

## VALORACION FUNCIONAL DEL ANCIANO EN LA COMUNIDAD

Beatriz Sánchez\*  
María Elisa Moreno\*\*

En las conferencias internacionales sobre prevención primaria reunidas en Alma Ata en 1978 y Riga en 1987, se hizo énfasis en la necesidad de realizar acciones encaminadas a prevenir y promover la salud en el Mundo. En esta reunión se establecieron las estrategias, para el logro de la meta "Salud para todos en el año 2000" (1).

A partir de éstas se han venido impulsando programas a nivel comunitario, encaminados a ampliar los niveles de cobertura, identificar, adaptar o desarrollar tecnologías y métodos apropiados científicamente válidos que mejoren las condiciones de salud y la pongan al alcance de todos los individuos y las familias. Los profesionales de enfermería se han vinculado activamente en estos programas y hoy en día son responsables de su desarrollo a nivel de la comunidad.

El programa de Magíster en Enfermería de la Universidad Nacional, en un intento de consolidar una tendencia teórica con una realidad práctica y cumplir con los objetivos docente asistenciales e investigativos, inició un programa de Salud Integral en el barrio La Estrella de Bogotá, basándose en el proceso de enfermería y aplicando los principios de Atención Primaria y Salud Familiar. Uno de los grupos seleccionados para iniciar fue el de ancianos por tener las siguientes características:

---

\* Profesor Asistente Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Magíster en Enfermería Gerontológica Universidad de Pennsylvania Philadelphia U.S.A..

\*\* Profesor Asistente Facultad de Enfermería Universidad Nacional. Especialista en Enfermería Cardiorespiratorio, Universidad Nacional.

1. Desde el punto de vista demográfico es un grupo poblacional que se ha venido incrementando rápidamente debido al aumento en la expectativa de vida y la disminución en las tasas de mortalidad.
2. Este grupo se caracteriza por ser heterogéneo, debido a que el proceso del envejecimiento está determinado por factores biológicos, psicológicos y sociales que determinan las características de cada individuo. De allí que los viejos aunque tengan la misma edad son diferentes.

Es de todos conocido que el éxito de los programas comunitarios depende de la participación activa de las personas en el proceso. Sin embargo cuando los programas son docente asistenciales, se ve la necesidad de combinar metodologías de tal forma que también respondan a las expectativas académicas.

Este artículo pretende describir la primera fase del programa que comprende la valoración y autodiagnóstico comunitario.

Para iniciar se diseñó un instrumento de valoración o tamizaje que permite identificar las condiciones de vida, relaciones familiares y estado de salud de las personas. (Ver anexo). Este instrumento consta de cinco variables:

1. *Variable Demográfica:* Esta comprende los datos de identificación, educación, ocupación y nivel socioeconómico. En su conjunto, éstos datos permiten ubicar al sujeto en un marco de referencia específico que facilitará el diseño de metodologías y tecnologías apropiadas basadas en características individuales, tales como nivel educativo, ocupación e intereses vocacionales, ingresos y acceso a los servicios de salud.
2. *Variable de Familia:* Con relación a la familia, está claramente establecido que constituye la principal fuente de apoyo social del anciano en Colombia, de allí la importancia de incluir su valoración en el diagnóstico de salud. En el instrumento esta variable tiene en cuenta indicadores sobre composición familiar, acudiente y características de las relaciones familiares, datos que son esenciales para determinar aspectos de funcionalidad familiar.
3. *Variable de Comunidad:* En esta se tuvieron en cuenta índices de integración social y nivel de compromiso con la comunidad. Según las teorías sicosociales del envejecimiento vigentes en la actualidad, el viejo puede estar o no vinculado a su entorno y el nivel de vinculación será un factor contributorio para su bienestar. Las características del medio ambiente son esenciales en este proceso (3).

4. *Variable de Vivienda:* Se refirió a tiempo de permanencia en el barrio y las características de tenencia, condiciones físicas e higiénicas, servicios públicos y riesgos.

Esta variable permitió valorar otros aspectos del entorno más próximo al anciano en el cual el y su familia tienen además mayor ingerencia.

5. *Variable de Valoración de Salud:* Esta variable hizo referencia a la condición funcional de salud. En ella se incluyeron el estado mental, los signos vitales y la valoración funcional incluida por supuesto la morbilidad sentida. De esta forma se permite apreciar un panorama claro sobre la condición de salud de la comunidad de anciano y analizar su realidad objetiva y subjetivamente. Se valora la funcionalidad puesto que en el anciano es este parámetro y no la presencia o ausencia de patologías lo que determina la condición de salud.

