

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

POSGRADO DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

**“ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO:
ESTUDIO ETNOGRÁFICO PARA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DE PERSONAS
ADULTAS MAYORES INDÍGENAS KICHWAS DE TOACASO - PROVINCIA DE
COTOPAXI. 2019 - 2020”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ESPECIALISTA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

AUTORAS:

Md. Isabel Magdalena Ayala Guilcapi

Md. Kuripacha Alcamari Tituaña Vega

Directora: Dra. Susana Lucía Tito Lucero

Asesor Metodológico: PhD. Alexis Vladimir Rivas Toledo

Quito, 2020

Dedicatoria

A mi mami, Glorita Isabel,

aún con tu ausencia física, continúas guiándome por los rumbos más certeros de la vida.

La Geriatria es uno de esos grandes aciertos,

que yo siento que tú me la pusiste en mi camino.

De manera simbólica miro al cielo y nos “damos cinco” por la meta ahora cumplida.

Todo esto dedicado a tí, mi ángel y mi inspiración eterna.

Isabel

A mis abuelos y abuelas,

especialmente a José Vega, un hombre que con una idea cambió su realidad, la de sus

hijas/os y nietas/os.

Y por supuesto a Luz Marina, Auki y Nina que con su ejemplo me han enseñado a no ser

impasible frente a las injusticias.

Kuri

Agradecimientos

Isabel

A mi soulmate Markeins, que ha puesto el hombro junto al mío.

A mi padre, hermanos y suegros por sus palabras de aliento y energía positiva.

A Leslie y Robin porque su apoyo fue fundamental para enriquecer mis conocimientos en Chile.

A Johanna Gavidia que con sus actos de nobleza y dedicación por sus pacientes, sembró en mí el cariño y deseo de ser Geriatra.

Kuri

A todos mis tutores y profesores que fueron parte de este camino.

Y como siempre a papá y a mamá hasta el infinito.

Isabel y Kuri

A Sofía León que facilitó y alimentó esta idea desde el inicio, en cada conversación y en todo el proceso.

A la Dra. Susana Tito y a PhD. Alexis Rivas grandes profesionales con mucha experiencia en investigación y tutores incomparables.

A todo el equipo del GAD parroquial de Toacaso y funcionarios del MIES tanto nacionales como territoriales por permitirnos trabajar junto a ustedes y a la población de adultos mayores que con sus historias nos comprometen a continuar trabajando para romper barreras y luchar contra la desigualdad.

A todos y cada uno de ellos nuestro agradecimiento infinito.

Contenido

Dedicatoria	1
Agradecimientos	2
Lista de figuras.....	6
Resumen	7
Abstract	9
Capítulo I.....	13
Marco teórico	13
1.1 Adulto mayor y envejecimiento.....	13
1.2 Crecimiento poblacional.....	14
1.3 Normativas para la atención integral a personas adultas mayores.....	15
1.4 Funcionalidad.....	15
1.5 Actividades básicas de la vida diaria.....	17
1.6 Historia del Índice de Barthel y sus modificaciones.....	18
1.7 Adaptaciones socioculturales del Índice de Barthel.....	20
1.8 Diversidad cultural en Ecuador.....	21
1.9 Recuento histórico de los pueblos y nacionalidades indígenas.....	23
1.10 Situación sociodemográfica de la población adulta mayor indígena.....	24
1.11 Interculturalidad y salud intercultural.....	26
1.12 Salud en la población adulta mayor indígena.....	27
1.13 Situación social, cultural y demográfica en la Sierra centro de Ecuador.....	29
1.14 Breve caracterización sociocultural de las actividades básicas de la vida diaria en población indígena Kichwa.....	30
1.15 Caracterización parroquia de Toacaso.....	30
Capítulo II.....	35
Definición del problema de investigación	35
2.1 Preguntas de investigación.....	35
2.2 Objetivos	36
2.2.1 Objetivo general.....	36
2.2.2 Objetivos específicos.....	36
2.3 Hipótesis	36
2.4 Justificación	37
Capítulo III.....	39

Metodología	39
3.1 Tipo de estudio.	39
3.2 Operalización de variables.	39
3.3 Universo y selección de informantes.	39
3.4 Criterios de Inclusión.	40
3.5 Criterios de Exclusión.	40
3.6 Proceso de recolección de información.	41
3.6.1 Primera Fase.	41
3.6.1.1 <i>Primer tiempo: Recolección de información de grupos representativos.</i>	42
3.6.1.2 <i>Segundo tiempo: Etnografía.</i>	42
3.6.2 Segunda Fase: Aplicación de IBM original e IBM adaptado.	43
3.7 Aspectos bioéticos	44
Capítulo IV	45
Resultados y análisis	45
4.1 Informe etnográfico.	45
4.1.1 <i>Perfil de los informantes.</i>	45
4.1.2 <i>Etnografía focalizada en las actividades básicas de la vida diaria.</i>	45
4.1.2.1 <i>Higiene personal.</i>	45
4.1.2.2 <i>Bañarse.</i>	51
4.1.2.3 <i>Alimentarse.</i>	53
4.1.2.4 <i>Sanitario.</i>	56
4.1.2.5 <i>Subir la escalera.</i>	60
4.1.2.6 <i>Vestirse.</i>	62
4.1.2.7 <i>Control intestinal.</i>	65
4.1.2.8 <i>Control de vejiga.</i>	66
4.1.2.9 <i>Traslado sillas/camas.</i>	66
4.1.2.10 <i>Ambulación o marcha.</i>	69
4.1.2.11 <i>Silla de ruedas.</i>	69
4.2 Propuesta Índice de Barthel Modificado Adaptado versión Ecuador.	69
4.3 Validación del cuestionario.	77
4.4 Estadística descriptiva.	80
4.4.1 <i>Género.</i>	80
4.4.2 <i>Edad y clasificación por grupos de edad.</i>	80

4.4.3 Autoidentificación étnica.	81
4.4.4 Idioma.	83
4.4.5 Estado civil.	84
4.4.6 Escolaridad.	85
4.4.7 Ocupación.	86
4.4.8 Convivencia y número de hijos.	87
4.4.9 Enfermedades prevalentes.	88
4.4.10 Discapacidad.	89
4.4.11 Uso de órtesis.	90
4.4.12 Valoración mediante Índice de Barthel Modificado (IBM).	91
4.4.13 Valoración mediante Índice de Barthel Modificado Adaptado Ecuador (IBMae).	92
4.4.15 Resultados comparativos entre las dos versiones de Barthel.	93
Capítulo V	95
Discusión	95
Capítulo VI	100
Conclusiones	100
Capítulo VII	102
Recomendaciones	102
Bibliografía	103
Anexos	107
Apéndices	114

