral en España se lleva a cabo de manera heterogénea tanto en los ítems a valorar como en los instrumentos utilizados en los diferentes niveles asistenciales (2).

Es importante tener presente que la mayoría de los instrumentos de medida para la valoración gerontológica, aplicables en el ámbito de la salud, han sido desarrollados inicialmente en otros contextos culturales y geográficos distintos al nuestro habitual. Para que estos instrumentos puedan ser utilizados de manera fiable en nuestro entorno se requiere que sigan un proceso que asegure la equivalencia conceptual con el instrumento inicial, garantizando la aplicabilidad transcultural (4).

Todos los instrumentos de valoración gerontológica deben tener también otro tipo de cualidades al margen de ser una herramienta estandarizada. Algunas de estas cualidades están relacionadas con la confiabilidad y validez:

- **Objetividad.** Grado en dos evaluadores independientes llegarían a juicios o conclusiones similares.
- **Comprensión.** Tanto la persona mayor o cuidador como el profesional que realiza la valoración deben ser capaces de comprender de los procedimientos necesarios para realizar una evaluación válida.
- **Equilibrio.** Sería un objetivo del diseñador del cuestionario de valoración y debería intentar obtener una medición equilibrada para reducir al mínimo sesgos.
- **Rapidez.** Debe realizar una valoración rápida obteniendo mediciones completas.
- **Unidimensional.** La escala debe diseñarse de forma tal que produzca puntuaciones separadas por cada concepto unitario.
- **Intervalo.** Debe ser susceptible de producir mediciones significativas de los valores esperados de la variable, desde el más pequeño hasta el mayor.
- **Linealidad.** El investigador suele intentar construir mediciones que tengan la misma exactitud y sensibilidad en el intervalo de valores.
- **Razón entre señal y ruido.** En mediciones fisiológicas es importante utilizar procedimientos que maximicen la lectura de señales y minimicen las interferencias.
- **Reactividad.** El cuestionario de valoración no debe afectar al atributo que se mide.
- **Sencillez.** En igualdad de condiciones siempre es preferible un instrumento sencillo a uno complejo; a mayor complejidad más riesgo de cometer un error (5).

2. FUNDAMENTOS DE LOS INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

La medición de las situaciones de salud o enfermedad, como tal, comprende un conjunto de reglas conforme a las cuales se asignan valores numéricos a los objetos a fin de representar grados variables de un atributo. La medición ofrece diversas ventajas a los profesionales en virtud de su objetividad, precisión y empleo como medio de comunicación, aunque es importante

utilizar instrumentos de medición o valoración cuyas reglas sean isomórficas respecto de la realidad (5). Pero la comprobación de atributos no tiene lugar en el vacío, tanto los procedimientos para llevarla a cabo, como el objeto que se mide, son susceptibles de apreciar influencias que pueden modificar la información resultante.

Son muchos los factores que pueden conducir a errores en la medición y que son precisos conocer:

- **Contaminantes situacionales.** Estarían determinados por las condiciones en que se obtienen las mediciones, tanto por parte del anciano, como del entorno y del profesional que realiza la valoración.
- **Factores personales transitorios.** La ansiedad, los estados de ánimo, los estados confusionales, la motivación del anciano para cooperar, pueden influir en la puntuación que se obtiene de un instrumento de valoración.
- **Variaciones en la aplicación.** Se pueden producir sesgos en la valoración de la persona mayor debido a las variaciones en las categorías, definición de codificación o improvisación de las preguntas por parte del profesional que realiza la valoración.
- **Claridad del instrumento.** Si el evaluador desconoce el instrumento de medida los resultados pueden resultar afectados.
- **Formato del instrumento.** Diversos factores relacionados con el formato del instrumento puede influir en las respuestas del anciano, tal como preguntas abiertas o cerradas, la respuesta oral o escrita, etc. (5).

Para realizar una valoración de máxima calidad es necesario utilizar instrumentos de valoración válidos y fiables para obtener una medición exacta y correcta (4).

A continuación se detallan las características que deben poseer los instrumentos de medida:

- **Fiabilidad.** El término fiabilidad es sinónimo de precisión o reproducibilidad y se refiere al grado en que una medición proporciona resultados similares cuando se lleva a cabo en más de una ocasión, en las mismas condiciones, lo que depende de la variación biológica

individual, del observador y del instrumento de medida utilizado (6). La fiabilidad no es una propiedad intrínseca de una medida, sino del instrumento de medida con que se mide y del proceso de medición, cuando se aplica en una muestra de individuos en unas condiciones concretas. La fiabilidad en un instrumento de valoración debe examinarse por medio de aspectos como la estabilidad, congruencia interna y equivalencia (5).

- **Validez.** La validez o exactitud es un concepto ligado al error sistemático y es el segundo criterio de importancia para evaluar la idoneidad de un instrumento cuantitativo. Expresa el grado en que una medición mide realmente aquello para lo que esta destinado (6).

A la hora de evaluar la validez de un instrumento de medida es importante valorar otras facetas como el contenido, o el criterio utilizado para la construcción de ese instrumento:

- **Validez de contenido.** Es decir, si contempla o abarca todas las dimensiones del fenómeno que se quiere medir.
- **Validez de criterio.** Se compara sus valores con los obtenidos con una medida de referencia objetiva, fiable y ampliamente aceptada como buena medida del fenómeno de interés.
- **Validez de constructo.** Este aspecto se refiere a si el instrumento resulta adecuado para medir el constructo abstracto de interés (5, 6).

- **Eficiencia.** Hace referencia a que debe realizar mediciones más fiables y válidas con un menor coste asociado al tiempo de cumplimentación o al procedimiento para la colecta de datos.
- **Sensibilidad.** Se refiere a la medida en que detecta y mide de manera confiable las variaciones más pequeñas de un atributo (5).

3. ESCALAS DE VALORACIÓN EN EL ÁMBITO GERONTOLÓGICO

Para llevar a cabo la valoración gerontológica integral del anciano se recurrirá a instrumentos que permitan la medición de ítems adecuados, racionalizando la información.

Se dispone de escalas que miden aspectos concretos como la funcionalidad, el estado mental, la situación social, los grados de severidad de un estado de salud o la previsión de recursos adecuados. Ayudan también a la enfermera gerontológica a corroborar algunos datos de su valoración específica y a completar la información sobre las posibilidades de funcionamiento, de rehabilitación o reincorporación del anciano a su entorno habitual (7). Otras cualidades a considerar en las escalas de valoración geriátrica son la aportación en completar los datos de la evaluación clínica, incrementar la sensibilidad diagnóstica, monitorizar y evaluar los cambios temporales y cuantificar el grado de deterioro del paciente.

Este tipo de escalas deben estar validadas y adecuadas para aplicarlas en nuestro ámbito asistencial, pudiendo ser cumplimentadas por los pacientes, familia o profesionales; aunque normalmente son éstos últimos quienes realizan la valoración (2, 8).

3.1. Escalas de valoración cognitiva

La función cognitiva es la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, recordar, percibir, comunicar, orientarse, calcular, entender y resolver problemas.

Es preciso, antes de realizar la valoración cognitiva, conocer el nivel de estudios o años de escolaridad. Los errores identificados en las escalas de valoración cognitiva se deben interpretar de forma distinta según el nivel de estudios del anciano, ya que en la persona analfabeta no pueden calificarse los resultados de la misma manera que una con estudios superiores.

Escala de Pfeiffer SPMSQ (Short Portable Mental State Questionn)

Desarrollada por Pfeiffer en 1975 (9). Es una prueba muy ágil, contempla también las características de los ancianos con nivel educativo bajo. Consta de 10 ítems que evalúan la orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Nunca puede ser considerada como prueba única para diagnosticar una demencia (Figura 1).

Figura 1.

ESCALA DE PFEIFFER SPMSQ

(SHORT PORTABLE MENTAL STATE QUESTIONN)

PREGUNTA	ERRORES
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (sí no tuviese teléfono, preguntar cuál es su dirección)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Quién es el Presidente del Gobierno?	
¿Quién era el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte (Cualquier error hace la respuesta errónea)	
TOTAL	

INTERPRETACIÓN

- Se adjudica un punto por cada error.
- Entre 0 y 2 errores se considera normal.
- Entre 3 y 4 errores, deterioro cognitivo leve.
- Entre 5 y 7 errores, deterioro cognitivo moderado.
- Más de 8 errores, deterioro cognitivo severo.

Se permite un error adicional si el nivel educativo es bajo (estudios elementales).

Se permite un error menos si ha recibido estudios superiores (estudios universitarios).

Mini Mental State Examination (MMSE) de Folstein

Es un test de *screening* dentro de las escalas cognitivas-conductuales para confirmar y cuantificar el estado mental de una persona. Es uno de los más utilizados.

La elección de la escala depende del objetivo a evaluar. Se realizó en 1975, y el que se emplea actualmente incluye adaptaciones. El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE de Folstein (10).

Es un test que tiene alta dependencia del lenguaje y consta de 30 ítems mayoritariamente relacionados con la atención. Se puede efectuar en 5-10 minutos según el entrenamiento de la persona que lo realiza. Utilizado también en el seguimiento evolutivo de las demencias. Presenta una puntuación máxima con un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en cinco apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, lenguaje y construcción (Figura 2).

En su aplicación se deben tener en cuenta una serie de aspectos:

- Para poder efectuar el MMSE es necesario que el paciente se encuentre consciente.
- En la demencia por enfermedad de Alzheimer la tasa promedio anual de cambio en la puntuación del MMSE es de 2-5 puntos por año.
- El Mini Mental presenta una baja sensibilidad para el diagnóstico del deterioro cognitivo leve, a demencia frontal-subcortical y el déficit focal cognitivo.
- Se debe realizar el test siempre en un ambiente confortable, sin ruidos ni interrupciones.

Test del Dibujo del Reloj (Clock Drawing Test)

El Test del Dibujo del Reloj (TDR, CDT en inglés) es una prueba elaborada originariamente por Battersby, Bender, Pollack y Kahn en 1956 para detectar la negligencia contra lateral en pacientes con lesión en el lóbulo parietal. Es una prueba que proporciona valiosa información acerca de diversas áreas cognitivas semejantes a las que valora el *Mini-Mental State Examination* de Folstein, entre ellas, lenguaje, memoria a corto plazo, funciones ejecutivas, prácticas y visoespaciales (Figura 3).

Figura 2.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) DE FOLSTEIN

1. ORIENTACIÓN

- Dígame el día _____ Fecha _____ Mes _____ Estación _____ Año _____ (5)
- Dígame el lugar _____ Planta _____ Ciudad _____ Provincia _____ Nación _____ (5)

2 FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: peseta, caballo, manzana (3)

3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

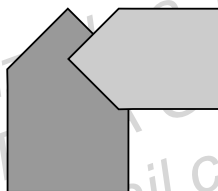
- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando? (5)
- Repita: 5-9-2 (repetir hasta que lo aprenda)
- Ahora hacia atrás (3)

4. MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (3)

5. LENGUAJE Y CONTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj (2)
- Repita esta frase: "en un trigal había cinco perros"..... (1)
- Una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde? ¿qué son un perro y un gato? (2)
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (3)
- Lea esto y haga lo que dice. Cierre los ojos. (1)
- Escriba una frase (1)
- Copie este dibujo (1)



Puntuación

≥ 30: Normal

29-24 Discreto déficit. Pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural

< 24: Deterioro cognitivo

Punto de corte 23/24

19-23: deterioro cognitivo leve

14-18: moderado

< 14: grave

En la práctica una puntuación < 24 sugiere demencia:

Entre 23-21: demencia leve.

Entre 20-11: demencia moderada.

Menor de 10: demencia severa.

El punto de corte para demencia se establece en **24 puntos**. Si hay que anular algún punto (analfabetismo, ceguera, hemiplejía, etc.) se recalcula proporcionalmente.

Por ejemplo, **21 puntos** sobre **26** posibles equivaldrían a un resultado de **24 puntos** (se redondea al entero más próximo).

Figura 3.

TEST DEL DIBUJO DEL RELOJ (TDR) (CLOCK DRAWING TEST-CDT)

CRITERIOS DE PUNTUACIÓN DEL TEST DEL RELOJ (J. CACHO, ET AL)

1) ESFERA DEL RELOJ (MÁXIMO 2 PUNTOS)

2 Puntos	Dibujo norma. Esfera circular u ovalada con pequeñas distorsiones por temblor.
1 Punto	Incompleto o con alguna distorsión significativa. Esfera muy asimétrica.
0 Puntos	Ausencia o dibujo totalmente distorsionado.

2) PRESENCIA O SECUENCIA DE LOS NÚMEROS (MÁXIMO 4 PUNTOS)

4 Puntos	Todos los números presentes y en el orden correcto. Sólo “pequeños errores” en la localización espacial en menos de 4 números (por ejemplo, colocar el número 8 en el espacio del número 9).
3,5 Puntos	Cuando los “pequeños errores” en la colocación espacial se dan en 4 o más números pequeños.
3 Puntos	Todos presentes con error significativo en la localización espacial (por ejemplo, colocar el número 3 en el espacio del número 6). Números con algún desorden de secuencia (menos de 4 números).
2 Puntos	Omisión o adicción de algún número, pero sin grandes distorsiones en los números restantes. Números con algún desorden de secuencia (4 o más números). Los 12 números colocados en sentido antihorario (rotación inversa). Todos los números presentes, pero con gran distorsión espacial (números fuera del reloj o dibujados en media esfera, etc.). Presencia de los 12 números en una línea vertical, horizontal u oblicua (alineación numérica).
1 Punto	Ausencia o exceso de números con gran distorsión espacial. Alineación numérica con falta o exceso de números. Rotación inversa con falta o exceso de números.
0 Puntos	Ausencia o escasa representación de números (menos de 6 números dibujados).