Con el fin de realizar esta valoración, se tomaron signos vitales y medidas antropométricas como peso, talla y perímetro del brazo. Además se seleccionaron una escala para medir estado mental, y otra para medir funcionalidad general.

En cuanto a la escala de estado mental se escogió el cuestionario corto de estado mental de Pfeiffer (1975), por ser éste diseñado para la valoración de déficits orgánicos cerebrales, presentes con alguna frecuencia en los viejos.

Consta de 10 preguntas que miden memoria remota, habilidad matemática y orientación. A cada respuesta se le asigna un punto y al final se suman los negativos que en condiciones normales debe ser menor de 2. Este puntaje se asigna según el nivel educativo de la persona (4).

En la valoración fue incluida también la escala PULSES, diseñada por Grege y Col. (1979); da una medida de funcionalidad relacionada con patologías presentes, utilización de miembros superiores, locomoción, aspecto sensorial, eliminación y rol social. A cada ítem se le asigna un valor de 1 a 4 según la respuesta, donde 1 es el estado de independencia y 4 de dependencia. El mejor puntaje total equivale a 6. Este perfil ha sido empleado en unidades de rehabilitación para medir la respuesta al tratamiento intensivo y para monitorizar cambios en la funcionalidad (5). (Ver instrumento de valoración anexo).

Para corroborar el diagnóstico que se pudo obtener a través de este instrumento de tamizaje y con el fin de invertir el proceso investigativo buscando su horizontalidad, se realizó posteriormente un foro comunitario, en el cual, mediante la aplicación de la metodología del árbol de la salud, se motivó a la comunidad de ancianos para que

hicieran su propio diagnóstico. Como era de esperarse los resultados del tamizaje y del foro son similares (ver Cuadro No. 1).

CUADRO No. 1 Problemas de Salud de los Ancianos del Barrio la Estrella de Bogotá	
Problemas de salud detectados en el tamizaje	Problemas de salud detectados en el Foro Comunitario
Hipertensión arterial	Mala Salud
Trastornos Osteomusculares	
Incontinencia Urinaria	
Insuficiencia Vasculat Periférica	
Cáncer	
Falta de oportunidad para trabajar	Falta de recurso económico
Aislamiento Social	Soledad

Estos hallazgos permiten sugerir la utilidad de las dos metodologías: Tamizaje y Foro, como métodos para realizar el diagnóstico comunitario. Si bien el tamizaje establece un orden definido y permite el análisis sistemático de la información comunitaria, su verticalidad no permite la autoreflexión de la misma; por lo contrario, el foro permite este proceso autorreflexivo señalándoles necesidades o problemas sentidos por la comunidad en un momento dado.

En conclusión, podría decirse que la utilización simultánea de metodologías participativas y de métodos positivistas son necesarios y útiles para agilizar estos procesos y orientar a la comunidad en la búsqueda de su propio bienestar y a la vez dar respuesta a las necesidades académicas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. REID, Sir John. Alma Ata y Riga: Un decenio de progreso. Salud Mundial, OMS, 1988; Agosto-Septiembre, pp. 18-20.
2. EBERSOLE, Patricia y Col. Hacia el bienestar de los ancianos. The C. V. Mosby Co. Baltimore, 1990.
3. MATTESON, Mary Ann y Col. Enfermería Gerontológica. W. B. Saunders Philadelphia, 1988.
4. MATTESON, Mary Ann y Col. Op. Cit., p. 67.
5. MATTESON, Mary Ann y Col. Op. Cit., p. 64.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA  
FACULTAD DE ENFERMERIA

## INSTRUMENTO DE VALORACION

## 1. DEMOGRAFIA

## 1.1 Identificación

Nombre: \_\_\_\_\_ C.C. \_\_\_\_\_

Asociado: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_ Años SEXO: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:

Mes \_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Estado civil: Casado \_\_\_\_\_ Soltero \_\_\_\_\_ Viudo \_\_\_\_\_ Unión Libre \_\_\_\_\_

Separado \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Barrio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fuente de Remisión: Centro de Salud \_\_\_\_\_ Policlínico \_\_\_\_\_ Casa

Vecinal \_\_\_\_\_ Comunidad \_\_\_\_\_ Iglesia \_\_\_\_\_ Otras \_\_\_\_\_

## 1.2 Educación

## 1.2.1 Formal:

Analfabeta \_\_\_\_\_ Primaria Incompleta \_\_\_\_\_ Primaria Completa \_\_\_\_\_

Secundaria Incompleta \_\_\_\_\_ Secundaria

Completa \_\_\_\_\_ Técnico \_\_\_\_\_ Otros \_\_\_\_\_

## 1.2.2 Informal:

Capacitación Vocacional: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Cuál \_\_\_\_\_ La utiliza: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

