

CAPITULO IX

LA VALORACIÓN DE LA DEPENDENCIA: CRITERIOS Y TÉCNICAS DE VALORACIÓN CLASIFICACION

INDICE

1. Introducción.....	5
1.1. Aproximación al estudio de la dependencia desde las definiciones operativas de la nueva conceptualización de la discapacidad.....	8
2. La medición de la dependencia en la actualidad	11
2.1. Uso de las escalas de dependencia	11
2.1.1. Como sistema de clasificación de usuarios en grupos de "isodependencia" o "isorrecursos" (sistemas de medición de la casuística o case-mix).....	11
2.1.2. Para la derivación y/o orientación hacia servicios socio-sanitarios. Los baremos socio-sanitarios.	11
2.1.3. Para evaluación de la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial (cargas de trabajo, cuidados a largo plazo...).....	12
2.1.4. Para la valoración de la progresión de la enfermedad o la graduación de determinadas deficiencias.....	12
2.1.5. Para el control de acceso a servicios sociales.....	13
2.1.6. En estudios estadísticos y sociológicos de salud y calidad de vida	13
2.2. Profesionales implicados en la realización.....	14
2.2.1. Profesionales de la salud.....	14
2.2.2. Profesionales de los servicios sociales y residenciales.	14
2.2.3. El propio interesado o sus familiares	15
2.3. Metodología en la realización de escalas	15
2.3.1. Mediante la observación directa.....	15
2.3.2. Entrevista al propio interesado, sus familiares o cuidadores.	16
2.3.3. Formularios de autovaloración	16
3. Estructura y componentes de los instrumentos de valoración de la dependencia.	17
3.1. Componentes de la discapacidad que se valoran en las escalas de dependencia.....	17
3.2. Identificación de las escalas de dependencia	21
3.3. Descripción de las escalas de dependencia más utilizadas.....	23
4. Las actividades de la vida diaria	31
4.1. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	34
4.2. Identificación de parámetros en las escalas de valoración de la dependencia.....	36

4.2.1.	Número de parámetros	36
4.2.2.	Estudio comparado cualitativo de items.....	38
4.2.3.	ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA CIF	41
4.2.4.	ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE LA CIF.....	42
4.3.	Identificación de las AVD en las encuestas socio sanitarias.	44
4.3.1.	Descripción de los estudios sociológicos comparados.....	44
4.3.2.	Número de parámetros	46
4.3.3.	Estudio comparado cualitativo de items.....	46
4.3.3.2.	Estudio de aplicación del segundo nivel de la CIF	48
4.3.4.	Comparación de las "actividades de la vida" en los estudios sociológicos socio-sanitarios y en los estudios de tablas y baremos de valoración de dependencia.	49
4.4.	Identificación de las AVD en la "Check List" o "Lista de Comprobación" de la CIF 54	
4.5.	Conclusiones finales en el estudio comparativo para identificar las AVD.	57
4.5.	Conclusiones en relación con la lista de actividades de la vida diaria.....	58
5.	La graduación de la dependencia	59
5.1.	Isogrupos de dependencia	59
5.1.1.	Isogrupos por clase de dependencia	59
5.1.2.	Isogrupos por cargas de trabajo	62
5.1.3.	Isogrupos por gravedad	63
5.2.	Umbrales de dependencia	65
5.2.1.	Umbral de dependencia en función de la graduación de la escala.....	65
5.2.2.	Umbral de dependencia en función del número de horas de atención.	66
5.3.	Equivalencia entre escalas de valoración de dependencia	67
5.4.	Períodos de isovaloración y reevaluación.....	69
6.	Modelos de baremos administrativos de valoración de dependencia	70
6.1.	Valoración de la dependencia en Europa	70
6.2.	Conclusiones al estudio de métodos utilizados para el estudio de la dependencia en diversos países europeos.	79
6.3.	Valoración de la dependencia en el Estado Español.....	80
6.3.1.	Valoraciones de la dependencia en las Comunidades Autónomas.	80
6.3.2.	Valoración oficial de la dependencia en el Estado.	90

7. Recomendaciones finales en los criterios y técnicas de valoración de la dependencia.	95
7.1. Definición, clasificación y graduación de los problemas relacionados con la dependencia	97
7.2. Aspectos más importantes que debe recoger un método o procedimiento de evaluación de la dependencia.....	99
8. Referencia bibliográfica	101

1. Introducción

Cualquier intento de planificación, estudio o clasificación sobre las personas con discapacidad - con problemas de dependencia o no – debe estar sustentada en una clara definición de los conceptos implicados, de la clasificación de los mismos, y en una escala para cuantificar la gravedad del problema.

A pesar de lo lógico de las premisas del párrafo introductorio, y en contra de lo que pueda parecer, a la hora de realizar un estudio, sobre los diversos métodos de valoración y graduación de la dependencia nos vamos a encontrar con múltiples complicaciones, a la hora de identificar dichas premisas.

La universalidad e importancia que tienen las situaciones de dependencia, en muy diversos aspectos de la vida personal, familiar, social, médica, económica, asistencial... ha hecho que sean múltiples disciplinas y profesionales las que se encarguen de su estudio. Esta pluridisciplinaridad ha aportado -y lo sigue haciendo- una importante, e inagotable, fuente de datos, definiciones, baremos etc. que profundizan y enriquecen su estudio. Pero también ha sido, frecuentemente, fuente de confusión, desarrollándose paralelamente múltiples terminologías, definiciones, escalas de valoración y métodos de clasificación.

Desde la rehabilitación, se incide fundamentalmente en los aspectos motórico-funcionales derivados de problemas neuromusculoesqueléticos; desde la geriatría, en aspectos fisiológico-cognitivos y asistenciales derivados de senectud y la demencia; desde la medicina de familia y cuidados paliativos, en el control de los síntomas y calidad de vida; desde la valoración de la discapacidad y la medicina evaluadora, en aspectos tendentes a la graduación, para la consecución de indemnizaciones, prestaciones y acceso a servicios; desde la psicología, en aspectos del desarrollo y socialización de los apoyos requeridos; desde el trabajo social, en los aspectos domésticos, del entorno y apoyo a los cuidadores; desde los prestadores de servicios, en las cargas de trabajo... Por último, la visión mas de actualidad, parte

desde los propios afectados o de sus familias, destacando aspectos reivindicativos de los derechos humanos y de la autonomía sobre las decisiones que afecten a su propia vida.

Pero el problema no proviene exclusivamente de esta pluridisciplinaridad. En los últimos años, la descentralización administrativa ha traído aparejada la necesidad de controlar recursos y subvenciones, así como la de diseñar las políticas sociales y, las cada vez más inaplazables, políticas sociosanitarias, precisando, entre otros problemas, el compartir recursos y gastos entre servicios con diferentes políticas. Ello ha hecho necesaria, una mayor precisión conceptual de las personas susceptibles de atención y de los problemas que les rodean, así como herramientas de clasificación y de valoración cada vez más precisas. Desgraciadamente, la falta de criterios técnicos reconocidos -y/o entendidos- por todos y el situar el problema en un plano fundamentalmente económico / gestor, ha desembocado en que cada administración haya desarrollado sistemas de clasificación y de valoración propios, creando auténticos "reinos de taifas", favoreciendo un intrincado galimatías terminológico, que no hace sino complicar la comunicación y comprensión entre usuarios, profesionales y administraciones.

El problema tampoco es local. Dentro de los procesos de globalización mundial, redes de informatización y acceso a la información, la necesidad de usar un lenguaje y una metodología común, para la comparación de datos entre los diversos países y disciplinas es cada vez más evidente.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) consciente de este problema, lleva años intentando desarrollar una herramienta útil, práctica y precisa, que sea reconocida en el ámbito internacional, y que ayude en el diagnóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento y la discapacidad, asociadas a las condiciones de salud del ser humano. Finalmente la última Asamblea Mundial de la Salud, (resolución WHA 54/21) aprobó la **"Clasificación internacional del**

Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud” (CIF)¹. A partir de esta resolución, la OMS pone a disposición de particulares, administraciones y estados, una herramienta que trata de aproximar, simplificar y unificar, tanto terminologías como sistemas de graduación de todos los problemas relacionados con la discapacidad.

La OMS pretende con esta clasificación completar los diversos dominios de la salud. A pesar de que desde hace más de cincuenta años, ya definió la salud como: “ Un estado de completo bienestar físico, mental *y social*, y no solo la ausencia de enfermedad o dolencia”; la realidad ha sido, que los problemas relacionados con los estados alterados de salud, se han venido midiendo invariablemente con modelos fuertemente “medicalizados” y en parámetros de morbi-mortalidad exclusivamente. Hasta la fecha, la única clasificación de “referencia” de la familia de clasificaciones de la OMS era la CIE. Desde ahora, sin embargo, tanto la CIF como la CIE se colocan en el mismo nivel.

Esta visión -o más bien complementación de la visión actual de la salud– al estar promovida y difundida desde un ministerio de “servicios sociales” ha sorprendido a más de un profesional del mundo estrictamente “sanitario”, que consideraba la salud feudo propio. Sin embargo, en los próximos años, nos vamos a ir encontrando con una progresiva coordinación, que con toda seguridad, va a dar como resultado la cristalización, de ese, hasta la fecha, estancado y brumoso espacio socio sanitario.

No es casualidad, ni moda pasajera por tanto, que la práctica totalidad de los estudios y planificaciones actuales, en torno a los problemas de funcionamiento y discapacidad relacionadas con las condiciones de salud alteradas de las personas, se inicien con una declaración de “adhesión” a la nueva conceptualización de la

¹ Organización Mundial de la Salud (2001): Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Edita la versión en lengua española: Ministerio de Trabajo y Asuntos sociales.

discapacidad que nos propone la OMS.² En nuestro caso, así mismo, apostamos por que la CIF va ha servir como referente para:

1º Favorecer una futura unificación de los sistemas de valoración de la discapacidad / dependencia, aproximándolos a métodos internacionales, que puedan ser compatibles con los de otras administraciones y estados.

2º Simplificar y optimizar el proceso de valoración.

3º Hacerlos más comprensibles, tanto para la administración, como para profesionales y usuarios.

1.1. Aproximación al estudio de la dependencia desde las definiciones operativas de la nueva conceptualización de la discapacidad.

En la propuesta conceptual de la OMS, a través de la CIF, se contempla el problema de la discapacidad, entendida globalmente, como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desenvuelve, es decir, entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación o desempeño real en las mismas, y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales, que pueden actuar como barreras y ayudas. A partir de este esquema básico se desarrolla todo un sistema de clasificaciones y subclasificaciones, con diferentes niveles de complejidad, así como una introducción en la que se explica no sólo el contenido y finalidad de la clasificación, sino también las definiciones, términos y vocabulario utilizado, posibles usos y limitaciones.

La CIF propone como termino "paraguas", para denominar a todos estos problemas interactuando, la palabra ***Discapacidad***. Ello crea un problema, ya que la palabra cambia en relación con su anterior significado (CIDDM-80). Pasando de referirse,

² La discapacidad hoy. Capítulo 2 del Plan de acción para las personas con discapacidad 2003-2007(MTAS)

como anteriormente, a un solo componente – la limitación para realizar actividades – a referirse al concepto globalizante de interacción de todos los componentes implicados. Quede claro, que es con este concepto de discapacidad, y no con el anterior, con el que nos vamos a referir a este termino, en el presente estudio.

En relación con la dependencia y, aunque en líneas generales pasan desapercibidos, a la hora de su estudio con detalle, surgen diversos problemas conceptuales, de identificación, terminológicos... lo cual, a los profesionales del campo de la discapacidad no nos sorprende, ya que nos movemos, desde hace años, entre la más intrincada polisemia y dudosas traducciones del ingles, así, independencia, autonomía y autodeterminación son sinónimos?, la misma pregunta se podría plantear en: dependencia, gran invalidez e incapacitación? O en dependencia, cargas de trabajo y cuidados de larga duración?;

Habitualmente se tiende a considerar la dependencia como un hecho estático, lineal o progresivo y - con un abordaje especialmente reduccionista - como propio de personas mayores enfermas. En este sentido, uno de los problemas más graves, es el de no identificar claramente, la relación de la dependencia con la discapacidad, tendiendo a clasificarlas y valorarlas por separado, como si fueran cosas distintas, y hay que darse cuenta que la dependencia - a la que nos estamos refiriendo en este estudio, es la relacionada con las condiciones de salud alteradas - siempre es consecuencia de un grado severo de discapacidad. De hecho, en algunos contextos y colectivos se prefiere hablar de Personas con Discapacidad Severa (PDS) o Personas con Gran Discapacidad ³, que de personas dependientes. Este va a ser nuestro punto de partida para enfocar el estudio de criterios y técnicas de valoración de la dependencia, y por tanto consideraremos que: Dentro del contexto de las condiciones de salud de la persona, la discapacidad es un atributo inseparable de la dependencia. La persona, por tanto, como consecuencia de una gran discapacidad,

³ Personas con discapacidad severa y vida autónoma . CERMI. 2003; Atención a personas con graves discapacidades. Area 1 del Plan de acción para las personas con discapacidad 2003-2007.

requerirá de ayuda o apoyos de alguien (o de algo) para poder realizar (o mejorar el rendimiento funcional) en ciertas actividades.

Una vez aceptado lo anterior, suele ser frecuente solapar la dependencia y la discapacidad, confundiendo las deficiencias o las limitaciones para realizar una actividad concreta, con la necesidad de ayuda para realizarla. Partimos, por tanto, que: La discapacidad es atributo inseparable de la dependencia, pudiendo existir diversos grados de discapacidad sin que exista dependencia

Por último, parece necesario dejar claro, que el objetivo principal del presente trabajo es el estudio de la gravedad de la dependencia o intensidad de la necesidad de ayuda de otra persona para realizar diversas actividades, y no de la necesidad de utilizar ayudas técnicas, que la persona pueda utilizar de forma autónoma e independiente. Por ejemplo: Una persona puede tener una importante dificultad para desplazarse por su entorno, con cojera y la necesidad de un bastón, sin embargo puede hacerlo sin ayuda de nadie, ya que existen muy pocas barreras en el mismo, por tanto, y para nuestro estudio, esta persona será independiente para el desplazamiento por su entorno; no se da un problema de dependencia para esta actividad (aunque tenga un importante problema de movilidad y requiera de una ayuda protésica) ya que no interviene otra persona.

Por lo anteriormente expuesto, parece lógico pensar por tanto, que la metodología propuesta para el estudio de la discapacidad, puede resultar la más adecuada para el estudio de criterios y métodos de valoración de la dependencia. Al utilizar esta metodología, y por medio de un estudio de tipo descriptivo, realizaremos un análisis actualizado de la dependencia desde sus diversas dimensiones, tratando de organizar conceptos y aplicar el material empírico aportado por el estudio comparado de diversas escalas y baremos empleados para su medición. Se trataría de seguir los criterios, tanto de clasificación, como conceptuales y metodológicos, que nos propone la OMS a través de la CIF.

2. La medición de la dependencia en la actualidad

2.1. Uso de las escalas de dependencia

2.1.1. Como sistema de clasificación de usuarios en grupos de "isodependencia" o "isorrecursos" (sistemas de medición de la casuística o case-mix)

Se parte en estos métodos de la hipótesis de que es posible delimitar ciertos grupos homogéneos de personas dependientes en función de una serie de parámetros, tales como, características de la deficiencia y tipo e intensidad de los cuidados prestados, y según estos calcular el gasto que generan.

En general, e independientemente de las posibilidades teóricas de subdivisión y sensibilidad discriminatoria en múltiples grupos, según la especificidad de cada tabla, su uso se suele limitar en un segundo nivel, hasta un máximo de seis a nueve grupos, tratando de diferenciar en algunos casos, por etiología de las deficiencias o enfermedades y, en otros, por el área de actividad con más problemas (movilidad, psíquica...), finalizando la gran mayoría con un nivel de sensibilidad muy "elemental", simplificando los anteriores grupos a tres grandes "clases" de dependientes: 1. Dependientes ligeros; 2. Dependientes; 3. Gran dependientes, y en función de estos grupos se calculan los costes de los sistemas de financiación, relacionados fundamentalmente con el consumo de recursos, dentro de la planificación de las políticas sociales.

2.1.2. Para la derivación y/o orientación hacia servicios socio-sanitarios. Los baremos socio-sanitarios.

Parece indudable que el problema de las personas mayores en situación de dependencia grave es, en la actualidad, el que ocupa la mayor atención por parte de los todavía incipientes servicios sociosanitarios y más en concreto, el reparto de

financiación que genera. Ello ha hecho que el problema de la dependencia también se convierta en problema de valoración, bien sea desde lo sanitario, o desde lo social hacia lo socio sanitario y que a su vez, se identifique -con una visión reduccionista- la valoración socio-sanitaria con la valoración de la dependencia. Quizás por esto, las valoraciones socio-sanitarias, nos van a ofrecer una buena "cantera" de baremos de dependencia.

2.1.3. Para evaluación de la calidad, gestión, planificación y seguimiento asistencial (cargas de trabajo, cuidados a largo plazo...)

Un tercer uso que se les suele dar a las tablas de valoración de la dependencia, a veces ligadas con los anteriores o no, y en general junto con otros parámetros de corte más económico- gestor, es la evaluación y control del personal, seguimiento y planificación de los cuidados prestados, controles de calidad y gestión de gasto.

2.1.4. Para la valoración de la progresión de la enfermedad o la graduación de determinadas deficiencias

Sobre todo en fases avanzadas de diversas enfermedades, como la enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades geriátricas, se utiliza la graduación de los problemas de funcionamiento / discapacidad en general y de la necesidad de ayuda para el autocuidado en particular, dentro normalmente de las actualmente denominadas valoraciones integrales. Por ejemplo, la Asociación Americana de Retraso Mental, clasifica este, en función de la necesidad de ayuda para la realización de una serie de áreas de la vida o "habilidades adaptativas", desarrollando diversos métodos de valoración, tanto cualitativa como cuantitativa de las situaciones de dependencia. No podemos dejar de tener en cuenta que tanto la demencia, como el retraso mental son, de entre las diversas condiciones de salud alteradas, las que de forma más invariable generan situaciones de dependencia y de pérdida de autonomía intelectual. Hasta el punto de que la necesidad de ayuda, sirve como parámetro guía para graduar su gravedad.

Por ultimo, el estudio de la dependencia es usado habitualmente dentro del campo sanitario con diferentes objetivos de carácter asistencial, como puede ser el seguimiento de tratamientos de rehabilitación, quimioterapia, cuidados paliativos, asistencia domiciliaria u otros.

2.1.5. Para el control de acceso a servicios sociales

Otro uso que se les da, frecuentemente, a estas tablas o baremos es para conformar -esta vez acompañados de un mayor estudio del contexto, tanto personal como ambiental- los criterios de adjudicación de plazas en las listas de demanda de residencias, centros de día de las redes públicas, ayudas domesticas, prestaciones económicas, desgravaciones fiscales, etc.

En este caso cada administración, independientemente de las tablas o baremos usados para valorar el grado de dependencia, usará sus propios criterios socioeconómicos para la adjudicación de plazas u otros servicios, que sumados a los primeros darán lugar a un segundo nivel de tablas, listas o baremos.

2.1.6. En estudios estadísticos y sociológicos de salud y calidad de vida

Por último, las encuestas y estudios sociológicos de tipo socio sanitario introducen, sistemáticamente, en sus cuestionarios algún tipo de escala o método para identificar la incidencia de la dependencia en la población general, frecuentemente nos encontramos con que se solapan la dificultad o limitaciones para realizar actividades, y la dependencia propiamente dicha, es decir, la necesidad de ser ayudados.

2.2. Profesionales implicados en la realización

2.2.1. Profesionales de la salud

Fundamentalmente médicos o personal de enfermería, es habitual en servicios y unidades especializadas, hospitalarias y residenciales, así como en los técnicos que reconocen el grado o la condición legal de persona con discapacidad o dependencia. Es incuestionable que el diagnóstico y la gravedad de las enfermedades o condiciones de salud alteradas, así como el de las deficiencias de las estructuras y funciones corporales afectadas es competencia de los profesionales de salud, esta frecuente asociación de enfermedad y dependencia, ha hecho que los profesionales de la salud, y más en concreto los dedicados a las áreas de geriatría y gerontología, de alguna manera reivindiquen cierto protagonismo en el proceso de valoración.

Dentro de este contexto, los profesionales de la salud pueden -y suele ser la norma- valorar el grado de dificultad para realizar diversas actividades de la vida y/o la necesidad de ayuda para realizarlas, es decir la dependencia.

2.2.2. Profesionales de los servicios sociales y residenciales.

Fundamentalmente trabajadores sociales, cuidadores o profesiones “relacionadas” con la salud, que prestan ayuda personal, o profesionales especializados en productos y tecnología de ayuda o de eliminación de barreras, habitualmente en colaboración con profesionales de la salud (que previamente han diagnosticado las enfermedades y deficiencias permanentes). Se realiza en casos de asistencia domiciliaria, ingresos residenciales de larga estancia, ayudas técnicas o eliminación de barreras.

