

Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor*

Functional capacity and health: guidelines and nursing care of the elderly

CLARA INÉS GIRALDO M.** Y GLORIA MARÍA FRANCO A.***

Resumen

Objetivo: valorar la salud y la capacidad funcional de ancianos con dependencia funcional para el autocuidado, como elementos para orientar el cuidado de enfermería y el cuidado familiar en casa.

Metodología: estudio descriptivo transversal en 40 personas de 65 y más años con dependencia funcional, cuidados por familiar, en Envigado Colombia; muestreo por conveniencia. Valoración de la capacidad funcional con el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody, ajustados según grupo de Neurociencias, Universidad de Antioquia.

Hallazgos: población entre 67 y 98 años, edad promedio 84,08 años; 82,5% mujeres. Sistemas orgánicos más afectados: cardiovascular, osteomuscular y neurológico; entre 47,5% y

27,5% de los ancianos los tenían comprometidos. Se identificaron dos comportamientos: los hombres, y las personas de edad más avanzada, con mayores grados de dependencia en las actividades básicas e instrumentales; no se determinó asociación estadística por el pequeño tamaño muestral. Las actividades básicas estaban afectadas así: entre el 67,5% y el 55% de los ancianos requería ayuda; y las actividades instrumentales estuvieron comprometidas: entre el 95% y el 75% de los ancianos son totalmente dependientes en ellas.

Conclusiones: Enfermería ha de considerar la valoración de la capacidad funcional articulada al estado de salud integral de los ancianos, para orientar su cuidado y apoyar a los cuidadores familiares. Esto además previene dependencias de cuidado innecesarias que estarían en contra de las aspiraciones del adulto mayor como individuo autónomo e independiente. Es tarea de profesionales en enfermería capacitar a cuidadores familiares sobre valoración de la capacidad funcional.

Palabras clave: cuidadores, anciano, asistencia a los ancianos (fuente: DeCS, BIREME)

Abstract

Objective: to assess health and functional capacity of older people with a functional dependence, for self care, as the elements to guide nursing care and family care at home.

Methodology: transversal descriptive study in 40 people of 65 years of age and older with a functional dependence, looked after by relatives in Envigado Colombia; convenience sampling. Assessment of the functional capacity using the Katz

* El artículo presenta parte de los resultados del componente cuantitativo de la investigación "Calidad de vida de cuidadores familiares de ancianos". Investigación financiada por el Comité para el Desarrollo de la Investigación (CODI) de la Universidad de Antioquia y por el Municipio de Envigado, Colombia, 2002.

** Enfermera, especialista en Pediatría, magíster en Salud Pública, profesora investigadora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Investigadora principal. jaiestra@une.net.co

*** Enfermera, especialista en Enfermería en rehabilitación, profesora de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia. Coinvestigadora. gmfranco@tone.udea.edu.co

Recibido: 23-08-07

Aprobado: 08-02-08

index and Lawton and Brody's scale, adjusted as per the Neurosciences Group, University of Antioquia.

Findings: population between 67 and 98 years old, average age 84,08; 82,5% women. Major organ systems most affected: cardiovascular, osteomuscular and neurological; between 47,5% and 27,5% of the older people had them compromised. Two different behaviors were identified: men and older people, with greater degrees of dependence for basic and instrumental activities; no statistical association was determined due to the small size of the sample. Basic activities were affected as follows: between 67,5% and 55% of the older people needed help; and instrumental activities were compromised: between 95% and 75% of the older people are totally dependent when executing them.

Conclusions: Nursing should consider assessment of the functional capacity formulated to the health and integral situation of the older people, in order to guide their care and to support family caregivers. Besides, this will prevent unnecessary care dependences which would be against older people's aspirations as an autonomous and independent individual. It is job of the nursing professional to train family caregivers on assessment of the functional capacity.

Key words: Caregivers, aged, old age assistance.

INTRODUCCIÓN

En los últimos 30 años la pirámide poblacional de Colombia ha tenido cambios significativos y muestra tendencias al incremento de la población adulta mayor, como resultado de los desarrollos del país, el aumento de la esperanza de vida, la disminución de la fecundidad y el cambio en el estado y estructura de salud. En este sentido, como expresa Rueda Plata, "Colombia inicia el nuevo milenio con tres millones de personas mayores de sesenta años, dentro de 25 años serán más de ocho millones, y hacia el 2050 alcanzará los 15,5 millones" (1).

Estas transformaciones traen consigo, entre otros, el incremento de la población con problemas de discapacidades de tipo crónico y con dependencia funcional que involucren el cuidado de otras personas, cuidado que en gran medida se provee en el hogar por algún familiar, lo que se reconoce en la literatura científica como cuidado familiar, forma de cuidado poco reconocida en Colombia por el sector oficial de la salud. Esta forma de cuidar a los viejos adquiere vigencia en el país pero poco se ha escrito sobre ella y su reconocimiento permitirá a los profesionales de enfermería afianzar el cuidado y las relaciones de este con las otras formas de

cuidado del sector salud, para bien de nuestras comunidades.

De otro lado, el cuidado de enfermería del adulto mayor en el país tiene en cuenta la valoración de la salud fundamentalmente desde las teorías y modelos de enfermería, para lo cual no ha sido frecuente la aplicación de escalas de valoración de la capacidad funcional para complementar el acercamiento a la realidad de salud de los adultos mayores, obviamente con algunas excepciones no documentadas en la literatura.

Para orientar la investigación y como elemento importante para los profesionales comprometidos con el cuidado de los ancianos, asumimos un marco referencial y conceptual donde se describen los cambios inherentes al proceso de envejecer, los conceptos sobre cuidado y cuidado familiar, y la capacidad funcional con la forma de evaluarla.

Los resultados obtenidos, además de caracterizar al grupo de ancianos en los términos propuestos, permiten identificar las bondades que ofrece al profesional de enfermería la valoración de la funcionalidad de los ancianos con la escala e índice señalados para complementar la información requerida en el planeamiento y conducción del cuidado de los adultos mayores con un acercamiento mayor a su realidad sanitaria e integral.

MARCO REFERENCIAL SOBRE VEJEZ, SALUD, CAPACIDAD FUNCIONAL Y CUIDADO

El proceso de envejecimiento implica alteraciones en aspectos sociales, familiares, psicológicos y fisiológicos, las cuales influyen sustancialmente en la vida del individuo. Estas transformaciones, relacionadas entre sí, en algunas personas pueden significar deterioro funcional y por ende dependencia para la realización de las actividades de la vida diaria (2). Además de los cambios regulares concomitantes con el paso de los años, con mucha frecuencia los ancianos presentan patologías que pueden contribuir a agudizar su grado de dependencia funcional.