3) PRESENCIA Y LOCALIZACIÓN DE LAS MANECILLAS (MÁXIMO 4 PUNTOS)

4 Puntos	Las manecillas están en posición correcta y con las proporciones adecuadas de tamaño (la de la hora más corta).
3,5 Puntos	Las manecillas en posición correcta pero ambas de igual tamaño.
3 Puntos	Pequeños errores en la localización de las manecillas (situar una de las agujas en el espacio destinado al número anterior o posterior). Aguja de los minutos más corta que la de la hora, con pauta horaria correcta.
2 Puntos	Gran distorsión en la localización de las manecillas (incluso si marcan las once y diez, cuando los números presentan errores significativos en la localización espacial). Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan la hora correcta.
1 Punto	Cuando las manecillas no se juntan en el punto central y marcan una hora incorrecta. Presencia de una sola manecilla o un esbozo de las dos.
0 Puntos	Ausencia de manecillas o perseveración en el dibujo de las mismas. Efecto en forma de “rueda de carro”.

En relación a los criterios de puntuación, J. Cacho *et al* (1998) han propuesto unas escalas de puntuación basadas en los criterios de la escala previamente utilizada por Rouleau (1992), aunque con diversas modificaciones, que esencialmente han consistido en introducir los parámetros cualitativos, rotación inversa, alineación numérica y perseveración dentro de la escala de puntuación. Según estos criterios, se ha establecido una puntuación máxima de 2 puntos por el dibujo de la esfera, 4 puntos por los números y 4 puntos por las manecillas.

Se aplica en dos fases TRO, test del reloj a la orden, y TRC, test del reloj a la copia.

Escala de Demencia de Blessed. Timlison y Roth (1968)

La Escala de Demencia de Blessed (BDS, Blessed's Dementia Scale) es una prueba que no sólo valora el deterioro de tipo cognitivo, sino que aporta, en una de sus subescalas, una evaluación conductual. Fue diseñada para establecer una correlación anatómo-funcional entre una escala y las lesiones cerebrales objetivables en enfermos de Alzheimer.

Consta de dos partes: una entrevista realizada al cuidador o familiar, referida a la capacidad del paciente para desenvolverse en la cotidianidad del día a día, y otra, el *Information-Memory-Concentration-Test*, que se administra mediante una entrevista al paciente y viene a medir los mismos aspectos que el MEC (Figura 4).

Se trata de un test cognitivo que valora, mediante 28 ítems, orientación-información, memoria y concentración-atención, con una puntuación máxima de 37 y un punto de corte inferior o igual a 32.

La subescala de valoración funcional o *Dementia Rating Scale*, consta de 22 ítems divididos en tres apartados: cambios en la ejecución de las actividades diarias, de hábitos y de personalidad, interés y conducta. Su puntuación máxima es de 28 puntos, situándose el punto de corte a partir de 9. Una puntuación de 4 o más puede interpretarse como sospecha de demencia mientras que puntuaciones mayores de 15, indican demencia moderada a grave. En esta escala, la suma de los puntos obtenidos se hace de forma separada, expresándose los resultados de forma independiente, por ejemplo: 3,5-1-4.

Es un instrumento sencillo y relativamente rápido de administrar, no requiriéndose más de media hora, posee una elevada sensibilidad (88%) y especificidad (94%), a pesar de poseer un apartado que puede verse afectado por características de la personalidad y hábitos de comportamiento previos al deterioro.

Figura 4a.

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED (BDS) TIMLISON Y ROTH (1968)

CAMBIOS EN LA EJECUCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DIARIAS

ÍTEM	ACTIVIDAD	TOTAL	PARCIAL	NINGUNA
1	Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0,5	0
2	Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0
3	Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (por ejemplo, compras, etc.)	1	0,5	0
4	Incapacidad para orientarse en casa	1	0,5	0
5	Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0
6	Incapacidad para valorar el entorno	1	0,5	0
7	Incapacidad para recordar hechos recientes (por ejemplo, visitas de parientes o amigos, etc.)	1	0,5	0
8	Tendencia a rememorar el pasado	1	0,5	0

Figura 4b.

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED (BDS) TIMLISON Y ROTH (1968)

CAMBIOS EN LOS HÁBITOS

ACTIVIDAD	CUMPLIMENTACIÓN	PUNTOS
9. COMER	Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0
	Desaliñadamente, sólo con la cuchara	1
	Sólidos simples (galletas, etc.)	2
	Ha de ser alimentado	3
10. VESTIR	Se viste sin ayuda	0
	Fallos ocasionales (por ejemplo, en el abotonamiento)	1
	Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestido	2
	Incapaz de vestirse	3
11. CONTROL DE ESFÍNTERES	Normal	0
	Incontinencia urinaria ocasional	1
	Incontinencia urinaria frecuente	2
	Doble incontinencia	3

Figura 4b.

ESCALA DE DEMENCIA DE BLESSED (BDS) TIMLISON Y ROTH (1968)

CAMBIOS EN LA PERSONALIDAD Y CONDUCTA

ÍTEM	CARACTERÍSTICA	PRESENTE	AUSENTE
12	Retraimiento creciente	1	0
13	Egocentrismo aumentado	1	0
14	Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15	Afectividad embotada	1	0
16	Perturbación del control emocional (aumento de susceptibilidad e irritabilidad)	1	0
17	Hilaridad inapropiada	1	0
18	Respuesta emocional disminuida	1	0
19	Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1	0
20	Falta de interés en las aficiones habituales	1	0
21	Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
22	Hiperactividad no justificada	1	0

NOTA. Se suman los puntos obtenidos en cada área, expresándose por separado.
Por ejemplo: Escala de demencia de Blessed 3,5-1-4.

Test del Informador (versión breve o corta), Informant interview de Jorm y Korten

El Test del Informador (TIN) es un test validado en España que valora a través de un informador (fidedigno) el declinar cognitivo-funcional del paciente en los últimos 5 a 10 años. Es independiente de la inteligencia, el nivel de escolarización y la edad del paciente. Su validez parece superior al MMSE de Folstein, tanto en la evaluación clínica como en el cribado del deterioro cognitivo leve, de ahí su utilidad en Atención Primaria (Figura 5).

El tiempo requerido es menor a 5 minutos, aunque habitualmente lo cumplimentará el familiar/informador en el propio domicilio, sin la presencia de ningún entrevistador, con una pequeña explicación dada en la consulta.

Es aconsejable revisar si existen preguntas sin contestar y la coherencia de las respuestas al recibir el test. Se valora la memoria, la funcionalidad y la capacidad ejecutiva de y de juicio.

Figura 5.

TEST DEL INFORMADOR (TIN).

INFORMANT INTERVIEW DE JORMY KORTEN

PUNTUACIÓN SEGÚN LA MEJORÍA	
MEJORÍA	PUNTUACIÓN
Ha mejorado mucho	1 punto
Ha mejorado un poco	2 puntos
Apenas ha cambiado	3 puntos
Ha empeorado un poco	4 puntos
Ha empeorado mucho	5 puntos

PREGUNTA A REALIZAR	PUNTUACIÓN
Capacidad para reconocer las caras de sus allegados más íntimos (parientes, amigos)	
Capacidad para recordar los nombres de esas mismas personas	
Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de qué viven, cuándo es su cumpleaños...)	
Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses, tanto noticias como cosas suyas o de sus familiares	
Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días antes	
Olvidar lo que ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber qué iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes	
Recordar su propia dirección o su número de teléfono	
Recordar la fecha en que vive	
Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas	
Saber dónde se pone una cosa que ha encontrado desordenada	
Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, alguna celebración, ir de vacaciones)	
Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, automóvil, lavadora, maquinilla de afeitar, etc.)	
Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, radio, secador de pelo, etc.)	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)	
Aprender cosas nuevas (en general)	
Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven	
Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación)	
Entender artículos de periódicos o revistas en los que está interesado	
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión	
Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios	
Recordar gentes y hechos históricos del pasado (la guerra civil, la república, etc.)	
Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir dinero)	
Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco)	
Manejar dinero para la compra (cuánto dinero dar, calcular el cambio)	
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados)	
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?	
(Hasta 78 puntos normal; 130 puntos máximo deterioro).	TOTAL

Global Deterioration Scale (Escala de deterioro global) de Reisberg

El describir la demencia en “fases” que se refieren a la progresión de la demencia de un individuo, ayuda a los profesionales a determinar la intervención y el tratamiento, facilitando la comunicación con los cuidadores. La fase se describe en base a los síntomas que presenta el individuo. La recogida de la información se realizara a través del cuidador principal. Es una de las escalas de uso más general (GDS), divide el proceso de la enfermedad en siete etapas. Es la más relevante para la persona que presenta Alzheimer y permite realizar el seguimiento de estos pacientes (Figura 6).

3.2. Escalas de valoración funcional

La valoración funcional es la evaluación de las capacidades físicas para determinar la autonomía e independencia de la persona en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia.

La valoración funcional es una valoración compleja, que debe ser cumplimentada por el equipo interdisciplinar (médico, fisioterapeuta, enfermera, terapeuta ocupacional, podólogo etc.) no solo valora el grado de autonomía en las actividades de la vida diaria (AVD) sino que recoge la historia de caídas, la valoración de la marcha y equilibrio.

3.2.1. Actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son las tareas que permiten llevar una vida independiente en la comunidad. Realizar las tareas del hogar, comprar, manejar la medicación, manejar asuntos económicos, teléfono, utilizar el transporte público, etc.

La escala más utilizada y de fácil realización es Lawton & Brody, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia para población anciana, institucionalizada o no, y publicada en 1969. Está compuesta de 8 ítems dando un punto por cada ítem realizado de forma autónoma. Presenta limitación en hombres que no realizan actividades (11).

Mide capacidad y tienen un buen coeficiente de reproductibilidad (0,94) (Figura 7).

Figura 6.

GLOBAL DETERIORATION SCALE (ESCALA DE DETERIORO GLOBAL) DE REISBERG	
GDS-1. AUSENCIA DE ALTERACIÓN COGNITIVA	
MINIEXAMEN COGNOSCITIVO –MEC– DE LOBO entre 30 y 35 puntos.	
Se corresponde con el individuo normal.	
Ausencia de quejas subjetivas.	
Ausencia de trastornos evidentes de la memoria en la entrevista clínica.	
GDS-2. DISMINUCIÓN COGNITIVA MUY LEVE	
MEC DE LOBO entre 25 y 30 puntos.	
Se corresponde con el deterioro cognitivo subjetivo.	
Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:	
<ul style="list-style-type: none"> a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares. b) Olvido de nombres previamente bien conocidos. 	
No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico.	
No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales.	
Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología.	
GDS-3. DEFECTO COGNITIVO LEVE	
MEC DE LOBO entre 20 y 27 puntos.	
Se corresponde con el deterioro cognitivo leve.	
Primeros defectos claros: manifestaciones en una o más de estas áreas:	
<ul style="list-style-type: none"> a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar. b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre. c) Las personas más cercanas detectan defectos en la evocación de palabras y nombres. d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material. e) Puede mostrar una capacidad muy disminuida en el recuerdo de las personas nuevas que ha conocido. f) Puede haber perdido o colocado en un lugar erróneo un objeto de valor. g) En la exploración clínica puede hacerse evidente un defecto de concentración. 	
Un defecto objetivo de memoria únicamente se observa con una entrevista intensiva.	
Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes.	
La negación o desconocimiento de los defectos se hace manifiesta en el paciente.	
Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta-moderada.	

GDS-4. DEFECTO COGNITIVO MODERADO

MEC DE LOBO entre 16 y 23 puntos.

Se corresponde con una demencia en estadio leve.

Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:

- a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes.
 - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su propia historia personal.
 - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete.
 - d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
-

Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:

- a) Orientación en tiempo y persona.
 - b) Reconocimiento de personas y caras familiares.
 - c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares.
-

Incapacidad para realizar tareas complejas.

La negación es el mecanismo de defensa dominante.

Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes.

GDS-5. DEFECTO COGNITIVO MODERADO-GRAVE

MEC DE LOBO entre 10 y 19 puntos.

Se corresponde con una demencia en estadio moderado.

El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia.

No recuerda datos relevantes de su vida actual: su dirección o teléfono de muchos años, los nombres de familiares próximos (como los nietos), el nombre de la escuela, etc.

Es frecuente cierta desorientación en tiempo (fecha, día de la semana, estación, etc.) o en lugar.

Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de cuatro en cuatro, o desde 20 de dos en dos.

Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros.

Invariablemente sabe su nombre, y generalmente el de su esposa e hijos.

No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados.

GDS-6. DEFECTO COGNITIVO GRAVE

MEC DE LOBO entre 0 y 12 puntos.

Se corresponde con una demencia en estadio moderadamente grave.

Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir.

Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida.

Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada, pero muy fragmentario.

Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.

Puede ser incapaz de contar desde 10 hacia atrás, y a veces hacia adelante.

Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas.

Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares.

El ritmo diurno está frecuentemente alterado.

Casi siempre recuerda su nombre.

Frecuentemente sigue siendo capaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno.

Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

- a) Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes, o con su imagen en el espejo.
- b) Síntomas obsesivos, como actividades repetitivas de limpieza.
- c) Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta, previamente inexistente.
- d) Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo.

GDS-7. DEFECTO COGNITIVO MUY GRAVE

MEC DE LOBO = 0 puntos, impracticable.

Se corresponde con una demencia en estadio grave.

Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas fases no hay lenguaje, únicamente gruñidos.

Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación.

Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas, como la deambulación.

El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que ha de hacer.

Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales.

NOTA. La correlación entre el estadio GDS y la puntuación del MEC de Lobo es orientativa.

Figura 7.

ESCALA DE LAWTON & BRODY (PHILADELPHIA GERIATRIC CENTER)

A) CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

- | | |
|---|---|
| 1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc. | 1 |
| 2. Marca unos cuantos números bien conocidos | 1 |
| 3. Contesta el teléfono pero no marca | 1 |
| 4. No usa el teléfono | 0 |

B) IR DE COMPRAS

- | | |
|---|---|
| 1. Realiza todas las compras necesarias con independencia | 1 |
| 2. Compra con independencia pequeñas cosas | 0 |
| 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra | 0 |
| 4. Completamente incapaz de ir de compras | 0 |

C) PREPARACIÓN DE LA COMIDA

- | | |
|---|---|
| 1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia | 1 |
| 2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes | 0 |
| 3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada | 0 |
| 4. Necesita que se le prepare y sirva la comida | 0 |

D) CUIDAR LA CASA

- | | |
|--|---|
| 1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (por ejemplo, trabajos pesados) | 1 |
| 2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama | 1 |
| 3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable | 1 |
| 4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa | 1 |
| 5. No participa en ninguna tarea doméstica | 0 |

E) LAVADO DE ROPA

- | | |
|---|---|
| 1. Realiza completamente el lavado de ropa personal | 1 |
| 2. Lava ropa pequeña | 1 |
| 3. Necesita que otro se ocupe del lavado | 0 |

F) MEDIO DE TRANSPORTE

- | | |
|--|---|
| 1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche | 1 |
| 2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público | 1 |
| 3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona | 1 |
| 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros | 0 |
| 5. No viaja | 0 |
-

G) RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN

1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas 1
 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas 0
 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación 0
-

H) CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO

1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos 1
 2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. 1
 3. Incapaz de manejar el dinero 0
-

NOTA. Anotar con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación concreta personal del paciente, respecto a estos 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria.

Se puntúa cada área conforme a la descripción que mejor se corresponda con el sujeto.

Por tanto, cada área puntúa un máximo de 1 punto y un mínimo de 0 puntos:

MÁXIMA DEPENDENCIA: 0 puntos.

INDEPENDENCIA TOTAL: 8 puntos.

3.2.2. Actividades básicas de la vida diaria

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) son las tareas propias del autocuidado: vestirse, bañarse, asearse, controlar esfínteres, comer sin ayuda.

Ser independiente significa poder realizar las actividades sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican. Se basa en el estado actual y no en la capacidad de hacerlas. Cuando un paciente se niega a realizar una actividad, se considera que no hace esa función, aunque se le crea capaz.

Para la medición de las actividades anteriormente mencionadas existen dos escalas ampliamente conocidas y utilizadas en todos los niveles asistenciales: Índice de Katz e Índice de Barthel.

Índice de Katz

Fue creado en 1958 no siendo publicado hasta 1963 (12), se elaboró por el equipo multidisciplinar del Benjamín Rose Hospital y es capaz de agrupar de forma sencilla y ágil seis funciones básicas: baño, vestido, uso del váter, movilidad, continencia de esfínteres y alimentación en términos de dependencia o independencia, agrupándolas posteriormente en un solo índice resumen (Figura 8). Presenta una menor sensibilidad a los cambios que el Índice de Barthel.

Figura 8.

ÍNDICE DE KATZ

- A) Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.
- B) Independiente: todas estas funciones excepto una.
- C) Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.
- D) Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.
- E) Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.
- F) Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.
- G) Dependiente para las seis funciones básicas.

Otros. Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F.

El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: **ÍNDICE DE KATZ: C.**

Índice de Barthel

Fue publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, surge tras la observación de la recuperación de pacientes crónicos en el Hospital de Maryland y la necesidad de cuantificar la mejoría en las ABVD (13).

El Índice de Barthel es una medida que valora el nivel de independencia del paciente en la realización de ABVD (Figura 9).

Figura 9.

ÍNDICE DE BARTHEL

COMIDA

- 10. Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc., pero es capaz de comer solo
- 0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona

ASEO

- 5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.
- 0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.

VESTIDO

- 10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda
- 5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.
- 0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas

ARREGLO

- 5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.
- 0. Dependiente. Necesita alguna ayuda

DEPOSICIÓN

- 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.
- 5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.
- 0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.

MICCIÓN

- 10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc.)
- 5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos
- 0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

IR AL RETRETE

- 10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.
- 5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.
- 0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor

TRASLADO CAMA /SILLÓN

-
15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.
-
10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
-
5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.
-
0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.
-

DEAMBULACIÓN

-
15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.
-
10. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador
-
5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión
-
0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro,
-

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

-
10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona
-
5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
-
0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor
-

TOTAL: Máxima puntuación: 100 puntos (90 si usa silla de ruedas)

RESULTADO	GRADO DE DEPENDENCIA
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve

3.2.3. Escala de valoración del riesgo de caídas

Escala de Tinetti

El de Tinetti es el test más completo y validado. De fácil aplicación, explora los factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen y desencadenan las caídas.

Se trata de una escala que permite evaluar mediante dos subescalas la marcha y el equilibrio. Fue desarrollada por la Dra. Mary Tinetti en 1986 en la Universidad de Yale, en principio destinadas a la evaluación de ancianos muy discapacitados y luego modificada y adaptada a todo tipo de ancianos. La escala de Tinetti se divide en dos subescalas que exploran el equilibrio (estático y dinámico) y la marcha. La sub-escala de equilibrio consta de 13 ítems cuyas respuestas se categorizan como normal, adaptativa o anormal. La sub-escala de marcha responde a normal o anormal y consta de 7 ítems (Figura 10).

Cuestionario de la OMS para el estudio de caídas en el anciano (1989)

Evalúa el riesgo de caídas en personas mayores. El cuestionario incluye variables de diferente naturaleza: sociodemográficas, capacidad funcional, presencia de enfermedades, consumo de fármacos, historial de caídas y contacto con el sistema sanitario (Figura 11).

3.2.4. Escalas de valoración del estado anímico

Escala de depresión Yesavage

La escala de depresión Yesavage es uno de los instrumentos de elección en la exploración, para valorar la depresión en pacientes ancianos.

Su ventaja radica en que no se centra en molestias físicas, sino en aspectos directamente relacionados con el estado de ánimo. Consta de 15 preguntas afirmativas/negativas en su forma abreviada (frente a las 30 preguntas de la versión original) y puede realizarla el paciente solo. La forma abreviada de Yesavage es un instrumento de apoyo. Pueden aparecer falsos positivos con cierta frecuencia, por lo que debe utilizarse exclusivamente en conjunción con otros datos (Figura 12).

Figura 10.

ESCALA DE TINETTI

1. MARCHA

Instrucciones: El paciente permanece de pie con el examinador, camina por el pasillo o por la habitación (unos 8 metros) a "paso normal" luego regresa a "paso ligero pero seguro".

1. Iniciación de la marcha (inmediatamente después de decir que ande).

Algunas vacilaciones o múltiples para empezar.....	0
No vacila.....	1

2. Longitud y altura de peso

Movimiento del pie derecho

No sobrepasa el pie izquierdo con el paso.....	0
Sobrepasa el pie izquierdo.....	1
El pie derecho no se separa completamente del suelo con el peso.....	0
El pie derecho se separa completamente del suelo.....	1

Movimiento del pie izquierdo

No sobrepasa el pie derecho con el paso.....	0
Sobrepasa al pie derecho.....	1
El pie izquierdo no se separa completamente del suelo con el peso.....	0
El pie izquierdo se separa completamente del suelo.....	1

3. Simetría del paso

La longitud de los pasos con los pies derecho e izquierdo no es igual.....	0
La longitud parece igual.....	1

4. Fluidez del paso

Paradas entre los pasos.....	0
Los pasos parecen continuos.....	1

5. Trayectoria (observar el trazado que realiza uno de los pies durante unos 3 metros)

Desviación grave de la trayectoria.....	0
Leve/moderada desviación o uso de ayudas para mantener la trayectoria.....	1
Sin desviación o ayudas.....	2

6. Tronco

Balanceo marcado o uso de ayudas.....	0
No se balancea pero flexiona las rodillas o la espalda o separa los brazos al caminar.....	1
No se balancea, no se reflexiona, ni otras ayudas.....	2

7. Postura al caminar

Talones separados.....	0
Talones casi juntos al caminar.....	1

PUNTUACIÓN MARCHA: 12 PUNTUACIÓN TOTAL: 28

2. EQUILIBRIO

Instrucciones: El paciente está sentado en una silla dura sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras:

1. Equilibrio sentado	
Se inclina o se desliza en la silla	0
Se mantiene seguro	1
2. Levantarse	
Imposible sin ayuda	0
Capaz, pero usa los brazos para ayudarse	1
Capaz de levantarse de un solo intento	2
3. Intentos para levantarse	
Incapaz sin ayuda	0
Capaz pero necesita mas de un intento	1
Capaz de levantarse de un solo intento	2
4. Equilibrio en bipedestación inmediata (los primeros 5 segundos)	
Inestable (se tambalea, mueve los pies), marcado balanceo del tronco	0
Estable pero usa el andador, bastón o se agarra u otro objeto para mantenerse	1
Estable sin andador, bastón u otros soportes	2
5. Equilibrio en bipedestación	
Inestable	0
Estable, pero con apoyo amplio (talones separados más de 10 cm) o usa bastón u otro soporte	1
Apoyo estrecho sin soporte	2
6. Empujar (el paciente en bipedestación con el tronco erecto y los pies tan juntos como sea posible). El examinador empuja suavemente en el esternón del paciente con la palma de la mano, tres veces.	
Empieza a caerse	0
Se tambalea, se agarra pero se mantiene	1
Estable	2
7. Ojos cerrados (en la posición 6)	
Inestable	0
Estable	1
8. Vuelta de 360 grados	
Pasos discontinuos	0
Continuos	1
Inestable (se tambalea, se agarra)	0
Estable	1
9. Sentarse	
Inseguro, calcula mal la distancia, cae en la silla	0
Usa los brazos o el movimiento es brusco	1
Seguro, movimiento suave	2

PUNTUACIÓN EQUILIBRIO: 16

Figura 11.

CUESTIONARIO DE LA OMS PARA EL ESTUDIO DE CAÍDAS EN EL ANCIANO

Número de historia: _____
Fecha de estudio: _____
Hora del estudio: _____
Examinador: _____
Nombre: _____
Título: _____
Procedencia del paciente: _____
1. Institución: _____
2. Comunidad (AD-CS): _____
3. Domicilio: _____
4. Otro (precisar): _____

A) DATOS PERSONALES

1. Apellidos: _____ Nombre: _____
2. Sexo: _____ 1 = M / 2 = F _____
3. Talla: _____ cm
4. Peso: _____ kg.
5. Año de nacimiento: _____
6. Estado civil:
☐ a) Casado o vive en pareja
☐ b) Viudo
☐ c) Separado o divorciado
☐ d) Soltero
7. Profesión ejercida: _____
8. Práctica regular de algún deporte: _____
Cuál: _____
Con qué frecuencia
Dirección: _____
Teléfono: _____
Teléfono del médico de cabecera: _____
Hábitat:
☐ 1. Medio urbano
☐ 2. Medio rural
☐ 3. Pueblo
☐ 4. Aislado
Actividad:
☐ 1. Encamado
☐ 2. Se mueve solo por casa
☐ 3. Sale de casa
☐ 4. Sale para hacer compras
☐ 5. Sale para pasear
☐ 6. Puede realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, asearse).