En general, parece más lógico –aunque no siempre sea así– no implicar a los profesionales de salud, y más en concreto profesionales de la medicina, en aquellos casos en los que ya existe un diagnóstico de la enfermedad y/o de la deficiencia ya que de lo que se trata, fundamentalmente, es de valorar el grado de ayuda de una persona para realizar diversas actividades en el contexto real, en ese momento preciso, o los cambios que pueden darse en la necesidad de ayuda, en función de los cambios que modifiquen la de dependencia anterior. Por ejemplo: La evaluación de la dependencia para la ducha antes o después de adaptar el baño, o la dependencia para el autocuidado y el desplazamiento después de un cambio de domicilio, etc.

2.2.3. El propio interesado o sus familiares

Mediante encuestas y formularios de autovaloración. Se suele utilizar esta modalidad fundamentalmente en estudios estadísticos y sociológicos.

Curiosamente en dichos estudios se considera como persona “dependiente” –al contrario que en los “baremos” de las administraciones– a toda persona que requiere ayuda para *alguna* actividad (algunos incluso aunque solo sea para una) no produciéndose el sesgo de considerar autónomo o válido, a las personas con dependencia ligera, situando por ejemplo el porcentaje de personas mayores de 65 años con algún grado de dependencia por encima del 26%. Sin embargo los porcentajes manejados usando “baremos” oficiales, rondan el 18%.

2.3. Metodología en la realización de escalas

2.3.1. Mediante la observación directa.

La persona encargada de realizar la valoración, observa la o las, actividades concretas a valorar en el contexto habitual de la persona y con las ayudas técnicas, adaptaciones y medidas rehabilitadoras necesarias, en un periodo concreto de

tiempo (que puede prolongarse hasta semanas) repitiendo la valoración con periodicidad predeterminada, según se considere estabilizada, o no, la situación de dependencia. Incluso ocasionalmente con la colaboración de diferentes observadores.

Sería la forma ideal de valoración y es la que preconizan diversas escalas y métodos de valoración (Barthel, RAI,...), si bien en la práctica solo se realiza ocasionalmente en medios institucionalizados.

2.3.2. Entrevista al propio interesado, sus familiares o cuidadores.

La persona encargada de realizar la valoración (normalmente profesional de la salud) la realiza mediante el estudio de los datos médicos y la información obtenida durante una entrevista con el interesado, o con un familiar (o cuidador) en caso de encontrarse este gravemente discapacitado. Dicha entrevista se realiza normalmente en un despacho o consulta, fuera del contexto habitual de la persona, estando las respuestas sometidas a un sesgo potencial según diversos factores, como pueden ser, entre otros, la motivación y experiencia del valorador, colaboración del interesado, intereses y beneficios concretos que se puedan derivar de la valoración para el interesado, familiares o instituciones...

Es la forma habitual de realizar las valoraciones, por ser más sencilla, rápida y económica que la anterior.

2.3.3. Formularios de autovaloración

Mediante formularios de autovaloración realizados por el propio interesado, familiares, cuidadores o personal sanitario que trata y conoce la situación real de la persona y que posteriormente son interpretados por personal técnico.

Se suele utilizar esta modalidad fundamentalmente en estudios estadísticos y sociológicos y es probablemente la forma más sencilla de realizar las valoraciones, si bien condicionada por la comprensión y buena colaboración del individuo que la realiza.

3. Estructura y componentes de los instrumentos de valoración de la dependencia.

3.1. Componentes de la discapacidad que se valoran en las escalas de dependencia.

Al entender la discapacidad -y por tanto la dependencia de las personas- como una relación compleja entre las condiciones de salud alteradas (trastornos o enfermedades), las funciones o estructuras corporales afectadas (deficiencias), las limitaciones para realizar diversas actividades, y por último, los factores del contexto tanto personal, como ambiental en el que se desenvuelve la persona, actuando estos a modo de barreras o de ayudas, nos encontramos con múltiples parámetros de estudio y con metodologías de medición distintas. Vamos a intentar, en primer lugar, ver cuales de estos parámetros pueden ser los más relacionados con la medición de la dependencia

Los anteriores componentes de la discapacidad se representan, tal y como lo propone la CIF, en forma de diagrama interrelacional, que vamos a simplificarlo, para una mayor comprensión y sistematización, en tres grandes bloques, que tienen características comunes a la hora de su medición y graduación, y dentro de estos nos limitaremos a tres de sus componentes: La deficiencia, la limitación para actividades y la ayuda personal.

1°	2°	3°
Estructuras y funciones del cuerpo	Actividades que realiza la persona	Contexto con el que interactúa
(Deficiencias)	(Limitaciones y Restricciones)	(Ayudas personales o técnicas y Barreras)

1º. EL CUERPO - LA DEFICIENCIA

El problema se sitúa en las estructuras y funciones alteradas del cuerpo, esencialmente en el terreno bio-médico, con métodos bastante objetivos de medición. Como ejemplo de herramienta de valoración estaría el sistema de valoración de deficiencias de la Asociación Médica Americana.

La valoración de la deficiencia ha sido tradicionalmente, y lo sigue siendo en la actualidad, en todas las administraciones y estados, el método más utilizado para la valoración de problemas de discapacidad, ya que es el que ofrece un sistema de medición más específico, objetivable y estandarizable. Por ejemplo: A la pérdida de un miembro inferior se le asigna un valor porcentual del 40% sobre el total de la persona, a partir de este valor, se aplica a otras tablas o baremos, solo, sumado, o lo que suele ser peor, "mezclado" con otros. Es la base de múltiples baremos indemnizatorios, de seguros privados, minusvalías, laborales, judiciales... pero en líneas generales, y como veremos más adelante en el estudio comparativo entre instrumentos de medición de la dependencia, las deficiencias (con la excepción de las funciones excretorias digestiva y urinaria y alguna cognitiva) no parecen interesar mucho a estos baremos, ya que en general no aportan suficiente información sobre la gravedad de la dependencia. Por ejemplo: La valoración o graduación de la persona anterior con la amputación del miembro inferior, no será problema a la hora de tener información sobre su deficiencia y valorarla, lo podremos hacer sin ver a la persona, con un simple informe de alta hospitalario; ahora bien, graduar el nivel de dificultad para desplazarse, y los apoyos o dependencia de otras personas que puede requerir, va a ser otro problema distinto, y nos va a obligar a observar a la persona desplazándose en su medio.

2º. LAS ACTIVIDADES - LA LIMITACIÓN PARA REALIZAR ACTIVIDADES

Se trataría simplemente de observar el "funcionamiento" que tiene la persona a la hora de realizar diversas actividades. En el ejemplo anterior, sería cuestión de observar como se desplaza. En teoría, tendría que ser más sencillo que la valoración de la deficiencia, menos técnica, no tendría que realizarla necesariamente un

profesional sanitario, lo podría realizar cualquier profesional entrenado y reconocido oficialmente para hacerlo, sobre todo cuando se realiza para un tipo de actividad concreta y/o cotidiana (actividades domésticas, desplazarse, higiene personal...) Pero su problema radica en la subjetividad: nos vamos a encontrar con problemas de medición y colaboración, de más difícil objetivación que en el caso de las deficiencias, lo cual nos dará como resultado una mucho menor fiabilidad.

La persona no puede, no sabe, o no quiere, hacer esa actividad? En los casos que no sabe: Deberíamos esperar hasta que aprenda? Deberíamos considerar el aprendizaje como ayuda? Habría que considerar una persona que no realiza una actividad por diversos motivos diferentes a su discapacidad? (comodidad, religión, costumbres, sobreprotección, etc.) O que no está de acuerdo de cómo la hace? Quizás por estos motivos, es por lo que la CIF pretende introducir, en revisiones futuras, el denominado "quinto calificador" en el que se trataría de medir el grado de implicación o de satisfacción subjetiva, a la hora de valorar la realización de una actividad, y que a su vez estaría ligado, a lo que actualmente se identifica como calidad de vida, o percepción subjetiva de bienestar.

Podemos observar a la persona realizando esas actividades? Se le valora en el contexto en el que está en ese momento, o en un contexto adaptado al que supuestamente va a ir? Es correcto hacer inferencias, por parte del evaluador, sobre lo que puede, o no puede, hacer una persona sin observarlo? Por último, a qué nivel de sensibilidad / graduación queremos llegar: puede / no puede; de 1 a 10; de 1 a 100, en dos grupos; en cinco clases; etc... Por otra parte, el problema se va incrementando a medida que vamos sumando actividades y/o objetivos, ya que si queremos hacer una valoración "global" de la persona, para conseguir un nivel de sensibilidad adecuado tenemos que considerar cientos de ellas (como hace la AARM por ejemplo)

Independientemente de la dificultad de medirlas, si parece constatarse, que el estudio de la dificultad o imposibilidad para realizar diversas actividades, va a constituir el elemento central de los baremos de graduación de la dependencia.

3º. EL CONTEXTO - LA NECESIDAD DE AYUDA DE OTRA PERSONA

En los casos en los cuales la persona tiene graves limitaciones o imposibilidad para realizar ciertas actividades, va a requerir de ayudas de otros, para realizarlas, es decir, se va a hacer dependiente de alguien de su entorno. Muchos baremos optan por la medición de esta ayuda, en lugar de medir las actividades

Graduar el nivel de ayuda es más sencillo que los anteriores? La respuesta nuevamente es que no, ya que la ayuda de otra persona va a estar condicionada por una serie de factores contextuales ambientales y personales (lo mismo que decíamos en las limitaciones) que harán que el nivel de ayuda pueda ser muy variable, en cantidad y en cualidad, lo cual va a requerir medir intensidad (en horas y minutos); la frecuencia (diaria, semanal,...); quien la presta (familiares, auxiliares, enfermeras..); nivel de satisfacción y preferencias; la variabilidad... Por ejemplo: el método RAI defiende que el nivel de ayuda /dependencia varía de un día a otro, recomiendan realizar el baremo, con la observación directa y repetida de los actos valorados en el baremo (actividades dentro de una residencia de media-larga estancia), por diversos observadores y en un periodo mínimo de siete días.

Posteriormente, se trata de realizar una traducción de los tiempos, en ratios estandarizados según profesionales, crear periodos de isovaloración o isogrupos, según las necesidades asistenciales (algunos llegan a crear hasta 80 grupos de clasificación) Todo esto acompañado de la irrupción de protocolos sistematizados informatizados, que ofrecen una mayor sensibilidad, a costa de una compleja comprensión y manejo para personal no entrenado. Graduar y medir el nivel de ayuda requerido, quizás sea de los tres elementos descritos, el más complejo.

4º. CONCLUSIONES EN CUANTO A LOS COMPONENTES DE LA DISCAPACIDAD QUE SE VALORAN EN LAS ESCALAS DE DEPENDENCIA

De lo dicho anteriormente podemos deducir que la medición de la dependencia dependerá fundamentalmente del estudio de ciertas actividades en las cuales se va a necesitar de ayuda de otra persona y de la intensidad de esta, pero sin dejar de

tener en cuenta su interacción con el contexto ambiental y personal, ni con las deficiencias

Una cuestión que puede suscitarse, es si con la valoración de solo uno, de los componentes anteriores (las deficiencias, las limitaciones para realizar actividades o la necesidad de ayuda) sería posible extrapolar el nivel de gravedad a los otros. En algunas patologías ya se hace. Por ejemplo: Se considera que la valoración de la deficiencia de las EEII, va a ser equiparable a la valoración de los problemas para realizar la actividad de andar y a la necesidad de ayudas técnicas (bastones, ortesis, sillas de ruedas...); En otros casos se equipara la necesidad de ayuda de otra persona, a la gravedad de la deficiencia (en el retraso mental o en el Alzheimer). En general, se podría decir que los casos de personas con discapacidad / dependencia grave y total, la graduación de las deficiencias, de las limitaciones y de las ayudas, pueden ser más o menos equiparables, a grosso modo y con amplios grupos de inclusión, situación que no ocurre en numerosos casos de personas con dependencia leve y moderada.

Por tanto, a medida que queramos obtener mayor sensibilidad y/o especificidad en la valoración de la dependencia, tendremos que ir diferenciando y midiendo los tres componentes; deficiencia, actividades, y ayuda, sin prescindir de ninguno de ellos.

3.2. Identificación de las escalas de dependencia

En la actualidad, nos encontramos aún lejos de conseguir un método o instrumento unificado y consensuado internacionalmente, para la valoración de las situaciones de dependencia, quizá por alguno de los motivos que apuntábamos en la introducción, pero sin duda por la universalización del problema y su pluridisciplinaridad, afectando a problemas no solo de tipo socio sanitario, sino también cultural, económico o contextual, de difícil estudio, sistematización e implementación hasta la fecha. Esta falta de unificación nos trae como lógica consecuencia, los múltiples

criterios para definir y clasificar la dependencia, así como cientos de baremos y escalas "validados" para la graduarla.

La primera dificultad, es simplemente el identificar las tablas, índices o baremos que se utilizan para valorar la dependencia, ya que casi ninguno hace referencia explícita a ello. Así, nos encontraremos con Índices, Tablas o Baremos a los cuales se les denominará: de las Actividades de la vida diaria (AVD); de Clasificación Funcional; Medida de Independencia Funcional (MIF); Funcionamiento físico y problemas estructurales (RAI); de Necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP); de cuidados de larga duración; de Incapacidad Física; de Incapacidad Funcional; de autovalimiento; de Autonomía, de Adaptación a las dificultades para realizar de forma independiente o autónoma las actividades de autocuidado, con el calificativo de "*funcionales*" (de incapacidad funcional; de independencia funcional) desde que Barthel clasificara una serie de actividades que denominó "básicas" como "clasificación funcional". Creándose de esta forma una confusión, con la clasificación de las *funciones corporales* (respiratoria, cardiovascular, mentales, metabólicas,...) y que la CIF clasifican en un grupo a parte, desdibujando de este modo, la diferencia que quiere marcar la CIF entre la limitación para realizar actividades del individuo en su contexto, y las deficiencias de las estructuras y de las funciones del cuerpo. Otros identifican el término funcional como la expresión de la capacidad del individuo de vivir independientemente en su medio. También podría entenderse -y ser motivo de confusión- por incapacidad funcional, la incapacidad para el buen "*funcionamiento*" del individuo en realizar cualquier actividad, según el concepto de funcionamiento de la CIF, pero para esto la CIF aconseja el uso del termino global **Discapacidad**.

Otro termino a destacar, nuevamente confuso, es el termino *autonomía* usada a modo de antónimo de la palabra dependencia, confundiéndose con el de autodeterminación (como capacidad de decisión sobre su propia vida) con el que se usa actualmente, cada vez con más frecuencia. Como ejemplos: La Ley del testamento vital que recoge el "derecho a la *autonomía* del paciente y al consentimiento informado", o en la recomendación del Consejo de Europa R(98)9 "Se considera que el principio de *autonomía* para personas dependientes debe ser una guía para toda política relativa a personas en situación de dependencia".

Por último, la valoración de la dependencia suele estar, en muchos casos, solapada en una serie de valoraciones denominadas *multidimensionales*, *globales* o *integrales*. y cuyos objetivos van normalmente mucho más allá del estudio de los problemas de funcionamiento /discapacidad y dependencia de la persona, como son el del seguimiento de los tratamientos, planificación y adecuación de servicios, coordinación de profesionales y cuidadores, etc.

Después de esta primera denominación, nos encontraremos frecuentemente con un "apellido", que se corresponde con el nombre de la persona o institución que realizó en su día la tabla, o el uso administrativo que se le da a dicho baremo: Barthel, Kuntzman, Cruz Roja, de asignación de recursos, de ingreso en residencias, etc.

3.3. Descripción de las escalas de dependencia más utilizadas.

Para tratar de identificar y describir estas tablas y baremos, nos basaremos en el reciente trabajo "Discapacidad / Dependencia: Unificación de criterios de valoración y clasificación".⁴ Es este un estudio comparado de una veintena de tablas y baremos, de las más frecuentemente empleadas en la actualidad en estamentos sociales y sanitarios, para graduar la dependencia. Y que a su vez, nos va a servir para realizar un resumen del contenido de alguno de ellos. La gran mayoría de estos baremos, son usados para valorar en diversos estamentos administrativos, residenciales y socio-sanitarios, el nivel de dependencia.

⁴ Querejeta M. Discapacidad / Dependencia : Unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO 2004.

Entre paréntesis se hace referencia a la especialidad o el uso que más corrientemente se les da; a continuación, los parámetros claves en los que se basan y, por último, el tipo de escala numérica utilizada:

1) **Conjunto Mínimo de Datos (CMD) del RAI** (Control de recursos asistenciales y financiación en media larga estancia socio-sanitaria; geriatría); Proporciona una serie de datos, sobre los problemas más frecuentes y la evaluación del funcionamiento /discapacidad de los residentes y que pretende ser útil tanto para la gestión como para determinar los objetivos asistenciales diarios. El número de ítems es numeroso, superando el centenar, agrupados en 11 secciones, recogiendo datos de diverso tipo, si bien el grueso de los ítems, hace referencia a las dificultades para realizar diversas actividades. Sucesivas revisiones van centrando el problema en los apartados de patrones cognitivos y "funcionamiento físico", acotando dentro de este apartado (Sección E. Funcionamiento físico y problemas estructurales) ocho de estas actividades como " actividades de vida diaria"(AVD) (3 de movilidad: movilidad en cama, traslados y deambulación; y 5 de autocuidado: vestirse, comer y beber, usar el aseo, higiene personal y baño). Gradúa la dependencia en cinco grupos: Independientes; Supervisión; Ayuda limitada; Ayuda ampliada y Dependencia total:

2) **Método PLAISIR**. (Financiación de personas dependientes en hospitales de larga estancia). Sistema informatizado para la medición individualizada de los cuidados de enfermería requeridos por una persona en hospitales de larga estancia. Se realiza una estimación "teórica" de la carga de trabajo mediante un sistema de puntos, asignándole a cada punto un tiempo determinado. Recoge diez apartados sobre los que se centran los cuidados. Los seis primeros hacen una mayor referencia a problemas de funcionamiento / discapacidad, que denomina cuidados "básicos" (comer y beber, eliminación, higiene corporal y cuidado de las partes del cuerpo, movilización, y comunicación) y los otros cinco a cuidados más específicos de enfermería que, denomina cuidados técnicos

(terapéutica respiratoria, terapéutica por perfusión, terapéuticas especializadas, toma de medicamentos y medidas diagnósticas). Sobre estos diez grupos, compuestos por un centenar de ítems, se pueden distinguir en total unas 180 intervenciones, que a su vez pueden ser modificadas por cinco parámetros que gradúan la ayuda prestada.

- 3) **Escala de Evaluación de la Capacidad Adaptativa (EVALCAD)** (Propuesta por la Asociación americana del Retraso Mental en los años 80 y que ha ido evolucionando a otras herramientas como el ICAP - Inventario para la planificación de servicios y programación individual- de uso en centros de atención a personas con deficiencias de funciones mentales) Recoge 40 apartados, divididos en tres grandes grupos; el primero (20 apartados) de autonomía personal; el segundo (11 apartados) de aspectos académicos; y el tercer grupo (9 apartados) a aspectos de comportamiento social. Cada apartado se subdivide en varios ítems, dando lugar de aproximadamente 200. Graduándose estos, a su vez, en tres niveles de gravedad de capacidad de realización y en otros tres niveles de "uso" real de dicha capacidad.
- 4) **Escala de Intensidad de Soporte (SIS)** (valorar la intensidad de la ayuda en personas con discapacidad por retraso mental) herramienta también propuesta por la AARM. Toma como referencia los grupos de actividades de las áreas de "habilidades adaptativas" (Comunicación, cuidado personal, vida de hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo) y añade un área de Necesidades excepcionales de soporte a nivel médico y conductual, en total unos 83 ítems. Introduce diversas variables para cada parámetro, como son la frecuencia, el tiempo diario y el tipo de ayuda, realizadas por diversos observadores, y las interrelaciona con un sistema estadístico de perfiles estándar y percentiles. Obteniendo finalmente una puntuación final total
- 5) **Escala de estado de disfunción Ampliada de Kurtzke (EEDA)** (Neurología); Recoge un grupo 7 funciones corporales (denominados sistemas funcionales) de entre las neuromusculoesqueléticas, sensoriales y continencia, graduándolas de

0 a 9, según su gravedad, y posteriormente las combina con actividades de movilidad (andar independiente y con ayudas técnicas, desplazamiento con silla de ruedas manual o con motor, transferencias, uso de las manos y brazos, permanecer acostado) y actividades "cotidianas" (que no especifica), funciones de "de cuidado personal" (que no especifica) comunicarse y comer /tragar. Obteniéndose finalmente una escala de gravedad de 0 (normal) a 9.5 (totalmente "desvalido"). En conjunto se manejan unos 36 apartados

- 6) **Escala de Kuntzman** (ingresos y financiación en de media /larga estancia geriátricas) Recoge un total de 9 grupos, que a su vez se gradúan en tres niveles: Por un lado 3 sobre la necesidad de ayuda para las actividades de cuidado personal: alimentación, lavado, vestido. Otro también de autocuidado, actividades relacionadas con la higiene relacionada con la excreción (que no se incluyen dentro del anterior). Un tercer grupo de actividades de movilidad (marcha independiente o con ayuda técnica o personal, desplazamiento en silla de ruedas, y transferencias. Un cuarto grupo de cuidados de salud (médicos, de enfermería y de rehabilitación). Y finalmente un quinto grupo que hace referencia a las dificultades en actividades de comunicación, de relación y de conducta por presentar trastornos mentales. En total se estudian unos 14 ítems. Estos grupos, en un segundo tiempo, se gradúan de 0 a 2 puntos según una escala jerárquica previa, obteniéndose una escala final de 0 (independiente) a 10 puntos (dependencia máxima).
- 7) **Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona /ATP** (Condición legal de persona con discapacidad y dependencia en el estado español /ingresos residenciales); Recoge unos 40 ítems distribuidos en 5 grupos de actividades: 1. De autocuidado (vestido, lavado higiene de las partes del cuerpo, higiene de la excreción, comer, beber y cuidado de la propia salud); 2. De movilidad (marcha y desplazamientos, con ayudas técnicas o personales, cambiar y mantener la posición del cuerpo, mover y usar objetos); 3. De comunicación; 4. De interrelaciones personales; 5. De tareas generales y un 6º grupo de necesidad de ayudas personales o técnicas especiales. Se gradúa cada actividad como si puede o no puede, con una puntuación preestablecida, obteniéndose una escala de 0 a

72 puntos. Se considera oficialmente como "dependiente" a la persona que obtenga 15 o más puntos en esta escala.