Cabe anotar la variabilidad como distintivo del envejecimiento normal, relacionada con aspectos genéticos, orgánicos, culturales y estilos de vida. Por ello no es aconsejable realizar generalizaciones globales, sobre todo cuando queremos organizar y coordinar acciones de cuidado individuales. No obstante, el paso de los años

conlleva cambios generales que pueden dar cuenta de una etapa del proceso vital humano, cambios cuya magnitud e intensidad responden por las diferencias individuales (3).

Si quienes asumimos el rol de cuidadores, formales o familiares, conocemos la naturaleza y la magnitud de los cambios operados en las personas de edad avanzada, podremos orientar de una mejor manera nuestras acciones de cuidado con ellos.

Como refiere Ruiz-Torres (4): “El envejecimiento no es un proceso que afecte por igual a los órganos simultáneamente. No obstante, a medida que transcurre la vida, el envejecimiento envuelve a todo el organismo, aunque las diferencias en la aceleración, que se reflejará en la intensidad, distinguen unos órganos de otros”. Así mismo, según Gómez y otros (2), los cambios que se presentan en cada individuo se manifiestan de una manera particular.

Con respaldo en la literatura revisada, describiremos los cambios más significativos, ocasionados por el paso de los años, en los distintos sistemas y órganos del ser humano (5-8).

Según Salom Terradez (9), en el sistema cardiovascular del adulto mayor hay alteraciones que pueden significar limitaciones para la actividad física; puede presentar hipotensión ortostática y por ende afectarse su capacidad funcional. En su sistema músculo-esquelético los cambios pueden tener consecuencias sobre la funcionalidad, deformidades, cambios en la talla, en la postura, osteoporosis, inestabilidad en la marcha, rigidez articular, entre otros.

De acuerdo con Ferrer (10), el sistema nervioso sufre alteraciones sensitivas, motoras, de capacidad intelectual y de comportamiento.

Igualmente, los trastornos en el sistema endocrino se manifiestan por la disminución de la secreción de algunas hormonas y atrofia de distintos órganos (7-8).

Los adultos mayores son más susceptibles a las patologías respiratorias por los cambios en este sistema que, según Roach y Swanson (11), ocasionan, entre otros, aumento de la frecuencia respiratoria, disminución de la oxigenación, reducción del intercambio de aire y dificultad para eliminar secreciones.

Las modificaciones en los órganos de los sentidos favorecen la privación sensorial en los ancianos (7).

En el sistema gastrointestinal se disminuye la producción de ácido clorhídrico, de la saliva y de las papilas gustativas; hay dificultad para la masticación y la deglución; también se disminuye la motilidad gastrointestinal (2). Según Staab y Hodges (12), el sistema urinario presenta disminución de la función renal, de la filtración glomerular, del tono y de la capacidad vesical.

Con el paso de los años también se presentan cambios psicosociales, muchos de ellos pueden guardar correspondencia con la imagen de una comunidad sobre las personas mayores; esta imagen, como expresan Sánchez y otros (13), se encuentra estrechamente relacionada con el estatus que las personas mayores disfruten en esa comunidad. Estos mismos autores afirman: “... aquellas culturas que mantienen valores tradicionales y donde los miembros de más edad desempeñan funciones rituales, de transmisión de conocimientos o de formación de los nuevos miembros, valoran y tratan más positivamente a las personas mayores que las culturas nómadas, donde se consideran una carga, o las tecnológicas, donde las personas mayores no poseen el control de los recursos ni de los conocimientos”.

En nuestra cultura occidental predominan las imágenes negativas sobre la vejez, hasta tal punto que se considera un grupo marginal, lo que puede deberse a las transformaciones que sufre el adulto mayor en términos de la desintegración social, que conducen a falta de participación en las diferentes oportunidades que la sociedad ofrece a sus miembros (13, p. 2). La vejez significa también cambio en los roles sociales; así lo señalan Ardila y Rosselli (14): “las nuevas circunstancias que enfrenta el anciano hacen que su actividad como miembro de una comunidad y su sistema de interrelaciones, se modifiquen”. En la cultura occidental, en términos generales, poco se valoran la experiencia y trayectoria personal y profesional del adulto mayor lograda en su larga vida en sociedad y los posibles aportes que ello puede significar.

Los cambios sociales y orgánicos, sumados a la pérdida de seres queridos, pueden generar trastornos afectivos, disminución de su autoestima y altos grados de depresión (15). Con la llegada de la vejez la persona se aleja de su grupo de compañeros de trabajo, el que ha tenido significados importantes en el sistema de valores y de referentes que ha construido; “los compañeros laborales usualmente son modelos de conducta y fuente

continua de intercambio de información” (14). En este sentido, no es extraño encontrar manifestaciones de soledad o aislamiento, sentimientos de insatisfacción por la pérdida de autonomía y por el abandono a que están sometidos muchos de los ancianos.

También hay relación entre la salud de los ancianos, el declive funcional de su capacidad física y la presencia de depresión, asunto mencionado por Oliveira y Villaverde (16).

Con base en lo descrito, y de acuerdo con el acercamiento a la literatura, se encontró que para la valoración de la salud de los ancianos no son suficientes los indicadores de morbilidad y mortalidad; también conviene conocer, entre otros, cómo están su capacidad funcional y su autonomía (17).

Conceptos como autonomía, independencia y capacidad funcional o funcionalidad los asumen algunas personas del ámbito sanitario como sinónimos; otros, por el contrario, marcan diferencias.

Sobre el concepto de autonomía, Menéndez Jiménez y otros (18) tienen en cuenta diferentes dimensiones de la persona anciana para valorar su autonomía: salud mental, salud física, aspectos sociales, aspectos económicos y actividades del diario vivir; y no solamente mediante la valoración de la capacidad funcional, esta última directamente relacionada con la salud física y mental de las personas. Los mismos autores definen la autonomía como “la capacidad de una persona de poder elegir por sí misma las reglas de conducta y la orientación de sus actos” (17, p. 81). Entonces, el concepto de autonomía tiene un acercamiento integral en tanto engloba varios aspectos de la persona.

La capacidad funcional o funcionalidad, según Gómez, Curcio y Gómez en geriatría se considera como “la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad” (2). Según los mismos autores, “la capacidad funcional está estrechamente ligada al concepto de autonomía, definida como el grado en que hombres y mujeres pueden funcionar como deseen hacerlo; esto implica tomar las propias decisiones, asumir las propias responsabilidades y por tanto reorientar las propias acciones” (2).

Algunas definiciones parecen identificar autonomía y funcionalidad; así, Castellón se refiere a función como la “capacidad de ejecutar de manera autónoma aquellas acciones más o menos complejas que componen nuestro quehacer cotidiano en una manera deseada a nivel individual y social” (19), e igualmente se refiere a la “valoración funcional como la evaluación de las capacidades físicas del anciano para determinar su autonomía e independencia en el ambiente que le rodea, evitando la incapacidad y estimulando la independencia”.