Lista de figuras

<i>FIGURA 1.</i> ASENTAMIENTOS HUMANOS PARROQUIA TOACASO	34
<i>FIGURA 2.</i> ESQUEMATIZACIÓN DEL ESTUDIO	41
<i>FIGURA 3.</i> ESQUEMA DE SELECCIÓN DE INFORMANTES	42
<i>FIGURA 4.</i> TRENZADO DE CABELLO Y ATADO	46
<i>FIGURA 5.</i> RASURADORA METÁLICA DESARMABLE NO DESECHABLE	47
<i>FIGURA 6.</i> CORTE DE BARBAS CON TIJERAS.....	48
<i>FIGURA 7.</i> CEPILLOS DENTALES INCRUSTADOS ENTRE LOS BLOQUES DE LA PARED.....	49
<i>FIGURA 8.</i> MÍMICA DE CEPILLADO DE DIENTES	50
<i>FIGURA 9.</i> CUCHILLO METÁLICO ROMO Y USO DE VASO CON AGUA.....	51
<i>FIGURA 10.</i> TINA PLÁSTICA PARA BAÑARSE	52
<i>FIGURA 11.</i> CUARTO DE COCINA CON FOGÓN DE LEÑA DONDE SE BAÑAN CERCA DEL CALOR	52
<i>FIGURA 12.</i> SOPA DE ARROZ CON PAPAS	54
<i>FIGURA 13.</i> TRASTES DE LOZA Y METAL CON CUCHARAS METÁLICAS	55
<i>FIGURA 14.</i> ADULTA MAYOR PELANDO PAPAS.....	56
<i>FIGURA 15.</i> BAÑO UBICADO FUERA DE LOS DORMITORIOS ATRAVESANDO EL PATIO.....	57
<i>FIGURA 16.</i> SECUENCIA DE ACTOS PARA ELIMINAR LOS DESECHOS BIOLÓGICOS.....	58
<i>FIGURA 17.</i> IZQ: BAÑO SIN AGUA SOBRE POZO SÉPTICO. DER: LAVABO DE MANOS SIN AGUA, CONTIENE FUNDA PARA COLOCAR PAPEL PERIÓDICO USADO.....	59
<i>FIGURA 18.</i> LAVADO DE MANOS DESPUÉS USAR EL BAÑO	60
<i>FIGURA 19.</i> GRADAS DE DIFERENTES ALTURAS.....	61
<i>FIGURA 20.</i> TERRENOS IRREGULARES A DESNIVEL	61
<i>FIGURA 21.</i> VARIEDAD DE SUPERFICIES DE TERRENO	62
<i>FIGURA 22.</i> VESTIMENTA FEMENINA Y MASCULINA	63
<i>FIGURA 23.</i> IZQ: BOTAS DE HULE O ZAPATO CERRADO, CACHUCHA O GORRO DE LANA. DER: LEVA, PANTALÓN, CAMISA, ZAPATOS DE SUELA, BUFANDA Y SOMBRERO.....	64
<i>FIGURA 24.</i> IZQ: COLOCACIÓN DE ARETES. DER: FALDA SUJETADA CON IMPERDIBLE.....	65
<i>FIGURA 25.</i> CAMA DE MADERA, COLCHÓN PAJA Y COBIJAS DE LANA	67
<i>FIGURA 26.</i> SILLAS DE MADERA SIN APOYA BRAZOS.....	68
<i>FIGURA 27.</i> IZQ: SEGMENTO DE TRONCO UTILIZADO COMO TABURETE. FONDO: TABLÓN SOBRE BLOQUES. DER: BANCO DE MADERA	68
<i>FIGURA 28:</i> DISTRIBUCIÓN POR GÉNERO	80
<i>FIGURA 29:</i> CLASIFICACIÓN POR GRUPOS DE EDAD.....	81
<i>FIGURA 30:</i> DISTRIBUCIÓN POR ÉTNIA.....	83
<i>FIGURA 31:</i> DISTRIBUCIÓN POR IDIOMA	84
<i>FIGURA 32:</i> ESTADO CIVIL	85
<i>FIGURA 33:</i> DISTRIBUCIÓN DE ESCOLARIDAD POR GÉNERO.....	86
<i>FIGURA 34:</i> OCUPACIÓN POR SEXO	87
<i>FIGURA 35:</i> CONVIVENCIA	88
<i>FIGURA 36:</i> ENFERMEDADES PREVALENTES CONVIVENCIA	89
<i>FIGURA 37:</i> PORCENTAJES DE DISCAPACIDAD	90
<i>FIGURA 38:</i> USO DE ÓRTESIS	91
<i>FIGURA 39:</i> GRADOS DE DEPENDENCIA MEDIDO POR IBM.....	92
<i>FIGURA 40:</i> GRADOS DE DEPENDENCIA MEDIDO POR IBM ^{AE}	93
<i>FIGURA 41.</i> RESULTADOS COMPARATIVOS DE LAS ESCALAS	94

Resumen

Evaluar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria es uno de los primeros elementos que permite medir el grado de autonomía de la persona. La carga de enfermedad y el cúmulo de años pueden llevar a las personas adultas mayores a tener algún grado de dependencia física o discapacidad. Esta limitación física se vivirá de manera distinta en cada individuo y lugar; es así que la población indígena asentada en zonas rurales donde el acceso a diversos servicios elementales es menor y la desigualdad ha sido parte de la vida experimentará a la vejez y al envejecimiento de manera distinta que el resto de la población; reconocer esta diversidad hace indispensable adaptar instrumentos a cada realidad social y cultural.

Objetivo: Desarrollar una adaptación sociocultural del Índice de Barthel Modificado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de la Sierra Centro del Ecuador.

Metodología: Es un estudio monometódico de tipo cualitativo basado en una etnografía y en opinión de expertos en salud intercultural, con la participación de 75 personas adultas mayores de entre 75 y 91 años de edad, hombres y mujeres usuarios del programa de atención domiciliaria al adulto mayor del Ministerio de Inclusión Económica y Social en la Parroquia de Toacaso - Provincia de Cotopaxi, se realizaron varias fases y múltiples visitas al territorio para saturación de información. Posterior al análisis de la dinámica social y formas de vida se aplicó el Índice de Barthel Modificado estándar en su versión en español y la propuesta adaptada simultáneamente para comparar las posibles barreras de cada una.