- 8) **Índice de Barthel o de clasificación funcional o de AVD básicas** (rehabilitación, geriatría, ingresos residenciales); Recoge 10 apartados, 8 grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales deposición y micción. La escala varía entre 100 (independiente) y 0 (dependencia máxima)
- 9) **Índice de Lawton o AVD instrumentales** (rehabilitación, geriatría, ingresos residenciales); Se ha querido usar para completar las actividades "básicas" que recoge el Índice de Barthel. Recoge 8 grupos de actividades para la mujer (uso de teléfono, compras, preparación de comida, trabajos domésticos, lavado de ropa, transporte, control de su medicación y capacidad de encargarse de sus finanzas) en el varón solo se reconocen 5 grupos, ya que en el varón no se recogen los grupos: prepara comida, realiza trabajos domésticos, ni lava la ropa. Cada grupo se subdivide en 4 o 5 ítems según la gravedad. La puntuación oscila de 8 a 0 en mujeres y de 5 a 0 en varones.
- 10) **Índice de Katz** (rehabilitación, geriatría); Recoge 6 apartados; 5 grupos de actividades (baño, vestido, uso del retrete, transferencias y alimentación) y la función corporal continencia, dando la posibilidad de añadir "otro" no especificado. Realizando una graduación en 8 niveles desde el "A" (mínima independencia) al "G" (máxima dependencia). Se especifica claramente que el nivel mínimo no es de "independencia" sino de dependencia ligera.
- 11) **Índice de Karnofsky** (hematología /oncología /medicina interna); Se emplea a nivel hospitalario y valora la evolución desde la capacidad para desarrollar una actividad normal o un trabajo activo, pasando por la graduación de ayuda para "cubrir sus necesidades" a llegar a estar totalmente incapacitado y hospitalizado con cuidados especiales. Se gradúa de 100 a 0, en 10 grupos, según su mayor grado de dependencia.

- 12) **Escala de incapacidad de la Cruz Roja** (ingresos residenciales); Recoge de forma global 2 grupos de actividades (la marcha y los "actos de la vida diaria"), la función corporal continencia y la necesidad de cuidados de enfermería, graduándolos en 6 niveles de 0 (independiente) a 5 (máxima dependencia)
- 13) **Índice de Kenny** (rehabilitación,); Recoge 6 grupos, que estudian 17 actividades 8 de movilidad (Transferencia del cuerpo mientras se está acostado, mientras se esta sentado, permanecer sentado, permanecer de pie, andar, trepar escaleras y desplazarse utilizando silla de ruedas) y 9 de autocuidado (vestirse ropa, calzado, lavarse partes individuales del cuerpo, cuidado de partes del cuerpo, higiene relacionada con la excreción y alimentación). Cada grupo se gradúa de 0 a 4 según la dificultad para realizar dicha actividad (0 independiente, 4 dependiente total), obteniéndose finalmente una escala que oscila entre 0 (independiente y 24 máxima dependencia).
- 14) **Medida de la Independencia funcional (MIF) (FIM)** (rehabilitación /neurología). Consiste en 18 ítems divididos en seis categorías, que se denominan de cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social. Cada ítem puede evaluarse en siete niveles de 1 a 7 de acuerdo con el nivel de ayuda, de tal forma que el resultado final total puede registrarse entre 18 a 126. A partir de esta se ha desarrollado el FAM (Medida de Evaluación Funcional) que amplía los ítems relacionados con los problemas cognitivos y psicosociales.
- 15) **Índice AVD del Grupos de Utilización de Recursos /RUG-III** (recursos asistenciales en centros media /larga estancia; rehabilitación) El objetivo es conseguir grupos de personas residentes en centros de media y larga estancia con demandas asistenciales similares. Diferencia siete categorías que pueden generar un total de 44 grupos distintos de usuarios. Diferencia dos grandes grupos: I.- Índice de AVD: en el cual considera 4 actividades como "actividades de vida diaria" (Movilización en cama, uso del retrete, transferencias y alimentación) y las puntúa según la necesidad de ayuda, en cuatro niveles, dando valores de entre un mínimo de 4 puntos y un máximo de 18 puntos. II.-

Clasificación Clínica: En la que se tienen en cuenta 7 subgrupos de problemas médicos o clasificación clínica (Rehabilitación, Cuidados intensivos, cuidados especiales, deterioro cognitivo, alteraciones de conducta y funciones físicas reducidas).

16) **Perfil de autonomía (Ayuda de tercera persona) Mélenec.** (Método de valoración de deficiencias, discapacidades y daño personal utilizado en el Estado Francés). Si bien es un método orientado, fundamentalmente, para valorar problemas de estructura y función corporal, también propone una tabla de valoración de la dependencia. Recoge un total de 30 actividades divididas en dos grupos. I. Autonomía física para: 1. Actividades "esenciales de la vida cotidiana"(12); 2. Actividades domésticas(6); 3. Desplazamientos(6) y II. Autonomía intelectual (6). Y los clasifica finalmente en función de si necesita ayuda en las actividades esenciales en uno, varios, la mitad, la mayoría o la totalidad de los mismos; También valora si haciéndolo, necesita de estímulo o vigilancia; y por último el número de horas diarias o semanales que requiere ayuda.

17) **Variables discriminantes de la escala del AGGIR** /Grupos de Isorrecurso de Autonomía Geriátrica (sistema oficial de valoración de la dependencia en el estado Francés) Permite clasificar a las personas en cinco grupos en función de su nivel de dependencia, (extremadamente, muy fuertemente, fuertemente, moderadamente y débilmente dependientes). Para ello recoge 10 grupos de "actos esenciales de la vida" (cuatro de autocuidado: lavarse, vestirse, comer y excreción; tres de movilidad: Transferencias, desplazarse por el interior y desplazarse por el exterior; una de relaciones interpersonales: coherencia en la conversación y el comportamiento; otra de comunicación: comunicación a distancia mediante aparatos, y una última que hace referencia a la función mental orientación) que se valoran en tres niveles de gravedad cada uno y mediante una combinación de estos conforman los grupos de dependencia.

18) **Variables ilustrativas de la escala del AGGIR** /Grupos de Isorrecurso de Autonomía Geriátrica (sistema oficial de valoración de la dependencia en el estado Francés) Sirven para describir otras áreas en las que se puede dar dependencia pero que no se consideran tan "esenciales" como los anteriores. Constituyen siete grupos (tres de actividades de la vida doméstica: Preparar comidas, tareas domésticas y adquisición de lo necesario para vivir; una de movilidad: Desplazarse utilizando medios de transporte; una de autocuidado: seguimiento del tratamiento; otra de áreas principales de la vida: gestiones y transacciones económicas básicas; y una última de vida comunitaria y social: actividades de tiempo libre.

19) **Guías para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes de la American Medical Association (AMA)** (Valoración del grado de la deficiencia corporal en Personas con discapacidad) A pesar de que, como su nombre indica, las Guías AMA tratan de graduar las deficiencias de las estructuras y funciones corporales, también reconocen como objetivo, entre otros, el de representar una estimación del grado en que ha disminuido la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria. Divide estas en 9 grupos: de Autocuidado o higiene personal; de Comunicación; de Actividad física intrínseca y funcional; de Función sensorial; de Funciones de las manos; de Transporte; de Función sexual; de Sueño; y por último de Actividades Sociales y ocio. De esta forma las Guías AMA, ocasionalmente, usan la afectación en la capacidad para la realización de las actividades de la vida diaria, para calcular el grado de deficiencia en problemas de difícil objetivación y/o medición, como pueden ser el caso de enfermedades degenerativas del sistema nervioso.

4. Las actividades de la vida diaria

Si bien el estudio de la dependencia, como hemos dicho anteriormente, parte del estudio de las enfermedades y deficiencias que presenta la persona, los métodos más corrientemente utilizados para la medición de ésta, no van a estar unidos a la gravedad de éstas, ni a la medición de parámetros biomédicos, si no que se van a basar en la capacidad de las personas para realizar diversas actividades cotidianas. En concreto, se va a ligar invariablemente la dependencia con la necesidad de ser ayudado en la realización de unas poco especificadas AVD (Actividades de la Vida Diaria) que reciben diversos nombres según la escala usada: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Esenciales de la Vida Diaria, Actividades Cotidianas, Actividades más Necesarias de la Vida, Actividades adaptativas, Actividades avanzadas Actividades Domésticas, Actividades Funcionales, Corrientes, Estructurales o Instrumentales de la Vida Diaria.

Se han tratado de definir de forma más o menos afortunada como: "Aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social".

También en diversos medios, se suelen clasificar u ordenar, con criterios normalmente solapados, y entre otras en: básicas, instrumentales y avanzadas; funcionales, situacionales y laborales; básicas y domésticas... De esta forma hay tablas que consideran actividad "básica" subir escaleras (Barthel) o usar el teléfono (AGGIR) o bien hacer la siesta (CDM) y otros no consideran actividad "diaria" vestirse o lavarse (RUG-III), otros baremos pueden incluirlas como instrumentales...En general son muy pocos los baremos que explican el por qué eligen esas actividades y no otras, o cual es el contexto en el sería apropiado aplicarlo. Todo ello suele traer como consecuencia, la interpretación - de nuevo reduccionista- de que cualquier baremo de dependencia en el que aparecen las siglas AVD, esta midiendo actividades "habituales" que se pueden extrapolar a cualquier

persona y en cualquier contexto , y eso no siempre suele ser así. Por ejemplo: El método RUG III considera como AVD las que puede realizar una persona en el interior de una habitación hospitalaria (Movilización en cama, uso del retrete, transferencias y alimentación)

Diversos autores y disciplinas clasifican estas actividades "cotidianas" de forma y profundidad muy variable, encontrándonos con unas 20 que se repiten frecuentemente, pero con escalas que apenas recogen 4 o 5 ítems, hasta algunas que recogen más de un centenar. Existen significativas diferencias a la hora de considerar como "corrientes" algunas actividades diarias, como podremos comprobar en el estudio comparativo siguiente. Así, nos encontramos con que todas las encuestas sociológicas, toman en consideración de forma importante las actividades de vida doméstica y las de desplazamientos por distintos lugares, uso de medios de transporte o transacciones económicas básicas o las de tiempo libre y ocio, que en los baremos y tablas de valoración de la dependencia aparecen de una forma mucho más secundaria. Por otro lado en algunas actividades ocurre lo contrario, como en el caso de las de actividades relacionadas con procesos de excreción, que se consideran secundariamente en las encuestas sociológicas y de forma destacada en los baremos.

En este terreno la Asociación Americana de Retraso Mental, quizás haya sido -junto con la OMS- los que han realizado estudios más pormenorizados de todas estas actividades. Así definía las limitaciones en el "desenvolvimiento corriente" de la persona como las que se daban en las siguientes áreas de "habilidades adaptativas": Comunicación, cuidado personal, vida de hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo. Y que más recientemente sintetiza en cuatro "áreas": Motórica; del lenguaje y la comunicación; del cuidado personal; y de vida en la comunidad.

El RD 1971/1999 de 23 de diciembre, *de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía*, es la única normativa legal que a nivel estatal, trata de acotarlas. En las normas generales descritas en el primer capítulo se definen las actividades de la vida diaria como: "Aquellas que son comunes

a todos los ciudadanos” y se toman como referencia las que propone la Asociación Medica Americana en 1994, la cual diferencia las AVD en dos grandes bloques 1) Las de autocuidado: Vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal 2) Otras actividades de la vida diaria: Comunicación; Actividad física intrínseca (levantarse, vestirse, reclinarse...) y funcional (llevar, elevar, empujar...); función sensorial (ver, oír...); funciones manuales (agarrar, sujetar, apretar..), transporte (se refiere a la capacidad para utilizar los medios de transporte); función sexual; sueño y actividades sociales y de ocio. La cuestión se complica algo más en los capítulos que hacen referencia a la valoración de enfermedad mental y retraso mental, ya que no siguen los criterios de las normas generales, usando terminología distinta, hacen otra definición de actividades de vida diaria, de la vida cotidiana, de la vida autónoma, incluyen las actividades laborales...

Habría que recordar aquí, que a partir de la aprobación de la CIF por la OMS, las AVD ya están claramente identificadas, definidas, clasificadas y consensuadas internacionalmente en nueve grupos de actividades, y por tanto, sería el momento de hacer “borrón y cuenta nueva” con todo lo anterior, y comenzar a utilizar un lenguaje comprensible por todos.

La CIF clasifica las actividades de la vida de un individuo en nueve grupos:

- 1º - Aprendizaje y aplicación del conocimiento**
- 2º - Tareas y demandas generales**
- 3º - Comunicación**
- 4º - Movilidad**
- 5º - Autocuidado**
- 6º - Vida doméstica**
- 7º - Interacciones y relaciones personales**
- 8º - Áreas principales de la vida (Educación /Trabajo /Economía)**

9º - Vida comunitaria, social y cívica

La dependencia podría estar relacionada con cualquiera de ellas. Así se puede tener dependencia en la movilidad, en la comunicación, en el autocuidado, en las tareas de la vida doméstica... También habría que dejar claro que todas las actividades pueden ser de "la vida diaria o cotidianas" y realizarse con frecuencia casi diaria o habitual; así las de un escolar será estudiar, las de un camionero conducir, las de un ama de casa realizar las labores domésticas etc.

Con el fin de facilitar su utilización la CIF intenta resumir mediante una denominada "Check list" o "Lista de Comprobación" o "Lista Breve" los ítems que considera fundamentales, dentro de cada categoría, e intenta ser una herramienta práctica, que resuma la exploración de los casos. En esta "lista breve" y en la categoría de "actividades y participación" nos encontramos con 48 ítems, que se corresponden con aquellos, que según los estudios previos realizados de tipo intercultural, en todo el mundo, se consideran como más importantes a escala internacional para resumir las actividades que realiza un individuo, o que por lo menos son los que le interesan más a la OMS, a la hora de recoger información sobre el funcionamiento y la discapacidad de los individuos. Por tanto, también la CIF nos aportaría la posibilidad de consensuar internacionalmente, cuales podrían considerarse como representantes de las actividades más "corrientes" de la vida diaria.

4.1. Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

A parte de que todas las escalas traten de identificar y graduar la limitación para realizar diversas actividades de la vida diaria (AVD) parece existir una preocupación en diferenciar dentro de estas, cuales son las más "básicas" o cotidianas.

Una forma sencilla sería definir las como: "las actividades más elementales de la persona que le permiten la autonomía e independencia básicas". Mucho más problemático es concretarlas.

Sí parece existir una diferencia entre una serie de actividades que resultarían "intrínsecas" o "estructurales" a las personas, en las cuales la finalidad de la actividad estaría en el bienestar psico-fisiológico del propio cuerpo (actividades de autocuidado, andar, movilizarse, comunicarse, resolver problemas...) y otras "extrínsecas" o "instrumentales" en las cuales se trataría de hacer algo no directamente sobre el propio cuerpo, sino de interactuar sobre un objeto o situación externa al individuo, aunque íntimamente relacionada con su bienestar (lavar la ropa, preparar la comida, realizar compras, conducir un vehículo, relaciones sociales...). Esta primera diferenciación parece que nos orienta hacia una mayor importancia de las primeras sobre las segundas en relación con la supervivencia, sin embargo no nos soluciona el problema de discriminar cuáles son las más habituales o cotidianas, ya que entre las segundas se encuentran gran número de ellas.

En el trasfondo de muchas escalas y clasificaciones nos encontramos frecuentemente con la necesidad de solucionar problemas concretos, para colectivos particulares, por ejemplo: traducir la dependencia a tiempo de atención directa, es decir el tiempo de dedicación que va a requerir la persona con dependencia por parte del cuidador y en función de esta el coste que va a generar. Respecto a esto se tiende a diferenciar entre las actividades imprescindibles para la subsistencia, previsibles en número, de escasa variabilidad en cuanto a su duración y medibles (las actividades de autocuidado, desplazamientos, preparar la comida y la necesidad de cuidados especiales, fundamentalmente) de otras actividades que pueden considerarse como menos necesarias para la subsistencia, variables en duración, no tan previsibles en número o de difícil medición (actividades domésticas más generales, de relaciones interpersonales, actividades de aplicación del conocimiento, de comunicación, de vida económica, de vida comunitaria, etc.)

Por ultimo, en el RD 1971/1999 parece que se identifican las actividades "básicas" con las de autocuidado que propone la Asociación Medica Americana y que son: Vestirse, comer, evitar riesgos, aseo e higiene personal... Desgraciadamente finaliza esta lista en puntos suspensivos.

De todas estas actividades –a excepción de las de autocuidado, en las que no parece haber muchos problemas en identificarlas– tratar de elegir cuales son las más básicas o cotidianas, nos lleva por un lado a dejarnos algunas -y a pecar de parcialidad- si queremos hacer una lista corta, o a tener que confeccionar una lista con numerosas actividades, diluyéndose la idea de identificar las más "básicas". La elección de estas actividades, va a ser uno de los quebraderos de cabeza a la hora de elaborar un baremo. A continuación, con la ayuda de la CIF, trataremos de identificarlas

4.2. Identificación de parámetros en las escalas de valoración de la dependencia.

Una de las cuestiones que surge ante tal número de tablas, escalas y baremos, es la de si los parámetros que miden unas y otras son realmente distintos -lo cual justificaría esta diversidad- o si por el contrario son en general los mismos. Y si esto último es así ¿Cuáles son los parámetros comunes de todas estas escalas?. Seguiremos el desarrollo del trabajo de comparación de baremos.

4.2.1. Número de parámetros

La primera comparación se centra en el número de parámetros o problemas que cada tabla o baremo considera de importancia, a la hora de identificar y valorar la dependencia, autonomía o necesidad de ayuda. Ordenando las tablas o baremos de menos a más, por el número aproximado de ítems que recogen para valorar la dependencia, obtendremos una primera lista, que a modo orientativo, puede darnos

una primera aproximación sobre el nivel de complejidad o especificidad de las mismas.

Tabla 1: Número de parámetros

1. Índice AVD del RUG-III	(4)
2. Escala de incapacidad de la Cruz Roja	(4)
3. Índice de Katz	(6)
4. de variables ilustrativas AGGIR	(7)
5. Índice de Lawton	(8)
6. Índice de Norton	(9)
7. Escala Kuntzman/Sakontzen	(9)
8. Escala Índice de Barthel	(10)
9. Índice de Karnofsky	(10)
10. Escala de variables discriminantes AGGIR	(10)
11. Índice AVD + clasificación clínica del RUG-III	(11)
12. Indicador de Autonomía de la DFG	(15)
13. Índice de Barthel + Índice de Lawton	(16)
14. Variables discriminantes + variables ilustrativas AGGIR	(17)
15. Índice de Kenny	(17)
16. Medida de la Independencia Funcional (MIF)	(18)
17. Baremo de Necesidad de Residencia de Álava	(22)
18. Perfil de Autonomía Melenec	(32)
19. Escala de Estado de Disfunción Ampliada de Kurtzke	(36)
20. Baremo de necesidad de Ayuda de Tercera Persona (ATP)	(40)
21. Método PLAISIR	(99)
22. Conjunto Mínimo de Datos del RAI	(100)
23. Escala de Evaluación Adaptativa (EVALCAD)	(200)

Observaciones: Según podemos observar en la tabla anterior la variabilidad es muy importante, pudiendo ir desde cuatro hasta más de 200 variables. En ocasiones detrás de esta diferencia tan importantes de ítems nos encontramos con dos filosofías distintas: por un lado la de las valoraciones **reduccionistas o unidimensionales** (cuyo ejemplo sería el Índice de Barthel), que tratarían de obtener una valoración a partir del estudio de muy pocos ítems (fundamentalmente de actividades de autocuidado) y extrapolar el resultado a la situación de funcionamiento y de dependencia de la persona. Y aquellas escalas de carácter **global o multidimensional** con más de 100 ítems en las cuales nos encontramos con la necesidad de obtener tanto una sensibilidad mayor en cuanto al funcionamiento del individuo en diversas actividades específicas (educación, laboral, relacional...), como el obtener información sobre otras áreas relacionadas con la dependencia, como el tipo de cuidados, tiempos de asistencia, evaluación de calidad, etc.

