

### **PONENCIA 3: VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA. NIVELES.**

**PONENTE: JOSÉ COLLDEFORS VALCÁRCEL, PRESIDENTE DE LA HERMANDAD DE VETERANOS DE LAS FUERZAS ARMADAS**

"La esencia de una buena calidad asistencial en geriatría depende del manejo experto de las necesidades médicas, funcionales, psicológicas y sociales de los pacientes ancianos y sus cuidadores"

#### **INTRODUCCIÓN**

Este trabajo tiene como objetivo aportar elementos de reflexión sobre la valoración de la dependencia y sus niveles.

El paciente anciano se caracteriza por la alta frecuencia de la morbilidad, las presentaciones atípicas de la enfermedad, la lenta respuesta al tratamiento y la necesidad de soporte social. Estas características, junto con el envejecimiento progresivo de la población, abogan por especialidades médicas específicas y respaldan el desarrollo de una atención especializada.

Ya I. L. Nascher publica en el New York Medical Journal en 1909 el artículo: "Geriatrics", en el que solicitaban una medicina distinta a la tradicional para los pacientes ancianos. Pero hasta 1943 no se inicia realmente la práctica geriátrica, al asumir Marjorie Warren, supervisora del West Middlesex Hospital en Islevort, Reino Unido, el gran cambio de actitud ante los pacientes ancianos que ocupaban las salas de "crónicos", demostrando que una CORRECTA VALORACIÓN de estos enfermos y unas terapéuticas rehabilitadoras activas conseguían recuperaciones impensables, culminándose el proceso en 1948 con la creación oficial por el National Health Service de la especialidad de GERIATRÍA.

España se suma a la inquietud por los problemas del mayor-anciano y en 1948 un numeroso grupo de prestigiosos profesionales (Hernando, Marañón, Grande Covián, etc.) fundan la Sociedad Española de Gerontología, dando paso a que en 1978 se reconozca la geriatría como especialidad médica.

Puede definirse la Geriatría como "la rama de la medicina general concerniente con los aspectos clínicos, preventivos, rehabilitadores y sociales de la enfermedad en el anciano", siendo su objetivo principal: "el restaurar, en una persona enferma y discapacitada, un nivel de máxima autonomía y, siempre que sea posible, retornarla a una vida independiente en su domicilio"

El alcance del objetivo señalado requerirá un sistema asistencial, a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y los problemas médico-sociales de los ancianos, que de forma aguda o subaguda presentan como rasgos comunes la pérdida de su independencia física o social. Obligar a la organización de una atención prolongada a los ancianos que lo necesiten, movilizándolo, para ello, los recursos necesarios tanto para la atención y cuidados como para la investigación, docencia y formación continuada de especialistas geriátricos y personal colaborador y auxiliar que se requiere.

#### **I.- MARCO DE REFERENCIA. EL SESGO SANITARIO.**

Se quiere reconocer, de entrada, una limitación potencial en el análisis de la valoración de la dependencia fruto del sesgo profesional sanitario.

Es habitual que la dependencia surja de una deficiencia en un órgano o un sistema provocado por la presencia de enfermedad (congénita, traumática, inflamatoria, infecciosa, degenerativa...) y esta deficiencia a su vez conduzca a la discapacidad del mismo.

Uno de los métodos más comunes de medir resultados asistenciales en un sentido amplio es basándose en la capacidad de las personas de realizar tareas de la vida diaria. Las mediciones sobre discapacidad tienen más sentido para la vida de un individuo que los parámetros bioquímicos.

Solemos utilizar el término dependencia cuando la discapacidad se prolonga en el tiempo, se cronifica (La Encuesta Nacional sobre Discapacidades, Deficiencia y estado de Salud la sitúa en un mínimo de un año), de forma suficiente como para requerir intervenciones más duraderas y habitualmente con la participación de terceras personas.

Dada la frecuente asociación entre dependencia y enfermedad, es habitual que los profesionales sanitarios estén familiarizados con el problema de la discapacidad y de la dependencia y que de alguna manera reivindiquen cierto protagonismo en el proceso de valoración. Por lo tanto podemos decir que es un sesgo lícito y legítimo.

Es importante matizar los términos de independencia y autonomía antes de profundizar en la valoración de la dependencia, para ello podemos utilizar las definiciones de Rodríguez Cabrero y Pilar Rodríguez aparecidas en el libro Protección Social de la Dependencia y que delimitan claramente un concepto y otro.

Según Rodríguez Cabrero una persona es socialmente dependiente cuando *"como consecuencia de limitaciones severas de orden físico o mental requiere la ayuda de otra persona para realizar actos vitales de la vida cotidiana"*.

La definición de Pilar Rodríguez sobre el concepto de autonomía es particularmente útil ya que dependencia y autonomía son términos que frecuentemente se utilizan de manera indistinta aunque errónea. Autonomía se interpreta como "La pérdida de la independencia es esencialmente funcional y no debe confundirse con la pérdida de autonomía de una persona, lo cual hace referencia a la defensa de la dignidad y libertad de una persona". Es decir la autonomía se refiere a la protección de la capacidad de decisión de una persona sobre su vida y si deviene en discapacitado mental a la obligada protección de sus derechos fundamentales de libertad y dignidad. (Pilar Rodríguez)

Desde este marco conceptual los autores citados anteriormente entienden que la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población, no siendo patrimonio exclusivo de los ancianos. Sin embargo, los fenómenos sociológicos derivados del envejecimiento poblacional están dando una nueva dimensión al problema tanto cuantitativa ("epidemia gris") como cualitativamente ("gray power"), al coincidir un intenso proceso de envejecimiento y aumento de la esperanza de vida con cambios en la estructura social de la familia y de la población cuidadora.

*El campo de estudio de la dependencia se centra mayoritariamente en la discapacidad para el autocuidado y la necesidad de ayuda prolongada de una tercera persona. En este sentido recogemos las definiciones de diversos autores.*

Según A. Bowling las definiciones operativas de capacidad funcional se concentran en las actividades de la vida diaria, que a su vez se subdividen en actividades de autocuidado y domésticas.

En la clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías de la OMS de 1980 se contempla la discapacidad del cuidado personal como "restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano".

Igualmente en la nueva clasificación CIDDM-2 de la OMS de 1997 se sustituye la expresión discapacidad por la de actividades. Bajo esta nueva denominación se estudian las actividades de la vida diaria y sus posibilidades de ejecución: asearse, vestirse, comer, beber y el cuidado del propio bienestar. Ellas, en definitiva, son las que nos permiten identificar la dependencia.

El Consejo de Europa la define como " la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana".

"La dependencia es un estado en que se encuentran las persona que por razones ligadas a la falta o 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".