Resultados: La etnografía perfila claramente que la adaptación sociocultural del Índice de Barthel Modificado facilitó la comunicación entre los sujetos involucrados y permitió asignar una puntuación que se acerca a la funcionalidad real de las personas adultas mayores que viven en áreas rurales en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

Conclusiones: La dinámica sociocultural en población adulta mayor que vive en zonas rurales, sean indígenas o mestizas es diferente al de las personas que se desenvuelven en áreas urbanas, por lo que, la adaptación del Índice de Barthel refleja la realidad funcional de las personas adultas mayores que permitirá correctas intervenciones y decisiones de políticas públicas en su beneficio.

Palabras Clave: Adaptación social, escala de Barthel, Escala modificada de Barthel, Validez.

Abstract

Assessing the ability to carry out the basic activities of daily life is one of the first elements that allows measuring a person's autonomy degree. The burden of disease and the accumulation of years can lead older adults to have some degree of physical dependency or disability. This physical limitation will be lived differently in each individual and place. Thus, the indigenous population settled in rural areas, where access to various fundamental services is less and inequality has been part of life, will experience old age and aging differently than the rest of the population. Acknowledging this diversity makes it essential to adapt instruments to each social and cultural reality.

Objective: Develop a sociocultural adaptation of the Modified Barthel Index for the geriatric assessment of indigenous Kichwa older adults in the Sierra Central of Ecuador.

Methodology: It is a qualitative monomethod study based on an ethnography and in the opinion of experts in intercultural health, with the participation of 75 older adults between 75 and 91 years of age, men and women users of the home care program for the elderly of the Ministry of Economic and Social Inclusion in the Toacaso Parish - Cotopaxi Province. Various phases and multiple visits to the territory were carried out to saturate information. After analyzing the social dynamics and ways of life, the standard Modified Barthel Index in its Spanish version and the adapted proposal were applied simultaneously to compare the possible barriers of each one.

Results: The ethnography clearly outlines that the sociocultural adaptation of the Modified Barthel Index facilitated communication between the subjects involved and allowed assigning a score that approximates the real functionality of older adults living in rural areas in conditions of poverty and extreme poverty.

Conclusions: The sociocultural dynamics in the elderly population living in rural areas, whether indigenous or mestizo, is different from that of people who operate in urban areas, therefore, the adaptation of the Barthel Index reflects the real functionality of older adults, which will allow adequate public policy interventions and decisions for their benefit.

Keywords: Social Adjustment, Barthel Index, Modified Barthel Index, Validity.

Introducción

Medir el estado funcional de las personas mayores, tomando en cuenta su estilo de vida es esencial para planificar su cuidado; cambios en la funcionalidad nos indican que se debe investigar la causa de la misma para lograr un diagnóstico oportuno y proponer intervenciones terapéuticas a corto y largo plazo. La autopercepción disminuida de la capacidad funcional es un marcador temprano de discapacidad (Halter et al., 2017), por lo tanto, evaluar la capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) debe formar parte de los servicios de salud responsables de atender a la persona mayor.

La presencia de limitación física se vivirá de manera distinta en cada persona y lugar, la población indígena al encontrarse en su mayoría en áreas rurales el acceso a diversos servicios se dificulta, por ende, afecta directamente a sus condiciones de vida. Estas características socioculturales hacen que la vejez y el envejecimiento de la población indígena se experimente de manera distinta que el resto de la población.

Esta investigación tiene como objetivo desarrollar una adaptación sociocultural del Índice de Barthel Modificado para adultos mayores indígenas kichwas de la Sierra Centro del Ecuador, esta se realizó con los usuarios beneficiarios del programa de atención domiciliaria llevada a cabo por el Ministerio de Inclusión Económica y Social en la parroquia de Toacaso - provincia de Cotopaxi para determinar si la versión estándar de la escala mencionada contempla aspectos socioculturales, económicos geográficos y lingüísticos que permiten una adecuada valoración geriátrica funcional de las personas adultas mayores indígenas.

El presente trabajo se divide en seis capítulos, donde el primer capítulo detalla conceptos de envejecimiento, crecimiento poblacional, descripción histórica e importancia del Índice de

Barthel, junto con un breve recuento de los componentes que caracterizan a la población indígena del Ecuador. El segundo capítulo planea el problema, la hipótesis y los objetivos trazados que dan respuesta y justifican a la necesidad de esta investigación. La metodología, los criterios de inclusión – exclusión, las distintas fases de este proceso y los aspectos bioéticos se encuentran en el capítulo tres. El cuarto capítulo abarca los resultados obtenidos a través de la opinión de expertos en el tema, la etnografía realizada con el concerniente informe y el análisis respectivo que permitió la adaptación de las instrucciones inmersas de la escala en mención, una breve estadística descriptiva detalla los datos generales obtenidos, así como los resultados comparativos entre la versión original y la adaptada. Una detallada discusión se incluye en el quinto capítulo. Finalmente, en los capítulos sexto y séptimo se destacan las conclusiones y recomendaciones respectivamente.

Capítulo I

Marco teórico

1.1 Adulto mayor y envejecimiento.

No existe un adulto mayor típico, su heterogeneidad es compleja y no está dada solo por la cantidad de años vividos, pero si por la carga de enfermedad del individuo, sus antecedentes socioeconómicos e incluso del sistema sanitario y financiero del país donde vive; los matices varían desde una persona de 60 años que puede ser dependiente a una persona de 80 años de edad goza de salud plena e independencia. Las mujeres se caracterizan porque viven más en relación a los hombres, esta brecha en la esperanza de vida cambia según el país y la región, pero es importante resaltar que existe una relación directamente proporcional entre edad y discapacidad (Abizanda Soler & Rodríguez Mañas, 2015; Huenchuan, 2018; OMS, 2015). Entonces suponer que existe un solo tipo de adulto mayor o un solo modelo de envejecimiento no permite tomar acciones dirigidas y necesarias para la atención de este grupo poblacional.

Se considera adulto mayor a las personas mayores de 60 años según la OMS¹ para los países desarrollados y a partir de los 65 años en Ecuador que por su realidad socioeconómica es un país en vías de desarrollo; al ser considerados como adultos mayores poseen distintos roles y derechos en pro de mantener su integridad y dignidad. En el 2008 la Asamblea Nacional los considera como grupo de atención prioritaria y establece acciones afirmativas para combatir la discriminación y reconocer sus derechos (Constitución, 2008; OMS, 2015).

¹ OMS: Organización Mundial de la Salud

1.2 Crecimiento poblacional.

América Latina y el Caribe considerada hace aproximadamente 60 años una población joven se encuentra en un proceso cambiante en términos demográficos, donde el grupo calificado como económicamente activo llegó a representar el 63% en 2017, como parte de la transición demográfica regional actual; se estima que el porcentaje de personas entre 15 y 59 años irá decreciendo, mientras la expectativa de vida al nacer se incrementa (CEPAL, 2018).