4.2.2. Estudio comparado cualitativo de ítems

Usando como referencia la CIF se van recogiendo los problemas referentes a las estructuras y funciones corporales, actividades del individuo y factores contextuales que aparecen reflejados en cada escala o baremo como susceptibles de tener en cuenta, a la hora de identificar y medir la necesidad de ayuda que puede necesitar la persona estudiada. Estos datos se clasifican según los dos primeros niveles de complejidad que preconiza la CIF: el más general mediante la lista de la Clasificación de Primer Nivel de la CIF (La metodología llevada se puede observar en la gráfica 1); .Otro más detallado mediante la lista de la Clasificación de segundo Nivel de la CIF. Comparando dichas listas obtenemos un perfil cualitativo, sobre los componentes de la discapacidad comúnmente estudiados por la mayoría de los baremos.

AUTOCAUIDADO	21
PRODUCTOS Y TECNOLOGIA	21
MOVILIDAD	20
COMUNICACIÓN	14
FUNCIONES DE LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO	13
FUNCIONES GENITOURINARIAS Y REPRODUCTORAS	13
APOYO Y RELACIONES	12
FUNCIONES MENTALES	11
APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	7
VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CIVICA	7
FUNCIONES SENSORIALES Y DOLOR	6
INTERACCIONES Y RELACIONES INTERPERSONALES	6
AREAS PRINCIPALES DE LA VIDA	5
TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	4
VIDA DOMESTICA	4
FUNCIONES DE LA VOZ Y EL HABLA	3
FUNCIONES NEUROMUSCULOESQUELETICAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO	2
FUNCIONES DE LA PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS	2
ESTRUCTURAS INVOLUCRADAS EN LA VOZ Y EL HABLA	2
ESTRUCTURAS DE LOS SISTEMAS CARDIOVASLUCAR, INMUNOLOGICO Y RESPIRATORIO	2
PIEL Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS	2
FUNCIONES SISTEMAS CARDIOVASCULAR, HEMATOLOGICO, INMUNOLOGICO RESPIRATORIO	2
ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON LOS SISTEMAS DIGESTIVO, METABOLICO Y ENDOCRINO	2
ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL SISTEMA GENITOURINARIO Y EL SISTEMA REPRODUCTOR	2
ESTRUCTURAS RELACIONADAS CON EL MOVIMIENTO	2
ESTRUCTURAS DEL SISTEMA NERVIOSO	1
ESTRUCTURAS EL OJO, EL OIDO Y ESTRUCTURAS RELACIONADAS	1
ENTORNO NATURAL Y CAMBIOS EN EL ENTORNO DERIVADOS DE LA ACTIVIDAD HUMANA	1
ACTITUDES	1
SERVICIOS, SISTEMAS Y POLITICAS	1

4.2.3. ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL PRIMER NIVEL DE LA CIF

Si nos fijamos en los apartados e ítems que va puntuando cada escala de valoración de dependencia (gráfica 1 y 2) podremos hacer una primera diferenciación, en cuanto a cuales son los problemas de funcionamiento /discapacidad que se repiten más en las tablas estudiadas. Aplicando la clasificación más general de la CIF, la de primer nivel, obtenemos esta lista ordenada según el porcentaje de escalas que recogen dicho problema.

Tabla 2: Componentes CIF (1er nivel)

1) Actividades de autocuidado (CIF):	100%
2) Productos y tecnología (Factores Ambientales) (CIF)	100%
3) Actividades de movilidad(CIF):	95%
4) Actividades de comunicación (CIF)	70%
5) Funciones de aparato digestivo(CIF)	62%
6) Funciones de aparato genitourinario(CIF)	62%
7) Apoyos y relaciones. (Factores Ambientales) (CIF)	62%
8) Funciones mentales (CIF)	52%
9) Actividades de vida comunitaria, social y cívica (CIF)	38%
10) Funciones sensoriales (CIF)	33%
11) Actividades de aplicación del conocimiento (CIF)	33%
12) Actividades de relaciones interpersonales (CIF)	28%
13) A. áreas principales de vida (economía/educación/trabajo) (CIF)	23%
14) Funciones y Estructuras de la voz y el habla (CIF)	19%
15) Funciones neuromusculoesqueleticas y con el movimiento (CIF)	19%
16) Actividades de Vida Doméstica (CIF)	19%
17) Actividades de Tareas y Demandas Generales(CIF)	19%
18) Funciones y Estructuras relacionados con la piel (CIF)	19%
19) Funciones y estructuras cardiorespiratorias (CIF)	19%

RESULTADOS

1. El problema se centra fundamentalmente en los problemas para las actividades de autocuidado, las de movilidad y el uso de ayudas técnicas.
2. En un segundo nivel, los problemas de actividades de comunicación, las necesidades de ayudas personales y las funciones de aparato digestivo y urinario
3. Los problemas de las deficiencias de las estructuras y funciones del cuerpo (salvo las de incontinencia) parecen tener una importancia muy secundaria.

4.2.4. ESTUDIO DE APLICACIÓN DEL SEGUNDO NIVEL DE LA CIF

En un segundo análisis más detallado, usando las CIF en su segundo nivel de complejidad, podemos concretar aún más los tipos de problemas de funcionamiento / discapacidad que aparecen más frecuentemente en las tablas y baremos para evaluar y graduar la dependencia. La tabla siguiente nos muestra los problemas más repetidos:

Tabla 3: Componentes CIF (2º nivel)

1. e120 Productos y tecnología para la movilidad y el transporte personal	
En espacios cerrados y abiertos.	85%
2. d530 Higiene personal relacionada con los procesos de excreción	75%
3. d550 Comer	75%
4. d560 Beber	75%
5. d510 Lavarse	70%
6. d540 vestirse	70%
7. d520 Cuidado de las partes del cuerpo	70%
8. d450 Andar	65%
9. d410 Cambiar las posturas básicas del cuerpo	60%
10. b525 Funciones relacionadas con la defecación	60%
11. b610 Funciones relacionadas con la excreción urinaria	60%
12. d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	55%
13. d420 Transferir el propio cuerpo	55%
14. d415 Mantener la posición del cuerpo	55%
15. e340 Cuidadores y personal de ayuda	55%
16. e115 Productos y tecnología para uso personal en la vida diaria	45%
17. d570 Cuidado de la propia salud	45%
18. b114 Funciones de orientación	45%
19. d455 Desplazarse por el entorno	40%
20. d330 Hablar	40%
21. e355 Apoyos de Profesionales de la salud	40%

RESULTADOS

La necesidad de ayudas técnicas para la movilidad, las actividades de autocuidado (higiene de excreción, comer, beber, lavarse, vestirse, cuidado de las partes del cuerpo) y de las de movilidad (andar y cambiar las posturas del cuerpo) son los problemas más encontrados.

4.3. Identificación de las AVD en las encuestas socio sanitarias.

Siguiendo una metodología similar a la anterior, y esta vez ya centrados en el estudio comparativo del componente "actividades", se ha utilizado la clasificación de la CIF en una comparación entre los indicadores de las "actividades de la vida diaria" que son tenidas en cuenta en las encuestas de tipo socio-sanitario realizadas en la última década por organismos oficiales en el estado Español y que son utilizadas habitualmente en los estudios referentes a la dependencia.

Los objetivos serán por un lado identificar cuales son los parámetros referentes a las "actividades de la vida diaria" que más se repiten en estas encuestas, y por otro, ver si existen diferencias significativas al respecto, con los resultados del estudio realizado sobre baremos y tablas de valoración y graduación de la dependencia intentando en un segundo tiempo realizar una lista "conjunta". Una vez realizado lo anterior, comparar estos datos con la "Check List" o "Lista Breve" de la CIF, buscando nuevamente encontrar correspondencias e intentando finalmente hacer una lista definitiva de cuales serían las actividades la vida diaria más representativas de todos ellos.

4.3.1. Descripción de los estudios sociológicos comparados.

- 1) **Estudio sobre las necesidades de atención socio-sanitaria de las personas mayores del municipio de Móstoles (EM) (1994).** Recoge 7 ítems en el apartado que denomina como "Capacidad funcional para la

realización de las actividades de la vida diaria” y otro apartado con dificultades de movilidad que hace referencia por un lado a las dificultades para desplazarse por el entorno (8 ítems) y al desplazamiento con transporte (4 ítems)

- 2) **CIS - Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (1997) Encuesta Nacional de Salud** 1993 y 1997. Toma en consideración tres grandes grupos que subdivide en 27 ítems. Autocuidado (8), Vida doméstica (13), Movilidad (6).
- 3) **CIS – IMSERSO (CISIM) (1998). Encuesta sobre la soledad en las personas mayores.** Considera 12 Ítem: Comunicación (1), Movilidad (4), Autocuidado (2), vida doméstica (2) Vida económica (2), Vida Comunitaria (1).
- 4) **Instituto Nacional de Estadística (INE) (1999): Encuesta Sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud.** Distribuye las AVD en 10 grandes grupos (en los que a su vez se subdividen 36 ítem según de la CIDDM de la OMS) y que clasificados según la CIF se corresponderían con: Aprendizaje y aplicación del conocimiento (10), Tareas y demandas generales (1), comunicación (4), movilidad (9), autocuidado (4), Vida doméstica (5), Interacciones personales (3)
- 5) **Encuesta de salud del Departamento de Salud del Gobierno Vasco (ESCAV) (2002)** En uno de sus apartados el de “incapacidad permanente” que hace referencia a las limitaciones que el estado de salud le impone en el plano de la “actividad”. Y considera de 0 a 4 años los juegos; de 5 a 17 las actividades educativas; de 18 a 69 las laborales y de más de 70 las “actividades personales, las labores de casa y el tipo de ayuda que percibe”. En conjunto se corresponden con Movilidad (1), autocuidado (3), vida domestica (4), áreas principales de la vida (4) y vida comunitaria, social y cívica (1)

4.3.2. Número de parámetros

Tabla 4: Número de AVD

1.Estudio socio-sanitario de Móstoles	(19)
2.Encuesta nacional de salud CIS-MSC	(27)
3.Encuesta soledad CIS-IMSERSO	(12)
4.Encuesta deficiencia / discapacidad INE	(36)
5.Encuesta de salud OSASUN SAIA-CAV	(12)

RESULTADO

La media de ítems que hacen referencia a las AVD es de 21,2

4.3.3. Estudio comparado cualitativo de ítems.

4.3.3.1. Estudio de aplicación del primer nivel de la CIF.

Los resultados porcentuales, en relación con los nueve grupos de actividades de la vida de la CIF son los siguientes:

Tabla 5: Actividades CIF (1er nivel)

1) Actividades de autocuidado	100%
2) Actividades de movilidad	100%
3) Actividades de Vida doméstica	100%
4) Actividades de Comunicación	60%
5) Actividades Áreas Principales de la vida (económica)	60%
6) Vida Comunitaria y Social	60%
7) Aplicación del conocimiento	20%
8) Interacciones y relaciones interpersonales	20%
9) Tareas y demandas generales	20%

RESULTADOS

1. Los grupos de actividades que más aparecen son los de autocuidado, movilidad y vida domestica.
2. En un segundo nivel aparecerían las actividades de comunicación, vida comunitaria y social y área económica
3. En un tercer nivel las actividades de tipo relacional y aplicación del conocimiento.

4.3.3.2. Estudio de aplicación del segundo nivel de la CIF

Los ítems que aparecen más frecuentemente, después de la aplicación del segundo nivel de complejidad, en el apartado de actividades y participación son los siguientes:

Tabla 6: Actividades CIF (2º nivel)

1) d510 Lavarse	100%
2) d540 Vestirse	100%
3) d630 Preparar comidas	100%
4) d640 Realizar quehaceres de la casa	100%
5) d455 Desplazarse por el entorno	80%
6) d470 Utilización de medios de transporte	80%
7) d520 Cuidado de partes del cuerpo	80%
8) d460 Desplazarse por distintos lugares	80%
9) d620 Adquisición de bienes y servicios	80%
10) d410 Cambiar las posturas corporales básicas	60%
11) d450 Andar	60%
12) d550 Comer	60%
13) d650 Cuidado de los objetos del hogar	60%
14) d860 Transacciones económicas básicas	60%
15) d920 Tiempo libre y ocio	60%

RESULTADOS

1. Lavarse, vestirse, preparar comidas y realizar quehaceres de la casa, son las actividades que más se repiten

2. Las actividades de movilidad que hacen referencia al desplazamiento (desplazarse por el entorno, por distintos lugares, desplazarse usando transporte) cuidado de partes del cuerpo, adquisición de bienes y servicios ocupan un segundo nivel.
3. En un tercer grupo encontramos andar, comer, cuidado de objetos del hogar y transacciones económicas básicas

4.3.4. Comparación de las “actividades de la vida” en los estudios sociológicos socio-sanitarios y en los estudios de tablas y baremos de valoración de dependencia.

Se comparan los resultados anteriores sobre actividades diarias en encuestas sociológicas, con los resultados que aparecen en los baremos y escalas de valoración y graduación de las situaciones de dependencia.

4.3.4.1. Aplicación del primer nivel de la CIF

Ordenando las actividades según los nueve grupos del primer nivel de la CIF y comparando según la frecuencia en la que aparecen tanto en baremos como en encuestas sociológicas nos encontramos:

Tabla 7: Actividades en baremos y encuestas CIF (1er nivel)

ACTIVIDADES CIF	BAREMOS	ENCUESTAS
Aprendizaje y aplicación del conocimiento	33%	20%
Tareas y demandas generales	19%	20%
Comunicación	70%	60%
Movilidad	100%	100%
Autocuidado	100%	100%
Vida doméstica	19%	100%
Interacciones y relaciones personales	28%	20%
Áreas principales de la vida (económica...)	23%	40%
Vida comunitaria, social y cívica	38%	60%

RESULTADOS

1. La diferencia más importante se aprecia en las **actividades de vida doméstica**, que se encuentra en todas las encuestas y solo en el 20% de tablas y baremos.
2. Las actividades de **autocuidado, movilidad y comunicación** están entre las más encontradas en ambas encuestas con porcentajes similares
3. Las actividades de áreas principales (económica...) y vida comunitaria y social, se encuentran más frecuentemente en las encuestas.
4. Las actividades de aprendizaje y aplicación del conocimiento se encuentran mas frecuentemente en los baremos

4.3.4.2. Aplicación del segundo nivel de la CIF

Si comparamos los 40 ítems que más se repiten tanto en “baremos” como en “estadísticas” de la categoría de “actividades y participación” en el segundo nivel de complejidad de la CIF, nos encontramos con lo siguiente:

Tabla 8: Actividades en baremos y encuestas CIF (2º nivel)

Actividades CIF	Baremos	Encuestas
Comer	75%	60%
Beber	75%	20%
Higiene personal en procesos de excreción	75%	40%
Lavarse	70%	100%
vestirse	70%	100%
Cuidado de partes del cuerpo	70%	80%
Andar	65%	60%
Cambiar las posturas básicas	60%	60%
Desplazarse utilizando algún equipamiento	55%	40%
Transferir el propio cuerpo	55%	20%
Mantener la posición del cuerpo	55%	40%
Cuidado de la propia salud	45%	20%
Desplazarse por el entorno	40%	80%
Hablar	40%	20%
Desplazarse por distintos lugares	40%	80%
Utilización de medios de transporte	20%	80%
Utilización dispositivos comunicación	30%	40%
Transacciones económicas básicas	15%	60%
Realizar quehaceres de la casa	20%	100%

Preparar comidas	20%	100%
Tiempo libre y ocio	15%	60%
Adquisición de bienes y servicios	20%	80%
Cuidado de objetos del hogar	15%	60%
Resolver problemas	15%	20%
Mirar	10%	20%
Escuchar	10%	20%
Tomar decisiones	20%	20%
Uso fino de la mano	25%	20%
Uso de la mano y el brazo	20%	20%
Relaciones sociales informales	20%	20%
Relaciones sociales formales	25%	20%
Interacciones interpersonales complejas	15%	20%
Relaciones familiares	10%	20%
Conducción	10%	20%
Comunicación - recepción mensajes hablados	20%	20%
Comunicación -recepción mensajes no verbales	15%	20%
Comunicación de mensajes no verbales	15%	20%
Llevar a cabo una única tarea	15%	20%
Ayudar a los demás	5%	20%
Educación no reglada	10%	20%

RESULTADOS

Se podría concluir, después de la comparación de estos estudios, que las actividades de la "vida diaria" más representativas, serían las siguientes:

Tabla 9: AVD en baremos y encuestas

-
1. Comer
 2. Beber
 3. Higiene personal relacionada con los procesos de excreción
 4. Lavarse
 5. Vestirse
 6. Cuidado de partes del cuerpo
 7. Cuidado de la propia salud
 8. Mantener la posición del cuerpo
 9. Cambiar las posturas básicas
 10. Transferir el propio cuerpo
 11. Andar
 12. Desplazarse usando algún equipamiento
 13. Desplazarse por el entorno
 14. Desplazarse por distintos lugares
 15. Utilización de medios de transporte
 16. Uso de la mano y el brazo
 17. Uso fino de la mano
 18. Hablar
 19. Recepción de mensajes hablados
 20. Utilización de dispositivos de comunicación
 21. Realizar quehaceres de la casa
 22. Preparar comidas
 23. Cuidado de los objetos del hogar
 24. Adquisición de bienes y servicios
 25. Transacciones económicas básicas
 26. Tomar decisiones
 27. Resolver problemas
 28. Relaciones sociales informales
-

- 29. Relaciones sociales informales
 - 30. Interacciones interpersonales complejas
 - 31. Tiempo libre y ocio
-

4.4. Identificación de las AVD en la “Check List” o “Lista de Comprobación” de la CIF

La “lista de comprobación” es una lista resumida de las categorías principales de la CIF, intenta ser una herramienta práctica que resume la exploración de los casos. Comparando los ítems de la categoría de actividades y participación que aparecen en esta, con los datos obtenidos en el apartado anterior.

Tabla 10: Actividades de la Check-List de la CIF en baremos y encuestas

CHECK LIST (CIF)	BAREMOS	ENCUESTAS
d1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento		
d110 Mirar	10%	20%
d115 Escuchar	10%	20%
d140 Aprender a leer	----	----
d145 Aprender a escribir	----	----
d150 Aprender a calcular (aritmética)	----	----
d175 Resolver problemas	15%	20%
d2. Tareas y demandas generales		
d210 Llevar a cabo una única tarea	15%	----
d220 Llevar a cabo múltiples tareas	15%	20%
d3. Comunicación		
d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados	20%	20%
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	15%	20%
d330 Hablar	40%	20%

d335 Producción de mensajes no verbales	15%	20%
d350 Conversación	15%	----
d4. Movilidad		
d430 Levantar y llevar objetos * d445 uso mano y brazo	20%	20%
d440 Uso fino de la mano (recoger, agarrar)	25%	20%
d450 Andar	65%	60%
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	55%	40%
d470 Utilización de medios de transporte	20%	80%
d475 Conducción (montar en bicicleta, caballo, coche...)	10%	20%
d5. Autocuidado		
d510 Lavarse	70%	100%
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	70%	80%
d530 Higiene personal relacionada con la excreción	75%	40%
d540 Vestirse	70%	100%
d550 Comer	75%	60%
d560 Beber	75%	20%
d570 Cuidado de la propia salud	45%	20%
d6. Vida domestica		
d620 Adquisición de bienes y servicios	20%	80%
d630 Preparar comidas	20%	100%
d640 Realizar los quehaceres de la casa	20%	100%
d660 Ayudar a los demás	5%	20%
d7. Interacciones y relaciones interpersonales		
d710 Interacciones interpersonales básicas	20%	----
d720 Interacciones interpersonales complejas	15%	20%
d730 Relaciones con extraños	25%	----

d740 Relaciones formales	25%	20%
d750 Relaciones sociales informales	20%	20%
d760 Relaciones familiares	10%	20%
d770 Relaciones íntimas	10%	----
d8. Áreas principales de la vida		
d810 Educación no reglada	10%	20%
d820 Educación escolar	-----	----
d830 Educación superior	----	----
d850 Trabajo remunerado	----	----
d860 Transacciones económicas básicas	15%	60%
d870 Autosuficiencia económica	----	----
d9. Vida comunitaria, social y cívica		
d910 Vida comunitaria	25%	
d920 Tiempo libre y ocio	15%	60%
d930 Religión y espiritualidad	5%	----
d940 derechos humanos	----	----
d950 Vida política y ciudadanía	----	----

Si comparamos finalmente las actividades del apartado anterior que coinciden con la lista de las 31 “actividades más representativas” del apartado 4.3.4, podremos hacer una lista algo más corta que la anterior, que nos representaría las actividades esenciales de la vida diaria - usando la clasificación de las CIF como patrón - a tener en cuenta en las situaciones de dependencia estudiadas y que aparecen en la tabla 11

4.5. Conclusiones finales en el estudio comparativo para identificar las AVD.

1. Existe una coincidencia en considerar las actividades de **autocuidado**, las de **movilidad** y las de comunicación (en menor medida) entre las más significativas tanto en encuestas como en baremos.
2. Las encuestas sociológicas de tipo socio-sanitarios que estudian la dependencia se caracterizan fundamentalmente por la gran importancia que les dan a las actividades de la **vida doméstica**.
3. Es de resaltar así mismo, la mucho menor importancia que se le da en las encuestas sociológicas a la actividad higiene personal relacionada con los problemas de excreción
4. En los baremos, nos encontramos con una mayor incidencia en los problemas de movilidad que hacen referencia a cambiar y mantener la posición del cuerpo y a desplazarse utilizando algún equipamiento. En las encuestas sin embargo, priman los desplazamientos por el entorno y utilización de medios de transporte, sobre otros aspectos de la movilidad.
5. En las encuestas nos encontramos con más frecuencia con ítems que hacen referencia a actividades de transacciones económicas básicas y de tiempo libre y ocio.
6. La "Check List" o "Lista de comprobación" que propone la CIF integra los ítems más característicos de ambos estudios (con la salvedad de los que hacen referencia a cambiar y mantener la posición del cuerpo), y ofrece datos suficientes para describir la situaciones de dependencia,

4.5. Conclusiones en relación con la lista de actividades de la vida diaria.

Teniendo en cuenta todo lo anterior concluiríamos que las actividades básicas de la vida diaria, estarían representadas fundamentalmente, según criterios de la OMS por:

Tabla 11: Lista de AVD

-
- 1. Comer**
 - 2. Beber**
 - 3. Higiene personal relacionada con los procesos de excreción**
 - 4. Lavarse**
 - 5. Vestirse**
 - 6. Cuidado de partes del cuerpo**
 - 7. Cuidado de la propia salud**
 - 8. Andar**
 - 9. Desplazarse usando algún equipamiento**
 - 10. Utilización de medios de transporte**
 - 11. Uso fino de la mano**
 - 12. levantar y llevar objetos**
 - 13. Hablar**
 - 14. Recepción de mensajes hablados**
 - 15. Realizar quehaceres de la casa**
 - 16. Preparar comidas**
 - 17. Adquisición de bienes y servicios**
 - 18. Transacciones económicas básicas**
 - 19. Resolver problemas**
 - 20. Relaciones sociales formales**
 - 21. Relaciones sociales informales**
 - 22. Interacciones interpersonales complejas**
 - 23. Tiempo libre y ocio**
-

5. La graduación de la dependencia

Al igual que en el caso de la elección de parámetros, tampoco existe una uniformidad a la hora de graduar la dependencia. La graduación va desde puede o no puede, hasta otras mucho más complejas, con definiciones diversas, para denominar los diferentes niveles: dependiente o independiente; Autónomo, ayuda parcial y ayuda total; Independiente, vigilancia y supervisión, ayuda parcial, ayuda total; Independiente, independencia con ayuda, independencia adaptada, dependencia situacional, dependencia a intervalo largo; dependencia a intervalo corto, dependencia a intervalo crítico... y un largo etcétera. Desgraciadamente existen tantas formas de graduar y de denominar la gravedad de la dependencia como baremos para medirla.