Quizás conviene matizar las diferencias entre discapacidad y dependencia. En la primera se entiende en ocasiones toda limitación grave que afecte o se espere que vaya a afectar durante más de un año (la dimensión cronológica es necesaria como se ha dicho anteriormente) a la actividad del que la padece y tenga su origen en una deficiencia.

Se considera que una persona tiene una discapacidad aunque la tenga superada con el uso de ayudas técnicas. Sin embargo, en las escalas de valoración de dependencia si la discapacidad se supera con una ayuda técnica los resultados no equivalen a dependencia.

## II.- VALORACIÓN GERIÁTRICA

Se denomina valoración geriátrica (VG) el proceso estructurado de valoración global, en el que se detectan, describen y aclaran los múltiples problemas físicos, funcionales, psicológicos y socioambientales que el paciente anciano presenta; durante este proceso se registran los recursos y posibilidades de la persona, se valora la necesidad de servicios y, finalmente, se elabora un plan de cuidados progresivo, continuado y coordinado dirigido a satisfacer las necesidades del paciente y de sus cuidadores. Constituye la forma más razonable de acercarse al viejo desde cualquier ámbito de la salud y es esencial para su óptimo cuidado desde enfermería.

Se ha definido a la valoración geriátrica como –"LA PIEDRA ANGULAR" en la práctica de la geriatría, dando respuesta a la alta prevalencia en el mayor-anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que escapan a la tradicional valoración clínica biomédica.

Los múltiples, complejos e interrelacionados problemas del anciano demandan una aproximación "biopsicosocial" que combine la evaluación clínica clásica con la valoración de las restantes esferas que integran el individuo. De esta forma, un cuerpo de evidencias, cada vez más importante, muestra que la mayoría de las necesidades no satisfechas del anciano, como son la institucionalización inapropiada, los diagnósticos médicos y de enfermería incompletos, la pobre coordinación de servicios comunitarios, la sobreprescripción de fármacos y la infrutilización de rehabilitación, puedan ser mejoradas a través de programas de V.G.

En palabras de Laurence Rubinstein la valoración geriátrica supone la "exposición de un iceberg de incapacidad no reconocida". Es la búsqueda sistemática, la detección y valoración adecuada que pueden llevar al anciano a la incapacidad. Esos desconocidos síntomas no solo serán clínicos, sino que estarán relacionados con la funcionalidad, con la mente y con la vida social y económica del paciente anciano,

El señalado Rubinstein, pionero de la valoración geriátrica exhaustiva en EEUU, postula como beneficios potenciales de ella; el screening o la detección de condiciones tratables, la precisión diagnóstica, la confección de un plan terapéutico racional, el garantizar el uso apropiado de recursos para poder determinar la ubicación óptima, poder documentar cambios en el tiempo y la mejoría de los pacientes en función psíquica, física y social.

### III.- VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La valoración del anciano se efectúa en un proceso multidisciplinar de valoración y dinámico en el tiempo. Se pretende descubrir, describir, e incluso explicar, los problemas de la población anciana, dando paso a una evaluación de recursos, capacidades de las personas y posibilidades de los servicios. Culminará la V.G. con la elaboración de un plan de cuidados individualizado para intervenir en los problemas de la persona.

Las características que ha de reunir la V.G. son: cuádruple (clínica, funcional, mental y social), dinámica y comprehensiva (término inglés aceptado en España y que recoge los términos de integridad y exhaustividad). Debe ser una evaluación multidisciplinaria que se realiza en colaboración con profesionales de las distintas disciplinas, dando respuesta al descubrimiento del estado global y detallado del anciano, haciendo posible la descripción de ello e, incluso, razonando los datos conseguidos.

Las citadas condiciones de la valoración la convierten en INTEGRAL, ya que la complejidad del ser humano, y aún más del anciano, obligan a la observación detallada, al estudio metódico y a la comparación cualitativa y cuantitativa de numerosos factores que la han de realizar, a lo largo de un continuo proceso, cualificados especialistas.

Esta valoración integral (V.G.I.) tiene que ser dinámica, ya que el anciano, día a día, se verá afectado por nuevas patologías que, en forma de cascada, influirán en sus condiciones de vida personales y sociales. Se le exige a la valoración que los datos obtenidos se expresen con claridad en términos no solo comprensibles para el médico o médicos geriatras que hayan intervenido en la evaluación, sino también para los enfermeros y resto de especialistas e incluso para cualquier otra persona que pueda recoger los análisis y resultados con posterioridad; la adecuada utilización de escalas de medida facilitará la objetividad y dará lugar a un lenguaje común entre los distintos profesionales, que contarán con datos fiables, válidos y sensibles al recoger las variaciones que se vayan produciendo.

Los principales propósitos de la valoración serían:

- A) Investigación de enfermedad tratable.
- B) Diagnóstico cuidadoso, tanto médico como de problemas funcionales, psicológicos y sociales.
- C) Plan terapéutico racional.
- D) Asegurar el uso apropiado de servicios.
- E) Documentación de los cambios en el tiempo.

La mejoría de la precisión del diagnóstico debe de incidir en la investigación sistemática de los problemas tratables no establecidos, en vez de responder a las molestias específicas.

En el plan terapéutico se deben considerar las pautas inadecuadas y enfermedades yatrogénicas (producidas por la medicación) además de su costo.

En cuanto al uso apropiado de los servicios de salud, es, en esencia, el paso a la acción de una decisión tomada por los usuarios, de la cual esperan obtener un beneficio para su salud o bienestar.

La V.G.I. ha de adaptarse al sujeto y entorno para que sea realmente útil. La exhaustividad de la valoración y su relevancia es producto de las necesidades del paciente y de la pericia del clínico. Ha de ser aplicable tanto en la fase aguda como en la fase crónica de la enfermedad, pudiéndose realizar tanto en el domicilio del paciente como en la consulta externa, en el hospital, en la residencia de ancianos, en la unidad de rehabilitación o en la sala de psiquiatría.

Habitualmente el proceso se inicia a través de la consulta de un profesional sanitario de otro nivel asistencial. En el primer contacto es importante contar con la presencia de algún familiar o con el cuidador principal si es que existe.

La valoración multidisciplinaria requiere la participación de un núcleo central o "Core" de profesionales que implica a la disciplina de medicina, enfermedad y trabajo social. Desde la primera entrevista o contacto con el paciente se detectará la necesidad de otros técnicos (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, neuropsicólogos, logopedas, dietéticos, etc).

La relación que se establece entre las necesidades de salud y la utilización de los servicios será una consecuencia importante de la V.G.I. Lo importante es saber la fuerza o naturaleza de la relación dosis-respuesta, siendo la gravedad del diagnóstico de la salud el que marque preferentemente y, desde un principio, la utilización de recursos sanitarios o residenciales, independientemente de otras consideraciones sociales o económicas.