Datos oficiales del INEC del Censo de Población y Vivienda realizado en el año 2010 determina que, del total de habitantes la población de adultos mayores de 65 años de edad en adelante representa el 6,5% (Villacís & Carrillo, 2012), la encuesta nacional SABE I² registró el total de las personas mayores de 60 años en 1'156.117, predominando el sexo femenino en un 53,4% frente al 46,6% masculino (Freire et al., 2010) con una esperanza de vida global de 75 años, la misma que incrementará en 5,5 años para el año 2050 sobre todo en mujeres (INEC, 2010).

Según la proyección de crecimiento poblacional nacional se estima que el porcentaje de adultos mayores de 60 años para el año 2020 asciende al 10,87% (INEC, 2012); para América Latina y el Caribe se prevé que la proporción de personas mayores se duplique en las décadas próximas, pasando a representar del 12% en 2017, al 21% en 2040 (CEPAL, 2018). Este aumento de la población envejecida llama a los gobiernos a tomar medidas efectivas para enfrentar las necesidades requeridas a futuro, pues este grupo también se caracteriza por un mayor consumo de servicios sanitarios lo que significaría acrecentar la inversión en salud, entonces no será válido solo identificar la cantidad de adultos mayores, se debe considerar otros factores interrelacionados como su situación social, económica, cultural y de salud.

² SABE I: Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento I

1.3 Normativas para la atención integral a personas adultas mayores.

Dentro de los principios básicos de la OMS para los Estados Parte³, incluye que se debe extender a todas las personas y a todos los pueblos los beneficios de los conocimientos médicos, psicológicos y similares con el objetivo de alcanzar el más alto grado de salud (OMS, 2006).

Los adultos mayores han formado parte de un grupo discriminado, con vulneración de derechos en los distintos espacios, es importante además reconocer que el adulto mayor perteneciente a los pueblos y nacionalidades indígenas posee características únicas que los diferencian del resto de la población adulta mayor como son la baja escolaridad, ruralidad con escaso acceso a servicios básicos, baja accesibilidad o rechazo a los servicios de salud pública y jubilación infrecuente (Waters & Gallegos, 2012); por ello los países no deben dirigir esfuerzos solo hacia la salud física, sino que debe garantizar la salud mental, emocional y social que se acoplen a cada realidad con enfoque sociocultural para así acortar las brechas de desigualdad.

Amparados por la constitución ecuatoriana y organismos internacionales plantear la adaptación de herramientas y/o cuestionarios utilizados en el área de Geriatría como apoyo diagnóstico con enfoque intercultural cobra importancia para combatir la inequidad.

1.4 Funcionalidad.

La funcionalidad o estado funcional se define a la capacidad de la persona para relacionarse con el entorno en el que vive e interactúa, existen varios niveles de funcionalidad y diversas formas de evaluarla. La valoración de la capacidad funcional es un pilar fundamental en

³ Países Miembros de las Naciones Unidas y de la OMS quienes aceptan su constitución para la aplicación de estrategias y planes nacionales de salud (194 Miembros) (OMS, 2017, 2018)

la atención geriátrica y valora a la persona en todas sus dimensiones, desde las funciones motoras mínimas y autocuidado, hasta su relación con la sociedad (Abizanda Soler & Rodríguez Mañas, 2015; OMS, 2015).

La capacidad funcional está influenciada por el estado de salud, es decir, a mayor enfermedad menor capacidad funcional; los cambios de esta sean agudos o graduales requieren de intervenciones diagnósticas y terapéuticas. Otros factores determinantes son las condiciones socioeconómicas, sexo y etnia; es así que en Ecuador la restricción funcional es mayor en personas con condiciones socioeconómicas bajas y en el sexo femenino (Freire et al., 2010); la situación social regular o mala e incluso la condición de indigencia es frecuente en zonas rurales, áreas que concentra el mayor porcentaje de personas autoidentificadas como indígenas.

La capacidad disminuida o la incapacidad para realizar alguna actividad básica no es parte del envejecimiento normal, por ello valorar y monitorizar el estado funcional aporta información valiosa sobre respuestas a tratamientos e incluso aporta información pronóstica sobre la cual se debe planificar la atención a corto, mediano y largo plazo (Abizanda Soler & Rodríguez Mañas, 2015).

El desempeño funcional puede ser medido por diversas vías, desde interrogatorios hasta pruebas dinámicas lo que permite clasificar al adulto mayor o establecer su tipología, esta tiene variantes según los diferentes autores y los métodos utilizados; de manera general se los puede catalogar en adultos mayores *robustos*, *prefrágiles*, *frágiles* y *geriátricos* (Abizanda Soler et al., 2014; De la Fuente-Bacelis J et al., 2010); cada uno requerirá diferente intervención, además que los recursos invertidos serán distintos con el fin de mantener su estado basal, revertir las condiciones adversas que sean modificables y frenar o retardar la discapacidad y dependencia.

La geriatría con el objetivo de mantener el máximo grado de funcionalidad e independencia que garantice un envejecimiento saludable y digno, se sirve de múltiples herramientas de apoyo diagnóstico como son los denominados índices o escalas estandarizadas para la valoración funcional, afectiva, cognitiva, social, entre otras; estos instrumentos han llevado un proceso de construcción y validez por cada autor, algunas han requerido adaptarse a la realidad de cada entorno tanto lingüísticas como sociales y culturales.

La valoración de la capacidad funcional inicia con la evaluación de las actividades básicas diarias (ABVD⁴) que permiten el autocuidado para mantener la autonomía en el domicilio como son el baño, vestido, control de esfínteres, alimentación, entre otras; se evalúan también las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que implica interacción social o en la comunidad como la capacidad de usar el teléfono, realizar compras, algunas tareas del hogar, capacidad de manejar su propia medicación y dinero, las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) permiten desarrollar un rol social, estas involucran mayor complejidad para su desempeño que dependerán en su mayoría de la profesión, o habilidades de cada individuo como manejo de finanzas o realizar deportes físicos e intelectuales más demandantes, etc (Abizanda Soler & Rodríguez Mañas, 2015; De la Fuente-Bacelis J et al., 2010; Pedro Gil Gregorio et al., 2011).