Conviene analizar la relación existente entre función y enfermedad, en tanto la presencia de enfermedad puede afectar la funcionalidad de diferentes órganos y tejidos del individuo; para el caso que nos ocupa, como es la funcionalidad de los ancianos, es necesario considerar, como expresa Castellón, que la pérdida funcional y la prevalencia de enfermedades se incrementan con la edad (19).

Sin embargo, es preciso reflexionar sobre lo que también señala Castellón (19): no todas las enfermedades generan pérdidas funcionales, la suma de enfermedades no produce necesariamente alteración funcional, la alteración funcional no discurre en forma paralela al grado de intensidad de la enfermedad, y se ha demostrado que las enfermedades agudas y la hospitalización producen, con gran frecuencia, pérdidas funcionales.

Cuando se habla de funcionalidad de una persona se hace referencia a la capacidad para realizar las actividades cotidianas fundamentales para la vida. Estas actividades se clasifican en básicas, ABVD, o actividades físicas relacionadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, usar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria (13); y actividades instrumentales, AIVD, que son un poco más complejas que las anteriores en tanto requieren la interacción de procesos mentales, sociales, culturales y físicos de mayor exigencia: usar el teléfono, realizar compras, preparar los alimentos, responder por el cuidado de la casa, por el lavado de la ropa, utilizar los medios de transporte, administrarse los medicamentos y ser capaz de utilizar el dinero (2, pp. 117-139).

Existen varias escalas para medir la capacidad funcional (19); todas tienen limitaciones y por sí mismas no son suficientes para una apreciación del estado funcional de la persona; entre ellas están: el Índice de Katz, la

escala de valoración física de Barthel, el Índice de Barthel, la escala de incapacidad de Cruz Roja, PACE II, la escala de Lawton y Brody y la escala de Plutchick de valoración geriátrica. En la literatura encontramos que las escalas más difundidas, de más aplicación y de mayor facilidad han sido la de Lawton y Brody y el índice de Katz (20, 21), para las actividades instrumentales y básicas de la vida diaria, respectivamente; esta razón, sumada a experiencias de su aplicación en nuestro país, nos llevó a seleccionarlas para el presente estudio, con algunos ajustes que se describen en la metodología.

Con relación al cuidado de enfermería, de las numerosas definiciones retomamos la que asume la Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquia: “Cuidado es ante todo un acto de vida, significa movilizar las capacidades del ser humano en su cotidianidad, en el proceso vida-muerte, bien sea en estado de salud o de enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres, con el objeto de lograr el desarrollo de su capacidad de vivir o de compensar y suplir la alteración de sus funciones psicosociales o enfrentar el proceso de muerte” (22); esta definición se apoya sustancialmente en Collière (23).

Complementariamente acogemos el concepto de Henderson (24), que expresa que los cuidados enfermeros consisten en la ayuda proporcionada a las personas enfermas o sanas en la ejecución de las actividades de satisfacción de sus necesidades básicas: respirar, beber y comer, eliminar, moverse y mantener una posición adecuada, dormir y descansar, vestirse y desvestirse, mantener una temperatura corporal normal, estar limpio y aseado, evitar los peligros del entorno, evitar lesionar a otras personas, comunicarse, practicar la religión y actuar según las creencias, ocuparse de manera que se sienta útil, participar en actividades recreativas, aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.

Lo anterior tiene presente el interés de la investigación de relacionar la situación de la funcionalidad del anciano con el cuidado que para él se planea, en tanto encontramos, en buena medida, articulación entre las necesidades básicas descritas por Henderson y las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria consideradas en la funcionalidad de las personas adultas mayores.

Cuando la persona tiene algún problema de salud o dependencia en su cuidado, precisa de ayuda total o parcial para la satisfacción de necesidades relacionadas con

el consumo de aire, agua y alimento suficiente, con los procesos de eliminación y excreción, con la preservación del equilibrio entre actividad y reposo, entre la soledad y la interacción social, la prevención de riesgos para su vida, el funcionamiento y desarrollo personal dentro de los grupos sociales, entre otros. Situaciones en las cuales un familiar o un profesional de enfermería juegan un rol fundamental para apoyar a la persona en esas actividades que antes realizaba independientemente.

Los referentes descritos en los párrafos previos los asumen las autoras para desarrollar las etapas del estudio y buscan despertar en el lector el interés por profundizar en ellos.

METODOLOGÍA

Población y muestra

Como en el sistema de salud o en otros sistemas oficiales de Envigado no encontramos información precisa sobre los ancianos con dependencia funcional que contaran con cuidadores familiares, recurrimos a la Pastoral de Salud del municipio –organización social que en su programa de asistencia y acompañamiento a los enfermos en casa disponía de la información mínima requerida para el estudio–, entidad que nos ofreció su disposición para apoyar este trabajo.

El universo lo constituyó el grupo de los adultos de 65 años y más, con algún grado de dependencia funcional, que en 2002 participaban en la Pastoral de Salud del Municipio de Envigado, programa coordinado por la Arquidiócesis de Medellín, y que tuvieran un cuidador familiar que los acompañara desde hacía seis o más meses. Estos criterios fueron las condiciones definidas para incluirlos en el estudio.

En la Pastoral de Salud participaban 15 parroquias, las ocho que se seleccionaron (53,3%) tenían en su programa de salud 135 ancianos que cumplían los criterios de inclusión en el estudio. Para seleccionar la muestra se hizo lo siguiente: la parroquia con mayor número de ancianos tenía 39, valor que representó el 29% de la población; y para conformar la muestra, de cada parroquia se seleccionó de manera aleatoria el 29% de su listado y así se obtuvo un total de 40 ancianos como muestra.

Materiales y métodos

Se adelantó un estudio descriptivo de corte transversal en el cual se llevó a cabo tanto la caracterización socio-demográfica de la muestra como la valoración del estado de salud del anciano cuidado y la evaluación de su capacidad funcional. En la muestra se caracterizaron las variables de persona, como edad, género y estado civil. Para la evaluación del estado de salud, se tuvieron en cuenta los sistemas orgánicos afectados en la salud de cada anciano según la historia clínica, la información de su cuidadora sobre los diagnósticos médicos, sobre los programas de salud en los cuales estuviese participando, y la evaluación individual realizada por las investigadoras.

La evaluación de la capacidad funcional de los ancianos, en relación con la ejecución de las actividades básicas del diario vivir, se adelantó mediante la aplicación de la escala de valoración de Katz (8, pp. 34-37) que considera seis aspectos: *baño o lavado, vestido, acudir al servicio (o*

uso del retrete), movilización o desplazamientos, continencia (fecal y urinaria) y alimentación. Para la calificación asignada a cada anciano, se consideraron los siete grupos posibles, de máxima independencia a máxima dependencia, como se aprecia más adelante en la descripción del instrumento.