La valoración geriátrica integral, se apoya en distintos instrumentos de valoración (escalas) ya sean multidimensionales o unidimensionales, genéricos o específicos. Este apogeo de la utilización de instrumentos de medición presenta una serie de limitaciones y de ventajas.

Es función del clínico mantener un equilibrio armónico entre instrumentos de medición y la valoración geriátrica. Estas herramientas de medición nunca deben de sustituir el proceso de valoración, al contrario han de estar incorporadas y deben ser complementarias a nuestras valoraciones.

La utilización de escalas (valoraciones estandarizadas o medición formal) se diferencia del juicio clínico (valoraciones no estandarizadas) por la especificidad y uniformidad que ofrece al proceso de valoración. Sin embargo los clínicos argumentan que la mera pasación de escalas limita, deshumaniza y sobresimplifica, el proceso en sí mismo de la valoración.

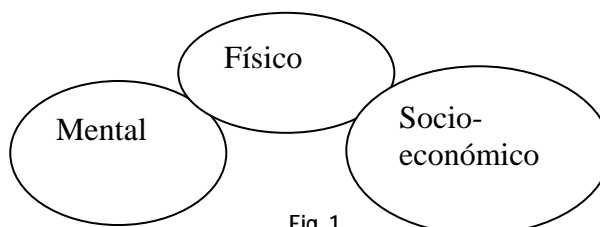
Como dice la Organización Mundial de la Salud (OMS) los instrumentos utilizados en la valoración del estado funcional indican las limitaciones en la realización o de la capacidad, pero no explican la causa (etiología) de lo observado. Una historia clínica completa y una exploración física, acompañada de exploraciones complementarias (tests bioquímicos, radiológicos, microbiológicos...) son necesarias para determinar que es lo que está alterado. Contrariamente, el diagnóstico aislado da poca información sobre la capacidad de independencia del individuo.

En la VGI, como se apuntaba inicialmente, el objetivo de la valoración debe de influenciar *la elección* del instrumento de valoración y la estrategia general de valoración. Este propósito está íntimamente relacionado con las características del sujeto, las circunstancias de la enfermedad y el entorno donde se ha de realizar la valoración.

*No importa lo detallado de una valoración, al final, un juicio clínico es necesario para interpretar la información. Como decía el médico francés Ch. Archard la medicina es: "Primero ciencia, después arte: Juicio, siempre".*

#### IV.- COMPONENTES BÁSICOS DE LA VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

El paciente-anciano debe ser analizado en todos los dominios o esferas del individuo: la valoración física, que abarca los aspectos clínicos tradicionales, pero considerados DESDE UNA PERSPECTIVA GERIÁTRICA (contemplando las implicaciones clínicas del envejecimiento), la valoración psicológica, que comprende las esferas cognoscitiva y afectiva del individuo, y, por último, la valoración de los aspectos sociales, económicos y ambientales. La integración de estas esferas, tal como se representa en la figura 1,



**Fig. 1**

dará como resultado la SITUACIÓN FUNCIONAL DEL INDIVIDUO, concepto interpretado como erróneo por muchos autores; el término funcional no engloba las dimensiones física, psíquica y social, es una dimensión propia en sí mismo que expresa su capacidad de vivir independientemente en el medio pese a sus limitaciones físicas, psicológicas o socio-ambientales, y que debe ser evaluada igualmente. Estos aspectos van a ser comunes a toda valoración, con independencia del nivel asistencial donde esta se realice y de los objetivos establecidos. Dentro de cada esfera del individuo los distintos elementos a considerar se indican a continuación, pero siempre abrirán o permitirán realizar una lista de problemas o diagnósticos de enfermería.

#### 4.1.- Aspectos a valorar en el proceso de V.G.I.

##### - *Salud física*

- Enfermedades previas y utilización de servicios sanitarios.
- Valoración de síntomas y signos físicos por sistemas.
- Interrogatorio sistemático sobre síndromes geriátricos
- Dieta y estado de nutrición
- Consumo de fármacos (tipo y número)
- Indicadores de la gravedad de la enfermedad.
- Auto percepción de salud o incapacidad.

##### - *Estado funcional*

- Actividades básicas de la vida diaria.
- Actividades instrumentales de la vida diaria.
- Movilidad
- Utilización de ayudas (andadores, bastones, etc.)

##### - *Percepción y comunicación*

- Visión y Audición. Utilización correcta de gafas, audífonos, etc.
- Lenguaje

##### - *Salud psicológica*

- Función cognitiva
- Función afectiva (depresión, ansiedad, etc.)
- Conducta.

##### - *Situación socio-económica-ambiental*

- ¿Con quién vive?. Relaciones sociales (personas, asociaciones, clubs, etc)
- Accesibilidad a familiares, amigos, profesionales de su vida de trabajo, voluntarios.
- Necesidades de cuidado social; sobrecarga del cuidador.
- Utilización de servicios sociales (ayuda a domicilio, centros de día, teléfono ...)
- Seguridad y confortabilidad de la vivienda. Situación medios de transporte, barreras arquitectónicas, adaptaciones...
- Ingresos económicos. Gastos comprometidos. Posibilidad de apoyo familiar.
- Creencias religiosas; costumbres; diversiones.

#### 4.2.- Entrevista con el paciente

Aunque el aforismo de Sir Willian Osler "Escucha al paciente, el te dará el diagnóstico", (Marañón decía que la herramienta más valiosa del médico era el taburete) es tan cierto en el anciano como en el joven, existen factores que hacen que la recogida de datos en el paciente mayor presente algunos cambios y sea más difícil y laboriosa. Debemos conocer estas circunstancias y sus potenciales soluciones como un aspecto más a destacar en la V.G.I.

El anciano se muestra, con frecuencia, asustado e incomodo en la entrevista. La actitud del médico debe ser amistosa a la vez que respetuosa. Hay que evitar interrogatorios exhaustivos y prolongados; las entrevistas deben ser cortas, y pueden ser necesarias dos o más sesiones. Los familiares, de estar presentes, no deben interrumpir, y menos contradecir, lo que dice el paciente, lo que hará necesario, a veces, hablar a solas con las familias o cuidadores.

El geriatra hablará lentamente, con tono cordial y profundo, mirando al paciente a los ojos y completando su tono amistoso con algún contacto físico que sacie "el hambre de tacto" del anciano. Las preguntas sencillas, una a una, esperando tranquilamente las respuestas que serán las que el entrevistado quiera y no las que el médico espere o fuerce. Es muy frecuente que en la conversación se trate al mayor como a un niño e incluso como un menor tonto e incapaz: ello es un grave error, ya que puede conseguirse con esa actitud la desconexión del paciente.