1.5 Actividades básicas de la vida diaria.

Las ABVD son las acciones más elementales para el autocuidado de la persona, además son las últimas en perderse en relación inversa a su adquisición durante la infancia (Pedro Gil

⁴ ABVD: tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (alimentación, vestido, marcha, uso del inodoro, baño, transferencias, continencia, arreglo personal, comunicación) (Abizanda Soler & Rodríguez Mañas, 2015)

Gregorio et al., 2011). Las más importantes incluyen actos como alimentarse, trasladarse de la silla a la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse, desplazarse en superficies planas, subir o bajar escaleras, vestirse y control urinario y fecal; actividades que han sido estudiadas desde 1965 para formar una herramienta que objetive la capacidad funcional a través de un puntaje (Mahoney & Barthel, 1965).

La rehabilitación funcional que mejore el desempeño de las actividades de la vida diaria, desde sus inicios ha sido investigada y evaluada en pacientes hospitalizados con afecciones neuromusculares, musculoesqueléticas y secuela de accidentes cerebrovasculares; para ello se han empleado varias escalas de valoración funcional las mismas que cuentan con el respaldo de cientos de estudios al respecto (Galli et al., 2018; Shah et al., 2000).

De manera general se puede mencionar que dependiendo de la cultura occidental, oriental o poblaciones ancestrales la forma de llevar a cabo algunas de las ABVD podrían diferir por la diversidad de costumbres de cada localidad, pero que finalmente reflejan la autovalencia del individuo (Miller, 2011a)

1.6 Historia del Índice de Barthel y sus modificaciones.

Múltiples instrumentos geriátricos han sido desarrollados para la evaluación de discapacidad, el Índice de Barthel original (IB) es el más utilizado a nivel internacional. Se han realizado múltiples estudios comparativos frente a otros instrumentos, los diversos cambios y adaptaciones realizadas ha permitido mejorar tanto su aplicabilidad como su validez y precisar los grados de dependencia de las personas evaluadas. No solo evalúa la capacidad de realizar o no la actividad, sino el tiempo y la cantidad de ayuda que requiere la persona para cumplirla (Barrero Solis et al., 2005; Mahoney & Barthel, 1965).

El IB⁵ es considerado uno de los mejores instrumentos para valorar la capacidad de realizar las ABVD, rápido de aplicar, su puntaje va de 0 a 100 que indica dependencia total e independencia total respectivamente. El IB forma parte de la valoración geriátrica que permite definir el grado de dependencia del adulto mayor, como identificar la necesidad de cuidados personales y organiza mejor los servicios de ayuda a domicilio, su aplicación e interpretación es fácil y de bajo costo, las molestias generadas por la entrevista u observación del quehacer cotidiano son escasas, el tiempo de aplicación toma entre 2 a 5 minutos, además ha sido manejada como criterio de eficacia de los tratamientos y actuaciones de los profesionales sanitarios (Barrero Solis et al., 2005; Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997).

Este instrumento ha sido centro de varias modificaciones desde su creación, con cambios en el número de las actividades evaluadas y en su puntaje, pero siempre con el objetivo de medir la dependencia funcional (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997; Moura Minosso et al., 2010; Shah et al., 1989).

El Índice de Barthel y el Índice de Barthel Modificado (IBM) por Surya Shah⁶ en 1989 son las dos versiones que han sido objeto de mayor análisis y estudio, incluso con enfoque sociocultural en diferentes países alrededor del mundo con el fin de determinar la validez y fiabilidad de cada una de ellas con resultados que favorecen hacia la versión modificada por Shah. El IBM se desarrolló por la necesidad de mayor sensibilidad del IB para calificar a las

⁵ IB: Índice de Barthel original

⁶ Dr. Shah profesor de terapia ocupacional en AT Still University, Mesa, Arizona y miembro investigador principal del Stockton Center on Successful Aging (SCOSA), realizó la versión Modificada de la Escala de Barthel para las necesidades de dependencia de las personas con discapacidades (The American Occupational Therapy Foundation, n.d.)

personas que requieran algún grado de asistencia en realizar las tareas básicas y mejorar la discriminación de la capacidad funcional, debido a que la discapacidad se relaciona a mayor mortalidad (Shah et al., 1989)

El terapeuta ocupacional Surya Shah, ensayó el modo de mejorar el índice o escala de Barthel, que lo llevó a detallarla aún más, para ello mantuvo las 10 actividades de la escala original, pero escaló las opciones de puntaje de cada ítem que permite diferenciar de mejor manera las habilidades inmersas en la funcionalidad (Baztán et al., 1993; Shah et al., 1989).

1.7 Adaptaciones socioculturales del Índice de Barthel.

La adaptación cultural de las herramientas de valoración geriátrica no es un tema desconocido, tomar en cuenta el contexto sociocultural de la población en estudio como la percepción de la salud, enfermedad, concepto de bienestar, situación demográfica, social e incluso la percepción de la muerte son la clave para obtener resultados reales, sin alterar las propiedades psicométricas de las escalas usadas y validadas internacionalmente (Ramada-Rodilla et al., 2013).

Si bien la versión modificada detalla mejor a cada actividad evaluada como la alimentación, baño, vestido, etcétera, dichas actividades no se realizan de manera homogénea, es decir, las costumbres no son iguales en todo el mundo, ni los términos utilizados tienen el mismo significado, incluso dentro de un mismo país existen diversas formas de vida que no permiten sistematizar su uso sin tomar en cuenta estas diferencias; el reconocimiento de esta heterogeneidad ha llevado a profesionales de la salud a realizar varios estudios que sirven de base para investigaciones futuras; experiencias internacionales que aportan evidencia sustentable sobre la necesidad de adaptar este tipo de herramientas con un enfoque sociocultural.

Un estudio realizado en Turquía en el año 2000 concluyó que no solo se requiere de una traducción literal, sino que se necesitan cambios de algunos ítems acorde a la realidad de las costumbres turcas (Küçükdeveci et al., 2000). En Brasil se logró validar el IB al contexto brasileño, sus resultados permitieron recomendar su utilización para la evaluación de la capacidad funcional en pacientes adultos mayores en atención ambulatoria (Moura Minosso et al., 2010).

Se suman estudios realizados por Irán, Corea, China y Japón que aportan de manera esencial sobre la adaptación de la versión modificada de la escala de Barthel a cada localidad, no solo por las transformaciones idiomáticas que conllevan si no por la adaptación sociocultural de la misma en dichos países, costumbres como la forma de alimentarse, los traslados y hasta el mismo baño representaron ser acciones de mayor complejidad en esta población por los diferentes procesos que llevan para realizar estas actividades, lo que los llevó a especificar en mayor detalle las actividades a evaluar y ampliar la guía explicativa para la correcta calificación sin alterar la sensibilidad de este instrumento y sus resultados; las múltiples experiencias descritas favorecen el uso de la esta herramienta adaptada (Hong et al., 2017; Leung et al., 2007; Ohura et al., 2014; Tagharrobi et al., 2011).