5.1. Isogrupos de dependencia

5.1.1. Isogrupos por clase de dependencia

Se pretende asociar el grado de dependencia con una "categoría" de dependencia o de usuario de unas determinadas características, esta a su vez con la intensidad de uso de servicios específicos o consumo de recursos teóricos calculado para cada grupo, isogrupo o case mix, cuyo cálculo se realiza – normalmente - de una forma indirecta. Los isogrupos dependerán así mismo del nivel de calidad y gasto que se quiera alcanzar, así como de la especialización de los prestadores de cuidados. Interesa saber fundamentalmente las características cualitativas de la persona tales como tipo de enfermedad o deficiencias que presenta, especificidad de los servicios de ayuda (rehabilitación, curas de enfermería, educadores..) o intensidad de la ayuda para la realización de actividades muy concretas. Según la herramienta utilizada pueden clasificarse desde 2 ó 3 grupos hasta más de 50.

En general, e independientemente de los múltiples subgrupos posibles, su uso se suele limitar a un segundo nivel, en los que se tienen en cuenta los problemas de: Autocuidado; Movilidad; Autonomía psíquica; Ayudas y apoyos especiales. Partiendo de que los problemas de autocuidado no serían definitorios a este nivel de uso (ya que se darían en todos), de la combinación de los grupos anteriores obtendríamos hasta un máximo de seis isogrupos según el tipo de dependencia:

1. Dependencia con problemas de movilidad
2. Dependencia con problemas psíquicos
3. Dependencia con problemas de movilidad y problemas psíquicos
4. Dependencia con problemas de movilidad y ayudas especiales
5. Dependencia con problemas psíquicos y ayudas especiales
6. Dependencia con problemas de movilidad, problemas psíquicos y ayudas especiales

En un tercer nivel, la gran mayoría de administraciones, reducirá los anteriores a tres grandes isogrupos, que se suelen denominar como sigue:

- 1. Dependientes ligeros, autónomos, independientes o validos**
- 2. Dependientes**
- 3. Grandes dependientes, complejos o psicogeríátricos**

Finalmente, se simplifica normalmente todo a financiar la subvención para su ingreso residencial de los dos últimos grupos, a unas cantidades prefijadas.

Podríamos observar en la tabla el valor porcentual aproximado que le dan diversas herramientas a los anteriores isogrupos comentados

TABLA 12: GRADUACIÓN PORCENTUAL DE ISOGRUPOS EN BAREMOS

	KATZ	BARTHEL	KENNY	FIM	FAM	KUTZMAN	ATP	PLAISIR
AUTOCUIDADO	83%	60%	59%	44%	29%	40%	37%	52%
MOVILIDAD	17%	40%	41%	28%	23%	20%	31%	11%
COMUNICACIÓN Y AUTONOMIA INTELECTUAL				11% 17%	17% 30%	20%	7% 14%	13%
AYUDAS ESPECIALES						20%	11%	25%

5.1.2. Isogrupos por cargas de trabajo

En general, y pese a ser conceptos diferentes, puede haber una correspondencia lógica entre la gravedad de la dependencia, los isogrupos anteriores y las cargas asistenciales que genera, pero esto no siempre es así.

La carga asistencial va a ser muy variable según el problema que ha generado la situación de dependencia, las actividades implicadas (autocuidado, desplazamientos, curas, rehabilitación, etc.); el contexto en el que se presta la ayuda (domicilio, centro especializado, hospital, etc.); la categoría profesional y la especificidad del profesional que los presta: Médicos o enfermería especializada, rehabilitación, fisioterapia, cuidados intensivos, técnicas de enfermería complejas, auxiliares de enfermería, auxiliares domésticos etc.; el número de personas implicadas en los cuidados...

La medición de la carga de trabajo se trata de un sistema de medición directa, y se suele resumir habitualmente a la carga de cuidador por unidad de tiempo (normalmente en minutos) de cuidados. Posteriormente se asignan "ratios" en función del tipo de profesional que presta el cuidado, y se obtienen unos valores de cargas parciales ponderadas, que nos servirán para incluir a las personas en los diversos isogrupos. Se tienen en cuenta el número de horas diarias, a la semana, al mes, la frecuencia y el momento del día (mañana, tarde y noche)

También se suele calcular de forma indirecta la carga teórica para cada ítem, o para cada isogrupo, lo que nos puede servir para incrementar la sensibilidad de la herramienta hacia algunas actividades o ayudas concretas, como podemos observar en la Tabla anterior.

En general la medición de la carga de trabajo (o de gasto de atención personal de la persona en situación de dependencia) va a requerir del estudio de ítems diferentes y más complejos de los del estudio de un baremo "normal" de estudio de la "gravedad" de la dependencia. Es decir, la valoración y graduación de la gravedad de la dependencia, si bien esta estrechamente relacionada con la medición de la ayuda

prestada y carga de trabajo previsible, no debe considerarse equivalente a esta última. Así podrían darse caso de personas con dependencia extrema como, en casos de coma vigil, cuya carga de trabajo no será la máxima. O casos de personas con dependencia moderada, con pérdida de autonomía intelectual, por enfermedad de Alzheimer, y necesidad de cuidados de fisioterapia o de curas, que generen una carga de trabajo muy importante.

Por otro lado el intentar equiparar baremos y métodos de cálculo de "cargas de trabajo" de otras culturas y países más desarrollados económicamente y/o socialmente –como se esta haciendo en los últimos tiempos- puede llevar a diversos errores de cálculo.

5.1.3. Isogrupos por gravedad

A los diversos ítems de las escalas (en función de la dificultad o imposibilidad para realizar una actividad o de la intensidad de la ayuda requerida), se les otorga unos valores numéricos parciales, que con posterioridad se suman en un valor final que va a servir para delimitar una serie de niveles o categorías de dependencia con diferentes denominaciones.

El intentar las más diversas metodologías de graduación en estos procedimientos de valoración, (al estar interrelacionados múltiples factores, algunos de orden cuantitativo y otros de orden cualitativo), y el tener que transformar variables categóricas en numerales o viceversa, hacen que la comprensión e identificación "racional" del nivel de dependencia se vaya complicando proporcionalmente a la complejidad y pretendida sensibilidad del instrumento. Encontrándonos en la mayoría de las escalas, con un valor totalmente "críptico" - en relación con la gravedad del problema- para la gran mayoría de las personas que no conozcan dicha escala. Por ejemplo: en unas la gravedad de la escala es ascendente de 1 a 100 (Barthel), en otras descendente de 100 a 1(Karnofsky); en otras de 1 a 10 (Kurtzke), en otras de 1 a 72 (ATP) o de 0 a 5 (Cruz Roja)... No hay prácticamente dos escalas que sigan el mismo sistema de graduación del problema.

Otra de las importantes aportaciones que puede hacernos la CIF en el estudio de la dependencia, es proponernos un sistema unificado de graduar los problemas. Por tanto, también vamos a utilizar la CIF, en este trabajo descriptivo, como "patrón oro" en la comparación de los niveles de gravedad y graduación de los instrumentos de valoración de la dependencia. La propuesta de la CIF es usar una misma escala genérica de gravedad en cinco niveles para todos los componentes (funciones y estructuras corporales, actividades y participación, y factores contextuales). Tener un problema, puede significar tanto una deficiencia, como una limitación, restricción, barrera o necesidad de ayuda, dependiendo de lo que estemos clasificando y pretendamos medir.

Se incluyen amplios intervalos, y se recomienda que en el caso de disponer de normas o instrumentos calibrados de evaluación más precisos, para cuantificar el problema, se utilicen, y se le asigne dicho porcentaje, antes de incluirlo dentro de un intervalo. En términos generales se admite un margen de error de hasta un 4 %. Por ejemplo cuando se asigna la puntuación "no hay problema" o el de "problema completo" el código de graduación tiene un margen de 0-4% en el primer caso y de 96-100% en el segundo.

Tabla 13: Graduación de los problemas CIF

1. NO hay problema (ninguno ausente, insignificante...)	0-4%
2. Problema LIGERO (poco, escaso.....)	5-24%
3. Problema MODERADO (medio, regular...)	25-49%
4. Problema GRAVE (mucho, extremo...)	50-95%
5. Problema COMPLETO (total...)	96-100%

A partir de esta escala se podrían establecer las definiciones de gravedad del problema correspondientes comprensibles para cualquier observador no entrenado en el uso de dicha escala. Por ejemplo: Un problema moderado se definiría: Problema que esté presente como máximo, durante menos de la mitad del tiempo, o al que se adjudica una puntuación que alcanza como máximo, menos de la mitad de la escala usada.

5.2. Umbrales de dependencia

5.2.1. Umbral de dependencia en función de la graduación de la escala.

Basándonos en los estudios comparativos anteriores, si nos fijamos en los porcentajes de puntos que cada sistema asigna a la hora de conformar la mayoría de estos grupos observaremos lo siguiente:

- Aquellas puntuaciones por **debajo de la franja del 20 % al 25%** de la tabla usada harán que a dichas personas se les clasifique como No dependientes, Autónomos o Válidos, aunque en pura lógica y por lo específico de las tablas usadas (salvo que la puntuación fuera del 0%) la denominación tendría que ser de **Dependientes ligeros**.
- Aquellas puntuaciones que superan la franja de entre un **25% y un 30%** de la tabla usada considera a dichas personas como **Dependientes**. Es decir tendrían que tener una dependencia por lo menos **moderada** para ser considerados dependientes.
- Aquellas puntuaciones que superan la franja de entre un **55% y un 60%** de la tabla usada considera a dichas personas como **Gran Dependiente**. Es decir tendrían una **dependencia grave**. Al igual que la franja de dependencia ligera, no se suele considerar la dependencia total (superior al 95% de la tabla usada) y se asimilan a la de gran dependencia.

Por tanto el nivel de gravedad de la dependencia a tener en cuenta a la hora de considerar a una persona como "**dependiente administrativamente**" o "**umbral de dependencia**", sería la de un **grado moderado** medido con cualquier tabla.

5.2.2. Umbral de dependencia en función del número de horas de atención.

Una forma habitual de expresar la gravedad de las situaciones de dependencia es mediante el tiempo de atención diaria, semanal o mensual. Hacer un cálculo estandarizado de estos tiempos sería muy complejo ya que estarían implicados diversos factores contextuales: Si el cuidador convive con la persona dependiente o en otro domicilio, tipo de ayuda, frecuencia, grado de cualificación, voluntariado... . Los estudios consultados al respecto son muy variables: desde Dinamarca en las que el 60% de los cuidadores dedica menos de 10 horas semana, a España en las que el 70% dedica más de 20 horas⁵.

En líneas generales y basándonos en las referencias de algunos países como Alemania, Austria y Suecia en cuanto a las horas totales de ayuda, se podrán considerar:

- **Situaciones de dependencia ligeras:** menos de entre **7 a 10** horas semanales
- **Situaciones de dependencia moderadas:** entre **10 y 20** horas semanales
- **Situaciones de dependencia graves:** Más de **20** horas semanales.

Podríamos definir el umbral de dependencia "administrativo" en cuanto a tiempo, cuando la necesidad de atención es mayor **de una hora diaria**

⁵ Sarasa Urdiola S. Consecuencias de la evolución demográfica en la economía. ICE. 2004

5.3. Equivalencia entre escalas de valoración de dependencia

Una vez que parece que casi todas las escalas se centran en los mismos parámetros, otra pregunta que surge es la siguiente: ¿Se podría hacer una equivalencia entre unas escalas y otras? Para intentar contestar a esta pregunta nos remitiremos nuevamente al estudio comparativo entre baremos⁶. Utilizando la graduación que preconiza la CIF para todos los problemas relacionados con la discapacidad en cinco tramos con margen de error de hasta un 4 %: Graduando los valores de cada tabla conforme este criterio, podemos observar en la Tabla 14 los resultados obtenidos.

A partir de la tabla específica usada para graduar la dependencia en cada caso, se “reconvierte” la puntuación obtenida a la escala genérica de gravedad en cinco intervalos propuesta por la CIF de la OMS, de esta forma obtendríamos cinco niveles o iso-grupos de gravedad del problema de dependencia y por tanto, una forma de comparación sencilla y bastante aproximada entre escalas.

⁶ Querejeta M. Discapacidad / Dependencia : Unificación de criterios de valoración y clasificación. IMSERSO 2004.

CIF	SAKONTZEN	AVD RUG III	AGGIR	ATP	B.N.R. ALAVA	I. BARTHEL	AVD CMD - RAI	I. KENNY	E. INCAPACIDAD CRUZ ROJA	MIF (FIM)	I. KARNOFSKY	I. NORTON	E. KURTZKE	I. KATZ
TOTAL PUNTOS Y/O GRUPOS	0-10	4-18	1-5	0-72	0-100	100-0	1-5	4-0	0-5	126-18	100-0	0-27	0-10	A-G
LIMITE 5%	0,5	0,7	0,2	3,6	5	5	0,2	0,2	0,25	5,4	5	1,35	0,5	0,3
NO HAY PROBLEMA (0-4%)	0	4	G1	0-3	0-4	100-96	1	4	0	125-121	100-96	0-1	0	A (0)
PROBLEMA LIGERO (5-24%)	1-2	5-7	G2	4-17	5-24	95-76	2	3	1	120-100	95-76	2-6	1-2	B (1)
PROBLEMA MODERADO (25-49%)	3-4	8-10	G3	18-35	25-49	75-51	3	2	2	99-73	75-51	7-13	3-4	C (2)
PROBLEMA GRAVE (50-95%)	5-9	11-17	G4	40-68	50-95	50-5	4	1	3-4	72-23	50-5	14-16	5-9	D-F (3-5)
PROBLEMA TOTAL (96-100%)	10	18	G5	69-72	96-100	4-0	5	0	5	22-18	4-0	27	10	G (6)

* EL LIMITE DE ERROR DEL 5% PERMITIRIA CLASIFICAR ALGUNOS CASOS EN LOS GRUPOS INMEDIATAMENTE SUPERIOR O INFERIOR.

Poder aceptar un sistema de equivalencias, con los referidos amplios grupos que propone la OMS, tendría importantes ventajas: Podría evitarnos tener que elegir una escala determinada, sobre todo a la hora de diferenciar pocos "isogrupos" (tres o cuatro, que parecen tenerse en cuenta actualmente). No habría más que definir el nivel de gravedad CIF necesario para cada iso-grupo de dependencia que se quiera considerar, medido en una escala cualquiera que cumpliera criterios de validez para valorar la dependencia. Por ejemplo: Se puede considerar objeto de una consideración administrativa específica, a todas aquellas personas que presenten una dependencia grave medida con cualquier escala.

5.4. Períodos de isovaloración y reevaluación.

La mayoría de los métodos consultados reconocen un periodo de al lo menos seis meses seguidos en situación de dependencia para que ésta se valore. Ello no significa que dicha valoración tenga que ser permanente.

De nuevo las diferentes disciplinas en el estudio de la dependencia nos ofrecen diferentes perspectivas. Así nos encontramos con una visión de la dependencia desde el campo del retraso mental como un proceso evolutivo en el que se trataría de ir mejorando en las destrezas adaptativas y por tanto disminuyendo la intensidad de la ayuda. En el campo de la enfermedad crónica y geriatría, como un estado involutivo y con un empeoramiento progresivo. Y finalmente en el campo de la rehabilitación, las ayudas técnicas y tratamientos de media-larga estancia, como una situación susceptible de importantes modificaciones.

En todos los casos es frecuente considerar dentro del proceso de valoración, una serie de revisiones periódicas o reevaluaciones después de cierto tiempo, bien sea después de realizar adaptaciones técnicas o cambios en el contexto ambiental, bien porque se presuponga empeoramiento o mejoría.

Por lo anterior, en algunas metodologías se introduce el concepto de ***tiempo de isovaloración de la dependencia***, como el tiempo previsible que esta puede mantenerse en ese nivel de gravedad.

6. Modelos de baremos administrativos de valoración de dependencia

6.1. Valoración de la dependencia en Europa

Si bien la mayoría de los países europeos se han enfrentado a problemas similares en relación con las personas en situación de dependencia, existen grandes diferencias en la respuesta dada, dependiendo sobre todo de factores directamente relacionados con los modelos de política social

En las dos últimas décadas del siglo pasado hubo en toda Europa un aumento progresivo de la población de personas mayores, y como consecuencia directa de ello un incremento de personas que requerían de ayudas para poder realizar diversas actividades de la vida diaria. El perfil medio de estas personas nos sitúa en una mujer de unos 80 años con problemas cardiovasculares y osteoarticulares, que consume tres medicamentos diariamente y precisa 4 consultas médicas y 6 de enfermería por año; precisa ayuda para actividades domésticas, el baño, alcanzar los pies y desplazamientos fuera del domicilio siendo el cuidador normalmente una mujer de la familia. En las situaciones en las cuales esta no pudiera hacerse cargo de ella, la solución que se ofreció por parte de las instituciones públicas, en una primera época, fue la reclusión en instituciones de tipo geriátrico, para lo cual se crearon gran número de ellas y se realizaron importantes esfuerzos económicos en este sentido. En una segunda fase ha habido una reorientación en la asignación de recursos hacia sectores que favorezcan la permanencia de la persona en su domicilio,

bien sea favoreciendo a las familias, bien potenciando la creación de centros de día, los cuidados domiciliarios y la coordinación con los centros de salud. Un ejemplo de esto último puede ser Noruega donde los residentes en las instituciones deben pagar las tres cuartas partes de sus ingresos, mientras que la atención domiciliaria es prácticamente gratuita o de muy bajo coste.

Por otra parte siempre ha existido un colectivo de personas con discapacidad grave no proveniente del anterior colectivo, sino de problemas congénitos, enfermedades, guerras, accidentes de tráfico etc. . en situaciones de dependencia. Este colectivo tiene problemática similar y el enfoque de esas políticas no debería diferenciarse de forma sustancial del colectivo anterior.

Actualmente presentan legislación que regula las prestaciones de protección a las personas en situación de dependencia Alemania, Austria, Países bajos, Países Nórdicos, Reino Unido, Francia y España. Los primeros con sistemas de derecho y los últimos con prestaciones de ayuda social de diverso tipo y cobertura. Algunos países como los países nórdicos, con mayor desarrollo tanto histórica como económicamente, la mayoría con importante desarrollo legislativo, otros por fin en fases más iniciales. El sistema Alemán es el que aparece, en la mayoría de la bibliografía consultada, como el más perfeccionado, por lo que será en el que más nos detendremos. También en el francés por ser el más próximo y frecuente referente, hasta la fecha. En tercer lugar en el luxemburgués, por ser de los más desarrollados. Por último haremos referencia a algunas características de otros modelos.