A menudo el anciano no confiesa que presenta un determinado problema ni solicita, por tanto, ayuda para solucionarlo. Puede ser a causa del temor o de la creencia, muy frecuente, de que son consecuencia de sus muchos años y carecen de solución e incluso por vergüenza. La habilidad del médico es detectarlo e ir corrigiendo con naturalidad el aislamiento del individuo mayor.

Hay que ser consciente que la familia o el cuidador pueden ocultar, disminuir o, incluso, falsear datos importantes.

En definitiva, el punto de partida de V.G.I es la entrevista y ella será la que marque el plan de actuación y relacione al anciano con el médico, creando un conocimiento y afecto que permitirá la necesaria exactitud diagnóstica.

#### 4.3. Factores a estudiar.

##### a) CLINICOS

La valoración clínica permite cualificar y cuantificar patologías sintomáticas, identificar aquellas que sean desconocidas, evaluar como afectan a la función y planificar la intervención terapéutica más adecuada. La evaluación de la enfermedad biológica en el anciano siempre es un reto, incluso para los especialistas más experimentados, debido a las peculiaridades de su presentación y su evolución.

Reviste especial importancia la valoración de los denominados síndromes geriátricos, que son aquellos que por su prevalencia e influencia sobre la salud se consideran típicos del anciano. Los principales son la inmovilidad, el estreñimiento, el insomnio, las caídas y la polifarmacia. También es importante la exploración de los órganos de los sentidos, ya que las alteraciones son muy frecuentes y tienden a considerarse, erróneamente, como una consecuencia normal del envejecimiento.

Un concepto potencialmente útil, que debería desarrollarse, es el CE o "cociente de edad", en que la edad psicológica podría ser determinada para cada sistema orgánico principal, en contraste con la edad real, y sopesado de acuerdo a la importancia relativa de cada sistema orgánico en la determinación de la esperanza de la vida.

Los instrumentos existentes para la medida de la salud física tienden a ser demasiado específicos de la enfermedad o bien del sistema orgánico, por lo que no proporcionan un factor común para la comparación de pacientes con diferentes diagnósticos.

Otros parámetros que podrían medirse y mantienen una cuantitativa relación con la salud física real son: uso de los servicios médicos, actividades diarias restringidas, cantidad de diagnósticos específicos, y autovaloraciones del nivel de dolor, malestar y salud general.

En definitiva, en esta área, NO EXISTE UNA ESCALA RAZONABLEMENTE BUENA de salud física global, toda vez que la terminología usada por The Sepúlveda Veterans Administración Médical Center en clasificarlos en diagnósticos mayores o menores, es simple y confusa, no apartando datos esenciales a la VGI.

##### b) VALORACIÓN FUNCIONAL

La función se ha definido como la capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días (aquellas actividades que le son requeridas por su entorno inmediato y su participación como individuo dentro de la sociedad), a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social. Es por lo tanto un fenómeno complejo que está influenciado por multitud de factores, tal como se esquematiza en la figura 2.

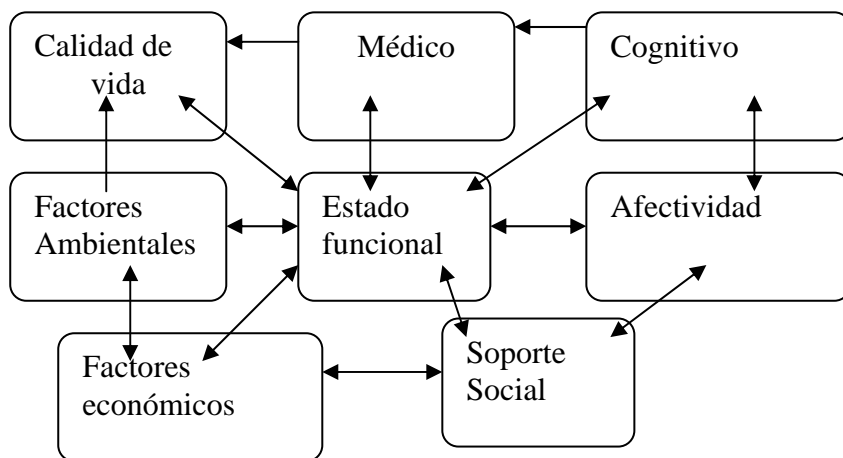


Figura 2

El término funcional debería reservarse para la dimensión de realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y siempre será un importante componente de la VGI (puede obligar a que se considere la dimensión funcional como espacio propio e independiente que se acople finalmente al resto de factores). La información sobre la función de un individuo es esencial para establecer un diagnóstico, un pronóstico y un juicio crítico, en los que se basarán las decisiones sobre el tratamiento y los cuidados geriátricos.

Las actividades de la vida diaria cuya ejecución se van a evaluar se pueden clasificar en

1. Actividades básicas propias del autocuidado, como, por ejemplo, alimentarse, asearse, vestirse, continencia de esfínteres, bañarse, andar (A B V D).
2. Actividades instrumentales de la vida diaria. Indican la capacidad que tiene un sujeto para llevar una vida independiente en la comunidad : tareas del hogar, compras, manejo de la medicación y de los asuntos económicos (A I V D).
3. Actividades avanzadas de la vida diaria. Son marcadores de actos más complejos y en gran parte volicionales, como, por ejemplo, empleo, tareas en tiempo libre, contactos sociales, ejercicio, etc. (A A V D).

Lógicamente la enfermedad y la función están íntimamente relacionados, siendo aquella el origen de limitaciones que se reflejarán en deficiencias (pérdida o anormalidad de la estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica), discapacidad (alteración de la función para las actividades de la vida diaria) o minusvalías (incapacidad para mantener su rol normal de acuerdo con su sexo, edad y factores sociales o culturales).

Cuando se evalúa la función de un anciano se analiza, por una parte, la acción y, por otra, la posible necesidad de ayuda para realizarla. Dicha evaluación puede hacerse directamente (presenciando su ejecución ) o de forma indirecta a través de la opinión del anciano o de sus familiares o cuidadores.

Dependiendo de la clase de apoyo humano que precise el paciente, se le clasificará en dependiente o independiente para la ejecución de la tarea en cuestión.

En el área funcional se emplean escalas que serán tanto más eficaces cuanto más sencillas y fáciles de usar sean y menor tiempo exijan para su cumplimiento.

Cada día se consideran más necesarias las unidades geriátricas de valoración como un nivel asistencial del servicio de Geriátria, en las cuales se realice la valoración integral, en régimen de hospitalización de los ancianos que en ella se integran. Las unidades de valoración geriátrica integral pueden y deben de estar presentes en recursos de internamiento como ambulatorios, para acercar esta tecnología a los usuarios.