1.8 Diversidad cultural en Ecuador.

Ecuador es un país con gran diversidad biofísica y cultural, un país andino que posee en su territorio 14 nacionalidades y 19 pueblos indígenas, que comparten una historia, idioma y culturas comunes pero que a su vez se distinguen de la población no indígena y entre ellos por poseer sus propios sistemas de organización política, económica y social. Siendo la nacionalidad

Kichwa la más representativa a nivel nacional, caracterizados además por continuar en la búsqueda de igualdad ante la ley y pertenencia de derechos (CARE et al., 2016; Hidalgo, 2006).

Su representación en términos numéricos ha tenido grandes cambios, con resultados contradictorios dictados por diferentes organizaciones que ha generado discusión; la Confederación de Nacionalidades Indígenas del Ecuador -CONAIE- sostuvo que el porcentaje de población indígena representaba el 45% de todos los habitantes ecuatorianos (Chisaguano, 2006), sin embargo, datos oficiales del INEC registran que la población indígena representa el 7,0%; datos que podrían estar influenciados por la introducción del nuevo componente implementado en los últimos 10 años en el censo ecuatoriano, la autoidentificación étnica de la persona (Galarza-Schoenfeld, 2010). No solo el hablar una lengua vernácula determina la pertenencia o no a un pueblo o nacionalidad indígena como se definía previamente, si no que sopesa el hecho de cómo se identifica la persona como consta en el artículo 21 de la Constitución ecuatoriana (Constitución, 2008; Villacís & Carrillo, 2012).

La diversidad cultural no puede ser solo vista como la cantidad en número de pueblos o el porcentaje que representan, entender la diversidad cultural es aún más compleja. Cada pueblo y nacionalidad posee distinta visión sobre los diferentes procesos de la vida desde el nacimiento hasta su muerte, por ello el enfoque intercultural en salud debe comprender un equilibrio entre los diferentes conceptos, creencias y prácticas culturales que incluye además una visión cósmica espiritual (Miller, 2011b; Organización Panamericana de la Salud, 2009). La muerte vista como un proceso normal y más aún en un anciano puede generar la no identificación temprana de deterioro funcional o discapacidad que finalmente atenta contra la autonomía de la persona, sumado a ello las bajas condiciones económicas, el difícil acceso a los centros de salud o barreras culturales e idiomáticas ponen en riesgo la calidad de vida.

Es meritorio resaltar las similitudes que comparten la cosmovisión indígena con los elementos parte de la Valoración Geriátrica Integral, pues ambas intentan abarcar todas las dimensiones del ser humano, no solo comprenden al individuo como un cuerpo, si no que asocia que su estado está influenciado por otros elementos como son las conexiones mentales, sociales y espirituales.

1.9 Recuento histórico de los pueblos y nacionalidades indígenas.

Los pueblos y nacionalidades indígenas⁷ del Ecuador, son poblaciones originarias que históricamente han sido víctimas de represión, exclusión, explotación y resistencia social, por ende, expuestas a todo tipo de maltrato, vulneración de derechos y además invisibilizados por el Estado. En el transcurso de la vida republicana del Ecuador, se han presentado diferentes espacios en los que estas poblaciones han luchado por el reconocimiento a la diversidad como sujetos de derecho, y sobre todo por sus derechos a la tenencia de la tierra; es hasta el levantamiento de 1990 donde la masiva presencia de la población indígena impulsó al gobierno a reconocer su presencia y legalizar las primeras tierras amazónicas en beneficio de las nacionalidades indígenas (CARE et al., 2016; Ortiz Crespo, 2015; Yáñez del Pozo, 2010).

Como resultado de las constantes luchas que matizaron los 90's, en 1998 por primera vez son reconocidos a nivel constitucional como personas sujetas de derecho, desvinculándolos de la iglesia, a quienes les adjudicaron "su cuidado" por caridad desde la primera constitución (Constitución, 1830), y se reconoce al Ecuador como un Estado multicultural, multiétnico y a los

⁷ Los pueblos y nacionalidades indígenas son comunidades organizadas, con costumbres y códigos de relacionamiento propios y característicos de su pueblo o nacionalidad. Los pueblos indígenas en su mayoría viven en espacios geográficos de difícil acceso como informa el Instituto de Estadística y Censos -INEC- (Villacís & Carrillo, 2012).

pueblos y nacionalidades como sujetos de derechos colectivos (CARE et al., 2016; Constitución, 1998).

En la misma década Ecuador ratificó el convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo -OIT-, que establece en el artículo 3: “Los pueblos indígenas y tribales deberán gozar plenamente de los derechos humanos y libertades fundamentales, sin obstáculos ni discriminación”. (OIT, 2014, p. 26). La ratificación del convenio implicó para el país cambios estructurales en los sistemas de salud, educación inicial y media, desagregación étnica y legalización de las formas de trabajo y producción de estas poblaciones.

En el 2008, la Asamblea Nacional ratificó al Ecuador como un Estado Parte que reconoce los derechos colectivos y humanos de pueblos y nacionalidades, adicional, incluye en su cuerpo normativo los requerimientos puntuales de adaptación cultural y lingüísticos en los servicios públicos y privados, registra además a los adultos mayores como un grupo de atención prioritaria y establece acciones afirmativas como medio de restitución de derechos (Constitución, 2008). A partir del cuerpo normativo, las acciones a ser implementadas por los diferentes servicios, sobre todo públicos, deben ir encaminados a reducir las brechas de accesibilidad que consideren ejes transversales como género, edad, autoidentificación étnica, cultura entre otros.

1.10 Situación sociodemográfica de la población adulta mayor indígena.

El INEC registró en 2010 que las personas autoidentificadas como indígenas representaron el 7,0%. (Villacís & Carrillo, 2012); de acuerdo al mismo Censo, los pueblos indígenas, se concentran mayoritariamente en zonas rurales, la encuesta SABE I identificó a los Adultos Mayores de 60 años pertenecientes a los Pueblos y Nacionalidades Indígenas del Ecuador representaron el 10,4% concentrados en su mayoría en áreas rurales de la Sierra (Freire

et al., 2010). En los últimos años se estima que los indígenas constituyen el 8% de la población con una incidencia de pobreza extrema de 2,92 veces mayor en hogares indígenas (Senplades, 2017).

La población indígena al encontrarse en su mayoría en áreas rurales el acceso a diversos beneficios se dificulta, por consiguiente, afecta directamente a las condiciones de vida. Un estudio realizado por el Banco Mundial, afirma que la población indígena, tiene poco acceso a servicios básicos elementales, principalmente a los servicios de salud; señala una relación directa entre pobreza, marginación y etnicidad (Patrinos et al., 2007). Estas características socioculturales, hacen que la vejez y el envejecimiento de la población indígena se experimente de manera diferente que el resto de la población ecuatoriana.