ANÁLISIS FUNCIONAL

¿Presenta usted dificultad para...?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Sostenerse de pie | <input type="checkbox"/> 11. Utilizar ambos brazos |
| <input type="checkbox"/> 2. Sentarse o levantarse de la silla | <input type="checkbox"/> 12. Oír |
| <input type="checkbox"/> 3. Mantenerse sentado | <input type="checkbox"/> 13. Ver |
| <input type="checkbox"/> 4. Recojer un objeto del suelo | <input type="checkbox"/> 14. Hablar |
| <input type="checkbox"/> 5. Levantarse | <input type="checkbox"/> 15. Comprender las señales de tráfico |
| <input type="checkbox"/> 6. Andar | <input type="checkbox"/> 16. Realizar esfuerzos |
| <input type="checkbox"/> 7. Correr | <input type="checkbox"/> 17. Memorizar |
| <input type="checkbox"/> 9. Utilizar ambas manos | <input type="checkbox"/> 18. Prestar atención |
| 10. Precisar: | <input type="checkbox"/> 19. Orientarse en el tiempo |
| <input type="checkbox"/> Derecha | <input type="checkbox"/> 20. Orientarse en el espacio |
| <input type="checkbox"/> Izquierda | <input type="checkbox"/> 21. ¿Se siente Usted deprimido? |

¿Padece usted alguna enfermedad?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Cardiovascular | <input type="checkbox"/> 5. De la vista |
| <input type="checkbox"/> 2. Osea de articular | <input type="checkbox"/> 6. De los pies |
| <input type="checkbox"/> 3. Neurológica | <input type="checkbox"/> 7. Psíquica |
| <input type="checkbox"/> 4. De audición | <input type="checkbox"/> 8. Otras (precisar naturaleza) |

Fármacos 2

Tratamiento actual: _____

Nombre de todos los medicamentos utilizados y dosis (precisar todos los medicamentos consumidos por el paciente en la semana previa a la caída):

Numero total: _____

B) LA CAÍDA

1. ¿Es la primera caída?

- ☐ 0. No
☐ 1. Sí
☐ 2. No lo sabe

2. ¿Se ha caído usted en los últimos seis meses?

- ☐ 0. No
☐ 1. Sí
☐ 2. No lo sabe
☐ Si se ha caído ¿cuantas veces? _____

3. ¿Ha cambiado su modo de vida como consecuencia de la caída?

- ☐ 0. No
☐ 1. Sí
☐ Si lo ha hecho, explique en qué: _____

4. ¿Tiene usted miedo de volver a caerse?

- ☐ 0. No
☐ 1. Sí
☐ 2. No lo sabe

5. Información sobre las características de la caída:

5.1. Lugar de la caída

- ☐ 1. Domicilio (en el interior)
- ☐ 2. Domicilio (en el exterior, terraza...)
- ☐ 3. En la calle.
- ☐ 4. En un lugar público (en el interior)
- ☐ 5. En un lugar público (en el exterior)
 - ☐ 1. Se trata de un lugar familiar/habitual
 - ☐ 2. Se trata de un lugar no familiar

5.2. Iluminación del lugar de la caída

- ☐ 1. Bien iluminado
- ☐ 2. Mal iluminado

5.3. Momento de la caída

Precisar día y mes _____

Momento del día:

- ☐ 1. Mañana
- ☐ 2. Tarde
- ☐ 3. Noche (precisar hora) _____

5.4. Condiciones metereológicas

- ☐ 1. Lluvia
- ☐ 2. Nieve
- ☐ 3. Viento
- ☐ 4. Hielo
- ☐ 5. Muy soleado
- ☐ 6. Ninguno de los anteriores

5.5. Condiciones del suelo

- ☐ 1. Liso
- ☐ 2. Resbaladizo
- ☐ 3. Irregular
- ☐ 4. Pendiente
- ☐ 5. Escaleras
- ☐ 6. Ninguna de las anteriores

5.6. Tipo de calzado

- ☐ 1. Descalzo
- ☐ 2. Zapatillas
- ☐ 3. Zapatos
- ☐ 4. Otro (precisar) _____
- ☐ 5. No recuerda

5.7. ¿Había algún objeto capaz de favorecer la caída?

- ☐ 0. No
 - ☐ 1. Sí
-

5.7 bis. Precisar la naturaleza de dicho objeto.....

¿Había sido instalado recientemente?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No sabe

5.8. Tipo de caída 2

- ☐ 1. Mareo
- ☐ 2. Aparentemente accidental
- ☐ 3. Totalmente sorpresa
- ☐ 4. Provocada por terceros (animal, empujado por otra persona...)
- ☐ 5. No puede decirlo
- ☐ 6. Otros (precisar)

5.9. Actividad de la persona en el momento de la caída.

5.10. Mecánica de la caída

- ☐ 1. Hacia delante
- ☐ 2. Hacia atrás
- ☐ 3. Hacia un lado
- ☐ 4. De cabeza
- ☐ 5. Sentado
- ☐ 6. Sobre las manos
- ☐ 7. Sobre los brazos

5.11. ¿Presenció alguien la caída?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí
- ☐ En caso afirmativo precisar quién

5.12. ¿Se cayó cuan largo es?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí
- ☐ De su cama

5.13. ¿Tropezó con algún objeto?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí
- ☐ 2. No lo sabe

5.14. ¿Como era el suelo?

- ☐ 1. Duro
 - ☐ 2. Blando
 - ☐ 3. Si se ha caído sobre un objeto, precisar de cuál se trata
-

5.15. ¿Cuanto tiempo ha permanecido en el suelo?

- ☐ 1. Se levantó inmediatamente
- ☐ 2. Unos minutos
- ☐ 3. Menos de una hora
- ☐ 4. Más de una hora
- ☐ 5. Más de 12 horas
- ☐ 6. No puede decirlo

5.16. ¿Pudo levantarse?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí, con ayuda
- ☐ 2. Sí, solo

5.17. Consecuencias inmediatas de la caída

- ☐ 1. Ninguna
- ☐ 2. Herida superficial o contusión
- ☐ 3. Fractura y otras consecuencias graves
- ☐ 4. Traumatismo craneal
- ☐ 5. Defunción

C) CONTACTO CON EL SISTEMA SANITARIO

1. Alarma

a) ¿Por quien fue dada?

- ☐ 0. Telealarma o televigilancia
- ☐ 1. Por la propia persona
- ☐ 2. Por un familiar (precisar quién)
- ☐ 3. Por un vecino
- ☐ 4. Por un testigo

b) ¿A quien?

- ☐ 1. Al médico de familia/cabecera
- ☐ 2. Servicio de urgencias
- ☐ 3. Bomberos
- ☐ 4. Ambulancia privada
- ☐ 5. Servicio médico ambulatorio

2. Acontecimientos inmediatos

a) ¿Ha recibido algún tipo de cuidado médico?

- ☐ 0. No
- ☐ 1. Sí

En caso afirmativo:

- ☐ 1. En consulta externa
- ☐ 2. En domicilio
- ☐ 3. En el hospital

Si en el domicilio o en consulta:

- ☐ 1. Por el médico de cabecera
☐ 2. Por el generalista de guardia
☐ 3. Por un especialista
☐ 4. Por una enfermera
☐ 5. Por otra persona (precisar) _____

Si en el hospital:

Ha sido hospitalizado

- ☐ 1. De forma urgente
☐ 2. Posteriormente

En que servicios ha sido hospitalizado:

- ☐ 1. _____
☐ 2. _____
☐ 3. _____
☐ 4. _____

b) Destino de la persona tras la caída (en el momento de la encuesta)

- ☐ 1. Domicilio sin apoyo
☐ 2. Domicilio con algún tipo de apoyo (precisar presentaciones)
☐ 3. Al cuidado de los familiares
☐ 4. Hospital
☐ 5. Residencia de válidos
☐ 6. Centro de rehabilitación
☐ 7. Residencia asistida.

Figura 12.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

PREGUNTA A REALIZAR	RESPUESTA
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
¿Sufre molestias por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
¿Se siente feliz muchas veces?	NO
¿Se siente a menudo abandonado?	SI

PREGUNTA A REALIZAR	RESPUESTA
¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
¿Está muy preocupado por el pasado?	SI
¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es desesperada?	SI
¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO

VALORACIÓN GLOBAL. Se asigna un punto por cada respuesta que coincida con la reflejada en la columna de la derecha y la suma total se valora como sigue:

0-10 Normal

11-14 Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%)

> 14 Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%)

Escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS)

Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Se pueden obtener puntuación de la ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y de la ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Todos los ítems deben ser puntuados (Figura 13).

3.3. Escalas para la valoración del estado nutricional

La valoración nutricional es un aspecto fundamental en el cuidado del anciano; siendo la desnutrición un factor de riesgo para sufrir determinadas enfermedades, incapacidad y necesidad de ingreso o estancias en centros especializados.

Mininutricional Assessment

Este instrumento de medida ha sido traducido al español y cuenta con una fiabilidad y validez contrastada internacionalmente. Este instrumento o test de uso sencillo, puede detectar la presencia o riesgo de malnutrición antes de la aparición de signos clínicos evidentes y por lo tanto permite actuar tempranamente en estos estadios. Este instrumento se compone de 18 ítems de respuesta múltiple con una puntuación máxima de 30 puntos (14, 15) (Figura 14).

3.4. Escalas para la valoración del riesgo de úlceras por presión

Existen diferentes escalas de valoración de riesgo del úlceras por presión, es aconsejable utilizar escalas validadas que se adapte a las necesidades del contexto asistencial donde se aplican (16, 17), como por ejemplos, la escala EMINA, escala de Braden o escala de Norton (Figuras 15, 16 y 17).

Figura 13.

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

	FECHAS	1	2	3	4	5
1	ANSIEDAD Preocupaciones, temores, aprensión, irritabilidad.					
2	TENSIÓN Sensación de tensión, fatigabilidad, incapacidad de relajarse, tendencia a sobresaltarse, tendencia al lloro, trémulo, tembloroso, inquietud.					
3	TEMORES De la oscuridad, desconocidos, la soledad, animales grandes, etc.					
4	TRANSTORNOS DEL SUEÑO Dificultad de conciliar el sueño, interrupción del sueño, sueño insatisfactorio, cansancio al despertarse, ensueños, pesadillas, terrores nocturnos.					
5	TRANSTORNOS INTELECTIVOS Dificultad de concentración, debilidad de memoria.					
6	DEPRESIÓN Falta de interés, insatisfacción en las diversiones, deprimido, despertar prematuro, humor diurno oscilante.					
7	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (MUSCULAR) Dolores musculares, rigidez muscular, sacudidas musculares, convulsiones clónicas, crujir de dientes, voz vacilante.					
8	SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES (SENSORIALES) Acúfenos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, hormigueos.					
9	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES Taquicardia, palpitaciones, dolores torácicos, latidos vasculares, sensación de desmayo, sensación de paro cardíaco.					
10	SÍNTOMAS RESPIRATORIOS Opresión o contricción torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea.					
11	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES Dificultad para tragar, ventosidades, dispepsia, borborismos, movimientos intestinales, diarrea, pérdida de peso, constipación.					
12	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS Micción frecuente, micción imperiosa, amenorrea, menorragias, frigidez, eyaculación precoz, trastornos de la erección, impotencia.					
13	SÍNTOMAS VEGETATIVOS Sequedad de boca, tendencia a ruborizarse, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea tensional, piloerección.					
14	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA Rígido, no relajado, inquietud y desasosiego, manos temblorosas, cejas fruncidas, facies rígida, palidez facial, "tragar saliva", eructos, sudoración, tics parpebrales.					

Figura 14.

MININUTRICIONAL ASSESSMENT

Nombre _____ Apellidos _____ Sexo _____ Fecha _____	
Edad _____ Peso en kg. _____ Talla en cm. _____ Altura talón-rodilla _____	

I. ÍNDICES ANTROPOMÉTRICOS 1. Índice de masa corporal (IMC=Peso/talla² en kg/m²) 0 = IMC < 19 1 = 19 < IMC < 21 2 = 21 < IMC < 23 3 = IMC ≥ 23	12. ¿El paciente consume? ¿Productos lácteos al menos una vez al día? si no ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces por semana? si no ¿Carne, pescado o aves, diariamente? si no 0,0 = si 0 ó sí 0,5 = si 2 sí 1,0 = si 3 sí
2. Circunferencia branquial (CB en cm) 0,0 = CB < 21 0,5 = 21 < CB < 22 1,0 = CB > 22	13. ¿Consume frutas o verduras al menos dos veces por día? 0 = No 1 = Sí
3. Circunferencia de la pierna (CP en cm) 0 = CP < 31 1 = CP ≥ 31	14. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o alimentación en los últimos tres meses? 0 = Anorexia severa 1 = Anorexia moderada 2 = Sin anorexia
4. Pérdida reciente de peso (< 3 meses) 0 = Pérdida de peso > a 3 kg. 1 = No lo sabe 2 = Pérdida de peso entre 1 y 3 kg. 3 = No ha habido pérdida de peso	15. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumos, café, té, leche, vino, cerveza...) 0,0 = Menos de 3 vasos 0,5 = De 3 a 5 vasos 1,0 = Más de 5 vasos
II. EVALUACIÓN GLOBAL 5. ¿El paciente vive en su domicilio? 0 = No 1 = Sí	16. Forma de alimentarse 0 = Necesita ayuda 1 = Se alimenta sólo con dificultad 2 = Se alimenta sólo sin dificultad
6. ¿Toma más de tres medicamentos por día? 0 = Sí 1 = No	IV. VALORACIÓN SUBJETIVA 17. ¿El paciente se considera, a sí mismo, bien nutrido? (Problemas nutricionales) 0 = Malnutrición severa 1 = No lo sabe o malnutrición moderada 2 = Sin problemas de nutrición
7. ¿Ha habido una enfermedad o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses? 0 = Sí 2 = No	18. En comparación con las personas de su edad ¿cómo encuentra su estado de salud? 0,0 = Peor 1,0 = Igual 0,5 = No lo sabe 2,0 = Mejor
8. Movilidad 0 = De la cama al sillón 1 = Autonomía en el interior 2 = Sale del domicilio	TOTAL (máximo 30 puntos)
9. Problemas neuropsicológicos 0 = Demencia o depresión severa 1 = Demencia o depresión moderada 2 = Sin problemas psicológicos	ESTRATIFICACION: ≥ 24 puntos: estado nutricional satisfactorio De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición < 17 puntos: mal estado nutricional
10. ¿Úlceras o lesiones cutáneas? 0 = Sí 1 = No	
III. PARÁMETROS DIETÉTICOS 11. ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (equivalente a dos platos y postre) 0 = 1 comida 1 = 2 comidas 2 = 3 comidas	

Figura 15.