Por otra parte, la valoración de la capacidad funcional en las actividades instrumentales de la vida diaria la realizamos por medio de la escala de Lawton y Brody (8, pp. 34-37). Esta evaluación contempló aspectos como: *capacidad para usar el teléfono, realizar compras, preparar la comida, el cuidado de la casa, el lavado de la ropa, utilizar el transporte, el manejo de los medicamentos y de los asuntos económicos.* Cada uno de los aspectos anteriores se midió con 1 cuando estaba presente la capacidad y con cero cuando estaba ausente. La puntuación de máxima independencia es de 8 puntos y la de mayor dependencia es de cero.

Índice de Katz (1963)

Siete grupos de máxima independencia a máxima dependencia.

Lavado		
★ No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo, si esta es su forma habitual de bañarse).	★ Recibe ayuda en la limpieza de solo una parte del cuerpo (ej., espalda o piernas).	• Recibe ayuda en el aseo de más de una parte del cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.
Vestido		
★ Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda.	★ Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.	• Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.
Uso del retrete		
★ Va al retrete, se limpia y se abrocha la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche y la vacía por la mañana.	• Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, abrocharse la ropa o en el uso nocturno del orinal.	• No va al retrete.
Movilización		
★ Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).	• Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.	• No se levanta de la cama.

Continencia		
★ Controla completamente ambos esfínteres.	• Incontinencia ocasional.	• Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.
Alimentación		
★ Sin ayuda.	★ Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan.	• Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente con sondas o líquidos intravenosos.

★ Independiente • Dependiente

Valoración

- Independiente en todas las funciones.
- Independiente en todas, salvo en una de ellas.
- Independiente en todas, salvo lavado y otras.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido y otras más.
- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro y otras más.

- Independiente en todas, salvo lavado, vestido, uso del inodoro, movilización y otras más.
- Dependiente en las seis funciones.

Otras: dependiente al menos en dos funciones, pero no clasificable como C., D., E o F.

Cuando se revisó cómo el Grupo de Neurociencias de la Universidad de Antioquia¹ le daba aplicación a esta escala en sus investigaciones y en el trabajo cotidiano con ancianos o en el trabajo con personas con demencias, se decidió acogerla para este estudio y así adelantar la valoración de la capacidad funcional como se presenta a continuación.

Orientación y valoración por Neurociencias del índice de Katz

Instrucción: marque uno o cero según corresponda el estado del paciente. Cada ítem se evalúa como *independencia* cuando lo hace sin ayuda o actúa sin supervisión en esa función, entonces la puntuación es de cero. Se califica como *dependencia* cuando necesita ayuda o no lo hace, o requiere alguna ayuda o no lo hace aunque pueda; en estas situaciones la puntuación es de uno.

¹ Grupo multidisciplinario que desarrolla investigación neuroepidemiológica, neuroclínica, neuropsicológica, caracterización de aspectos ambientales y genéticos y la etiopatogenia de los trastornos neurodegenerativos y del desarrollo que afectan a la comunidad antioqueña. <http://neurociencias.udea.edu.co>

Actividad	Puntaje	Puntaje
Lavarse	0	1
Vestirse	0	1
Comer	0	1
Desplazarse/caminar	0	1
Ir al servicio/sanitario	0	1
Continencia	0	1
Total: 6		

Interpretación del puntaje total según Neurociencias:
 0-1 punto: ausencia de incapacidad o incapacidad *leve*
 2-3 puntos: incapacidad *moderada*
 4-6 puntos: incapacidad *severa*

Valoración adaptada para este estudio:

Para el cuidado de enfermería o para el cuidado familiar es importante considerar todos los grados de dependencia que tiene el anciano en tanto esto orienta sobre las necesidades de apoyo o de acompañamiento que deba dársele en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Por ello separamos a quienes son totalmente independientes de quienes tienen dependencia leve, como se describe:

o puntos: *independiente*; 1 punto: dependencia *leve*; entre 2 y 3 puntos: dependencia *moderada*; y entre 4 y 6 puntos: dependencia *severa*.

En cuanto a la valoración de las AIVD mediante la escala de Lawton y Brody, también se acogió la experiencia y las adaptaciones del Grupo de Neurociencias como se describe en la tabla siguiente.

Escala de Lawton y Brody para medir las AIVD

Capacidad para usar el teléfono	Valoración original*	Neurociencias
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	2
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	3
No utiliza el teléfono	0	4
Compras		
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0	2
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	3
Totalmente incapaz de comprar	0	4
Preparación de la comida		
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1	
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0	1
Prepara, calienta sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0	2
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0	3
		4
Cuidado de la casa		
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o tender las camas	1	2
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1	3
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1	4
No participa en ninguna labor de la casa	0	5
Lavado de la ropa		
Lava por sí solo toda su ropa	1	1
Lava por sí solo prendas pequeñas	1	2
El lavado de toda la ropa corre a cargo de otra persona	0	3
Uso de medios de transporte		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	2
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona	1	3
Utiliza taxi o automóvil solo con ayuda de otros	0	4
No viaja en absoluto	0	4
Responsabilidad respecto a su medicación		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta	1	1
Toma su medicación si le preparan la dosis previamente	0	2
No es capaz de administrarse su medicación	0	3

Capacidad para usar el teléfono	Valoración original*	Neurociencias
Manejo de sus asuntos económicos		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las compras grandes, bancos	1	2
Incapaz de manejar dinero	1	3

* **Puntaje total.**

En la valoración original, la puntuación de *máxima independencia* corresponde a un total de 8 puntos y la de *mayor dependencia* corresponde a cero.

Como se aprecia en la columna de la derecha, la escala de valoración funcional para las AIVD utilizada por Neurociencias asigna valores entre 1 y 5 según cada actividad, y el puntaje total se interpreta así: las puntuaciones totales posibles en la escala de Neurociencias van entre 8 y 30 puntos, donde 8 puntos corresponden al menor puntaje y significan máxima independencia, y 30 puntos corresponden al mayor puntaje y representan la máxima dependencia. Cuando la persona obtiene calificaciones iguales o mayores de 20 puntos, significa que tiene dependencia, es decir que requiere ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria.

La información se obtuvo mediante el diligenciamiento, por las investigadoras, de un formulario respondido en su mayor parte por el cuidador familiar y en ocasiones con la colaboración de otros miembros de la familia del anciano. Este formulario recogió información sobre el perfil socioeconómico y de salud de los adultos mayores, seguidamente se aplicaron el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody para evaluar la funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Por el tamaño de la muestra no se aplicaron programas estadísticos para el procesamiento de los datos, se realizaron las operaciones de manera manual.