En relación a la desigualdad y pobreza por ingresos, para junio del 2018 se registra a nivel nacional un índice de pobreza del 24,5%, concentrada en el área rural (43,0%) versus el área urbana (15,9%) y pobreza extrema del 9,0% a nivel nacional, condensada una vez más en el área rural (18,1%) (Lombeida, 2018).

Si tenemos en cuenta que los Adultos Mayores indígenas se ubican en su mayoría en áreas rurales y los relacionamos con estos datos nos indica que estos mismos Adultos Mayores se encuentran en situación de pobreza y/o extrema pobreza. El analfabetismo también marcado en esta población, afecta más a los adultos mayores de más edad en relación a los adultos mayores más jóvenes y a las mujeres indígenas que pone en evidencia una vez más la relación entre pobreza, etnicidad, analfabetismo con mayor desventaja hacia el género femenino (CEPAL, 2018; Lombeida, 2018).

1.11 Interculturalidad y salud intercultural.

La salud intercultural busca el bienestar y equilibrio entre cuerpo, mente y sociedad; para los pueblos y nacionalidades indígenas representa el respeto y reconocimiento de las prácticas de medicina natural y tradicional, las diferencias para enfrentar el proceso de salud y enfermedad e incluso la muerte (Miller, 2011b), por lo tanto, se convierte en una exigencia la adaptación de los instrumentos para mejorar la cobertura de atención de los mismos.

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, con la evidencia que el factor cultural incide directamente en el acceso a los servicios de salud; no es hasta el año 2010 que en el Modelo de Atención Integral de Salud -MAIS-FCI⁸, direcciona la necesidad de adecuar culturalmente los servicios de salud, para lograr un mejor y mayor acceso a la población culturalmente diversa, especialmente de la población indígena (Ministerio de Salud Pública, 2013).

En la población indígena el rol que desempeña la persona mayor es distinta al contexto occidental, por ejemplo, es común que el individuo mantenga un trabajo activo en el campo incluso después de los 70 u 80 años de edad, a diferencia de una persona que al cumplir un periodo determinado accede a la jubilación. La participación o no en las mingas comunitarias y el trabajo en general es parte de su identidad y asocian al envejecimiento con la pérdida de las habilidades para trabajar o con disminución de la fuerza física para ejercer labores pesadas, por lo que el desgaste de estas capacidades se relacionan con inutilidad, dependencia, “carga para los hijos”, lo que genera baja autoestima y tristeza ante esta nueva autopercepción (Waters & Gallegos, 2012). El tipo de trabajo realizado a lo largo de la vida también estará influenciado por

⁸ MAIS-FCI: Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Comunitario e Intercultural.

el sexo; es habitual que el hombre desempeñe trabajos de albañilería y agricultura y que la mujer realice tareas domésticas, cuidado de los hijos o crianza de animales.

La práctica de medicina ancestral y tradicional es parte de la cotidianidad en un ambiente de confianza y confort con curanderos/as, parteras, “yachak”, etc; el rechazo a la atención en los servicios de salud se da porque en algunos casos han sido víctimas de malos tratos, dificultad en la comunicación, falta de empatía del personal, baja respuesta resolutive o la dificultad de adquirir los medicamentos indicados, estos factores influyen de manera negativa en la aceptación de los servicios que se ofrece desde las instituciones gubernamentales.

Este recuento permite afirmar que la cultura determina que las personas y población tengan sus propios conceptos, creencias sobre salud y enfermedad; si esas creencias, valores o prácticas pasan desapercibidas, serán ignoradas o no comprendidas y hará que las acciones o decisiones institucionales no tengan el efecto esperado; consecuentemente el adulto mayor indígena no sigue las prescripciones médicas, abandona los tratamientos, tiene resistencia a utilizar los servicios públicos de salud, que finalmente agravan su condición de vulnerabilidad.

1.12 Salud en la población adulta mayor indígena.

La Organización Mundial de la Salud desde 1948 en su constitución define a la salud como un “estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades” (OMS, 2006, p. 1), engloba no solo la esfera física y biológica, además incluye factores externos que influyen en el bienestar del ser humano, la misma organización indica que para el goce del grado máximo de salud, no habrá distinción de ningún tipo y responsabiliza a los gobiernos el garantizar la salud de sus pueblos mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas (OMS, 2006).

En Latinoamérica la cobertura de salud de los adultos mayores está distribuida de manera desigual, con una brecha tan amplia que el 68,3% de la población adulta mayor no posee ningún seguro de salud, frente a un 28,2% de personas que cuentan con seguro social y tan solo un 1,6% goza de un seguro privado; contar con un seguro médico tampoco simboliza que acudir a un centro médico sea fácil, así como la adquisición de medicamentos; las grandes distancias o escaso acceso al transporte público son condiciones sociodemográficas que impiden a los adultos mayores dirigirse hacia los centros de salud (CEPAL, 2018).

Las enfermedades más frecuentes en este grupo etario son las cardiacas, cáncer, enfermedades cerebrovasculares, enfermedades pulmonares, diabetes hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión, así como trastornos de la visión y audición que afectan su calidad de vida, sobre todo los últimos 4 padecimientos mencionados no son tomados en cuenta con la importancia requerida y por lo tanto no son tratados, lo que aumenta aún más el riesgo de discapacidad o progresión de las discapacidades que atentan contra su autonomía (Freire et al., 2010).

Los mayores de 65 años a su vez son el grupo con mayor mortalidad más en hombres que en mujeres, esta ocurre con mayor frecuencia en el hogar, datos generales registran que las cinco principales causas de defunción en el Ecuador son las enfermedades isquémicas del corazón, diabetes mellitus, enfermedades cerebrovasculares, influenza o neumonía y enfermedades hipertensivas (INEC, 2018).

Los indígenas son un grupo poblacional con una etnohistoria llena de desigualdades y vulneración de derechos, que por su condición etaria son víctimas de explotación sexual, laboral, patrimonial, dependencia, abandono y negligencia, al que se suma discriminación por criterios de

etnia y género que agravan su situación de pobreza, extrema pobreza, analfabetismo y monolingüismo; características que han conducido además desde el ámbito sanitario a una situación de desventaja y desatención frente a los cuidados de la salud (Waters & Gallegos, 2012), estas diferencias resultan a corto y largo plazo en el deterioro del estado de salud y la calidad de vida que aumenta el riesgo de pérdida de la capacidad física, discapacidad y dependencia.