ESCALA DE NORTON (1962)

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4. Bueno	4. Alerta	4. Caminando	4. Total, bien	4. No incontinente
3. Débil	3. Apático	3. Camina con ayuda	3. Ligeramente limitada	3. Ocasionalmente
2. Malo	2. Confuso	2. En silla de ruedas	2. Muy limitada	2. Sólo de orina
1. Muy malo	1. Estuporoso	1. En cama	1. Inmóvil	1. Doble incontinencia

ALTO RIESGO: ≤ 12

RIESGO MEDIO: 12-14

RIESGO BAJO: 14-16

Figura 16.

ESCALA DE BRADEN (1988)

PERCEPCIÓN SENSORIAL	1. Completamente limitada	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD	1. Constantemente húmeda	2. A menudo húmeda	3. Ocasionalmente húmeda	4. Raramente húmeda
ACTIVIDAD	1. Encamado	2. En silla	3. Deambula ocasionalmente	4. Deambula frecuentemente
MOVILIDAD	1. Completamente inmóvil	2. Muy limitada	3. Ligeramente limitada	4. Sin limitaciones
NUTRICIÓN	1. Muy pobre	2. Probablemente inadecuada	3. Adecuada	4. Excelente
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1. Problema	2. Problema potencial	3. No existe problema aparente	

ALTO RIESGO: ≤ 12

RIESGO MODERADO: 13-14 puntos

RIESGO BAJO: 15-16 (< 75 años) o 15-18 (> 75 años)

Figura 17.

ESCALA EMINA (2002)

	ESTADO MENTAL	MOVILIDAD	HUMEDAD R/C INCONTINENCIA	NUTRICIÓN	ACTIVIDAD
0	Orientado	Completa	No	Correcta	Deambula
1	Desorientado o apático o pasivo	Ligeramente limitada	Urinaria o fecal ocasional	Ocasionalmente incompleta	Deambula con ayuda
2	Letárgico o hipercinético	Limitación importante	Urinaria o fecal habitual	Incompleta	Siempre precisa ayuda
3	Comatoso	Inmóvil	Urinaria y fecal	No ingesta	No deambula

SIN RIESGO: 0
 RIESGO BAJO: 1-3
 RIESGO MEDIO: 4-7
 RIESGO ALTO: 8-15

3.5. Otras escalas de valoración de índole psicosocial

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit *Caregiver Burden Interview*

Escala que permite valorar la sobrecarga del cuidador. La sobrecarga es un concepto clave en el análisis de las repercusiones de los cuidados de las personas mayores sobre la familia o cuidador principal, siendo un factor importante tanto en la demanda y utilización de recursos y servicios como en la calidad de vida del cuidador (18) (Figura 18).

Fue diseñada con la finalidad de medir el grado en el que el cuidador percibía que sus tareas de cuidados afectaban a su propia salud física, emocional y social. Es un instrumento autoadministrado constituido por 22 ítems que se encuentran organizados en diferentes subescalas: integración social, ocupación y orientación, independencia física y movilidad.

Actualmente no se dispone de un instrumento estandarizado que se considere suficiente y específico para detectar el riesgo o las situaciones de maltrato en el anciano. Sin embargo se han publicado múltiples *check-list* para identificar las variables que inciden en esta problemática.

Figura 18.

**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT
(CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)**

ÍTEM	PREGUNTA A REALIZAR	PUNTUACIÓN
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

FRECUENCIA	PUNTUACIÓN
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de “no sobrecarga” una puntuación inferior a 46, y de “sobrecarga intensa” una puntuación superior a 56.

Canadian Task Force

Esta escala está formada por un cuestionario de nueve preguntas que recoge cada tipología de abuso reconocida en la bibliografía. Es útil para la detección del maltrato en el anciano. Se considera sospecha de maltrato con solo una respuesta afirmativa (Figura 19).

OARS Mental Screening Questions

Uno de los instrumentos mejor conocidos es la “escala OARS”, que proporciona información sobre la estructura familiar, los patrones de amistad y de visitas sociales, y la disponibilidad de cuidador. Valora cinco áreas: recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física, AVD. Basándose en las respuestas se evalúan los recursos sociales del individuo según una escala de seis puntos, que van desde “excelentes recursos sociales” hasta “relaciones sociales totalmente deterioradas” (19).

Figura 19.

CANADIAN TASK FORCE

- ¿Le han pegado o hecho daño?
- ¿Le han cogido cosas suyas?
- ¿Le han regañado o amenazado?
- ¿Tiene miedo a alguien en casa?
- ¿Ha firmado documentos que no comprendía?
- ¿Está solo a menudo?
- ¿Alguna vez no le han ayudado cuando lo necesitaba?
- ¿Le han tocado sin su consentimiento?
- ¿Le han obligado a hacer cosas que no quería?

Una vez realizada la evaluación completa se puede apreciar el estadio evolutivo en el que se encuentra el paciente (Figura 20).

Figura 20.

OARS MENTAL SCREENING QUESTIONS

- 1) ¿Se levanta despejado y descansado casi todas las mañanas?
 - 2) ¿Está llena su vida habitual de cosas que le mantienen el interés?
 - 3) ¿Alguna vez ha estado deseando irse de casa?
 - 4) ¿Le da la impresión de que nadie le entiende?
 - 5) ¿Ha pasado por temporadas, días o meses en los que le fuera imposible “ponerse en marcha”?
 - 6) ¿Duerme moviéndose mucho y con interrupciones?
 - 7) ¿Es usted feliz la mayor parte del tiempo?
 - 8) ¿Nota que se está tramando algo contra usted?
 - 9) ¿Se siente inútil a veces?
 - 10) Durante los últimos años, ¿se ha encontrado bien casi siempre?
 - 11) ¿Se siente débil la mayor parte del tiempo?
 - 12) ¿Sufre dolores de cabeza?
 - 13) ¿Ha tenido dificultades para mantener el equilibrio al andar?
 - 14) ¿Le molestan los latidos de su corazón y la sensación de falta de aire?
 - 15) Incluso cuando estando con gente, ¿se siente sólo la mayor parte del tiempo?
-

RESUMEN

La valoración geriátrica integral engloba a la persona como un ser biopsicosocial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) aconseja el desarrollo de instrumentos estandarizados para la valoración de las situaciones de salud y enfermedad de la población anciana. Entre algunas de las características de esos instrumentos o escalas validadas se reconocen el hecho de ser objetivas y reproducibles, cuantificar el grado de deterioro o dependencia, ayudar a la detección de incapacidades y ser útiles para la planificación del adecuado uso de los recursos.

El manejo de las escalas de valoración permite detectar y cuantificar los problemas, unificando un mismo lenguaje entre las distintas disciplinas que componen el equipo interdisciplinar. Para realizar una valoración de máxima calidad es necesario utilizar instrumentos de valoración validos y fiables para obtener una medición exacta y correcta.

Las escalas deben ser utilizadas cuando se detecta algún problema de salud y se quiera cuantificar e intervenir. La medición como tal comprende un conjunto de reglas conforme a las cuales se asignan valores numéricos a los objetos a fin de representar grados variables de un atributo. Se consideran requisitos esenciales a cumplir por las escalas de valoración geriátrica: fiabilidad como sinónimo de precisión o reproducibilidad y se refiere al grado en que una medición proporciona resultados similares cuando se lleva a cabo en más de una ocasión; validez, eficiencia y sensibilidad.

Existen diferentes escalas reconocidas a nivel de la comunidad científica que ayudan a los profesionales implicados en la valoración gerontológica a determinar la situación de salud y enfermedad de la persona anciana, de sus familiares y entorno, analizar los recursos a su alcance y la red de soporte a los cuidadores.

Las escalas de valoración del anciano ayudan a la enfermera gerontológica a corroborar algunos datos de su valoración específica y a completar la información sobre las posibilidades de funcionamiento, de rehabilitación o reinserción del anciano sobre su entorno habitual, por tanto se consideran complementarias al modelo enfermero utilizado.

4. REFERENCIAS

1. Icart MT, Fuentelsaz C, Pulpón A. Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina. Barcelona: Publicacions i Edicions de la Universitat de Barcelona; 2006.
2. Abizanda P, Gallego J, Sánchez P, Díaz C. Instrumentos de valoración geriátrica integral en los servicios de geriatría de España: Uso heterogéneo de nuestra principal herramienta de trabajo. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*. 2000; 35(5): 261-268.
3. Sanjoaquín A, Fernández E, Mesa M, García-Arilla E. Valoración geriátrica integral. En: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Tratado de Geriatría para residentes. Madrid: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología; 2006.
4. Escobar M. Adaptación transcultural de instrumentos de medida relacionados con la salud. *Enfermería clínica*. 2004;12(2):102-106.
5. Polit D, Hungler B. Investigación científica en ciencias de la salud. 6ª ed. México DF: McGraw-Hill Interamericana; 2000.
6. Martín Zurro A, Cano Pérez J. Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 4ª ed. Madrid: Harcourt Brace; 1999.
7. Torres P. Aspectos generales de la valoración en los ancianos. *Temas de Enfermería Gerontológica*. Logroño: Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica; 1999. p. 23-42.
8. Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Manual de atención domiciliaria. Barcelona: SCMF; 2003.
9. Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatrics Society*. 1975;23(23): 433-431.
10. Lobo A, Ezquerro J, Burgada F, Sala A, Seva A, El mini-examen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. *Actas luso-españolas de Neurología, Psiquiatría y ciencias afines*. 1976;7: 189-202.

11. Lawton MP, Brody E. Assesment of older people: Self-maintaing and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969;9: 179-186.
12. Katz S, Ford A, Moskowitz R. Studies of illness in the aged. The index of Adl: A standardized Messure of biological and psychosocial funtion. *JAMA*. 1963; 185: 914-919.
12. Guillen F, García M. Ayuda a domicilio: aspectos médicos en Geriatria. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.1972;7: 359-366.
13. Barthel DW, Mahoney F. Functional evaluation: The Barthel index. *Maryland State Medical J* 1965;14: 61-65.
14. Guigoz Y, Vellas B, Garry P. Assessing the nutritional status of the elderly: The mini nutritional assessment as part of geriatric evaluation. *Nutrition Reviews*. 1996; 11 (suppl): 859-8865.
15. Implementing nutrition screenig and intervention strategies, Washington, DC. *Nutrition screening iniciative*. 1993:89.
16. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y heridas crónicas. Documentos GNEAUPP. Logroño: GNEAUPP; 2003.
17. Institut Català de la Salut. Direcció clínica en l'atenció primària. Maneig de les úlceres per pressió. Barcelona: Institut Català de la Salut; 2002.
18. Díaz Palacios ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en atención primaria. *Revista Española de Geriatria y Gerontológica*. 1994;29: 239-245.
19. Yanguas JJ. Calidad de vida relacionada con la salud en personas mayores: Aproximación conceptual, evaluación e implicación en gerontología. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2004; 39(3): 54-66.

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

CAPÍTULO 7

El cuidador informal

Adela Gejo Bartolomé
M. Pilar Torres Egea

1. EL APOYO INFORMAL. SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA

El envejecimiento de la población es un fenómeno que implica a la mayoría de las poblaciones en general y también a los individuos en particular y que constituye, a su vez, un desafío para la sociedad. El incremento de la esperanza de vida no siempre lleva implícito una buena calidad de vida. Este es pues uno de los motivos por los que puede considerarse uno de los principales retos de la época actual, convirtiéndose en una prioridad el hecho de añadir calidad a la vida, vida a los años con el máximo tiempo posible libre de discapacidad (1).

En la recomendación del Comité de Ministros del Consejo de Europa, relativa a la problemática de la dependencia (Consejo de Europa, 1998), se define la dependencia como: *“la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”* o, de manera más precisa, como *“un estado en el que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”* (1).

Este concepto de dependencia contempla tres aspectos básicos e interrelacionados:

- 1) Existencia de una limitación física, psíquica o intelectual.
- 2) La incapacidad de la persona para realizar por sí misma las actividades de la vida diaria.
- 3) La necesidad de asistencia o cuidado por terceras personas.

Se define la dependencia como un proceso que se inicia con una limitación a consecuencia de una enfermedad crónica o aguda. Esta limitación, si no puede subsanarse con la adaptación del entorno, deriva en dependencia. La dependencia conlleva la necesidad de atención de terceras personas para realizar las actividades de la vida diaria (moverse, comer, asearse, etc.) (1).

La dependencia puede aparecer en cualquier momento de la vida de una persona o incluso nacer con ella, pero es frecuente que esta situación esté más presente a medida que la persona envejece, como consecuencia de la aparición de enfermedades crónicas o alteraciones propias del proceso de envejecimiento. Sabemos que envejecer conlleva un incremento en el riesgo de padecer enfermedades crónicas y discapacidad (1). Sin embargo hay personas mayores que han fallecido en edades avanzadas y que han vivido hasta el final de sus días de manera independiente. Por ese motivo asociar exclusivamente dependencia a envejecimiento puede suponer un estereotipo negativo ligado a esta etapa de la vida.