Entre las herramientas de valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria más frecuentes contamos con: Escala de la Cruz Roja, Índice de Katz, Índice de Barthel, índice de Lawton, Functional Independence Measure e Instrumentos de la familia RAI Resident Assessment Instrument figuras 3 y 4).

#### 1.- Escala de la Cruz Roja.

Es una escala simple y que requiere escaso tiempo para su administración. Las características que se evalúan son : actividades de la vida diaria, ayuda instrumental para la deambulacion, continencia de esfínteres y nivel de restricción de la movilidad.

Esta escala permite puntuar el nivel de la función de un individuo e una escala de 20" a "5" puntos, de mejor a peor nivel de la función.

A continuación se expresan los conceptos que merece el paciente y la puntuación correspondiente.

#### GRADOS DE INCAPACIDAD FÍSICA

0.- El individuo se vale totalmente por sí mismo. Camina con normalidad.

1.- Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria (A V D). Presenta algunas dificultades para realizar desplazamientos complicados (viajes, etc.)

2.- Presenta algunas dificultades en las AVD, por lo que necesita ayuda ocasional. Camina con ayuda de un bastón o similar.

3.- Graves dificultades en las AVD, necesitando ayuda en casi todas. Camina con mucha dificultad, ayudado al menos por una persona.

4.- Imposible realizar sin ayuda cualquier AVD. Capaz de caminar ayudado al menos por dos personas. Incontinencia ocasional.

5.- Inmovilizado en cama o sillón. Necesita cuidados continuos. Incontinencia habitual.

## 2.- Índice de Katz de las actividades de la vida diaria.

Por su fácil manejo y escaso tiempo para su realización fue usado con frecuencia, ya que constituyó una de las primeras escalas de evaluación de las AVD. Requiere, como más importante inconveniente, un evaluador entrenado.

Se usa principalmente como método indirecto de evaluación mediante la entrevista, valorando la capacidad habitual de ejecución. No se puntúa y se examinan seis actividades básicas de la vida diaria: lavarse, vestirse, manejarse en el cuarto de baño, movilizarse, continencia de esfínteres y alimentarse.

Cada actividad se valora en términos de independencia para su realización, y posteriormente esto se traslada a un índice alfabético jerárquico que nos permite adjudicar una categoría de funcionamiento.

### ÍNDICE DE KATZ

- Baño.- Independiente. Precisa ayuda solo para lavar una zona o se baña enteramente solo.  
Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.
- Vestido.- Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone, puede abrocharse; se excluye el acto de atarse los zapatos.  
Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente vestido.
- Uso del WC.- Independiente. No necesita apoyo.  
Dependiente. Precisa ayuda.
- Movilidad.- Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla sin ayuda.  
Dependiente. Precisa ayuda para levantarse de la cama o de una silla, así como para realizar uno o más desplazamientos.
- Continencia de esfínteres.- Independiente. Control completo de micción o defecación.  
Dependiente. Control completo de la micción o defecación.
- Alimentación.- Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente.  
Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

## 3.- Índice de Barthel.

Esta escala ofrece información adicional a la aportada por el índice de Katz y es igualmente sencilla y rápida, obteniéndose una puntuación final que es un agregado de las puntuaciones individuales de las variables.

Como ventaja se aprecia una mejor cuantificación de los paciente en rehabilitación.

Evalúa diez actividades básicas de la vida diaria: alimentación diaria (sobre 10), lavado (5), vestirse (10), asearse ((5), continencia fecal (10), continencia urinaria (10), traslado a la cama o sillón, incluyendo silla de ruedas (15), deambulación (15) y subir escaleras (10).

El máximo de puntuación será 100.

En el anexo 2 se adjunta la escala de Barthel.

## 4.- Índice de Lawton.

Además de medir las ABVD, medirá las instrumentales (IAVD).

La segunda parte se usa independientemente de la primera como un complemento a la misma. La escala es concisa, sencilla y fácil de usar, no requiriendo personal cualificado para su ejecución.

En el índice se evalúa la capacidad para realizar ocho actividades: utilizar el teléfono, realizar compras, preparar las comidas, hacer las tareas del hogar, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, manejar la medicación y manejar los asuntos económicos. Todas ellas puntúan "1" o "0", reflejando la diferencia con posteriores evaluaciones de forma muy reducida, lo que aconseja conservar las calificaciones y su expresión particular como dato comparativo. Tiene el gran inconveniente del ajuste cultural según el sexo debido a áreas como preparación de comidas y cuidados de la casa que no se incorporan en las entrevistas a hombres.

La realidad es que hoy en día no se dispone de un sistema de medición universal, homologado y único sino que existen múltiples criterios para definir los niveles de dependencia. Este anhelo de obtener una herramienta universal y homologada es una búsqueda que motiva a numerosos investigadores, habiéndose realizado esfuerzos meritorios aunque todavía lejos de conseguir tal realidad. A pesar de la bondad de una herramienta única existen muchas consideraciones prácticas de tipo cultural, de los propios sistemas sanitarios, de necesidades percibidas diferentes, de los sistemas económicos... que impiden la implementación de normas internacionales.

Los niveles de dependencia por ejemplo son arbitrarios y diversos. Tenemos varias definiciones para catalogar el nivel de dependencia en una actividad concreta de la vida diaria. Esta va desde independiente, a ayuda parcial o hasta ayuda total; en otras escalas de independiente, versus dependiente o con matices que permiten graduar el nivel de dependencia más "finamente" (independencia completa, independencia modificada, vigilancia o preparación, ayuda o contacto mínimo, ayuda moderada, ayuda máxima o ayuda total).

A esta gradación habitualmente se le ha otorgado unos valores numéricos que permiten agregar las puntuaciones en una puntuación (un score) final que a su vez delimita diferentes categorías (niveles de dependencia). Metodológicamente existen limitaciones importantes puesto que transformamos variables categóricas u ordinales en numéricas intentando facilitar la comprensión del nivel de dependencia.

Existen escalas como el índice de Katz que presenta algunas ventajas en este sentido ya que agrega la dependencia en un orden jerárquico (efecto Guttman) y cualitativo pudiendo por este motivo puede ser más racionales.

El Índice de Barthel muy extendido en Europa (Reino Unido, Alemania y España) agrega la puntuación de 10 ABVD en un score final de 0-20 versión UK ó 0-100 versión española. A su vez con la puntuación total se determinan unos intervalos para clasificar los niveles de dependencia en: independiente, leve, moderada y severa.

La encuesta sobre discapacidades deficiencias y estado de salud define la severidad de la discapacidad como el grado de dificultad que tiene la persona para realizar una determinada actividad sin ayuda si no la recibe) o con ayuda (en el caso que la reciba):

Moderada: se considera que una persona presenta una discapacidad moderada si realiza la actividad sin dificultad alguna debido a que recibe ayuda o la realiza con un grado de dificultad moderada.