Aspectos éticos del estudio

Según la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, el estudio no ofrecía riesgo para los participantes en tanto no tenía procedimientos o técnicas que pudieran afectar a los individuos en sus aspectos orgánicos o psicológicos; la incorporación a él se hizo de

manera voluntaria y, después de una explicación precisa sobre los alcances y objetivos de la investigación, los ancianos o sus cuidadores familiares dieron su autorización por escrito mediante el consentimiento informado exigido por la resolución. Se dio trato confidencial a la información para preservar la identidad de las personas e instituciones participantes. También se estableció la posibilidad del retiro voluntario cuando cada participante lo quisiera hacer.

RESULTADOS

Perfil de los ancianos

La mayoría de ancianos participantes fueron mujeres (82,5%). La persona menor del grupo fue un hombre de 67 años y la mayor una mujer de 98; el grupo de edad que congregó más personas fue el de 75 a 79 años (27,5%). Así mismo, llamó la atención que 10 personas (entre ellas el hombre), que representaron el 25%, se ubicaron en el grupo de 90 a 99 años. La edad promedio poblacional correspondió a 84,08 años, con una desviación estándar de 1,118. El promedio de edad de los hombres fue de 81,28 años y el de las mujeres de 84,87 años. El grupo de mujeres mostró mayor longevidad que el de los hombres: entre 70 y 98 años, y entre 65 y 90, respectivamente. El 52,5% eran personas viudas, el 30% casadas y el 17,5% solteras.

Perfil de salud del anciano cuidado

La situación de salud de los ancianos cuidados se valoró considerando fundamentalmente los sistemas orgánicos que tuviesen afectados, como se explicó en la metodología. Los resultados son los siguientes.

Sistemas orgánicos comprometidos en la salud de los ancianos

Algunas de las afecciones encontradas fueron: del sistema cardiocirculatorio: hipertensión arterial, enfermedad cerebro-vascular, trombosis, isquemia cerebral, infarto agudo del miocardio y arritmia cardiaca; del sistema neurológico: los diferentes tipos de demencias, como Alzheimer y Parkinson, y meningitis; del sistema osteomuscular: fracturas de cadera, de fémur y de rodilla, osteoporosis, artritis y trauma en general; del sistema endocrino se identificaron diabetes Mellitus tipo II e hipotiroidismo; del sistema respiratorio, EPOC y asma; del sistema genitourinario, cáncer de próstata; del sistema gineco-obstétrico, cáncer de mama, y del sistema de los órganos de los sentidos, hipoacusia, pérdidas de visión y glaucoma, entre otros.

El 60% de los ancianos tenía dos o tres sistemas afectados, y el 40% uno solo. Llamó la atención que el 52,5% tenía 2 sistemas orgánicos afectados.

En cuanto al tipo de sistema orgánico comprometido, se encontró que de los 16 ancianos con un solo sistema afectado, el 31,25% tenía problemas cardiovasculares, otro 31,25% trastornos osteomusculares, y el 25% problemas de orden neurológico. Una persona sufría afecciones endocrinas y otra problemas ginecoobstétricos.

De los ancianos con compromiso en dos sistemas orgánicos, el 51% tenía el sistema cardiovascular

comprometido paralelamente con otro sistema y el 24% tenía afectado su sistema neurológico con otro sistema.

De otra parte, los tres ancianos con compromiso simultáneo en tres sistemas orgánicos tenían afectado el cardiovascular.

Al analizar la información anterior, el sistema cardiovascular fue el que tuvo mayor frecuencia de aparición en tanto afectó al 47,5%; lo siguieron el sistema osteomuscular (32,5%) y el neurológico (27,5%). Los demás sistemas mostraron proporciones menores.

Capacidad funcional de los ancianos

En cuanto a la capacidad funcional de los ancianos para la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), se encontró lo siguiente.

Situación de la capacidad funcional de los ancianos en las actividades básicas de la vida diaria, ABVD

Conviene recordar que la presencia de algún grado de dependencia funcional fue uno de los criterios para incluir los ancianos en el estudio. Por ello todos los ancianos presentaron dependencia, bien en las ABVD o en las AIVD. Así, no es de extrañar que el 82,5% de la población presentó algún grado de dependencia en las ABVD. De otra

Cuadro 1. Grado de dependencia en las ABVD por grupos de edad. Índice de Katz con ajuste de Neurociencias.

Grado de dependencia \ Edad	Independiente 0		Dependencia leve 1		Dependencia moderada 2 - 3		Dependencia severa 4 - 6		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 a 69			1	2,5					1	2,5
70 a 74							1	2,5	1	2,5
75 a 79	2	5	2	5	2	5	5	12,5	11	27,5
80 a 84	1	2,5	1	2,5	1	2,5	5	12,5	8	20
85 a 89	4	10			2	5	3	7,5	9	22,5
90 y +					3	7,5	7	17,5	10	25,0
Total	7	17,5	4	10	8	20	21	52,5	40	100

parte, un poco más de la mitad de los ancianos evaluados –el 52,5%– presentó dependencia severa, el 20% mostró dependencia moderada, lo que significó la disposición parcial de su capacidad para ejecutar este tipo de actividades. En este sentido, se encontró un grupo de personas que en su mayoría requería ayudas instrumentales o acompañamiento total o parcial para la satisfacción de sus necesidades básicas (cuadro 1).

Edad, género y situación de dependencia en las ABVD

La situación de dependencia funcional en las ABVD de los ancianos en relación con la edad mostró que el único anciano menor de 70 años presentó dependencia leve. De los ancianos de 80 y más, el 77,8% presentó dependencia

moderada o severa y solamente uno tuvo dependencia leve. Sin embargo, llamó la atención que el 18,5% de los de 80 y más años todavía era independiente. Al analizar el grupo de los menores de 80 años, que representaron el 32,5%, se encontró que el 61,5% tuvo dependencia entre moderada y severa, con mayor tendencia a la severa; el 23,1% tenía dependencia leve y el 15,4% era independiente. Estos datos mostraron que las personas con mayor grado de dependencia para las ABVD tendían a concentrarse en los grupos de mayor edad; sin embargo, no se determinó asociación estadística por el tamaño tan pequeño de la población.

En cuanto a la situación de dependencia en las ABVD por género del anciano, identificamos que el 78,8% de las mujeres tenían algún grado de dependencia y el 21,2% de ellas eran independientes. El 48,5% de

Cuadro 2. Grado de dependencia en las ABVD, según índice de Katz por género del anciano.

Grado de dependencia \ Género	Femenino		Masculino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independencia	7	17,5			7	17,5
Dependencia leve	3	7,5	1	2,5	4	10
Dependencia moderada	7	17,5	1	2,5	8	20
Dependencia severa	16	40,0	5	12,5	21	52,5
Total	33	82,5	7	17,5	40	100

Cuadro 3. Necesidad de apoyo para la realización de las ABVD.