Desde una visión profesional se constata que envejecimiento no es sinónimo de enfermedad y dependencia, aunque la edad suponga una mayor probabilidad de aparición de problemas de salud. Por ese motivo las situaciones de vida de este grupo heterogéneo de la población requieren cada vez más respuestas conjuntas de las distintas administraciones, de los profesionales sanitarios y sociales y también de la sociedad civil (1).

Las discusiones teóricas sugieren una redefinición del concepto de envejecimiento, el envejecimiento activo. El concepto de envejecimiento activo fue adoptado por la Organización Mundial de la Salud a finales de los años 90 (2). Esa redefinición de la última etapa de la vida de las personas plantea la creación de nuevos roles y de nuevas políticas sociales que destaquen la funcionalidad social y económica de las personas mayores. Un enfoque nuevo que identifica a las personas mayores como un grupo socialmente significativo por su participación, pero que no deja de reconocer que puede producir

problemas en el actual sistema de distribución de recursos públicos, por el incremento del gasto social y sanitario que representa, si no se adoptan a tiempo medidas correctivas. En España, con la aprobación y desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, se ha intentado desde las Autonomías, dar respuesta a la problemática que representa el cuidado de las personas dependientes en sus domicilios desde diferentes perspectivas.

El principal proveedor de cuidados informales en nuestro medio es la familia en la gran mayoría de los casos. Existen otros tipos de redes pertenecientes al sistema informal que también tienen participación en la prestación de cuidados. Este tipo de redes están constituidos por amigos, vecinos, diferentes miembros de la comunidad, así también por voluntariado y asociaciones de ayuda mutua. Algo que en nuestra sociedad urbana va recobrando cada vez más peso.

La familia en general y otros allegados, cuando aquélla no existe, no puede o se desentiende del cuidado de su familiar, han sido tradicionalmente quienes han prestado atención a las personas con dependencia o a las de edad avanzada de su entorno próximo. En diversos estudios se ha demostrado que, a pesar de la diversidad de servicios socio-sanitarios, las personas dependientes siguen prefiriendo permanecer en el propio hogar y al lado de su familia (3). En España el 93% de la población mayor se encuentra en un entorno domiciliario y el 7% restante se encuentra en un entorno residencial (4).

Sin embargo el incremento cuantitativo de situaciones de dependencia, motivado en gran medida por el aumento en la esperanza de vida y el aumento de la morbilidad, no puede enfocarse sin tener en cuenta los cambios que se han producido en los valores de la sociedad y en las estructuras y composición de las familias, que como se ha comentado se considera la dispensadora de la gran mayoría de los cuidados, denominados cuidados informales (1).

La transformación sufrida en los últimos tiempos del modelo familiar tradicional es uno de los factores que los expertos consideran capaz de desestabilizar el modelo basado en el apoyo informal, como recurso de cuidado a las personas dependientes (5). Son diversas las evoluciones que se observan, desde la desaparición de la familia extensa, a la diversidad de modelos familiares coexistentes (personas que viven solas, uniones de hecho, etc.), también la dispersión de los miembros de la familia, y los cambios profundos en la posición social de las mujeres y su rol dentro del contexto familiar conllevan el planteamiento de nuevos modelos de atención a los mayores.

El enfoque debe contemplarse desde las administraciones con un objetivo claro que permita visualizar a la persona enferma y su cuidador principal como una unidad básica a tratar. De tal manera que si no se enfoca la salud familiar en su máxima expresión en el binomio (persona-cuidador), se puede establecer una relación donde se generen cuidados inadecuados.

Es importante destacar que en el seno de la familia la prestación de cuidados no acostumbra a repartirse equitativamente entre sus miembros, sino que suele existir un familiar o cuidador principal sobre el que recae la mayor responsabilidad del cuidado (7).

El considerar la vejez como un estadio normal de la vida conlleva realizar planes coordinados que promuevan, estimulen y rehabiliten la salud para mantener el máximo tiempo posible la autonomía de la persona, permitiendo decidir sobre su propia vida, su manera de vivir y el lugar que percibe como óptimo para envejecer y morir.

2. EL CUIDADOR INFORMAL

La familia es la principal proveedora de cuidados para la persona que se encuentra en situación de dependencia y quiere seguir viviendo en el domicilio.

El apoyo informal se conceptualiza como *“el cuidado y atención que se dispensa de manera altruista a las personas que presentan algún grado de discapacidad o dependencia, fundamentalmente por sus familiares y allegados, pero también por otros agentes y redes distintos de los servicios formalizados de atención”* (6). Ateniéndonos a esta definición, dentro del “apoyo informal” deberían excluirse los cuidados y atenciones que son dispensados por profesionales del ámbito sanitario o social.

El apoyo familiar o cuidado no profesional facilita que las personas mayores puedan permanecer en el entorno habitual, retrasar el aumento de la dependencia e incluso evitar en múltiples ocasiones el internamiento en instituciones residenciales.

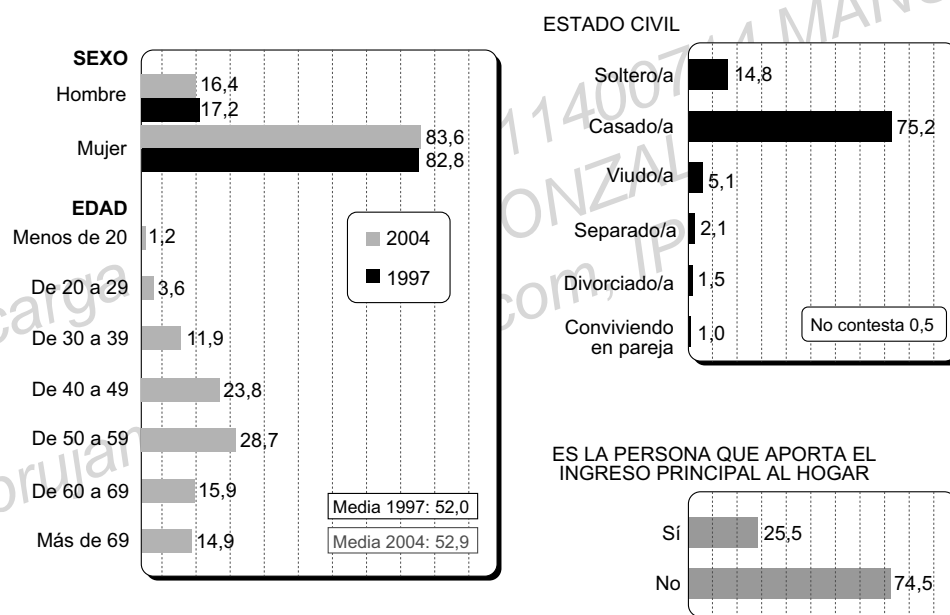
Los cuidadores informales son aquellas personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria y/o social que cuidan de personas no autónomas que viven en el ámbito domiciliario y no perciben por su cuidado ninguna remuneración económica (7). Las evidencias demuestran que se dan una serie de características comunes que ayudan a definir el perfil de las personas cuidadoras en el ámbito del domicilio.

Perfil de las personas cuidadoras

En el informe elaborado por el Imserso en abril 2004 sobre la situación y evolución del apoyo informal a los mayores en España, se presentan diferentes datos referidos al perfil de las personas cuidadoras entre los que se han extraído los expuestos en las Figuras 1 a 4 (8).

Figura 1.

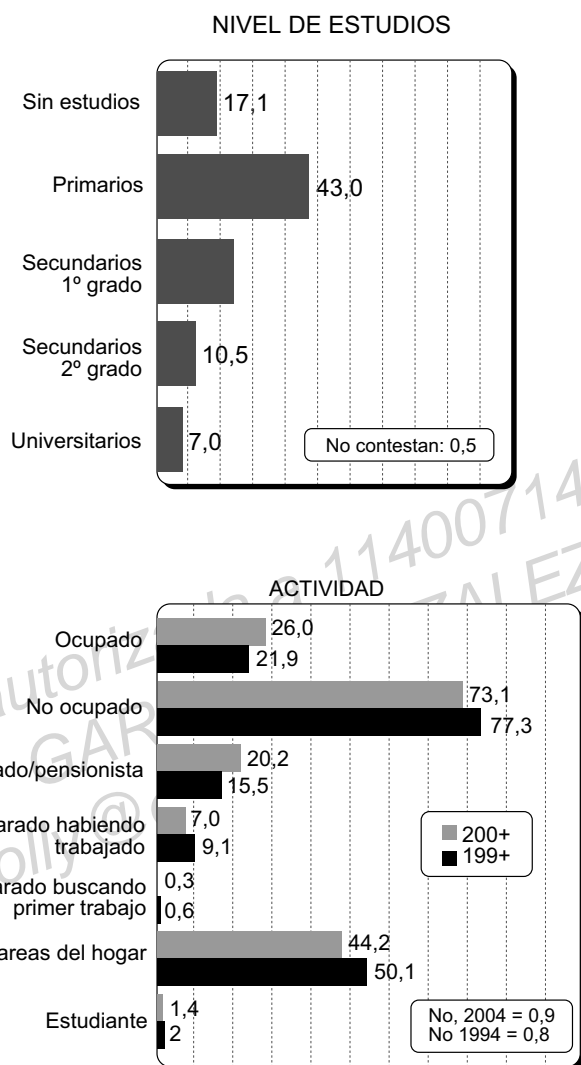
DESCRIPCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA I



TOMADO DE: IMERSO. Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.

Figura 2.

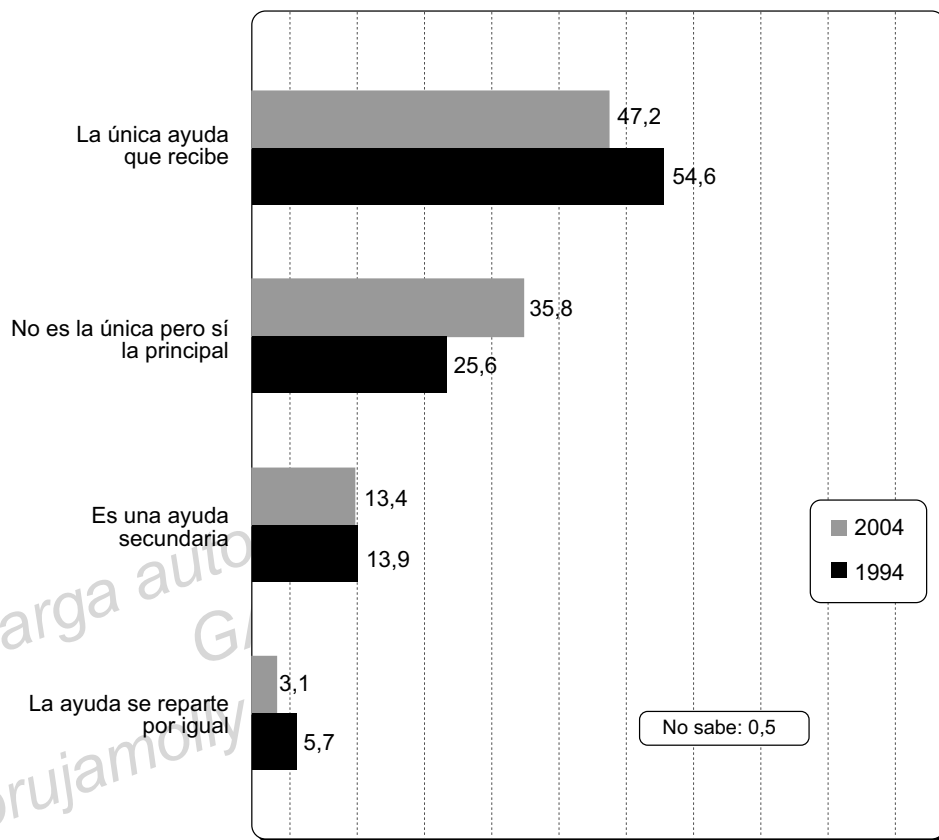
DESCRIPCIÓN SOCIO-DEMOGRÁFICA II



TOMADO DE: IMSERSO. Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.

Figura 3.