Severa: se considera que una persona tiene una discapacidad severa si realiza la actividad con gran dificultad.

Total: Se considera que una persona tiene discapacidad total si no puede realizar la actividad.

FIGURA 3

*Escalas de valoración funcional*

| Ministerio              | Katz         | FIM                     | Barthel             | RAI                    |
|-------------------------|--------------|-------------------------|---------------------|------------------------|
| Vestirse                | Baño         | Baño                    | Baño                | Baño                   |
| Comer                   | Vestido      | Vestido sup             | Vestido             | Vestido                |
| Evitar riesgos          | Ir al lavabo | Vestido inf             | Transferencias      | Transferencia          |
| Aseo e Higiene personal | Transfers    | Transferencias          | Deambulacion        | Alimentación Movilidad |
|                         | Continencia  | Transf. Lavabo          | Continencia vejiga  | cama                   |
|                         | Alimentación | Transf. Bañera          | Control intest      | Deambulacion           |
|                         |              | Control vejiga          | Alimentación        | Uso del WC             |
|                         |              | Control intest          | Cuidados apariencia | Higiene personal       |
|                         |              | Alimentación            | Uso del WC          |                        |
|                         |              | Cuidados apariencia     | Escaleras           |                        |
|                         |              | Aseo personal           |                     |                        |
|                         |              | Locomoción              |                     |                        |
|                         |              | Comprensión             |                     |                        |
|                         |              | Expresión               |                     |                        |
|                         |              | Relacion social         |                     |                        |
|                         |              | Resolucion de problemas |                     |                        |
|                         |              | Memoria                 |                     |                        |
|                         |              | Escaleras               |                     |                        |

FIGURA 4

| Grado de discapacidad | Clases    |     |        |
|-----------------------|-----------|-----|--------|
| 1                     | Nula      | I   | 0%     |
| 2                     | Leve      | II  | 1-24%  |
| 3                     | moderada  | III | 25-49% |
| 4                     | Grave     | IV  | 50-70% |
| 5                     | Muy grave | V   | 75%    |

### Problemas clínicos y científicos que plantean los instrumentos de valoración funcional

Las escalas presentan limitaciones en su aplicación y en la evaluación de los resultados, señalándose como más importantes las siguientes:

- No se recogen los deseos personales del paciente.
- La suma de las puntuaciones o la letra (en el índice Katz) es una expresión que carece en sí de valor ponderativo con respecto al estado del paciente en el cometido particular que puede interesar.
- El tiempo entre una valoración y otra –la siguiente- no está marcado y por lo tanto los resultados para medir la mejora o pérdida global o parcial no queda expresado por el factor tiempo.
- El equipo de valoración descubre, identifica, describe e incluso diagnostica, pero los resultados serán difícilmente trasladados al paciente, familia o cuidadores, ya que el número o letra resultante es escasamente explicativa.
- Se carece de contrastación suficiente con la población general.
- Hay factores etnográficos, sociales, económicos, familiares, etc) difícilmente recogidos en la puntuación de los índices.
- Es necesario recoger informáticamente los resultados y conclusiones funcionales.

### C) VALORACIÓN MENTAL

La presencia de una alteración mental es siempre signo de enfermedad ya que el envejecimiento normal sólo puede justificar modificaciones mínimas que no producen incapacidad.

La valoración del estado mental incluye la medida del funcionamiento cognoscitivo y afectivo. Entre los ancianos existe una gran prevalencia de disminución de la capacidad intelectual y de estados depresivos, siendo proporcional, muchas veces, a enfermedades físicas agudas o crónicas. La pérdida sensitiva puede también producir síntomas de afectación mental y muchos fármacos autoprescritos y prescritos pueden afectar la función mental.

El funcionamiento mental puede valorarse de varias maneras, incluidos los exámenes del estado mental no estructurados, las entrevistas estructuradas y semiestructuradas que permiten una graduación, cuestionarios, pruebas psicológicas.

Para evaluar el funcionamiento cognoscitivo se ha de poder cualificar la posibilidad de orientación (tiempo, lugar y personas), así como el pensamiento abstracto y la resolución de problemas. Entre las pruebas más útiles está la de "mano-cara", en donde se estudia la capacidad del individuo para reconocer simultáneamente estímulos táctiles en la mejilla y en la palma, y es útil para distinguir los pacientes psicóticos de los que presentan lesión cerebral.

La prueba de grupo (set test) es una prueba fácil utilizada para identificar la presencia y el nivel de demencia senil: el paciente ha de enumerar la mayor cantidad posible de ejemplo de animales, frutas, colores y países. La puntuación de normalidad ha de rebasar las 15 respuestas, siendo diagnóstico de deterioro cognitivo el menor número.

Más complicada resulta la valoración afectiva ya que la depresión, síntoma referente, es muy difícil de apreciar y más de cuantificar. Las escalas de depresión se basan principalmente en la presencia de indicadores somáticos de un estado de humor deprimido, pero dichos síntomas pueden estar relacionados con una mala salud física o ser consecuencia del carácter o personalidad del paciente.

Las elecciones en la escala se refieren a contestaciones en donde se ha de elegir "algún tiempo", "mayor parte del tiempo" o "nunca".

Entre los tipos de test se señalan: aquellos que distinguen entre función alterada o normal, otros que detectan la aparición de deterioro y finalmente los más completos que miden las áreas mentales afectadas y las valoran cuantitativamente.

#### 1) Tests breves o de detección de deterioro cognitivo.

Comparan la puntuación del paciente en el momento de su administración con la considerada normal para esa población. Descubren la presencia de una alteración, pero no es suficiente una puntuación baja para establecer un diagnóstico.

Se señalan las siguientes:

- Escala de Blessed, Tomlison y Roth.- Es más antigua. Su puntuación se correlaciona con el grado de alteración histológica de la enfermedad de Alzheimer. Sirve de base a otras muchas escalas breves.

- Escala de Hodgkinson AMT. A continuación se indican las preguntas que lo constituyen, siendo válido para ancianos de cualquier nivel de ubicación, inteligencia o educación:
  - 1.- ¿Qué hora es?
  - 2.- ¿Cuántos años tiene?
  - 3.- Le voy a dar una dirección. Intente recordarla porque se la preguntaré después. Calle oeste número 42
  - 4.- ¿En que año estamos?
  - 5.- ¿Dónde estamos?
  - 6.- ¿Quiénes son estas dos personas? Señalarlas.
  - 7.- ¿Cuándo es mi cumpleaños?
  - 8.- En que año finalizó la guerra de España?
  - 9.- ¿Cómo se llama el rey actual.
  - 10.- Cuento hacia atrás de 20 A 1.
  - 3.- ¿Qué dirección le dije antes que recordarse?.