ABVD \ Necesidad de apoyo	0		1		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Lavado o baño	15	37,5	25	62,5	40	100
Vestido	13	32,5	27	67,5	40	100
Uso del retrete (sanitario)	17	42,5	23	57,5	40	100
Movilización	18	45,0	22	55,0	40	100
Continencia	17	42,5	23	57,5	40	100
Alimentación	29	72,5	11	27,5	40	100

Información obtenida de la aplicación del índice de Katz a cada anciano.
0 = la realiza independientemente; 1 = requiere apoyo o ayuda parcial o total.

Cuadro 4. Grado de dependencia en AIVD, escala de Lawton y Brody, según género y grupo de edad de los ancianos.

Grado de dependencia	Femenino		Masculino				Total			
	De 20 a 29 Dependencia		30 Máxima dependencia		De 20 a 29 Dependencia		30 Máxima dependencia			
Grupo de edad	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
65 a 69					1	2,5			1	2,5
70 a 74			1	2,5					1	2,5
75 a 79	7	17,5	3	7,5			1	2,5	11	27,5
80 a 84	4	10,0	1	2,5	1	2,5	2	5,0	8	20
85 a 89	7	17,5	1	2,5			1	2,5	9	22,5
90 a 94	3	7,5	1	2,5			1	2,5	5	12,5
95 a 99	1	2,5	4	10,0					5	12,5
Total	22	55,0	11	27,5	2	5,0	5	12,5	40	100

las ancianas presentaban dependencia severa. Es importante recordar que en el grupo de las mujeres se encontraban las personas con edades más avanzadas de la población de estudio. En cuanto al grupo de varones identificamos que todos ellos tenían algún grado de dependencia, y en el 71,4% el grado de dependencia era severa (ver cuadro 2).

Necesidad de ayuda en cada una de las ABVD

El 72,5% de los ancianos eran independientes para alimentarse y el 67,5% requerían ayuda para vestirse. En las demás actividades, bañarse, utilizar el sanitario, movilizarse y controlar sus esfínteres, apreciamos una tendencia a que la mayoría de los ancianos requiera apoyo de

Cuadro 5. Grado de dependencia de ancianos en las AIVD, según dependencia en las ABVD.

Lawton y Brody AIVD	Dependencia Calificación 20 a 29		Máxima dependencia Calificación 30		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Independiente	7	17,5			7	17,5
Dependencia leve	3	7,5	1	2,5	4	10,0
Dependencia moderada	7	17,5	1	2,5	8	20,0
Dependencia severa	7	17,5	14	35,0	21	52,5
Total	24	60,0	16	40,0	40	100

otra persona; así, entre el 55% y el 67,5% necesitaban apoyo parcial o total en estas actividades (cuadro 3).

Situación de los ancianos en su capacidad funcional para las AIVD

En el análisis de la distribución de los ancianos según el grado de dependencia en las (AIVD), por género y grupos de edad identificamos, en primer término, que toda la población presentaba dependencia en las actividades instrumentales y que el 40% tenía máxima dependencia. En cuanto al género, el 33,3% de las mujeres y el 71,4% de los hombres tenían máxima dependencia en estas actividades. Con relación a los grupos de edad, identificamos que de los ancianos que tenían máxima dependencia en las AIVD, el 68,7% tenía 80 o más años de edad; recordemos que la mayoría de la población de estudio –el 67,5%– tenía 80 y más años. El tamaño tan pequeño de la población no permitió identificar tendencias sugestivas en estas variables (cuadro 4).

Situación de los ancianos según dependencia funcional en ambas actividades, básicas e instrumentales, de la vida diaria

El 35% de los ancianos presentaron dependencia severa en las actividades básicas y dependencia máxima en las instrumentales de la vida diaria. También apreciamos que otro 35% de los ancianos que tenían dependencia moderada o severa para las actividades básicas, también mostraban dependencia para las actividades instrumentales de la vida diaria. La situación de dependencia funcional en las actividades básicas o instrumentales de la vida diaria indicó que el 100% de los ancianos debían contar con alguna persona que diariamente los apoyara y acompañara al realizarlas; de estos, el 82,5% tenía compromiso tanto en las ABVD como en las AIVD (cuadro 5).

Situación de dependencia en cada una de las AIVD

La situación de dependencia de los ancianos por cada una de las actividades instrumentales indica que las más afectadas fueron: el uso de transporte, en tanto el 95% no podía hacerlo independientemente, seguido de hacer las

compras y de lavar la ropa: el 87,5% mostró máxima dependencia para estas dos. Además, entre el 75% y el 82,5% también tuvieron máxima dependencia en las actividades relacionadas con el cuidado de la casa, o bien para manejar sus asuntos económicos, para hacer la comida o para administrarse su medicación. Como en la situación anterior, esta información sugirió la necesidad que tenía la gran mayoría de los ancianos de contar con personas que apoyaran su cuidado cotidiano. En este aspecto es conveniente llamar la atención sobre el imaginario de las personas del departamento de Antioquia y específicamente de Envigado al momento del estudio: las actividades relacionadas con lavar la ropa, el cuidado de la casa y la preparación de la comida eran asumidas en su gran mayoría por mujeres; no obstante, como la escala de Lawton y Brody así las define, no se realizaron ajustes a ellas en tanto precisaban de la validez previa.

Salud de los ancianos relacionada con los grados de dependencia en ABVD y AIVD

Al analizar la situación de salud de los ancianos valorada según los sistemas orgánicos afectados en relación con la situación de dependencia, se encontró dispersión de los datos.

DISCUSIÓN

La gran mayoría de la población de estudio puede considerarse longeva en tanto la edad media de las mujeres fue de 84,87 y la de los hombres de 81,28 años; así mismo, el 97% de las mujeres y el 100% de los hombres superaron la esperanza de vida en Colombia para el año 2002 (25) –hombres 69,20 y mujeres 75, 30 años–, y para Antioquia –hombres 63, 22 años y mujeres 75, 01–; el grupo de mujeres fue más longevo que el de los hombres por cuanto aquellas se agruparon entre 70 y 98 años y los hombres entre 65 y 90 años. Estos datos fueron consistentes con lo encontrado por Kinsella (26) para los países de América Latina y el Caribe.

Estos hallazgos guardan correspondencia con la literatura revisada que describe los cambios en la dinámica poblacional al inicio del siglo XXI, tanto en el mundo como en Colombia, donde son evidentes el envejecimiento de la población y el incremento notorio de la

esperanza de vida que es un poco mayor para las mujeres (27).

También hubo alguna similitud de los datos anteriores con el perfil de ancianos cuidados en el estudio realizado en Morera Pomar de Baladona, una provincia de Barcelona, España (28), donde la edad promedio de la población correspondió a 81,5 años, el rango de edades entre 65 y 94 años y la mayoría de los ancianos cuidados fueron mujeres, el 56,3%.