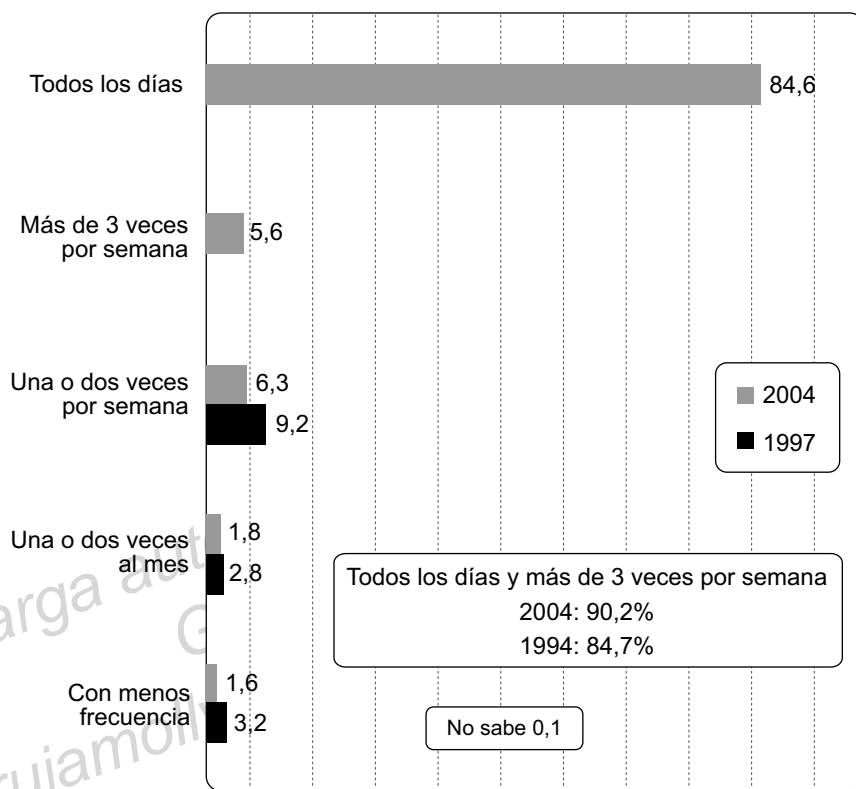
EXCLUSIVIDAD DE LA AYUDA QUE RECIBE LA PERSONA A SU CARGO



TOMADO DE: IMSERSO. Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.

Figura 4.

FRECUENCIA CON QUE RECIBE LA AYUDA LA PERSONA A SU CARGO



TOMADO DE: IMSERSO. Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.

De los datos presentados puede deducirse que el perfil mayoritario del cuidador informal corresponde a: mujeres, de edades comprendidas entre los 40-59 años, casadas, de las cuales más de la mitad tiene un bajo nivel de estudios y casi un 75% de ellas no se encuentran incluidas en el mundo laboral retribuido (5). Como se desprende también de los gráficos presentados, entre el cuidador y la persona cuidada suele existir un lazo afectivo. En la mayoría de los casos se dispone de un único cuidador como el responsable de asumir o dispensar los cuidados necesarios para que la persona dependiente pueda llevar a cabo las actividades de la vida diaria.

De este modo el perfil del cuidador podría resumirse en:

- Una mayoría son mujeres.
- Un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7,5% son las nueras.
- De edades comprendidas entre los 40 y 59 años.
- Estado civil: mayoritariamente están casadas.
- Sin una ocupación laboral remunerada.
- La mayoría dispensa ayuda diaria a su familiar.
- Suelen ser únicos en la prestación de cuidados, ya que pocos reciben la ayuda de otras personas del núcleo familiar.

3. PROGRAMAS DE SOPORTE A LOS CUIDADORES

El apoyo de las distintas redes sociales a las personas dependientes, en cualquier etapa de la vida, repercute directamente en su bienestar y en las expectativas de calidad de vida. Se considera que la familia, dentro del conjunto de redes sociales, es la que provee de mayor cantidad de apoyo material o instrumental, mientras que los amigos o vecinos cumplen mejor con la satisfacción de necesidades emocionales (5).

El cuidado formal se ha definido como aquellas acciones que un profesional oferta de forma especializada, y que va más allá de las capacidades que las personas poseen para cuidar de sí mismas o de los demás (6). Pueden identificarse dos tipos básicos de cuidado formal: el que se provee desde las instituciones públicas y el que se contrata de forma privada a través de las familias. Los servicios públicos de cuidado pasan a través de una organización

burocratizada y están, al menos en parte, financiados públicamente. Por otro lado, las familias recurren cada vez más a servicios privados de cuidado para hacer frente a la atención de sus miembros dependientes en España, debido sobre todo a la disponibilidad de mano de obra sin cualificar procedente, en muchos casos, de la inmigración.

En múltiples ocasiones la ayuda de familiares y amigos no es suficiente y es necesario vincularse a recursos o servicios formales para el cuidado de las personas mayores, ya que el cuidador no profesional precisa del apoyo formal para continuar siendo fuente generadora de esos cuidados, que aún siendo imprescindibles no se podrán mantener durante muchos años (9).

Los profesionales sanitarios y sociales constituyen una red formal necesaria para el bienestar de las personas dependientes y para el soporte de los familiares cuidadores. Los profesionales deben cumplir con dos objetivos generales al trabajar con los cuidadores informales:

- Enseñar a planificar el cuidado.
- Valorar el cuidado como fuente fundamental de ayuda a la persona dependiente y dar el soporte necesario para seguir cuidando.

El Plan de Asistencia Sanitaria a los Mayores va destinado a quienes han superado los 75 años, a los pacientes crónicos y a quienes requieren una atención paliativa específica. Pretende ofrecer una respuesta sanitaria ajustada a las necesidades de salud de la población. Una de las intervenciones para mejorar la atención a las personas mayores va encaminada a la atención y seguimiento a domicilio, ya que puede reducir el riesgo de mortalidad y los ingresos en instituciones (10).

La Atención Domiciliaria es un servicio que prestan los profesionales de Atención Primaria para proporcionar al individuo y su familia la atención necesaria en su entorno cuando la persona presenta dificultades para desplazarse al centro. Permite acceder al entorno donde viven y se desarrollan las personas, y conocer su capacidad y recursos de que dispone para su autocuidado (10).

Desde Servicios Sociales se gestionan los servicios de ayuda a domicilio para facilitar el cuidado y el mantenimiento de la persona dependiente en su entorno domiciliario. Las ayudas que se facilitan van desde cuidados personales (baño, comida, movilizaciones, etc.), actividades cotidianas

(como salir a la calle, acudir a consultas sanitarias, ir a comprar), tareas domésticas y mantenimiento del hogar (limpieza, plancha). Con el despliegue y aplicación de la ley de promoción de la autonomía personal y prevención de la dependencia se ha producido una reorganización de los recursos sociales, ofreciendo una cartera de servicios en función del grado y nivel de dependencia de la persona. Estas ayudas están facilitando el trabajo en el domicilio, ayudando tanto a la persona dependiente como al cuidador principal. Son algunas de las medidas adoptadas para mantener a la persona en su entorno, con su familia, mantener la independencia el máximo tiempo posible y retrasar o evitar el internamiento en centros residenciales o socio sanitarios.

Las Comunidades Autónomas (CCAA) cuentan con propuestas de programas de soporte y formación de los cuidadores informales que se pueden consultar en las diversas publicaciones de servicios sociales de cada ayuntamiento o de la web de cada CCAA.

Además se suele disponer de recursos en el ámbito comunitario como son asociaciones, reuniones de cuidadores, grupos de voluntarios. También con el acceso a internet desde los hogares españoles, los usuarios pueden obtener información en páginas web, sobre guías para cuidadores, participar en foros y tener conocimiento de diferentes actividades que se realizan.

Disponer de recursos formales para el soporte del cuidador logra disminuir el estrés o la carga del cuidado, retrasar estados de dependencia en la persona mayor y conseguir mantenerla durante más tiempo en su domicilio. Para ello se hace imprescindible que los profesionales valoren el contexto familiar y detecten los factores implicados en el cuidado con el objetivo de apreciar situaciones que puedan ser modificadas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de las personas que conviven en el núcleo familiar.

4. FORMACIÓN DE LOS CUIDADORES INFORMALES

La formación de los cuidadores no profesionales puede realizarse de manera:

- **Individual.** En consulta, domicilio, vía telefónica.
- **Grupal.** Por temas de interés o por cuidadores de determinadas patologías invalidantes.

Los programas contemplan en general los contenidos expuestos en la Tabla 1.

Tabla 1.

CONTENIDOS DE PROGRAMAS DE FORMACIÓN DE CUIDADORES INFORMALES

INFORMACIÓN GENERAL SOBRE LA ENFERMEDAD

CONSEJOS PRÁCTICOS SOBRE LA VIDA DIARIA

ALIMENTACIÓN

- Dieta variada. Grupos de alimentos.
- Ingesta hídrica adecuada.
- Necesidad de aporte calórico necesario en función de estilo de vida, movilidad, etc.

MOVILIZACIÓN

- Técnicas de movilización de personas dependientes.
- Clases prácticas de movilizaciones.
- Realización de cambios posturales.
- Movilización activa o pasiva de la persona dependiente.

SOPORTE EMOCIONAL

DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

- Ayudar a expresar sentimientos y emociones.
- Aumentar el afrontamiento de situaciones de estrés, complicaciones.
- Favorecer el empleo de técnicas de relajación.
- Facilitar el acceso a profesionales expertos.

REALIZACIÓN PERSONAL

- Aumentar la autoestima.
- Fortalecer los logros y valorar los buenos cuidados realizados.
- Valorar el llevar a cabo la conciliación de vida laboral y vida familiar.
- Escuchar anhelos, expectativas y metas personales.

APRENDER A CUIDAR

- Ayudar a ampliar conocimientos y habilidades sobre el cuidado.
- Favorecer que otros miembros del equipo se impliquen en la formación y desarrollo de habilidades.
- Dar a conocer los recursos disponibles en la comunidad.
- Dar a conocer los recursos formales: sanitarios y sociales de ayuda en el cuidado a las personas mayores dependientes.
- Otros consejos prácticos para el uso de materiales y dispositivos de ayuda para mantener la máxima funcionalidad posible.

Otros conocimientos pueden ser también útiles como:

- Información sobre recursos sociales, sanitarios y/o sociosanitarios.
- Estrategias para afrontar situaciones de crisis, complicaciones y muerte.
- Cuidar la salud del cuidador.
- Detectar de las necesidades del cuidador.
- Ser consciente de los signos y síntomas de alarma en el cuidador informal (pérdida de apetito, desmotivación, apatía).

Para incluir a los cuidadores en los programas de ayuda y soporte requiere de los profesionales enfermeros conocimientos sobre diferentes instrumentos de medición, entre ellos señalar la escala de Zarit (11), que facilitan la información precisa sobre la situación en que se encuentre la persona cuidadora. Para detectar situaciones de carga del cuidado es necesario repetir el test de sobrecarga cada vez que se producen cambios en la situación socio-familiar.

Otro de los objetivos de los profesionales es preparar a los cuidadores en la salida del programa, ya sea por fallecimiento de la persona dependiente, por abandono del rol del cuidador o por rechazo de la ayuda.

5. PRINCIPALES PROBLEMAS DEL CUIDADO DE LARGA EVOLUCIÓN

Numerosos estudios avalan que la prestación de cuidados de larga evolución conlleva alteraciones de salud en el cuidador (5). Las consecuencias negativas de mayor relevancia para el cuidador se detectan en el área psíquica, con manifestaciones frecuentes de ansiedad y depresión. A la vez pueden presentarse alteraciones físicas importantes como dolor o insomnio, problemas en las relaciones personales, que tienen como consecuencia aislamiento social o pérdidas de relaciones significativas, así como repercusiones negativas en la situación económica.

El intento de medir las repercusiones del cuidar para los cuidadores ha introducido el concepto de carga o sobrecarga del cuidado (12). Se han aplicado diferentes escalas para medir la carga del cuidador: las más conocidas son *Caregiver stress test*, *Caregiver Burden Scale* y *Zarit Burden Interview* (esta última

más extendida en el ámbito comunitario) (Tabla 2). Todas ellas permiten distinguir a personas con mayor riesgo de abandonar el cuidado, o el riesgo de enfermar y constituyen un indicador de predicción en la demanda de institucionalización de la persona mayor dependiente.

Las escalas de valoración ofrecen diferentes tipos de datos significativos relacionados con la carga del cuidado:

- **Carga objetiva.** Grado de perturbaciones o cambios en diversos aspectos del ámbito doméstico y de la vida de los cuidadores.
- **Carga subjetiva.** Actitudes y reacciones emocionales ante la experiencia del cuidar

Del estudio elaborado de programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud se obtiene que las tareas y el esfuerzo necesarios para la actividad de cuidar repercute en los cuidadores e impacta negativamente en tres aspectos principales:

- **Sobre su propia salud.** Las personas cuidadoras se encuentran a menudo cansadas del cuidado en el 51,2% de los casos. El 32,1% se sienten deprimidas, y el 28,7% piensan que las tareas que realizan están deteriorando su salud.
- **Sobre su vida afectiva y relacional.** El 64,1% declaran que se han visto obligados a reducir su tiempo de ocio; además, el 48,4% de la muestra comenta no poder ir de vacaciones.
- **Sobre aspectos laborales.** El 26% de la muestra confiesa no poder plantearse trabajar fuera; el 11,5% ha tenido que abandonar el trabajo, mientras que el 12,4% se ha visto obligado a reducir su jornada laboral (4).

Entre los factores que pueden aumentar el riesgo de aparición de problemas en la relación de los cuidadores con la persona dependiente, se identifican:

- Falta de recursos económicos.
- Ausencia de recursos de apoyo en la comunidad.
- Barreras arquitectónicas en el domicilio, que pueden dificultar la aplicación de los cuidados así como la accesibilidad.

Tabla 2.

**ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE ZARIT
(CAREGIVER BURDEN INTERVIEW)**

ÍTEM	PREGUNTA A REALIZAR	PUNTUACIÓN
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
16	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
17	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
18	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
19	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
20	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
21	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
22	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su familiar?	