Instrucciones de valoración. Punto entero por cada respuesta correcta. Normal 8-10; de 4 a 7 deterioro moderado, menos de 4 deterioro grave.

- Escala de Pfeiffer SPMSQ. Muy utilizada en Estados Unidos; presenta algunos items difícilmente importados a nuestro medio y cultura.
- Test de Shulman o del reloj: el paciente ha de marcar una hora en la circunferencia de un reloj dibujado. Es un test breve y de fácil administración, que resulta útil en la detección del deterioro cognitivo en consulta de medicina general o residencias.

## 2) Test de evaluación.

Permiten conocer el grado de los distintos componentes del estado mental. Destacan el de Mini Mental State Examination de Folstein y el de Lobo. En ellos se mide la orientación, la asociación de elementos, la memoria, lenguaje, fluidez verbal, etc.

## 3) Escalas de deterioro.

Con ellas se puede detectar la aparición de deterioro a través de la evolución temporal de los síntomas mentales y su repercusión en los aspectos funcionales.

Destacan la Escala de Blessed que mide las alteraciones de las actividades diarias (de actividades, de hábitos y los cambios de personalidad y conducta), la cognoscitiva (IQLD) que se basa en una entrevista con el informador al que se le pregunta sobre el paciente y los cambios que ha tenido en los últimos años. Por fin se señala la de Incapacidad psíquica de la Cruz Roja, de gran uso en España, fácil de aplicar en cualquier ubicación y que no requiere, para su desarrollo, un entrenamiento específico: refleja alteraciones de lenguaje, orientación, continencia por deterioro mental y alteraciones de comportamiento; se llega a clasificar a los pacientes según su grado en leves, moderados y graves, siendo factible su relación con el Test de Pfeiffer.

## 4) Valoración afectiva.

Su objetivo es la detección de depresión, ansiedad y alteraciones de comportamiento.

Se citan como más utilizadas la escala de Hamilton (difícil de aplicar en el anciano y exige un realizador entrenado) y la GDS (Geriatric Depression Scale de Yesavage) que consta de 30 preguntas y es muy fácil de aplicar en pacientes de escaso deterioro cognoscitivo, pues los dementes no son capaces de contestar correctamente.

## D) VALORACIÓN SOCIAL.

Esta valoración pretende plasmar la relación existente entre el anciano y el medio social en que se desenvuelve, estableciendo la vía para que los recursos sociales se utilicen de forma adecuada.

Es difícil su ejecución ya que debe de permitirnos la evaluación de las relaciones y actividades que el paciente anciano tiene con su entorno expresando el bienestar subjetivo personal (felicidad, satisfacción vital, adaptación, etc.), la calidad de apoyo social y familiar, la actividad desarrollada por el individuo y la posibilidad de mantener relaciones interpersonales satisfactorias.

Como instrumentos de medida se señalan los siguientes:

1) Valoración informal.

Se manejan los datos conocidos de forma no sistematizada. Poco eficaz.

2) Valoración sistemática.

Según Kane y Kane se divide la función social en tres apartados:

- Relaciones, actividades sociales y recursos.
- Bienestar y adaptación personal en el medio.
- Entorno social.

Es importante indicar el problema que se encontrará el evaluador para encontrar un informador fiable (habitualmente el cuidador informal del anciano), debiendo considerarse cuidadosamente las limitaciones del autoinforme proporcionado por el propio anciano, al poder estar condicionado por problemas de memoria y por situaciones tanto de protección de su intimidad como de exageración de los hechos. Otro problema importante es la elección del tiempo en el que se va a realizar la medición (un día, una semana, un mes, etc.) que estará condicionado por el tipo de estudio a realizar. También en la valoración social hay que enfrentarse a hipótesis que pueden ocurrir en el tiempo, basándonos en situaciones posibles más que reales.

3) Medición de interacciones sociales y recursos.

Aquí se recogen las escalas que miden la salud familiar (APGAR social, Smilkstein 1978) que recogen los datos del paciente a preguntas claras y concretas sobre su adaptación familiar, asociación a efecto, posibilidad de compartir los actos diarios, etc., y la escala de disfunción social (SDRS) en la cual se evalúan 21 ítems sobre una escala de seis puntos, siendo las preguntas de carácter objetivo-subjetivo (autoestima, sistema interpersonal, contactos sociales con la familia, amigos y comunidad, inseguridad económica, etc.).

En esta valoración la escala más usada (OARS) para el anciano es la de recursos sociales y su carácter multidimensional (clínico, investigador y analista de programa) la hace muy útil en residencias geriátricas, permitiendo la evaluación del anciano a largo plazo.

4) Mediciones de bienestar subjetivo.

El bienestar subjetivo es un concepto difícil de definir, estando en relación con la satisfacción vital por la situación en que se encuentra el sujeto, la autoestima personal y el rol que desarrolla en la sociedad, pudiéndose relacionar con la salud, los factores económicos, el estado mental y los niveles de actividad. Estos test son difíciles de valorar cuando cambia la población estudiada. El otro factor a medir, la adaptación social, requiere una postura activa del anciano ante la vida y la medición de estos parámetros se basa en la valoración de los signos que se han considerado de buena adaptación:

- Conocimientos de los derechos que tienen personalmente.
- Niveles de actividad.
- Satisfacción vital
- Conciencia de percibir unos ingresos adecuados.
- Seguridad ambiental.
- Actitud personal ante la comunidad en la que viven.

Como escalas más utilizadas se señala la que mide el Índice de satisfacción (LSI) que con las respuestas a 22 preguntas se analizan cinco áreas de satisfacción vital y la escala de Filadelfia (Lawton 1972) en donde en un cuestionario autorrellenable de 22 preguntas se identifican los siguientes factores: actitud hacia el propio envejecimiento, agitación, insatisfacción, aceptación de la situación personal, optimismo y tranquilidad.

5) Adaptación al entorno.

Es evidente que el medio social en que nos desarrollamos establece una serie de condicionantes a los que debe adaptarse el individuo. El anciano tiene menos posibilidades para adaptarse al medio cuando aparece incapacidad y enfermedad, y la planificación del emplazamiento del anciano va a estar condicionada por la incapacidad funcional y psíquica que presente, así como por factores sociales, muchas de las escalas diseñadas para medir la adecuación que existe entre el individuo y el medio en el que vive se han establecido para valorar la calidad de las residencias.

6) Metodología hospitalaria.

Como ejemplo práctico del método a desarrollar en una valoración se indica el llevado a cabo en el Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe.