La salud de los ancianos mostró que una gran proporción de ellos tenía comorbilidad, es decir, dos o tres sistemas orgánicos afectados simultáneamente. Los sistemas más afectados fueron, en su orden, cardiovascular, osteomuscular, neurológico, endocrino y respiratorio. Lo anterior fue coherente con las diez primeras causas de morbilidad por consulta externa y por hospitalización para las personas de 60 y más años de Antioquia en el año 1998 (29). También fue consistente con la información sobre la salud de los colombianos de 60 y más años para el año 2000, según datos del DANE, que planteó: "... las principales cargas de enfermedad en ambos sexos fueron las cardiopatías isquémicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la diabetes Mellitus y las neoplasias de tráquea, bronquios, pulmón, próstata y cuello uterino" (30). Los datos anteriores guardan consonancia con lo encontrado en la literatura y descritos en el marco teórico.

Se pudo identificar que la situación de salud del grupo de ancianos del estudio correspondió con lo descrito por Oliveira y Villaverde (31) quienes, al referirse a las dimensiones de la salud y la vejez, expresan: "... Las mayores causas de incapacidad física son las enfermedades crónicas tales como la artritis..., enfermedades cardíacas...; situaciones agudas como las fracturas de cadera... y los accidentes cerebrovasculares". De otra parte, los mismos autores plantean: "... Las enfermedades crónicas ligadas al envejecimiento, como la hipertensión, la osteoporosis, la diabetes, el Parkinson, las demencias, entre otras, son enfermedades casi exclusivas de personas mayores que conllevan otro fenómeno característico de la vejez, denominado comorbilidad, o sea, un mismo individuo es acometido por diversas enfermedades o incapacidades y estas se superponen y se asocian entre sí, determinando estados de salud de extrema dificultad para valorar y diagnosticar".

En cuanto a la capacidad funcional de los ancianos, conviene recordar que uno de los criterios para la inclusión en el estudio era la presencia de dependencia funcional; así, en la valoración encontramos que todos tenían algún grado de dependencia en las ABVD o en las AIVD, o en ambas. Es de anotar que todos los ancianos mostraron dependencia en las actividades instrumentales y una gran mayoría tenía dependencia para las actividades básicas de la vida diaria. Una proporción importante de los ancianos tenía dependencia severa en ambas actividades (básicas e instrumentales). Vale la pena mencionar que un grupo aún eran independientes en las ABVD. Es pertinente anotar que, a mayor grado de dependencia funcional en las ABVD, se requería mayor necesidad de apoyo o acompañamiento para su realización.

Los resultados mostraron dos comportamientos; uno en el cual los hombres parecieron presentar mayores grados de dependencia que las mujeres tanto para las ABVD como para las AIVD; sin embargo, no se determinó asociación estadística por el tamaño de la población en ambos grupos, hombres y mujeres. Lo anterior puede encontrar respuesta en la tradición cultural del rol asignado a hombres y mujeres en la región colombiana, como señala Gutiérrez (32), en que el hombre fundamentalmente asume las obligaciones económicas orientadas a proveer los elementos materiales para la subsistencia de la familia, en él se concentra la autoridad, el poder y el dominio; la mujer, por su parte, es la administradora del hogar, es la encargada de responder por la crianza de los hijos, tiene un papel pasivo y más receptor, pero más decisivo en los asuntos hogareños.

Y el otro comportamiento se relacionó con la edad: las personas de edades más avanzadas presentaron grados de dependencia mayores para la realización de las ABVD, pero, como en el comportamiento anterior, en esta ocasión tampoco se determinó asociación estadística por la misma razón. En las AIVD no se identificaron comportamientos relacionadas con la edad.

De otra parte, una buena proporción de los ancianos requería apoyo para movilizarse, o vestirse, o bañarse, o ir al sanitario, o bien para manejar la incontinencia; y, en menor proporción, para alimentarse. En las actividades instrumentales la situación de dependencia fue más delicada en tanto la gran mayoría necesitaba que otra

persona le realizara la actividad o los apoyara; así, todos los ancianos necesitaban apoyo en el uso del transporte y para realizar compras; y la mayoría de ellos necesitaba apoyo en las otras actividades instrumentales, como lavado de la ropa, manejo de los asuntos económicos, cuidado de la casa, preparación de la comida, administración de sus medicamentos y utilización del teléfono. Vale la pena anotar que en el imaginario de las personas de Envigado al momento del estudio, las actividades relacionadas con lavar la ropa, cuidado de la casa y preparación de la comida eran asumidas en su mayor parte por mujeres, quizás por ello en los hombres se encontró mayor dependencia en estas actividades.

Los resultados anteriores nos presentan un grupo de adultos mayores que requerían del acompañamiento de personas para la realización de sus actividades básicas e instrumentales en su diario vivir.

¿Qué significan estos resultados para el cuidado del paciente? Pueden implicar contribuciones importantes tanto para el cuidado familiar como para el cuidado profesional de enfermería. Desde el punto de vista del cuidado familiar, consideramos que mediante la capacitación de los cuidadores familiares en estrategias para valorar la situación de dependencia de los adultos mayores, entre otros asuntos, podrán orientar con más precisión y éxito el cuidado que proveen y tal vez mejorar su calidad de vida. Ahora bien, desde el punto de vista del cuidado profesional de enfermería, como esta es una disciplina práctica, es muy importante que el quehacer enfermero se sustente en referentes que apoyen y ayuden a cualificar esa práctica; para ello la enfermera se respalda en modelos y teorías que afianzan su ejercicio profesional (33). Esos modelos y teorías pueden ser propios de enfermería o prestados, y pueden contribuir con el fortalecimiento de la observación del paciente o persona que se cuida, para tener una aproximación más cercana a los diagnósticos de enfermería y por ende para planear intervenciones o cuidados más pertinentes. Todos estos asuntos cobran mayor importancia al tener presentes las transformaciones en la población: es evidente el incremento de los mayores de 65 años (1), incremento que llevará al aumento de los cuidadores familiares y con ello la necesidad de proveer un cuidado con calidad en el hogar.

Con base en lo anterior, consideramos que la utilización por enfermería de la valoración de la capacidad

funcional para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria de los ancianos cuidados, –modelo o instrumentos de propiedad de otras disciplinas–, articulada con la valoración de la situación de salud del anciano, y sumadas a las actividades propias de enfermería para valorar al paciente, acercan más a conocer la situación real de cada anciano en términos de dependencia o independencia para realizar sus actividades cotidianas y orientan sobre el cuidado diario y su evolución.