Cada ítem se valora así:

Puntuación de cada ítem (sumar todos para el resultado):

FRECUENCIA	PUNTUACIÓN
Nunca	0
Casi nunca	1
A veces	2
Bastantes veces	3
Casi siempre	4

Puntuación máxima de 88 puntos. No existen normas ni puntos de corte establecidos. Sin embargo, suele considerarse indicativa de “no sobrecarga” una puntuación inferior a 46, y de “sobrecarga intensa” una puntuación superior a 56.

- Deterioro del estado de salud de la persona cuidada y del que dispensa los cuidados.
- Relaciones previas de la persona dependiente con el cuidador principal.
- Dificultad en reconocer y utilizar los propios recursos de la persona, la familia y el entorno que a su vez dificulta el solicitar ayuda de manera anticipada a situaciones de crisis.

En resumen, la carga del cuidador depende de múltiples variables entre las que hay que destacar: las repercusiones del hecho de cuidar, los cambios que se producen en la dinámica familiar, social y laboral por el hecho de cuidar, así como de las redes de apoyo y estrategias de afrontamiento con que se cuente en cada situación.

Ahora bien la lenta aparición de los problemas de salud del cuidador, y a veces su manifestación de manera banalizada, pueden no comprometer su vida de forma inmediata, pero sí repercuten en su calidad de vida (13). Por eso es importante también valorar la disponibilidad de recursos económicos, que posibiliten la contratación de servicios privados, ya que de lo contrario la asunción de los cuidados de larga duración se convierte en exclusiva y obligatoria transformándolos en situaciones insostenibles para la familia (6).

La persona que desempeña el rol de cuidador principal puede encontrarse con problemas como:

- Preocupación y tensión por la evolución de la enfermedad, complicaciones, aumento de la dependencia.
- El cuidado continuo, cronificado, que requiere cada vez más de esfuerzo, dedicación y horas de cuidado.
- Dificultad en gestionar el tiempo y buscar espacios para realizar otros roles necesarios y gratificantes para la persona cuidadora.
- Algunas técnicas, cuidados complejos que aumentan el estrés ante lo desconocido y necesidad de aprendizaje de nuevas habilidades para ejecutar los cuidados.
- Síntomas de cansancio, debilidad, falta de concentración, apatía ante la situación vivida.

Por esos motivos, en la valoración de la situación del cuidador realizada por el equipo interdisciplinar, se debe contemplar y registrar en la historia clínica, algunos de los factores implicados como pueden ser:

- Características personales individuales.
- Recursos para afrontar la situación de estrés.
- Tipo de relación con la persona dependiente.
- Historia previa de pérdidas: sentimientos, temores, reacciones de duelo previas.
- Relaciones familiares.
- Años en el rol de cuidador.
- Nivel de dependencia de las personas cuidadas.
- La salud y calidad de vida de los cuidadores.

Además es imprescindible valorar de manera precoz en el cuidador los signos de alarma que puedan aparecer, tales como:

- Pérdida de energía.
- Problemas de sueño.
- Consumo excesivo de bebidas (alcohol, cafeína).
- Consumo excesivo de pastillas para dormir u otros medicamentos.
- Aumento o disminución del apetito.
- Problemas de memoria y dificultad para concentrarse.
- Problemas físicos: palpitaciones, temblor de manos, molestias digestivas.
- Impaciencia, irritabilidad, ansiedad.
- Depresión.
- Actos rutinarios repetitivos.
- Disminución de la vida social.
- Sentimientos de culpa.

Es evidente que convivir con una persona dependiente afecta a la dinámica familiar, apareciendo en ocasiones una dificultad de adaptación a las nuevas situaciones de vida que van apareciendo. Ese es uno de los motivos por los que la enfermera debe prestar una atención especial a los cuidadores (cuidar al cuidador) con el fin de facilitar su tarea, ayudar a mejorar la calidad de vida de la familia y prevenir la aparición de problemas como cansancio o claudicación del cuidador (10).

En los casos en que los profesionales enfermeros detectan problemas en el cuidador, se puede formular el diagnóstico enfermero **“cansancio en el desempeño del rol de cuidador”** (o de riesgo) (Código NANDA 00061). Definido como dificultad para desempeñar el cuidado de la familia (14).

El objetivo de las intervenciones enfermeras irá dirigido a buscar la mejora del estado de bienestar del cuidador principal proponiendo:

- Apoyo al cuidador principal.
- Aumentar el afrontamiento.
- Asesoramiento.
- Cuidados intermitentes, fomentando la implicación familiar.

En esos casos se sugieren intervenciones como:

- Apoyo a la familia.
- Apoyo emocional.
- Apoyo en la toma de decisiones.
- Asistencia en el mantenimiento del hogar.
- Aumentar los sistemas de apoyo.
- Consulta por teléfono.
- Entrenamiento en la asertividad.
- Establecimiento de objetivos comunes.
- Grupo de apoyo.
- Guías del sistema sanitario.
- Potenciación de roles.
- Fomentar la implicación familiar.
- Mantenimiento en procesos familiares.

RESUMEN

El envejecimiento de la población es un fenómeno ampliamente descrito para argumentar sus causas y consecuencias, donde envejecimiento se asocia a pasividad, dependencia y enfermedad. Los conceptos de envejecimiento saludable y activo rompen con ese paradigma, poniendo el énfasis en la autonomía, derechos sociales y la vinculación relacional de las personas mayores. Es evidente que la edad es un factor no modificable que conlleva una mayor probabilidad de aparición de problemas de dependencia. Sin embargo existen factores modificables como: personales, ambientales, sociales, psicológicos, etc., que van a determinar la manera de vivir y envejecer de las personas.

Los deseos de las personas mayores son vivir y envejecer en su domicilio y recibir las atenciones y prestaciones necesarias en su propio entorno. Para que esto pueda suceder es imprescindible contar con ayuda de terceras personas que cubran las necesidades básicas e instrumentales de la persona mayor.

El principal proveedor de cuidados informales en nuestro medio suele ser la familia en la gran mayoría de los casos. La transformación del modelo familiar tradicional es uno de los factores que puede desestabilizar el modelo basado en el apoyo informal.

Los cuidadores informales son aquellas personas que no pertenecen a ninguna institución sanitaria o social, que cuidan de personas no autónomas que viven en el ámbito domiciliario y no perciben por su cuidado ninguna remuneración económica. Entre el cuidador y la persona cuidada suele existir un lazo afectivo.

El cuidador familiar tiene un riesgo de padecer complicaciones a nivel psíquico, físico, social y económico derivadas de la carga de cuidado. El cuidador informal necesita estar apoyado por la red de atención formal para continuar siendo fuente generadora de cuidados. Sin ese soporte es difícil que se puedan mantener durante mucho tiempo. Son los profesionales quienes deben cuidar la salud de los cuidadores y ofrecerles formación en distintos aspectos referidos al cuidado de la persona mayor y a su propio autocuidado.

6. REFERENCIAS

1. IMSERSO. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: Ministerio de trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento activo un marco político. Rev Geriatria Gerontología. 2002; 37(S2):74-105.
3. Abellán A. La ayuda informal. Rev Gerontol. 1997; 7:183-185.
4. Torres P, Ballesteros E. Programas, intervenciones y redes de apoyo a los cuidadores informales en salud. Necesidad de convergencia entre los programas formales y el apoyo informal. Nursing. 2008; 26(6):56-61.
5. Übeda I, Roca M, Garcia L. Presente y futuro de los cuidados informales. Enfermería clínica. 1998; 8(3): 116-121.
6. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Mujeres cuidadoras: los cuidados, todavía, tienen rostro femenino. Revista Sesenta y Más. 2004; (223):46-51.
7. IMSERSO. Portal especializado en Gerontología y Geriatria. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Disponible en: <http://www.imfersomayores.csic.es>.
8. IMSERSO. Encuesta de condiciones de vida de los mayores. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2004.
9. IMSERSO. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. el entorno familiar. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.
10. Departament de Sanitat i Seguretat Social. Millorem l'atenció sanitària a les persones grans Pla d'actuacions prioritàries de l'atenció primària de salut per al període 2003-2005. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2003.
11. Martín M, Salvadó I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P, et al. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. Rev Gerontol. 1996; 6:338-346.

12. Ubiergo Ubiergo MC, Regoyos Ruiz S, Vico Gavilán MV, Reyes Molina R. El soporte de enfermería y la claudicación del cuidador informal Rev Enfermería Clínica. 2005; 15(4)199-205.
13. Torres P, García M. Temas de Enfermería gerontológica. Barcelona: Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 1999.
14. Johnson M, et al. Interrelaciones NANDA, NOC Y NIC. Diagnósticos Enfermeros, resultados e intervenciones. Madrid: Elsevier; 2007. p. 694.

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

ÍNDICE ALFABÉTICO DE MATERIAS

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

ÍNDICE ALFABÉTICO

A

Actividades 31-35, 40-42, 45,
46, 50, 75, 86, 87, 96, 103,
105, 106, 116, 118, 119, 124,
143, 144, 147, 150, 152, 154,
164, 179, 180, 187-189
– básicas de la vida
diaria (ABVD)
42, 86, 87, 118, 152, 153
– de la vida diaria 31, 45,
46, 116, 118, 147, 180, 187
– instrumentales de la
vida diaria (AIVD)
118, 119, 147, 152
Asistencia 27, 28, 30, 31, 33, 34,
36-38, 42-44, 46, 52, 55, 56,
62, 64, 67, 68, 75, 83, 86, 110,
149, 150, 179, 180, 188, 196
– integral 64
– sociosanitaria 52, 67, 68

Atención 15, 19, 20, 27-40,
42-46, 49, 50, 52-64, 66,
67, 70, 71, 73-77, 81-88,
91-93, 95-98, 100-102,
104-106, 108-111, 113-116,
120, 125, 126, 130, 140,
143, 145, 176, 177,
180-182, 188, 196-198
– gerontológica 19, 27,
29, 33, 43, 49, 50, 92,
95, 96, 102, 105, 116
– Socio-Sanitaria (ASS)
52, 54-59, 64, 66, 67, 84
Autonomía 19, 30, 36, 43-46,
52, 53, 55, 56, 63, 64, 74, 75,
78, 79, 82, 84-86, 88, 90, 91,
93, 105-107, 109, 115, 118,
119, 124, 125, 147, 179,
181, 182, 189, 197

ÍNDICE ALFABÉTICO

C

- Calidad de vida 16, 43,
53, 95, 106, 108, 115,
119, 121, 125, 170, 177,
179, 187, 189, 194-196
- CSS (Coordinación Sociosanitaria)
52, 54, 56, 66, 67, 83, 88, 93
- Cuidador 20, 46, 86, 98, 102,
125, 126, 133-135, 143, 147,
152, 170, 172, 182, 187-189,
191, 194-196, 197-199
- Cuidados 19, 34, 36, 37, 39, 42,
44-46, 50, 53, 55, 58, 59, 61-64,
66, 68, 71, 79, 83, 86-88, 95, 96,
101, 102, 105, 106, 109, 113-116,
126, 134, 170, 181, 182, 187, 188,
191, 192, 194, 196-198
– informales 181, 197, 198

D

- Dependencia 19, 33, 35, 37-39,
43-46, 49, 50, 53, 54, 56-58,
67, 77-79, 82-88, 91-93,
106, 115, 117, 119, 121,
124-126, 130, 134, 140,
152, 153, 155, 175, 179-182,
189, 194, 195, 197, 198

E

- Enfermería gerontológica 49, 199
- Equipo interdisciplinar 20, 28,
38, 46, 81, 96, 97, 100, 102,
103, 106, 108, 110, 111, 126,
128, 133, 147, 175, 195

Escalas de valoración

- 120, 126, 129, 133, 137, 138,
147, 156, 166, 170, 175, 192

Estado de salud

- 49, 106, 138, 194

G

- Geriatría 12
- Gerontología social 12

H

- Hospital de Día 62

I

- Instrumento de
valoración 136, 137

P

- Personas mayores 15, 16, 19, 20,
30, 32, 33, 36-46, 49-51, 54, 56,
59, 61, 62, 64, 69, 75, 76, 77-83,
88, 93, 95, 96, 102, 104, 106-111,
114-117, 119-123, 126, 133-136,
156, 170, 177, 180, 182, 188, 189,
191, 192, 197, 198
- Plan 45, 54, 60, 61, 67, 70-72,
74-80, 82, 83, 88, 90, 93, 97,
101, 114, 126, 188
- Profesional 13
- Programa 35, 36, 41, 50, 54,
57, 59, 60, 67, 72, 78, 82, 83,
87, 92, 125, 126, 130, 191

ÍNDICE ALFABÉTICO

U

Unidades

- de larga estancia
63, 66, 125, 128
- de media estancia
63, 66

V

- Valoración 16, 17, 20, 35, 36, 38,
39, 49, 50, 58, 61, 62, 68, 76,
87, 98, 101-103, 108, 113-122,
125, 126, 128, 129, 131, 133-138,
143, 147, 148, 156, 165, 166,
175-177, 195
- funcional
117, 131, 143, 147
 - integral 16, 20, 101,
113, 115-117, 125, 126

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65

Descarga autorizada a 11400714 MANUELA
GARCIA GONZALEZ,
brujamolly@gmail.com, IP: 88.151.19.65