ALEMANIA

El denominado **“Programa de Seguro de Cuidados de Larga duración”** funciona desde el año 95. Definiendo la dependencia como el trastorno continuado de las AVD. La prestación se concede a las personas que precisan asistencia permanente de una tercera persona para las actividades cotidianas durante seis o más meses. Si bien las prestaciones fueron concebidas en un principio para las

personas mayores, la legislación no establece ningún límite de edad, por lo que cualquier persona con discapacidad puede ser beneficiaria del mismo. Básicamente en este modelo se tienen en cuenta cuatro grupos de AVD:

1. Higiene corporal: Lavarse, ducharse, bañarse, higiene dental, peinarse, afeitarse, continencia urinaria y fecal.

2. Alimentación: Preparación adecuada de alimentos e ingestión

3. Movilidad: levantarse y acostarse, vestirse desvestirse, andar, estar de pie, subir escaleras, abandonar la vivienda y regresar por si solo.

4. Labores domésticas: Hacer la compra, cocinar, limpiar la vivienda, hacer la colada, cambiar la ropa y calentar la casa.

En un segundo tiempo se interrelacionan la veintena larga de ítems con la **frecuencia de la ayuda** en cinco niveles (Ininterrumpidamente; Cada 2-3 horas; 2-3 veces al día; una vez al día, varias veces a la semana) y con el **tiempo o duración de esta ayuda** en tres niveles (1,5 horas; 3 horas y 5 horas)

Finalmente se obtienen tres grados de dependencia:

Grado 1: DEPENDENCIA CONSIDERABLE (necesita por lo menos 90 minutos y al menos una vez al día, con dos o más actividades relativas a la higiene personal, la comida o la movilidad y además necesita ayuda varias veces a la semana para las labores domésticas.

Grado 2: DEPENDENCIA GRAVE: necesita por lo menos tres horas de ayuda diaria, y al menos tres veces al día para la higiene personal, la alimentación y la movilidad. Además necesita ayuda varias veces a la semana para las labores domésticas.

Grado 3: DEPENDENCIA MUY ELEVADA O MÁXIMA: Requieren por lo menos cinco horas de ayuda, tanto durante el día como por la noche, para higiene personal, comer o moverse. Además necesita ayuda varias veces a la semana para las labores domésticas.

Las valoraciones se realizan en los domicilios, por expertos del departamento médico de del sistema de salud, formados por médicos, trabajadores sociales y psicólogos. La valoración debe incluir las medidas de rehabilitación. A tal fin se han desarrollado otros sistemas de valoración complementarios en los que se tienen en cuenta por un lado el grado de funcionalidad, deficiencia y discapacidad y por otro el grado de dependencia. Con la finalidad de implementar los principios básicos de: prevención y rehabilitación antes de la provisión de cuidados y el de cuidados en el hogar, antes que cuidados en institución.

FRANCIA

Existe una diferenciación en función de la edad de la persona que requiere de ayuda, de tal forma que existe una denominada "Asignación compensatoria de necesidad de ayuda de una tercera persona" (ACTP) para personas con discapacidad mayor del 80% y de entre 16 y 60 años y otra, del año 97, "**prestación específica de dependencia**" (**PSD**) para personas mayores de 60 años. La realiza un equipo médico-social, conformado como mínimo por un médico y un trabajador social, uno de los cuales (no obligatoriamente el médico) debe desplazarse al domicilio de la persona y realizar un "**Dossier de evaluación de la persona**" que recoge información sobre la vivienda y ayudas del entorno, así mismo se incluye una escala de valoración de dependencia denominada **Autonomie Gerontológico Grupes Iso Ressources (AGGIR)**, que recoge una lista de AVD, diferenciadas en dos:

-Variables discriminantes Permite clasificar a las personas en cinco grupos en función de su nivel de dependencia, (extremadamente, muy fuertemente, fuertemente, moderadamente y débilmente dependientes). Para ello recoge 10 grupos de "**actos esenciales de la vida**" (cuatro de autocuidado: lavarse, vestirse, comer y excreción; tres de movilidad: Transferencias, desplazarse por el interior y desplazarse por el exterior; una de relaciones interpersonales: coherencia en la

conversación y el comportamiento; otra de comunicación: comunicación a distancia mediante aparatos, y una última que hace referencia a la función mental (orientación)

-Variables ilustrativas: Sirven para describir otras áreas en las que se puede dar dependencia pero que no se consideran tan "esenciales" como los anteriores. Constituyen siete grupos (tres de actividades de la vida doméstica: Preparar comidas, tareas domésticas y adquisición de lo necesario para vivir; una de movilidad: Desplazarse utilizando medios de transporte; una de autocuidado: seguimiento del tratamiento; otra de áreas principales de la vida: gestiones y transacciones económicas básicas; y una última de vida comunitaria y social: actividades de tiempo libre.

Los ítem anteriores se valoran en tres niveles de gravedad cada uno y mediante una combinación de estos se les asigna un valor, que sumados conforman una graduación numérica (en 13 rangos); en un segundo tiempo con ellos se elabora una graduación por categorías conformando 6 grupos de iso-dependencia. Finalmente se conforman cinco niveles de dependencia:

1. Extremadamente dependientes: Personas con pérdida de autonomía psíquica y dependencia física total y que necesita la presencia permanente de un cuidador externo.

2. Muy fuertemente dependientes: con dos posibilidades: Dependencia para desplazamientos con mantenimiento de autonomía psíquica o la contraria, pérdida de autonomía psíquica sin dependencia para desplazarse.

3. Fuertemente dependientes: Personas que necesitan una ayuda importante y frecuente para actividades de autocuidado.

4. Parcialmente dependientes para el autocuidado (en concreto para lavarse, vestirse y comer) sin problemas de desplazamientos

5. Ligeramente dependientes: Solo necesitan ayudas puntualmente

Solamente las personas clasificadas en los tres primeros grupos pueden beneficiarse de un PSD domiciliario. El usuario puede elegir entre recurrir a los servicios sociales o a contratar una persona. Los grupos 4 y 5 pueden beneficiarse de un PSD si están en un establecimiento residencial. Es un método que está siendo muy cuestionado.

LUXEMBURGO

Presenta un seguro de dependencia desde el año 98 denominado **“seguro de asistencia”** de tipo universal, sin límites de edad y al mismo nivel que el de enfermedad. Sin lugar a dudas se trata de una de las más extensas, tanto en normativa como en definiciones, escalas y baremos.

Comienza definiendo la dependencia con una “versión” de la definición de la recomendación R(98)9 del Consejo de Europa. “Se considera como dependencia el estado de una persona que, por motivo de una enfermedad física, mental o psíquica o de una discapacidad de la misma naturaleza, tenga una necesidad importante y regular de asistencia por parte de una tercera persona para realizar los actos esenciales de la vida”. Y continúa definiendo cuáles son los **“actos esenciales de la vida”** en las siguientes áreas:

- 1. En la Higiene corporal** (lavarse, higiene bucal, cuidado de la piel y excreción)
- 2. En la Nutrición** (incluye preparación de alimentación adaptada)
- 3. En la Movilidad** (Trasferencias y cambios de posición, vestirse y desnudarse, desplazarse, mantener una postura adaptada, subir y bajar escaleras, salir de la vivienda y volver a ella).
- 4. En las tareas domésticas principales:** Hacer recados, limpieza del hogar, garantizar el mantenimiento y equipamiento indispensable, fregar los platos, cambiar, lavar y mantener en buen estado la ropa blanca y la de vestir.

5. En el “apoyo”: el acompañamiento a un centro de día especializado, los recados o las salidas con la persona dependiente, la compañía individual y la vigilancia domiciliaria.

6. Las actividades de consejo para la realización o aprendizaje para la realización de los actos esenciales y los consejos a sus allegados.

También define que “asistencia de una tercera persona” consiste en: “apoyar y motivar a la persona dependiente o efectuar en su lugar, en todo o en parte, los actos esenciales de la vida o en vigilar o instruir a la persona dependiente con el fin de conseguir la ejecución independiente de estos actos. Por último hace referencia a que la determinación de la dependencia en los niños se hará en función de la necesidad suplementaria de asistencia de una tercera persona en comparación con un niño de la misma edad y sano física y psíquicamente.

La herramienta se caracteriza por ser extensa. Comienza por una Evaluación Médica con datos muy concretos (anamnesis, exploración médica, minimal y diagnóstico) y una segunda parte que se denomina **Evaluación de la Dependencia**. Presentada en formato de encuesta en el que el evaluador va dirigiendo una serie de preguntas concretas. Consta de las siguientes partes según contexto ambiental de la persona:

Valoración en su domicilio: Primero con una batería de 53 preguntas y escalas sobre un gran abanico de problemas que se le realizan al solicitante y/o cuidadores: condiciones de la vivienda, estudio del grado de limitación o en su caso ayuda para realizar diversas actividades (de movilidad, de autocuidado, domésticas, relaciones familiares y sociales, profesionales y comunitarias..), sobre diversas deficiencias (sensoriales, dolor, funciones excretorias..) y sobre utilización de servicios profesionales especializados. En segundo lugar una batería de 24 preguntas destinada a la persona responsable o cuidador en la vivienda.

Valoración en establecimientos residenciales: existe una segunda modalidad de encuesta enfocada al responsable o cuidador cuando la persona se encuentra en una residencia. Consta también de unas cincuenta preguntas con características

bastante similares al anterior pero más adaptado al contexto residencial (necesidad de cuidados terapéuticos y preventivos)

El evaluador hace una síntesis sobre la evaluación, las aptitudes cognitivas y una orientación o recomendaciones.

Finalmente se realiza una escala denominada **“Relación estándar de la asistencia y los cuidados necesarios”** que trata de traducir mediante una serie de coeficientes la frecuencia e intensidad de los “actos esenciales de la vida” (higiene, nutrición y movilidad) las “tareas domésticas” y la necesidad de apoyos según la cualificación del profesional (fisioterapeuta, psicólogo, enfermero psiquiátrico, ergonomista, psicomotricista...) para acabar obteniendo un “tiempo total necesario ponderado”.

Este sistema deja también la posibilidad de “poder definir además, de manera global, el tiempo necesario para algunas enfermedades o discapacidades concretas”

Para implementar la ley se crea la “célula de evaluación y orientación” que además de realizar las valoraciones, tiene amplias competencias en todas cuestiones relacionadas con la dependencia: medidas de recuperación, ayudas técnicas, coordinación de la asistencia y los cuidados, listas de entrada en establecimientos, tareas formativas...

Como curiosidad se conoce el precio que se paga a un tercer país de la comunidad por realizar la valoración: 600 euros.

AUSTRIA

La **ley Federal del subsidio de asistencia** del año 93, recoge el sistema austriaco de protección social para las personas necesitadas de cuidados. Basada en el principio de subsidiariedad Según esta ley, tendrán derecho a un subsidio de asistencia aquellas personas que requieran de más de 50 horas mensuales de cuidados. Y según la evaluación médica de cuidados se diferenciarán 7 niveles de gravedad.

La herramienta de valoración esta estructurada en tres partes. Un informe de la situación social: sobre las condiciones de la vivienda (servicios, calefacción, accesos, entorno) datos sobre el cuidador y frecuencia (semanal, diaria y nocturna) y sobre los tipos de ayudas médicas o de otro tipo. Un informe médico (antecedentes, datos exploratorios del estado actual y diagnósticos). Un informe sobre AVD básicamente de autocuidado, de movilidad y domésticas. En general en los tres informes se aprecia un repetido interés por conocer la frecuencia, el tipo de ayuda, quién la hace y la idoneidad de ésta.

REINO UNIDO

Existe una prestación por discapacidad para personas de 0 a 65 años, que requieren ayuda para las AVD (**Disability living allowance**) con dos componentes: uno de necesidad de ayuda para cuidados personales y otro para la necesidad de ayuda para desplazamientos. Y otra prestación de cuidados (**Attendance allowance**) de características similares pero destinadas a mayores de 65 años con discapacidad física o mental severa. En general el sistema británico parece que está dominado por la valoración enfocada al proveedor de servicios, creando isogrupos de clientes específicos (Home care Allowances) agrupando la dependencia en categorías, que se relacionaran con la intensidad del uso del servicio y con la financiación.

SUECIA

Existe la Ley de Ayuda y Servicios a Personas con ciertos Impedimentos Funcionales. Los beneficiarios son personas con discapacidad que presentan gran necesidad de ayuda (excluye expresamente las discapacidades derivadas del proceso de envejecimiento y las personas acogidas en centros residenciales). Y la Ley de Subsidio de Asistencia y la Ley de Servicios sociales. En líneas generales cuando la necesidad de asistencia supera las 20 horas semanales y existe la constatación de

que las necesidades básicas no pueden ser satisfechas de ninguna otra manera, se hace cargo de la financiación el gobierno central, si no son las autoridades locales las que se hacen cargo de la asistencia. En virtud del principio de "Atención integral" la persona que recibe los servicios puede participar en el diseño de un plan individual de atención. Quizás sea de los países con el sistema de cuidados domésticos más desarrollados, prestando servicios de ayuda doméstica, enfermería domiciliaria, comidas a domicilio coordinado por trabajadores sociales.

6.2. Conclusiones al estudio de métodos utilizados para el estudio de la dependencia en diversos países europeos.

1º Se puede constatar la **falta de uniformidad** y de estandarización en las herramientas utilizadas para valorar la dependencia, existiendo probablemente tantas como modelos de políticas sociales y sanitarias, de financiación y de protección existen.

2º En la mayoría de los países se intenta diferenciar claramente la medición de la dependencia de la persona en su **domicilio** (que es lo que en la mayoría se pretende potenciar) de la medición de la dependencia en un **medio residencial**.

3º Nos encontramos con dos "posicionamientos" o modos de abordar la dependencia: modelos de provisión asistencialista y social basados en la comprobación de necesidades y que sólo alcanza a **los más pobres, a los más dependientes o a los más mayores** diferenciando la dependencia en las personas mayores de 60, de 65 o de 75 (Reino Unido, Suecia, España, Francia), versus modelos que consideran la dependencia, sus prestaciones y **derechos con carácter universal para todas las edades** (Alemania, Luxemburgo).

4º La mayoría, independientemente del modelo utilizado, da especial importancia a valorar el grado de ayuda en las actividades de **autocuidado, movilidad y domésticas**; las **características especiales** de la ayuda; y el **tiempo total de ayuda** expresado en horas semana.

5º Por último, en la mayoría de los casos hace **menos de una década de su puesta en funcionamiento**, por lo que su implementación se encuentra en fases de desarrollo y experimentación.

6.3. Valoración de la dependencia en el Estado Español

6.3.1. Valoraciones de la dependencia en las Comunidades Autónomas.

Como consecuencia de la transferencia de competencias sociales a las CCAA se han prodigado en los últimos años (por parte de prácticamente todas las administraciones y servicios) la utilización, adaptación o invención de los más diversos baremos para valorar la dependencia, fundamentalmente en personas con gran discapacidad, de diversa tipología, acogidas a medios residenciales. A esta primera oleada de baremos, ha seguido una segunda "socio sanitaria" como consecuencia de los intentos de coordinación de los servicios sociales con los servicios sanitarios de las respectivas CCAA.

En su mayoría están claramente condicionados por el modelo de asistencia y de su financiación. Así, los gobiernos autonómicos financian y se ocupan predominantemente del modelo residencial (que a su vez es cofinanciado en el campo socio-sanitario por servicios distintos) y las entidades locales del modelo domiciliario. La mayoría mantiene servicios diferenciados, unos para los menores de 65 a los cuales se les identifica como servicios para personas con discapacidad (o minusvalía) y a otros como servicios para mayores, a los que se identifica - con dificultad - como servicios de geriatría. Desde el sistema estrictamente sanitario se mantiene frecuentemente una diferenciación entre servicios hospitalarios y ambulatorios. El gobierno central, finalmente, mantiene algunas normativas con rango de norma básica para todas las CCAA como es la valoración de la discapacidad (aun denominada minusvalía), factores contextuales, dificultades de movilidad y necesidad de ayuda de tercera

persona. El resumen del panorama sería el de encontrarnos valoraciones o baremos de dependencia provenientes de los siguientes sistemas o servicios:

1. **Sanitario de aplicación hospitalario** (tratamientos, derivaciones, hospitalizaciones domiciliarias, paliativos...)
2. **Sanitario de aplicación ambulatorio** (atención domiciliaria, coordinación con las derivaciones hospitalarias, derivaciones a socio sanitario..)
3. **Sanitario de aplicación a media y larga estancia** (enfermedades crónicas, rehabilitación...)
4. **Social de aplicación socio sanitario y residencial de personas mayores** (derivaciones socio sanitarias, personas con gran discapacidad mayores de 65 años...)
5. **Social de aplicación residencial de personas con discapacidad** (derivaciones socio sanitarias, personas con gran discapacidad menores de 65 años...)
6. **Social de aplicación domiciliario y comunitario** (ayudas domesticas, centros de día, derivaciones)
7. **Social de normativa básica de valoración de personas con discapacidad** de aplicación en todo el estado (Prestaciones económicas no contributivas por necesidad de ayuda de tercera persona, ayudas técnicas y modificación de barreras arquitectónicas, estudio de capacidades residuales, derivaciones a otros servicios...)

Estas valoraciones estarán a su vez realizadas por equipos multiprofesionales, generando alguno de estos profesionales, a su vez, más de un baremo:

Desde el campo sanitario

- Un informe sobre la enfermedad, su severidad y tratamiento (suelen utilizar habitualmente la CIE-9 como sistema clasificadorio). Frecuentemente se

acompaña de un baremo sobre la necesidad de ayuda para algunas AVD del tipo Índice de **Barthel**. Lo realizan los médicos.

- Un informe sobre la necesidad de tratamientos y cuidados. Frecuentemente, se acompañan de un baremo tipo **Norton** y ocasionalmente con otro baremo sobre la necesidad de ayuda para algunas AVD del tipo Índice de Barthel. Lo realizan personal de enfermería.
- Un informe sobre el estado mental, bien sea por trastornos orgánicos o de comportamiento, normalmente mediante Test de tipo **Mini Mental State**, Peiffer, Goldberg etc. Realizados indistintamente por médicos o personal de enfermería.
- Un informe social y sanitario sobre el contexto, ayudas familiares, cuidadores y recursos. También ocasionalmente acompañado de un baremo para valorar la necesidad de ayuda en labores domésticas y autocuidado tipo **Índice de Lawton**, este último también realizado ocasionalmente por médicos o personal de enfermería.

Desde el campo social:

- Un informe médico sobre las deficiencias, clase y severidad, acompañándose de un **baremo sobre la necesidad de ayuda de tercera persona** “oficial” según la administración de la que se trate (utilizando diversos sistemas clasificatorios). Un **informe sobre la dependencia para ingresos residenciales**.
- Informe sobre el estado mental y enfermedades mentales y ocasionalmente test de tipo Mini Mental u otros, realizados, habitualmente en el estado español, por un psicólogo (utilizando como sistema clasificatorio DMS III y CIE-10)
- Un **informe social especializado y/o de base municipal** sobre el contexto y recursos. Ocasionalmente acompañado de un baremo para valorar

la necesidad de ayuda en labores domésticas y autocuidado tipo escala Gutman.

A estas valoraciones "oficiales" u "oficiosas" de dependencia podríamos sumar algunas otras, como las provenientes del campo sociolaboral (gran invalidez), judicial... Por último si a lo anterior sumamos que cada autonomía, salvo en el punto 7, ha desarrollado sus propias normativas y servicios, nos encontramos multiplicando en algunos de los puntos por diez o por 15... Describirlas con detenimiento sería objeto de una auténtica tesis doctoral por lo que nos limitaremos a resumir algunas de las que hemos considerado como más representativas:

6.2.1.1. Modelo de instrumento de valoración en atención domiciliaria desde servicios sanitarios hospitalarios y/o ambulatorio

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A DOMICILIO DE LA SVMFIC. Sociedad Valenciana de medicina de familia y comunitaria en 2002. Proponen un modelo de **Valoración Integral** y multidimensional. Y proponen una selección de instrumentos guiados por su simplicidad, fiabilidad, tiempo de realización y manejo pluridisciplinar. Consta de dos Opciones, una "básica" y otra "complementaria" para estudiar con mayor profundidad ciertas personas de mayor riesgo. La **opción básica** consta de: Valoración Funcional (Barthel); Valoración cognitiva (Pfeiffer); Valoración socio-familiar (apoyo familiar, vivienda, económico, relaciones sociales, apoyos red social y genograma) Valoración de Cuidados básicos de Maslow: oxigenación; ingesta y eliminación; higiene y autocuidado; movilidad; sueño; dolor; seguridad y riesgos físicos (caídas, úlceras) y psíquicos (autoprotección, rol social, sexualidad, creencias, adaptación familiar y social) **Opción complementaria**, se añade una Valoración del cuidador (Zarit); valoración de trastornos de ansiedad y depresión (Goldberg, Yessavage); Riesgo de ulceración (Norton); Valoración de pacientes terminales

(Escala de valoración de la calidad de vida Rotterdam, Escala de intensidad de los síntomas); Valoración de la función familiar (APGAR); Valoración nutricional (NSI).

Observaciones: Este tipo de valoración también se utiliza en el ámbito hospitalario, cuidados paliativos, residencial de media larga estancia y geriatría, añadiéndoles en todo caso, algún apartado más, referentes al control de los síntomas, la evolución y tratamientos.