Reconocer la situación de salud y las potencialidades de cada anciano para su autocuidado puede evitar generar dependencias innecesarias, asunto que no contribuye a la realización del individuo como ser humano autónomo e independiente, metas que día a día la persona ha ido conquistando en mayor o menor grado.

Nuestra gratitud a todos los adultos mayores y a sus cuidadores por mostrarnos con generosidad facetas de su vida que nos ayudarán a construir un mejor cuidado.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rueda Plata JO. La demografía nacional en el contexto de la crisis. Ponencia en el Seminario Internacional sobre Políticas Migratorias. Bogotá: Documento inédito, noviembre de 2000, p. 6.
- (2) Gómez Montes JF, Curcio Borrero CL, Gómez Gómez DE. Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales: Universidad de Caldas; 1995, p. 57.
- (3) Belsky JK. Psicología del envejecimiento: teoría, investigación e intervenciones. Barcelona (España): Masson S. A.; 1996, p. 56.
- (4) Ruiz-Torres A. Fisiopatología del envejecimiento. *Geriatría*. 1999; 15(4):24-25.
- (5) Staab Simon A, Compton Hodges L. Enfermería gerontológica. Adaptación al proceso de envejecimiento. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996, pp. 25-127, 232-248.
- (6) Kane RL, Ouslander JG, Abrass IB. Implicaciones clínicas del proceso de envejecimiento. *Geriatría Clínica*. 3ª ed. México, McGraw-Hill Interamericana; 1997, pp. 3-17.
- (7) Márquez Arango J. La geriatría en la consulta diaria. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 2000, pp. 10-22.
- (8) Ruipérez Cantera I, Llorente Domingo P. Guía para auxiliares y cuidadores del anciano. Madrid: McGraw-Hill; 1996, pp. 55-60.
- (9) Salom Terradez JR. Prevención de la tercera edad. Función deteriorada. Factores que influyen en la incapacidad del anciano. Actividades terapéuticas y de mantenimiento. *Geriatría*.

Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología. Madrid. 1999; 15(2):26.

(10) Ferrer S. El envejecimiento fisiológico. Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología. 1997; 13(3):15-19.

(11) Roach HT, Swanson CA. Respiración. En: Burke MM, Walsh MB. Enfermería gerontológica: cuidados integrales del adulto mayor. 2ª ed Madrid: Harcourt Brace; 1998, pp. 279-315.

(12) Staab Simon A, Compton Hodges L. Enfermería gerontológica. México D. F.: McGraw-Hill Interamericana; 1998, pp. 310-311.

(13) Sánchez Colodrón M, Montorio Cerrato I, Fernández de Trocóniz MI. Dependencia y autonomía funcional en la vejez. La profecía que se autocumple. Revista Multidisciplinaria de Gerontología. Facultad de Psicología, Universidad Autónoma de Madrid, p. 3. Diciembre de 2002. Disponible en: <http://www.nwxusediciones.com>

(14) Ardila A, Rosselli M. La vejez: neuropsicología del fenómeno del envejecimiento. Medellín: Prensa Creativa; 1986, p. 23.

(15) Durham J. Aspectos psicosociales del cuidado de los ancianos. En: Carroll M, Brue J. Cuidados de enfermería individualizados en el anciano. Barcelona: Ediciones Doyma; 1989, pp. 125-127.

(16) Oliveira Guerra R, Villaverde Gutiérrez C. Depresión, salud e incapacidad funcional en la vejez. Geriátrika. Revista Iberoamericana de Geriátría y Gerontología. 2001; 17(5):47.

(17) Menéndez Jiménez JE, Rocabrano Mederos JC, Quintero Danauy G. La autonomía como medida de salud. Rev. Cubana Salud Púb. 1993; 19(2):79-84.

(18) Menéndez Jiménez JE, Rocabrano Mederos JC, Quintero Danauy G. Medición de la autonomía en el anciano: evaluación multidimensional. Rev. Cubana Salud Púb. 1993; 19(2):85-92.

(19) Castellón Sánchez del Pino JJA. [El médico interactivo. Diario electrónico. N° 892 – 10 enero 03]. Valoración geriátrica. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico>. Acceso: 26 de abril de 2004.

(20) Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. Manual de formación para auxiliares. La programación del servicio de ayuda a domicilio. España: Editorial Médica Panamericana; 1997, pp. 63-86.

(21) Morales F. Evaluación integral del anciano. En: Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Publicación científica N° 546. Anzola Pérez E, Galinsky D, Morales Martínez F, Salas A, Sánchez Ayéndez M. La atención

de los ancianos: un desafío para los años noventa. Washington D. C.; 1994, pp. 74-77.

(22) Universidad de Antioquia, Facultad de Enfermería. Lineamientos básicos para la construcción del marco conceptual del currículo de la Facultad de Enfermería. Medellín; 1996. Documento inédito.

(23) Collière MF. Promover la vida. España: Interamericana, reimpresión; 1997, p. 233.

(24) Luis MT, Fernández C, Navarro MV. De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI. 2ª ed. Barcelona: Masson; 2000, p. 38.

(25) Colombia, Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Anuario Estadístico de Antioquia: indicadores demográficos, estimación para 2004. Disponible en: <http://www.dssa.gov.co>. Acceso el 5 de agosto de 2004, 14:30 horas.

(26) Organización Panamericana de la Salud, Kinsella K. Dimensiones demográficas y de salud en América Latina y el Caribe. En: La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa. Editores Anzola PE, Galinsky D, Morales F, Salas A, Sánchez M. Washington, D. C.: OPS; 1994. (Publicación científica 545), p. 9.

(27) Rueda Plata JO. La demografía nacional en el contexto de la crisis. Notas de Conferencia del Seminario Internacional sobre Políticas Migratorias. Bogotá, noviembre de 2000, p. 6.

(28) Escuredo Rodríguez B, Díaz Álvarez E, Pascual Cortés O. Cuidadores informales. Necesidades y ayudas. Rev Rol Enf. 2001; 24(3):23-29.

(29) Dirección Seccional de Salud de Antioquia. Diagnóstico de la situación de salud de Antioquia. Revista Epidemiológica de Antioquia. 2000; 25(1-3):151.

(30) Organización Panamericana de la Salud. La salud de las Américas. Edición de 2002. Washington, D. C.: OPS; 2002 (Publicación científica y técnica 587; vol. 2), p. 171.

(31) Oliveira Guerra R, Villaverde Gutiérrez C. Las dimensiones de la salud y la vejez. Geriátrika. 1999; 15(1):35-36.

(32) Gutiérrez de Pineda V. Familia y cultura en Colombia. 5ª ed. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2000, pp. 449-483.

(33) Sánchez Herrera CB. Utilidad de los modelos conceptuales de enfermería en la práctica. En: El arte y la ciencia del cuidado. Grupo de cuidado, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia-Unibiblos; 2002, p. 15.