## 1.3 Ocupación

Anterior \_\_\_\_\_

Actual: \_\_\_\_\_

Intereses culturales, manuales o  
artísticos: \_\_\_\_\_

## 1.4 Nivel Socioeconómico:

Seguridad Social: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Derecho a servicio de salud: SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_

Ingresos:

Recibe pensión: SI \_\_\_ NO \_\_\_ JUBILACION \_\_\_ INCAPACIDAD \_\_\_  
SUSTITUCION \_\_\_

Aportes hijos \_\_\_ Trabajo \_\_\_ Entidad que lo apoya \_\_\_

Poder adquisitivo para: Alimentos \_\_\_ Vestido \_\_\_

Transporte \_\_\_ Drogas \_\_\_ Elementos para la casa \_\_\_ Recreación \_\_\_

Aportes del ciente a su familia \_\_\_

## 2. FAMILIA:

### 2.1 Composición Familiar:

Hijos: Vivos \_\_\_ Muertos \_\_\_ Personas con quienes vive: Compañero \_\_\_

Hijos \_\_\_ Parientes \_\_\_ Amigos \_\_\_ Nietos \_\_\_ Otros \_\_\_

Número \_\_\_

### 2.2 Persona Responsable:

Hijo \_\_\_ Compañero \_\_\_ Pariente \_\_\_ Amigo \_\_\_ Otro \_\_\_

Ocupación \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

### 2.3 Relaciones Familiares:

#### 2.3.1 Personas significativas:

Compañero \_\_\_ Hijos \_\_\_ Nietos \_\_\_ Amigos \_\_\_

Parientes \_\_\_ Otros \_\_\_

#### 2.3.2 Participa en las decisiones de su familia:

Siempre \_\_\_ Generalmente \_\_\_ A veces \_\_\_ Nunca \_\_\_ Decisiones  
en familia \_\_\_

#### 2.3.3 Relaciones Familiares:

Buenas \_\_\_ Algunos conflictos \_\_\_ Conflicto permanente \_\_\_

Alcoholismo \_\_\_ Farmacodependencia \_\_\_

#### 2.3.4 Recreación en Familia: SI \_\_\_ NO \_\_\_

## 3. COMUNIDAD

### 3.1 Frecuencia con que sale de la casa:

Diario \_\_\_ Varias veces por semana \_\_\_ Una vez por sema-



Basuras: Servicio público \_\_\_\_ Quemada \_\_\_\_ Enterrada \_\_\_\_ Abandonada \_\_\_\_

#### 4.1.5 Estufa:

Tipo: Gas \_\_\_\_ Gasolina \_\_\_\_ Eléctrica \_\_\_\_ Petróleo \_\_\_\_

Carbón \_\_\_\_

Independiente: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

#### 4.1.6 Baño:

Independiente: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

4.1.7 Acceso a la vivienda: Fácil \_\_\_\_ Difícil \_\_\_\_

4.1.8 Vecindario: Seguro SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

#### 4.1.9 Riesgos:

Iluminación \_\_\_\_ Desorden \_\_\_\_ Pisos \_\_\_\_ Cuerdas eléctricas \_\_\_\_

Ventilación \_\_\_\_ Comida \_\_\_\_

### 4.2 Condiciones Higiénicas:

#### 4.2.1 Hacinamientos:

Número de personas \_\_\_\_ Número de dormitorios \_\_\_\_

Número de camas \_\_\_\_

#### 4.2.2 Animales domésticos:

SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ Cohabitan \_\_\_\_ Tipo \_\_\_\_

4.2.3 Vectores: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

4.2.4 Roedores: SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

### 5. VALORACION FUNCIONAL DE SALUD

#### 5.1 Estado Mental:

\_\_\_\_ ¿Qué día es hoy (Mes, día, año)?

\_\_\_\_ ¿Qué día de la semana es?

\_\_\_\_ ¿Cómo se llama este lugar?

\_\_\_\_ ¿Cuál es su número telefónico?

\_\_\_\_ ¿Si no tiene teléfono cuál es su dirección?

\_\_\_\_ ¿Cuántos años tiene?

\_\_\_\_ ¿Cuándo nació?

- \_\_\_\_ \_\_\_\_ ¿Quién es el presidente de Colombia?  
 \_\_\_\_ \_\_\_\_ ¿Quién fue el presidente anterior?  
 \_\_\_\_ \_\_\_\_ ¿Cuál era el apellido de soltera de su mamá?  
 \_\_\_\_ \_\_\_\_ A 20 réstele 3 hasta llegar a 0  
 \_\_\_\_ \_\_\_\_ Número total de errores

Puntaje:

- 0 - 2 errores: Función mental intacta  
 3 - 4 errores: Alteración leve  
 5 - 7 errores: Alteración moderada  
 8 - 10 errores: Alteración severa

Permita un error más si el sujeto es analfabeta o tiene primaria incompleta.