La valoración integral o pluridisciplinar es la que parece tener mayores defensores en la actualidad, desde el campo sanitario en general y desde la atención domiciliaria y geriatría en particular. En el contexto de una historia médica única e informatizada, la valoración integral ocupará con seguridad un lugar central, y dentro de esta, parece obligado la inclusión de un estudio del funcionamiento y la discapacidad del individuo, haciendo hincapié en sus deficiencias corporales, en las limitaciones para realizar actividades y en la necesidad de ser ayudado para realizarlas.

6.2.1.2. Modelo de instrumento de valoración en hospitales de media - larga estancia y residencias de personas mayores con gran discapacidad y residencias socio sanitarias

RAI DE INSTITUCIONES (RAI NH-NURSING HOMES – CMD 1.0 Ct +100-1996. VERSION 20% © INTER RAI). SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE PACIENTES RUG III. APLICACIÓN INFORMÁTICA SIMIL. CONJUNTO MÍNIMO BASICO DE DATOS UTILIZADOS EN HOSPITALES SOCIOSNITARIOS Y DE LARGA ESTANCIA EN GALICIA Y CATALUÑA

Se trata de un subproducto de una serie de herramientas mucho más complejas desarrolladas en EEUU en los años 80 alrededor de la denominada RAI (Resident Assessment Instrument) que se complementa a su vez con diversas herramientas: Conjunto Mínimo de Datos (CMD); Recomendaciones de Protocolos (RAP); Grupos de Utilización de Recursos (RUG); PAI (plan de atención individual multidisciplinario)

BAI... se trata básicamente de un sistema de información para el control de calidad y gasto en centros de media estancia hospitalaria utilizado por el sistema MEDICARE. A partir del cual se han ido desarrollando diversas herramientas y subproductos: RAIHC (Atención Domiciliaria) RAIPA (Post Agudos) RAIAC (Cuidados Agudos) y RAIMH (Salud mental). El método pretende "compatibilizar" los planes de cuidados de los residentes, con la necesidad de información y control, tanto en relación con la gestión del gasto, como asistencial.

El número de ítems (a pesar del 20%) es numeroso (supera el centenar) y se agrupan en 11 secciones recogiendo datos de diverso tipo, muchos de los cuales hacen referencia a las dificultades para realizar diversas actividades. Una de ellas (Sección E. Funcionamiento físico y problemas estructurales) hace referencia a ocho de estas actividades como "**actividades de vida diaria**"(AVD) (3 de movilidad: Movilidad en cama, traslados y deambulación; y 5 de autocuidado: Vestirse, comer y beber, usar el aseo, higiene personal y baño). Y las gradúa en función de la necesidad de ayuda en cinco grupos: Independientes; Supervisión; Ayuda limitada; Ayuda ampliada y dependencia total)

El RUG III es el sistema clasificatorio del RAI. Su objetivo es conseguir isogrupos de personas residentes en centros de media y larga estancia con demandas asistenciales similares según su tipología. Diferencia siete categorías, que pueden generar un total de 44 grupos distintos de usuarios. Tiene un pequeño baremo de dependencia que va a ser fundamental a la hora de conformar los grupos. Diferencia dos partes: I.- **Índice de AVD**: considera 4 actividades como "actividades de vida diaria" (Movilización en cama, uso del retrete, transferencias y alimentación) y las puntúa según la necesidad de ayuda en cuatro niveles, dando valores de entre un mínimo de 4 puntos y un máximo de 18 puntos. II.- Clasificación Clínica: En la que se tienen en cuenta 7 subgrupos de problemas médicos o clasificación clínica. El explicar el sistema de graduación y evaluación sobrepasaría los objetivos de este trabajo⁷

⁷ Web inter RAI: www.interrai.org

Observaciones: Existe cierta confusión al considerar lo que en el fondo es un sistema de evaluación de calidad, planificación asistencial y control de gasto, con un “simple” método de valoración de las situaciones de dependencia. El método sólo parece operativo usándolo en conjunto con sus herramientas complementarias, básicamente el CMD, y que este, a su vez, sea asumido por la mayoría de los estamentos sanitarios. Por otra parte el uso de herramientas tan complejas técnicamente y la visión de la dependencia desde un punto de vista medicalizado y hospitalario, tiene el peligro de crear problemas de comprensibilidad y reproducibilidad por terceros (dentro de un campo que se presupone pluridisciplinar) y la consecuente cautividad del sistema (software, Copyright, cursos de formación, explotación de datos, etc.)

Han sido varias las Administraciones autonómicas que vieron en esta herramienta la solución a sus problemas de valoración de la dependencia. Así CCAA como Galicia, Cataluña, Canarias, Cantabria, Aragón, Madrid, aprobaron dentro de sus planes y programas socio-sanitarios la utilización de la herramienta RAI como sistema de valoración de la dependencia. Sin embargo después de varios años sólo las tres primeras lo han implementado parcialmente, con dificultad y -exclusivamente- para la facturación de gastos sanitarios en las residencias socio-sanitarias y/o geriátricas siendo, en opinión de la mayor parte de los usuarios, su utilidad y relación coste - beneficio puesta en cuestión. En el resto no han pasado de fases piloto o de investigación (RAINH en Cantabria, REMA en Madrid), descartándose en otras su uso por inviable (Aragón)⁸.

Podríamos concluir que, la interpretación de la dependencia desde un modelo de control de calidad y gasto norteamericano, en contraposición al modelo más de corte social que predomina en Europa; la dudosa utilización de criterios unificados y

⁸ Diario de sesiones de las Cortes de Aragón 02/10/03 Moción 1/03

consensuados tanto internacionalmente (OMS) como con sanidad (MSC); y el no existir ningún estudio contrastado de su utilidad fuera del medio hospitalario en el estado hacen poner en duda la utilidad de estas herramientas como metodología de valoración "general" de la dependencia para un uso pluridisciplinar y comunitario.

6.2.1.3. Modelo de instrumento de valoración en residencias de personas mayores

METODO OFICIAL DE VALORACION DEL NIVEL DE DEPENDENCIA DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD EN NAVARRA. Decreto Foral 126/1998 del Gobierno de Navarra. Utiliza el denominado "Test Delta" para determinar la **calificación de "autovalimiento"** en dos grupos **1. Persona válida:** aquella que según el test sea válida o asistida leve **2. Persona asistida:** la que según el test sea asistida moderada o asistida severa. La herramienta consta de tres subescalas. La primera estrictamente de **valoración de dependencia**, como indicativo de la necesidad de cuidados y la clasifica en cuatro niveles sobre el total de 30 puntos: Válida (0-1), asistida leve (2-9), asistida moderada (10-19) y asistida severa (20-30). Presenta 10 ítems (movilización, deambulación y desplazamiento, aseo, vestido, alimentación higiene esfinteriana, administración de tratamientos, cuidados de enfermería, necesidad de vigilancia y colaboración) que a su vez se gradúan en cuatro niveles de gravedad (autonomía de función, ayuda ocasional, ayuda frecuente y ayuda permanente). A esta escala se suman dos subescalas una para valorar las deficiencias físicas y otra para valorar las deficiencias psíquicas, con cinco ítems cada uno que sirve para obtener tres niveles de deficiencia (leve, moderado y grave) que a su vez sirven para "orientar" hacia el origen del grado de dependencia. La aplicación del baremo la llevan a cabo equipos técnicos homologados de los Servicios Sociales.

Observaciones: El estudio de las deficiencias que dan origen a las situaciones de dependencia tanto cualitativamente (trastornos mentales, infecciosos, problemas de

movilidad...) como cuantitativamente, parece una constante en casi todas las herramientas, en unos casos claramente diferenciados del baremo de dependencia, como ocurre en este caso, y lo que es más frecuente, por desgracia, mezclado con él.

6.2.1.4. Modelo de instrumento de valoración para residencias de personas con discapacidad

INSTRUMENTO DE VALORACIÓN EN LA ACOGIDA RESIDENCIAL (IVAR) EN CATALUÑA Decreto 271/2003 DOGC. Utilizado para ingresos residenciales de personas con discapacidad física y psíquica. Diferencia cuatro **niveles dependencia** a la que denomina **“intensidad de apoyos”**: **intermitente; limitado; extenso; generalizado**. Se realiza por parte de los equipos multiprofesionales de los centros de Valoración de personas con discapacidad (denominados disminuidos en Cataluña) Aunque se utiliza también para personas con discapacidades, físicas el modelo de herramienta es claramente del tipo de baremo de la AARM o ICAP. Presenta dos grupos de “áreas” siete de valoración: comunicación y lenguaje, actividades manipulativas, actividades de desplazamiento, actividades de la vida diaria (cuidado personal y vida del hogar), relaciones sociales y participación comunitaria y salud. Un segundo grupo o área de conducta, con unas características especiales en cuanto a la medición de la frecuencia. El baremo tiene aproximadamente 50 ítems que se subdividen en cuatro niveles de necesidad de apoyo (leve, moderado, severo o extenso y grave o generalizado). Finalmente según los puntos obtenidos se clasifican a las personas en dos **grupos 1. Apoyo intermitente o limitado 2. Apoyo extenso o generalizado**. El baremo prioriza la valoración psíquica sobre la física, de tal forma que para estar en el 2º grupo de gravedad por discapacidad psíquica se requiere 7 puntos pero para los “físicos” se requiere un 30% más de puntos.

Observaciones: Como hemos comentado en el apartado 2.1. es evidente que las deficiencias psíquicas producen frecuentemente situaciones de dependencia y para alguna actividad concreta la intensidad de la ayuda puede que sea mayor que en el caso de una deficiencia física. Pero en ningún caso habría que considerar que la

puntuación final de la gravedad de la necesidad de ayuda, tuviera un carácter cualitativo según a que colectivo se le aplica (ya lo hace el Índice de Lawton discriminando entre hombres y mujeres) Parece más lógico que este sesgo, si tiene que darse, se dé en la mayor puntuación de los ítems parciales correspondientes (en referencia a como lo psíquico influye en la mayor intensidad de la ayuda en esas actividades concretas) que no en el total del baremo, evitando de esta forma una redundancia en lo valorado.

La separación entre la valoración de lo físico y lo psíquico, priorizando la valoración de lo psíquico sobre lo físico (que a veces también se refleja en una mayor financiación) es una característica de algunos baremos del estado, utilizados en personas menores de 65 años. Estas "consideraciones especiales" hacia algunos colectivos de personas con discapacidad sobre otras, son relativamente frecuentes en la legislación consultada, encontrándonos con colectivos como pueden ser, ciegos, incapacitados laborales, víctimas de guerra, infectados por VIH... con criterios de excepcionalidad y/o mayores porcentajes valorativos, respondiendo su presencia, probablemente, más a la presión política ejercida sobre los legisladores, que a motivos estrictamente técnicos.

6.2.1.5. Modelo de instrumento de valoración en Social de aplicación domiciliario y comunitario

ESCALA DE INCAPACIDAD GUTMAN E INTENSIDAD DEL SERVICIO. Escala utilizada en los Servicios sociales de base de la Comunidad Autónoma Vasca para valorar el nivel de incapacidad y la intensidad del servicio. Lo que denomina "incapacidad" se trata de un baremo de dependencia medido con la "**escala de incapacidad de Gutman**" en cinco niveles "cualitativos" según la actividad en la que precise ayuda (contempla 12 actividades). Nivel 1(nulo) puede hacer todas las actividades siguientes. Nivel 2 (bajo) hacer la compra, limpieza y colada, utilizar transporte público. Nivel 3 (medio) salir de casa, cocinar, lavarse. Nivel 4 (alto) vestirse y desvestirse. Nivel 5 (extremo) usar W.C., sentarse o permanecer de pie ,

levantarse de la cama, comer. A esta escala de dependencia se suma un estudio de las condiciones de la vivienda y el tipo de ayuda personal que tiene (solo, cónyuge, hijos, otros). En un segundo tiempo traduce en horas por mes de intensidad de servicio a los isogrupos de dependencia descritos anteriormente. **Bajo:** < 20 h/m; **Medio:** 20 a 35 h/m; **Alto:** 35 a 55 h/m; **Extremo:** > 55 h/m. Finalmente se calcula, según un precio medio por hora, el número total de horas y la financiación.

Observaciones: Sería un buen ejemplo de un modelo de baremo sencillo, de fácil comprensión pluridisciplinar y, en apariencia, suficiente sensibilidad y validez, en cuanto al problema que quiere medir. Tiene un defecto, no identifica claramente el problema que mide: la dependencia

6.2.2. Valoración oficial de la dependencia en el Estado.

BAREMO PARA DETERMINAR LA NECESIDAD DE AYUDA DE TERCERA PERSONA (ATP) A pesar de existir desde hace más de veinte años la condición "oficial" de persona dependiente y un baremo específico para valorarla, el "**Baremo para determinar la necesidad de ayuda de tercera persona**" (ATP), sorprende, que este no haya sido tenido más en cuenta por los diversos estamentos administrativos implicados de las CCAA, a la hora de elegir un baremo.

Así desde la OM de 8 de marzo de 1984 en la que se desarrollan los diferentes sistemas para valorar las situaciones de "minusvalía", se introduce como anexo el "**ATP**". Desde entonces y para obtener el derecho a una prestación económica no contributiva específica para la situación de dependencia, hay que obtener un mínimo de 15 puntos en dicho baremo. Su denominación como baremo de necesidad de ayuda de tercera persona deja claro cual es su cometido y qué es lo que evalúa. Es un baremo de tipo medio en cuanto a su complejidad, recogiendo un número de ítems (40) y suficiente como para poder ser empleado en diversos campos, centrándose básicamente en el estudio de actividades de autocuidado y movilidad pero también recogiendo información sobre otras actividades: factores contextuales y necesidad de ayudas especiales. Su sensibilidad general es buena ofreciendo una

graduación de 0 a 72 puntos. Y a pesar de que en el año 2000 se modificó el sistema de valoración, de lo que todavía se denominaba "minusvalía"(RD 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación de minusvalía) este baremo se ha mantenido sin ninguna corrección, lo cual demuestra su utilidad para la evaluación de la dependencia.

Este RD, a pesar de que la mayoría lo interpreta como un simple baremo de "calificación de minusvalía", encierra cuatro baremos independientes que en líneas generales y con algunas actualizaciones, se podrían adaptar perfectamente a la nueva conceptualización de la CIF. Estos cuatro baremos son:

Un baremo de evaluación de las deficiencias, mezclado con la referencia a las limitaciones para AVD al que se denomina finalmente:

- Grado de discapacidad global (anexo 1.A al RD)

Dos baremos de evaluación de limitaciones en actividades:

- Uso de transportes públicos (anexo III al RD)
- Necesidad de ayuda en actividades de movilidad, autocuidado y autonomía psíquica (ATP) (anexo II al RD)

Un baremo de evaluación de los Factores contextuales ambientales y personales

- Baremo de factores sociales complementarios (anexo I.B. al RD)

El método general de valoración que propone el RD, si bien continuista con el del año 84, en el sentido de que lo que valora básicamente es la deficiencia medida según las "Guías para la evaluación de la deficiencias permanentes" de la Asociación Medica Americana (AMA)⁹, sí hace un intento de centrarse más en la valoración de la discapacidad (en las limitaciones para realizar actividades según la actual terminología) o por lo menos aproximarse más al modelo propuesto por la OMS en

⁹ American Meedical Association (AMA). 1994. Guías para la Evaluación de las Deficiencias Permanentes. Ministerio de Asuntos sociales. INSERSO. Madrid 1995.

1980, adhiriéndose al comienzo de su introducción a la CIDDM (Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías) modelo anterior a la CIF y sustituido por esta desde el 2001). Y en concreto en las normas generales del primer capítulo dice: "... sin embargo las pautas de valoración no se fundamentan en el alcance de la deficiencia sino en su efecto sobre la capacidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria..."

Esta aproximación al intento de valorar la gravedad de las limitaciones para realizar actividades, es la que nos va a interesar, en este estudio sobre los métodos de valoración de la dependencia. Así el RD 197/1999 define en el capítulo 1, apartado de "Normas generales" en primer lugar, las **actividades de la vida diaria (AVD)** dividiéndolas en **de autocuidado** y en **otras actividades** de la vida diaria (adoptando también la propuesta de la AMA). Esta diferenciación, entre los dos grandes bloques de actividades, va a ser la que posteriormente sirva para intentar diferenciar la gravedad de la discapacidad en una clasificación "cualitativa" en cinco "clases" en función de si están afectadas las primeras o las segundas.

Discapacidad nula (Clase 1: 0%). Hay deficiencias pero que no justifican una disminución en las AVD

Discapacidad leve (Clase 2: 1-24%). Las deficiencias justifican alguna dificultad en las AVD

Discapacidad moderada (Clase 3: 25-49%). Las deficiencias causan una disminución importante o imposibilitan para realizar alguna AVD, siendo independiente en las de autocuidado.

Discapacidad grave. (Clase 4: 50- 70/%) Las deficiencias causan una disminución importante o imposibilitan para realizar alguna AVD, pudiendo estar afectada alguna de autocuidado.

Discapacidad muy grave (Clase 5: 75%) Las deficiencias son severas e imposibilitan para todas las AVD.

Aunque estos grados de discapacidad se recogen como trasfondo (se habla de "patrones de referencia") la falta de metodología para valorarlos y la no clara diferenciación de las actividades a valorar, y -fundamentalmente- el posibilitar un sumando, en una clasificación ordinal (esto último es un frecuente defecto en múltiples baremos. Por ejemplo: una persona con una discapacidad moderada por culpa de una deficiencia del aparato respiratorio que tenga también una deficiencia visual moderada, no tiene por qué tener una discapacidad global grave) hacen que en la práctica, el sistema de valoración actual recaiga fundamentalmente sobre la suma de la valoración de las deficiencias expresada en porcentaje de "discapacidad".

Todo lo anterior es aplicable a los cuatro primeros grupos, sin embargo en la clase cinco de discapacidad muy grave, el RD nos ofrece una metodología distinta para valorarla y aclara: "...el grado de discapacidad muy grave incluirá a aquellas personas que presenten deficiencias permanentes severas, con síntomas, signos o secuelas que imposibilitan la realización de las AVD". Y continua más adelante... ***"Esta clase por sí misma, supone la dependencia de otras personas para realizar las actividades más esenciales de la vida diaria demostrada mediante la obtención de 15 o más puntos en el baremo específico*** (anexo II del RD). En este, se describe el ***"Baremo para determinar la necesidad de ayuda de tercera persona"(ATP)***.

Por tanto podemos afirmar que el ATP es el único baremo de dependencia reconocido oficialmente en todo el estado. En la actualidad se esta utilizando por algunas administraciones para hacer otros "cortes" obteniéndose de esta forma cuatro niveles de gravedad: **Dependientes ligeros** (0-15); **Dependientes** (>15); **Gran dependientes** (>40)

CONCLUSIONES AL ESTUDIO DE LAS HERRAMIENTAS DE VALORACIÓN DE SITUACIONES DE DEPENDENCIA EN EL ESTADO ESPAÑOL:

1º Las valoraciones tienen dos características comunes: La primera, es que **no hay uniformidad**; La segunda, es que la mayoría **pretenden medir lo mismo y resumirlo a tres niveles** de financiación que en general se acaban denominando: autónomo, dependiente y gran dependiente.

2º Parece tener mayor prioridad la valoración de la **dependencia con fines residenciales** que la valoración en el contexto domiciliario – comunitario, siendo algunos de los baremos utilizados de exclusivo uso residencial

3º No parece haber existido la necesidad y/o voluntad de potenciar un baremo global o pluridisciplinar, a pesar de que no son pocos los que lo defienden. En general se aprecia una **excesiva compartimentalización y defensa de intereses particulares** entre los diferentes colectivos de personas con gran discapacidad y situaciones de dependencia, existiendo un aparente corporativismo a la hora de diseñar un baremo para valorar y financiar la dependencia.

4º Se aprecia con frecuencia un problema **al intentar combinar niveles ordinales o cualitativos entre sí, como si se tratara de sumandos**, dando como resultado una difícil interpretación sobre lo que se está valorando.

5º Nos encontramos con una **repetición innecesaria de baremos** para medir la dependencia y otros problemas de funcionamiento y discapacidad relacionados, no estando en muchos casos clara de qué profesional es la responsabilidad de realizarlos. Todo ello fruto de una **incipiente coordinación socio-sanitaria entre estamentos locales, autonómicos y centrales**

6º En general se aprecian dos posturas a la hora de elegir un baremo :una bastante utilizada es la de confeccionar **baremos “a medida”** que en general pueden solucionar problemas puntuales o específicos en algunos colectivos, pero a la larga obligan a compatibilizarlos con otros baremos provenientes de otras áreas y o administraciones, duplicando o triplicando...los mismos, ya que su estructura, o bien es inadecuada fuera de su contexto, o su interpretación es habitualmente desconocido para terceros. Otra solución adoptada por algunos es elegir de entre los **baremos “clásicos”** ya existentes los más conocidos, usados y/o reconocidos oficialmente para cada área, como son el Barthel, Lawton, Norton, Mini mental...

7º El método "oficial" de norma básica para la valoración de la dependencia derivada de las situaciones de discapacidad (todavía denominadas minusvalías en las normativas) mediante el **"baremo para determinar la necesidad de ayuda de tercera persona" (ATP) del RD 197/1999**, a pesar de no diferir sustancialmente de los otros, no parece que se ha tenido en cuenta por la mayoría de CCAA. Parece, sin embargo, poco lógico que un método de valoración de dependencia de uso en todo el estado estuviese desligado al sistema oficial de valoración de las situaciones de discapacidad.