Se comienza con una entrevista sencilla que realiza el personal sanitario con el fin de que el trabajador social, al iniciar el contacto con la familia, cuente con todos los elementos de juicio disponibles, conociendo el objetivo planteado por el clínico.

El trabajador social realizará las siguientes actividades:

- Ingreso del paciente. Tendrá en cuenta el desajuste familiar y emocional que los primeros días afectará al paciente con las incertidumbre que le produce la enfermedad.
- Diagnóstico inicial. La valoración de la enfermedad causa del ingreso, la posible evolución.
- Datos de identificación...
- Entrevista al anciano y a la familia.
- Información médica que recibirá el trabajador social de la situación inicial y que se irá complicando en el futuro con una relación constante médico-trabajador social.
- Información de la enfermería sobre la actitud del paciente y familiares durante las 24 horas del día.
- Sesiones interdisciplinarias. Puesta en común del equipo
- Posible alta hospitalaria con las implicaciones personales, familiares, sociales, económicas que ello suponga.

## V.-CONSIDERACIONES EN EL PROCESO DE VALORACION DE NECESIDADES DEL USUARIO SOCIOSANITARIO

Una vez enmarcada y definida la dependencia es conveniente realizar el mismo ejercicio con el individuo objeto de la valoración. A continuación se citan algunas reflexiones sobre el individuo anciano discapacitado como usuario sociosanitario.

Otra vez partimos de una situación compleja. La confusión reinante sobre el término sociosanitario ha sido una constante a lo largo de los últimos diez años en nuestro país. Sin embargo pese a la dificultad sobre su definición, el modelo asistencial ha ido cobrando mayor protagonismo entre las políticas de atención de las diferentes comunidades autónomas. Convirtiéndose en una fórmula alternativa al modelo clásico de atención geriátrica sectorizada y proporcionando igualmente una modalidad de asistencia integral al cada día más numeroso colectivo de personas ancianas, enfermos crónicos y pacientes terminales.

La complejidad de los términos sanitario y social, probablemente responde, no a las ideas abstractas que cada uno de ellos entraña sino a la dificultad existente en desarrollar políticas gubernamentales interdepartamentales entre ministerios o consejerías sanitarias y sociales.

Una vez hecha esta salvedad y trasladados al terreno de la práctica clínica diaria, el término sociosanitario carece de ese confusionismo abstracto. La geriatría es claramente una forma de atención sociosanitaria al compartir los principios filosóficos de esta, entre ellos la atención global, integral o multidimensional y continuada. Por lo que partiendo de esta premisa el proceso de valoración de los usuarios sociosanitarios poco dista del abordaje del paciente geriátrico.

En este campo de estudio del proceso asistencial y las etapas del "geriatric process", es donde se ha constituido la tecnología geriátrica. Y donde se han desarrollado instrumentos complementarios (nunca substitutorios) de valoración geriátrica integral, concretamente orientados a la fase de recogida de datos y planificación de cuidados. Dentro del amplio espectro de instrumentos de valoración hay que hacer especial mención a la familia de instrumentos RAI que a diferencia del resto contempla la multidimensionalidad y el carácter dinámico. Cada herramienta debe ser utilizada en el contexto apropiado para ganar efectividad, es por ello que debemos escoger con criterio entre herramientas genéricas o específicas de enfermedad y entre herramientas multidimensionales o unidimensionales. La respuesta sobre la elección vendrá determinada por el contexto. No será lo mismo realizar una valoración global en un primer contacto sanitario en un servicio de urgencias que una valoración exhaustiva previa a un ingreso en una unidad de cuidados de larga estancia que la valoración de la dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria.

Uno de los riesgos conocidos por todos los profesionales habituados a la utilización de instrumentos de valoración es el riesgo que se corre al subordinar el juicio clínico a la mera pasación de escalas y someter el contacto clínico-paciente a la frívola tarea de cumplimentación exclusiva de registros, con orientación meramente administrativa.

Los instrumentos de valoración deben encajar con los requisitos de complementariedad y subordinación a la relación clínico-paciente, multidimensionalidad, carácter dinámico y además polivalencia. De esta manera siguiendo una sistemática estructurada y exhaustiva podremos avanzar en la difícil tarea de la evaluación de necesidades en nuestros usuarios sociosanitarios.

## VI.- CONCLUSIONES

La primera consideración que surge cuando estudiamos la valoración de la dependencia como proceso, en la población anciana, es la disociación que induce el término. La dependencia hace referencia a la dimensión funcional, es decir disgrega entre la valoración multidimensional (física, funcional, psíquica y social) y la valoración unidimensional (funcional), caer en este análisis reduccionista es un peligro potencial.

Por esto es fundamental considerar detenidamente el escenario en el que se va a realizar la valoración de la dependencia. ¿Ha de tratarse desde una óptica social o desde una perspectiva sociosanitaria (geriátrica y multidimensional)?.

La valoración multidimensional es una facultad inherente al proceso de valoración geriátrico y por tanto es indivisible. No podemos contemplar al individuo anciano solo desde una perspectiva. Nuestro abordaje lleva implícita la valoración basada en la concepción holística (bio-psico-social) de la persona mayor. Es por todo ello que la valoración de la dependencia debe tratarse como un eslabón más del proceso asistencial sociosanitario del individuo.

Como queda reflejado en algunas experiencias, incluso solventando problemas de estandarización del método de valoración, siguen surgiendo problemas de equidad. Esta reflexión centra principalmente el tema de la valoración pero hay que resaltar que tan importante es el como evaluamos y que evaluamos (instrumentos, proceso...) como el para que evaluamos y a quién.

Hoy el debate se centra en la política social de atención a la dependencia, por lo tanto este es un debate amplio no exclusivo del colectivo de personas ancianas. La definición de dependencia desde el marco social se centra fundamentalmente en la dimensión funcional del individuo y dentro de esta la funcionalidad para el desarrollo de las actividades de la vida diaria (reconociendo las actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria y concentrándose particularmente en el ámbito de las actividades básicas) quizás este es un abordaje excesivamente reduccionista para ser aplicado en el colectivo de personas ancianas enfermas.

La valoración exclusiva de esta dimensión, de la capacidad de autocuidado, puede quedar distante de la realidad del individuo anciano enfermo. Es por ello que el mensaje que debemos lanzar es la necesidad de una visión compartida, integral, social y sanitaria(sociosanitaria), multidisciplinar ajustada a los diferentes grupos de edad y probablemente por colectivos más o menos homogéneos (ancianos, enfermos crónicos, paliativos, salud mental, drogodependencias...) : desde este ángulo podremos iniciar procesos de valoración integrales y multidisciplinarios.

El acompañamiento en esta labor ha de ser por profesionales multidisciplinarios, expertos en valoración integral, que nos acercaran a esta meta de una manera más objetiva equánime y precisa.