Añada un error si el sujeto tiene educación Universitaria (De Dfeifter, E. A., Shart portable mental Heahlr status questionnaire for the os-sessment of organice biain in elderhy patients. J. Am Geriatr Soc. 23. 433-441, 1975).

## 5.2 Signos Vitales:

Pulso \_\_\_\_ Respiración \_\_\_\_ TA \_\_\_\_ Tº \_\_\_\_

5.3 Peso \_\_\_\_ Kilos Perímetro braquial \_\_\_\_ Ctms.

## 5.4 Valoración Funcional:

Perfil Pulses (Valoración Funcional)

## P. PATOLOGIA

Incluye enfermedades de vísceras (cardiovasculares, gastrointestinal, Urológica y Endocrina) y enfermedades neurológicas.

1. Problemas médicos suficientemente estables que no se requiere monitoreo médico o de enfermería más a menudo que cada 3 meses.
2. Se necesita monitoreo médico o de enfermería en intervalos menores de 3 meses pero no semanalmente.
3. Los problemas médicos son lo suficientemente inestables que requieren monitoreo médico o de enfermería al menos semanalmente.
4. Los problemas médicos requieren atención médica y de enfermería intensiva diariamente.

## U. UTILIZACION DE MMSS.

**Miembros Superiores:** Actividades de autocuidado (beber/comer, vestido, prótesis/aparatos, arreglo personal, baño, cuidado personal). Dependientes principales a expensas de MMSS.

1. Independiente en autocuidado sin alteración en MMSS.
2. Independiente en autocuidado con alguna alteración de MMSS.
3. Requiere supervisión o ayuda en el autocuidado con o sin alteraciones de miembros superiores.
4. Totalmente dependiente en autocuidado con marcada alteración de MMSS.

## L. LOCOMOCION

Motilidad (traslados silla, baño, ducha, caminar, escalera, silla de ruedas) dependiente principalmente a expensas de la función de MMII.

1. Motilidad independiente sin alteración de MMII.
2. Motilidad independiente con alguna alteración en MMII tales como necesidad de ayudas prótesis, aparatos, o es totalmente independiente en silla de ruedas sin barreras arquitectónicas o ambientales significativas.
3. Dependiente en asistencia o supervisión para moverse con o sin alteración de miembros inferiores o parcialmente independiente en silla de ruedas cuando hay barreras arquitectónicas o ambientales significativas.
4. Totalmente dependiente para moverse, con severa alteración de MMII.

## S. COMPONENTES SENSORIALES

Relacionados con comunicación (hablar y oír) visión.

1. Independientes en la comunicación y visión sin alteración.
2. Independiente en la comunicación y visión con alguna alteración como disartría leve, disfasia, necesidad de gafas o audífonos o medicamentos para los ojos.
3. Depende de asistencia, un intérprete o supervisión en la comunicación y visión.
4. Dependiente completamente en comunicación y visión.

**E. ELIMINACION: Vejiga o intestino**

1. Control voluntario completo de vejiga e intestino.
2. El control de esfínteres le permite las actividades sociales normales a pesar de tener urgencia urinaria, necesita catéteres, supositorios, etc., pero es capaz de manejarlos sin ayuda.
3. Depende de ayuda para el manejo de esfínteres y tiene accidentes ocasionalmente.
4. Se moja o evacúa frecuentemente por incontinencia de vejiga y recto.

**S. SOCIAL**

Factores de apoyo adaptabilidad intelectual y emocional, apoyo de la familia y capacidad financiera.

1. Es capaz de desempeñar los roles y las tareas acostumbradas.
2. Debe hacer alguna modificación en los roles usuales y tareas acostumbradas.
3. Necesita ayuda, supervisión, motivación o asistencia de una agencia pública o privada para cualquiera de las consideraciones arriba mencionadas.
4. Depende de cuidado institucional a largo plazo (hospitalización crónica ancianato) se excluye las de tiempo limitado para una evaluación específica, tratamiento o rehabilitación activa.

PULSE: El puntaje se obtiene sumando el número que antecede a cada uno de los criterios de valoración de las seis categorías contempladas en la escala.

Mejor Puntaje = 6

Peor Puntaje = 24

(Fuente: Matteson, Mary Ann. Mc. Connell Eleanor. Gerontological Nursing. Concepts and practice. WB Saunders Company 1988, pp. 62-64).

Problemas Identificados:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---