8º Después de un pequeño repaso de los diferentes métodos utilizados con unos criterios técnicos, no parece justificado, por un lado, tal cantidad de baremos, con los problemas de realización y coordinación que ello conlleva; por otro lado, nos encontramos con que gran parte de ellos están siendo cuestionados desde el punto de vista de eficiencia – eficacia. **Parece necesario, respetando por una parte, las particularidades de las deficiencias y la especificidad de tratamientos y cuidados de los colectivos afectados** (enfermos crónicos, paliativos, salud mental, drogodependencias, lesionados medulares, demencias seniles, etc.) **y por otra, a los profesionales y las instituciones implicadas, alcanzar una visión compartida, desde un punto de vista pluridisciplinar,(pero a la vez integradora y estandarizada), de los problemas de funcionamiento y discapacidad relacionadas con las situaciones de dependencia, que les son, en la mayoría de las ocasiones, comunes**

7. Recomendaciones finales en los criterios y técnicas de valoración de la dependencia.

A falta de un instrumento estandarizado para valorar las situaciones de dependencia, será imprescindible en la actualidad a la hora de elegir uno de entre los cientos existentes, reflexionar sobre ciertas cuestiones tales como : qué es lo que realmente se quiere valorar (el grado de limitación de la persona, la intensidad de la ayuda, el

gasto sanitario...); en qué contexto (domicilio, residencia, hospital de media larga estancia...); cuál es la población a la que se va a valorar (cualquier colectivo o colectivos específicos: enfermos terminales, demencias seniles, retrasos mentales...) y para qué (aumentar la calidad de vida, prestación asistencial, prestación económica, gestión y control de gasto...) Algunas de ellas de trascendental importancia debido a lo inapropiado de algunos de estos baremos para su aplicación generalizada y fuera del colectivo o el contexto para el que se idearon.

Parece evidente que como consecuencia de la pluridisciplinaridad y universalización de los problemas derivados de las situaciones de dependencia, es complicado y aun estamos lejos de conseguir un instrumento de valoración global que pueda ocuparse de todas las áreas de interés y satisfaga las distintas necesidades de los posibles usuarios. No obstante la coordinación entre administraciones locales, regionales y nacionales en todo lo referente a aspectos de salud en el denominado espacio socio sanitario, va a obligar a aunar esfuerzos. Esfuerzos, que no sólo van a quedar adscritos a un nivel local, ya que la progresiva globalización y estandarización de la informatización de los historiales, protocolos y herramientas de valoración, y el cada vez más fácil acceso a las redes de información por parte de usuarios, técnicos y administraciones, obligan también a coordinar los esfuerzos internacionales en esa dirección.

En lo referente a la definición, clasificación y graduación de los problemas de salud, funcionamiento y discapacidad relacionados con la dependencia, contamos ya con herramientas reconocidas internacionalmente CIE y CIF que con toda seguridad van a ser el inicio del camino y van a servir para vertebrar este, todavía poco ordenado campo del bienestar de las personas. Confiando en ello y basándonos en el estudio de métodos de valoración de la dependencia, podíamos concluir con las siguientes recomendaciones a la hora de plantear la realización de una herramienta de uso pluridisciplinar.

7.1. Definición, clasificación y graduación de los problemas relacionados con la dependencia

1. Las enfermedades y problemas de las condiciones de salud.

Mediante la *Clasificación de enfermedades y problemas de salud relacionados (CIE-10) de la OMS.*

2. Los problemas referentes a las deficiencias corporales:

Mediante la clasificación de estructuras y funciones corporales de la *Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.*

3. Los problemas referentes a las limitaciones para realizar actividades (o en su caso a las actividades en que se da la situación de necesidad de ayuda o dependencia para realizarlas):

Mediante la clasificación de actividades de la *Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.*

4. Los problemas referentes a los factores ambientales y/o personales que están interactuando con la persona y en su caso de las ayudas técnicas o personales que pueda precisar:

Mediante la clasificación de Factores Contextuales de la *Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS.*

5. La graduación de todos estos problemas:

Mediante la escala en cinco niveles de gravedad de los problemas propuesta por la *Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS*.

No hay problema	(0-4%)
Problema Ligero	(5-24%)
Problema Moderado	(25-49%)
Problema Grave	(50-96%)
Problema Completo	(96-100%)

6. Las actividades de la vida diaria

Mediante la terminología concreta, con el significado exacto propuesto en cada una de las definiciones de los nueve grupos de actividades de la vida recogidos en la clasificación de primer nivel *Clasificación de Funcionamiento y discapacidad (CIF) de la OMS*.

1. Aprendizaje y aplicación del conocimiento
2. Tareas y demandas generales
3. Comunicación
4. Movilidad
5. Autocuidado
6. Vida doméstica
7. Interacciones y relaciones personales
8. Áreas principales de la vida (Educación/Trabajo/Economía)
9. Vida comunitaria, social y cívica

7.2. Aspectos más importantes que debe recoger un método o procedimiento de evaluación de la dependencia.

1º. Información de los objetivos y finalidades del estudio o baremo, así como la población a la que va dirigida y el consentimiento de la persona a la que se le practica, o de su tutor, en el caso de que ésta no sea capaz.

2º. Aplicación universal. Debe permitir su aplicación a cualquier persona, con diferentes estados de salud, etiología y severidad de sus problemas, edad, cultura, etc.

3º. Debe permitir la elección de las actividades que sea procedente valorar, acotando claramente el área de dependencia que se pretende estudiar (actividades de autocuidado, de movilidad dentro o fuera del domicilio, actividades domésticas, de relación interpersonal, laborales, actividades de ocio y tiempo libre, etc.) y sin realizar inferencias injustificadas entre estas y otras actividades no valoradas.

4º. Debe tener, tanto en el título como en sus apartados, claridad y concreción de las definiciones, con lenguaje sencillo, evitando ambigüedades o repeticiones, aceptado internacionalmente, libre de tecnicismos y que admita su aplicación y comprensión pluridisciplinar.

5º. Debe diferenciar la necesidad de ayudas o apoyos humanos, es decir, de otra persona, de la necesidad de ayudas o apoyos materiales o técnicos.

6º. Debe identificar claramente el contexto en el que se desarrollan las actividades a valorar siendo sensible a su descripción y a la información sobre sus posibles modificaciones, en concreto:

Contexto real (institucional o domiciliario)

Contexto neutral sin barreras o estandarizado

Contexto subjetivo (anterior, futuro posible con adaptaciones, pronosticable, etc.)

7º. Debe ofrecer la posibilidad de análisis desde distintos niveles de complejidad, tanto cuantitativo (intensidad, frecuencia), cualitativo (isogrupos, perfiles de usuarios, representación visual etc.) como temporal (temporalidad de la ayuda para cada actividad, variabilidad a lo largo del tiempo por mejoría o empeoramiento)

8º. Debe graduar la severidad del problema cumpliendo criterios de sensibilidad (con niveles de graduación que puedan reflejar la severidad del problema, tanto a nivel global como parcial), fiabilidad (con resultados similares entre evaluadores pluridisciplinarios) y validez (debe medir el problema esperado y su resultado ser compatible con el de otros baremos que midan el mismo problema).

9º. Una vez definida la dependencia y sus criterios de valoración y partiendo de la premisa de tratarse de conceptos distintos pero estrechamente relacionados, debe de ser también sensible a la discriminación de la pérdida autonomía intelectual y las cargas de trabajo generadas.

10º. Debe recoger fundamentalmente aspectos sobre el funcionamiento y el contexto del individuo, pero también sobre aspectos básicos de las condiciones de salud alteradas, enfermedades y de las deficiencias físicas y/o psíquicas que originan la situación de dependencia. Pudiendo compatibilizarse los datos obtenidos con los de otras herramientas de valoración pluridisciplinar y su comparación a nivel estadístico entre distintos usuarios, administraciones y disciplinas, mediante el uso de codificación unificada y aceptada internacionalmente, en concreto la CIE y la CIF.

11º. Posibilidad de servir como herramienta a la hora de programar intervenciones en el tiempo, tanto desde el punto de vista particular como desde el de las políticas sociales, tendentes a disminuir o paliar de la forma más eficaz la situación de dependencia, teniendo siempre como guía el respeto a la autonomía de la persona dependiente y potenciando su implicación en el proceso de toma de decisiones.

8. Referencia bibliográfica

- Abanto Alda JJ y Reuss Fernández (2000): Demografía del paciente crónico: Situación actual de la dependencia. Medicina Geriátrica en Residencias. EDIMSA. Madrid.
- Abellán A, Rodríguez V,. Las personas mayores en España. Informe 2000. Salud y atención sanitaria. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO – CSIC.
- Abellán A. Las personas mayores en España. Informe 2002. Longevidad y estado de salud. Observatorio de Personas Mayores. IMSERSO - CSIC
- American Medical Association (1994) Guías para la evaluación de las Deficiencias Permanentes.. Última edición 1994. . Edita. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1995.
- Barthel DW, Mahoney FI (1965): Functional evaluation: Barthel Index. Md State Med. J, 1965, 14:61-65
- Blanco E. (2001) Protección de las personas con discapacidad en situación de dependencia. IMSERSO. Madrid..
- Braña FJ, Monserrat J. (2002) Los costes asociados a la dependencia de las personas mayores
- Casado D, López i Cassanovas (2001) "Vejez, dependencia y cuidados de larga duración": Colección Estudios Sociales Núm. 6. Fundación Caixa.
- Carrillo E (1994) Estudio sobre las necesidades de atención de socio-sanitaria de las personas mayores en el municipio de Móstoles. Fundación Caja Madrid.
- Centro de investigaciones sociológicas (1998). CIS - IMSERSO N° 2279. Encuesta sobre la soledad en las personas mayores.
- Código Civil. Art. 200. Causas de incapacitación.
- Conseil de L' Europe. Strasbourg (1993).Les applications du concept de handicap (désavantage) de la CIH et de sa nomenclature. ISBN 92-871-240-5.
- Conseil de L' Europe. Grupe de travail ad hoc: Suède-Canada. (1995)Utilisation et utilité de la CIDIH (CIH) pour le maintieen des personnes ayant des incapacités a domicile et dans leur enviroment communautaire.
- Consejo de Europa (1998) recomendación No.R.(98)9 Del Comité de Ministros relativa a la Dependencia.

- Consejería de sanidad y servicios sociales. Xunta de Galicia (1995) Programa de atención sociosanitaria.
- Convenio de Oviedo (1999) Para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la biología y la medicina (BOE 10/99)
- Decret n° 97-426 du 28 avril 1997 relatif aux conditios et aux modalités dátribution de la prestation spécifique dépendance. Journal Officiel de la République Française.
- Decret n° 93-1216 de 4 novembre 1993 relatif au gide-bareme applicable pour látribution de diverses prestations aux personnes handicapées. Annexe Guide-bareme pour lévaluation des deficiences et incapacite des personnes Handicapees.
- Declaración de Madrid Congreso Europeo sobre discapacidad (2002). "No discriminación más acción positiva es igual a inclusión social.
- Declaración de Tenerife (2003). Primer Congreso Europeo sobre Vida Independiente. Acabemos con la discriminación hacia las personas con discapacidad.
- Decreto Foral 126/98 de 6 de abril (BON 55). Por el que se aprueba el método oficial de valoración del nivel de dependencia de personas de la tercera edad en Navarra.
- Defensor del pueblo (2000) Recomendaciones del defensor del pueblo e informes de la sociedad española de geriatría y gerontología y de la asociación multidisciplinaria de gerontología. Sobre atención sociosanitaria a las personas mayores en España y aspectos conexos
- Del Ser T y Peña-Casanova J (1994) Objetivos y métodos de la evaluación de la demencia. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona. Prous Editores
- Diputaciones Forales de la CAV (Vitoria-Gazteiz 01/03): Carta de derechos de las personas dependientes.
- Egea C. y Sarabia A. (2001): Experiencias de aplicación en España de la Clasificación internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (CIDDM). Madrid: Real patronato sobre discapacidad. Documentos 91/99
- Egea C. (1999). Políticas para la Discapacidad Diagnóstico y valoración. Seminario de derecho comparado sobre discapacidades) Real Patronato. Documentos 52/99
- Ferrieu M. (1996). Bilan d'autonomie. Ency. Med. Chir. 26-030-A-10.

- Foro Europeo de Personas con Discapacidad (2002). Personas con discapacidades de gran dependencia. Los marginados entre los marginados.
- García Viso M. (1990) Diagnóstico y valoración de discapacidades.. Colección Documentos 22/90. . Edita. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid 1990.
- García Viso M.(1995) Horizontes de la CIDD. Seminario Iberoamericano sobre aplicación de CIDD.. Real Patronato de Prevención y de Atención a Personas con Minusvalía. Ministerio de Asuntos Sociales. Madrid 1995.
- Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar Social (2002). Llibre Blanc de la Gent Gran amb Dependencia
- Gizartekintza Diputación Foral de Gipuzkoa (2003): Plan de atención a las personas con discapacidad de Gipuzkoa.
- Gonzalez Domínguez Mercedes (1991) Usos de la clasificación internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDD).. Colección Rehabilitación. INSERSO. Madrid 1991.
- Granger CV, (1985) Valoración funcional del paciente crónico (FIM). Medicina Física y rehabilitación. Krusen. Ed. Panamericana. 1985 285-307.
- Grupo de trabajo sobre la dependencia (2002). Aportaciones de la CIF al concepto de dependencia. Santander.
- Hinojal Fonseca R (1996) Daño Corporal: Fundamentos y métodos de valoración médica.. Edita. Arcano Medicina. Oviedo 1996.
- INE (1999): Encuesta Sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de salud. Madrid 1999.
- Jiménez Lara A y Huete García (2002): La discapacidad en España: Datos epidemiológicos. Real Patronato sobre Discapacidad. Documentos 62/2002.
- Jouvencel M R (2002) Manual del perito médico. Fundamentos técnicos y jurídicos. Ed. Diaz de Santos
- Lawton MP (1971) The functional assessment in rehabilitation of elderly people. Self-maintaining and instrumental Activities of Daily Living. The Gerontologist 1969, 9: 179-186
- Le Gall M y Ruet JL. (1996). Evaluation et analyse de l'autonomie. Ency.Med. Chir. 26-030-A-10.
- Katz s. Frd AB, Moskowitz et al (1963); Studies of illness in the aged: the index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185-94.

- Kuntzman F (1982) Evaluation des besoins des pensionnaires des établissements gériatriques. Rev Geriatrie 1982; 7(6)-263 -271.
- Leturia FJ, Yanguas JJ y Leturia M. Gizartekintza- Diputación Foral de Gipuzkoa (1999): Las personas mayores y el reto de la Dependencia en el siglo XXI.
- Leturia FJ, Yanguas FJ, Arriola E, Uriarte A (200) Valoración multifactorial de la dependencia. La valoración de las personas mayores: evaluar para conocer, conocer para intervenir. Fundación Matia -Caritas.
- Ley 13/1982. Integración social de los minusválidos.
- Ley 12/98 de 22 de Mayo: Medidas contra la Exclusión social
- Ley 6/2001, de 20 de noviembre, de protección a las personas dependientes, Comunidad Autónoma de Cantabria.
- Ley 30/95 de 8 de Noviembre, de ordenación y supervisión de seguros privado. B.O.E. de 9 de Noviembre de 1995.
- Ley 41/2002, de 4 de Noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación.
- López Mongil R. (2000) Valoración geriátrica en residencias de ancianos. Diputación Provincial de Valladolid.
- Melenneec lo (1997) Valoración de las discapacidades y del daño corporal. Masson.
- Ministerio de Sanidad y Consumo (MSC) (1997) Encuesta Nacional de Salud 1993 y 1997. Madrid.
- Montero Centeno D. (1993) Inventario para la planificación de servicios y programación individual I CAP. ICE-DEUSTO
- OECD (1995). Social Protection for dependent elderly people: prespectives from a rivieew of OECD countries.
- ONU (1948) Resolución 217(111)A. En la 183a Asamblea General de la ONU en 10 de diciembre de 1948. Declaración Universal de los Derechos Humanos.
- ONU(1975) Resolución 3447 de 9 de diciembre de 1975.Declaración de los derechos de los impedidos.
- ONU (1982) Resolución 37/52 en la 37 sesión regular de la Asamblea general de 03/12/82. Programa de Acción Mundial para Personas con Discapacidad: 1983-1992.
- ONU(1993). Resolución 48/96 de la Asamblea General 48 periodo.

20/12/93. Normas Uniformes sobre la igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad.

- Orden de 8 de Marzo de 1984 (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social). INVALIDOS, INVALIDEZ- Determinación del grado de minusvalía y valoración de las diferentes situaciones exigidas para ser beneficiario de las prestaciones y subsidios previstos en el Real Decreto de 1 de febrero B.O.E. de 16 de Marzo de 1984 (nº 65).
- Organización Mundial de la Salud. CIIDDM-2 (1997): Clasificación internacional de deficiencias, actividades y participación. Manual de las dimensiones de las consecuencias de la enfermedad y del rendimiento funcional. Versión Beta-1 para experimentación. OMS, Ginebra 1997.
- Organización Mundial de la Salud (2001): Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud. CIE Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud (2001). Aprobación de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la discapacidad y de la Salud (CIF). Resolución 54/21. De la 54 Asamblea Mundial de la Salud realizada en 22/05/01
- Organización Mundial de la Salud (1980). Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. Manual de clasificación de las consecuencias de la enfermedad" Edita. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Colección rehabilitación Madrid 1983. Última edición con nuevo prólogo en 1994.
- Real decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para reconocimiento, declaración y calificación del grado de minusvalía.
- Ring J. (1994): Valoración funcional: una necesidad imperiosa en rehabilitación. Colección rehabilitación, 28. IMSERSO.
- Rodríguez Cabrero G (2001) Cuidados de larga duración en España: Contexto, debates, políticas y futuro. Unidad de políticas comparadas (CSIC). Doc 02-14.
- Rodríguez Rodríguez Pilar (1998). El problema de la dependencia en las personas mayores. Rev. Documentación Social nº 112 Julio-sept.
- Sancho Castiello M. Miguel Polo JA (2001). II Asamblea Mundial sobre el envejecimiento.(abril 2002). Envejecer en España. IMSERSO. Madrid.
- Schoening HA et al Sister Kenny Rehabilitation Institute Mineapolis (1963): Numerical scoring of self-care status of patients. Ach Phys Med Rehabil. 1995: 46:689-697.
- Sentencia del Juzgado de lo Social 15 de Barcelona (12/5/99) sobre gran invalidez.

- SIIS. Ramón Saizarbitoria, Luis Sanzo y julio Oiaz. (1985). Mesa redonda sobre Servicios de diagnóstico para minusválidos. Viceconsejería de Bienestar y Seguridad Social. Servicio Central de publicaciones del Gobierno Vasco. Vitoria-Gazteiz..
- SIIS (Centro de documentación y estudios) (1999): Legislación relativa a la política para la discapacidad en Alemania, Francia, Reino Unido y Suecia. Madrid: Real patronato sobre discapacidad.
- Solano JJ, López E (1998): Envejecimiento y sistemas de clasificación de pacientes. Rev. Española de Geriátría y Gerontología 33(6)
- Tilquin C, Berthou A, Frijters, Van der Kooij (1997). Herramientas de medida de las cargas en cuidados, en el Canadá y los Estados Unidos (GMSP; PLAISIR, RAI y Radio-Hogar Careo Gero Careo Boletín informativo 6
- Tilquin C, Saiz E, Carrillo E" (1992) Monitorización de la dependencia y asignación de recursos en centros sociosanitarios y hospitales de larga estancia" Revista de gerontología, Vol 2, nº 2
- Tilquin C, Michelon P, Gascon V, Leonard G, Roussel B (1991). "Validación de una escala de independencia y confinamiento para predecir el nivel de cuidados de enfermería necesarios en las residencias y unidades de hospitalización de ancianos" Revista de Gerontología, vol 1 nº 2,
- Tilquin C, SicoUe C, O" Hoore W, Portella E (1996). "Evaluación de las necesidades en las personas dependientes para ofrecerles unos cuidados y unos servicios apropiados". Revista de Gerontología Vol 6.
- Unión Europea (1998) comunicado de la comisión, de 12 de Marzo de 1997. Política social y protección social. Modernización y mejora de la protección.
- Unión Europea (1992) Recomendación 92/442/CEE Política Social y Protección Social. Convergencia de Objetivos y Politizas.
- Unión Europea (2000) Resolución del Parlamento Europeo, al comité económico y social y al comité de la Regiones "Hacia una Europa sin Barreras para las personas con discapacidad.
- UNESPA (2000) Estudio del nivel de dependencia, necesidades de recursos y proyecciones de futuro
- Valverde MD, Florez M, Sánchez I(1994) Escalas de actividades de la vida diaria. Colección rehabilitación, 28. IMSERSO.
- Verdugo M.A. y Urries J.(2001) Apoyos, autodeterminación y calidad de vida. Salamanca. Amaru.
- Verdugo M.A. (2003). Análisis de la definición de discapacidad intelectual de la asociación americana sobre retraso mental de 2002. Siglo cero vol.34.