En este ámbito y en cumplimiento de las normas nacionales e internacionales, es necesario considerar que parte de la atención integral a las personas adultas mayores debe ser también la adaptación cultural de las guías y herramientas para valorar su funcionalidad, sobre todo de los grupos más vulnerables que se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema, donde la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria como la alimentación, baño, vestido, movilidad por mencionar algunas no se comportan de igual forma que en el resto de población.

1.13 Situación social, cultural y demográfica en la Sierra centro de Ecuador.

La Sierra centro del Ecuador abarca la mayor población indígena en condición de pobreza y extrema pobreza del territorio nacional. La provincia de Chimborazo y Cotopaxi poseen varias comunidades con alta concentración de población indígena, donde su principal actividad es la agricultura y ganadería, sus condiciones sociales y económicas no han tenido grandes transformaciones a lo largo de la historia, las brechas de desigualdad en educación y salud aún son amplias; los derechos de niños, hombres, mujeres y ancianos son aún desconocidos como si las luchas sociales no hubieran alcanzado tan añorada igualdad.

Es parte del paisaje de las zonas rurales de la Sierra ecuatoriana viviendas de una sola planta, construidas con bloques, puertas de madera improvisadas o recicladas, es común que el piso sea de tierra o combinación de tierra y piedras, los techos suelen ser de teja, con instalaciones eléctricas internas y externas insuficientes o averiadas, además de barreras arquitectónicas como gradas irregulares en las diversas áreas del domicilio, los caminos de tierra en malas condiciones es el panorama común, el transporte público y privado es escaso; la mayoría refiere que transitan largos recorridos caminando cuando deben dirigirse al centro del pueblo (ver informe etnográfico).

1.14 Breve caracterización sociocultural de las actividades básicas de la vida diaria en población indígena Kichwa.

Las diferentes formas de vida de las personas hacen dinámica su descripción; la herencia de algunas formas de comportamiento e ideas aprendidas y compartidas es lo que caracteriza a la repetibilidad de algunas acciones o costumbres de cada cultura; sin embargo, los distintos contextos culturales permite que características primordiales para que el ser humano se mantenga con vida como comer, beber, dormir y excretar no se cumplan de igual o similar forma en todas partes (Miller, 2011a), a continuación se exponen algunos de los conceptos desarrollados en la zona rural que describen y resaltan las actividades básicas de la vida diaria.

Higiene Personal: influenciada por distintos factores como ubicación geográfica, clima, entre otros. En la cosmovisión andina el agua es un ser vivo y es también un ser vivificante que fecunda a la tierra para la recreación de la vida. El agua en sus variadas formas de presentación, es considerada una persona equivalente a cualquier otra, por la propia vivencia personal y colectiva (Alarcón, 2009). Los indígenas pueden utilizar elementos como la Mama Agua para

limpiar las impurezas del cuerpo captadas del medio ambiente o limpiar fluidos o productos excretados por él.

Bañarse: en la población indígena es complicado obtener información sobre hábitos de higiene en las comunidades, sin embargo, en la mayoría de áreas rurales el déficit de estos hábitos puede relacionarse con la falta de agua, saneamiento básico, costumbres y otros. Las crónicas de Guamán Poma de Ayala relatan la existencia de pruebas que, durante la época prehispánica, los indígenas en Mesoamérica y Los Andes tenían una relación estrecha con su cuerpo, el agua y la limpieza o purificación del mismo. Se han descrito dibujos de mujeres y hombres admirados por otros que se lavan el cabello, las manos y el cuerpo en general. Cuando arribaron los españoles, introducen en los indígenas una relación distinta con el cuerpo, en la que el cuerpo desnudo es sinónimo de pecado y muestra de subordinación (Galindo, 2012).

Alimentarse: determinar lo que la gente come, es decir qué alimentos son aceptables y cuáles inaceptables, cómo y cuándo lo come, el sentido del alimento y su ingestión es definido por la cultura (Miller, 2011a), los indígenas ofrendan amor al padre Inti y a la Pachamama, les ofrecen la primera chicha de jora o de quinua y el primer bocado de comida como símbolo o muestra de la unión entre el ser humano y la naturaleza. Tanto depende el indio de su tierra, hasta el punto de considerar que “un indio sin tierra es un indio muerto”. (Hidalgo, 2006, p. 268). La aparición y concepción de la tierra como madre es la base del desarrollo de la agricultura y ésta a su vez la base de la subsistencia y la organización social (Hidalgo, 2006).

Los Panzaleos cultivan sus propios alimentos; cebada, trigo, papas, habas, melloco, ocas, maíz, etc. Es común y tradicional los intercambios de alimentos de manera recíproca, al interior de cada comunidad y entre comunidades que se encuentran en pisos altitudinales distintos.

También persiste la práctica de los intercambios comerciales, mediante el trueque, entre pisos complementarios (Moya, 2010).

Vestirse: la vestimenta tradicional y sus elementos son tan amplios como el significado de cada uno de ellos. El concepto occidental lo ha descrito como una finalidad para cubrir las partes íntimas que no está permitido exponerlas (Galindo, 2012). Sin embargo, va más allá del hecho de cubrirse, el uso de diversos accesorios tiene sus propios significados sea por el color o el tamaño de estos, además su uso puede requerir otras habilidades a la hora de vestirse.

Control de vejiga: los hábitos de disposición de excretas se los realiza en áreas abiertas. Depende de la época de cosecha y siembra para definir el lugar, más cerca de la casa para los niños/as que para los adultos. Dividen los espacios de vivienda, animales, tierras de cultivo y excretas de humanos y animales (Galindo, 2012).

Control Intestinal: los ancianos y las mujeres tienen mayor rechazo a las letrinas que los más jóvenes y los hombres. Hay diferentes causas del porqué no usan las letrinas: ubicación, mal olor, oscuridad interior, temor al hueco, temor en la noche. Tradicionalmente las excretas corporales (heces y orina) se utilizan en la medicina tradicional andina. No se utilizan como abono para la tierra (Galindo, 2012).

1.15 Caracterización parroquia de Toacaso.

Toacaso se encuentra ubicada en la Sierra centro del Ecuador en la provincia de Cotopaxi, cuenta con una densidad poblacional de 7.685 habitantes, donde el género femenino representa 51,3% y los adultos mayores figuran el 7,4% de la población y de acuerdo al Censo del 2010 el 45,93% se autodefine como indígena (Pincha, 2014a). La tasa de analfabetismo diagnosticada en Toacaso es de 18,91% cifra que supera la tasa media provincial, con tendencia a concentrarse en población indígena y en adultos mayores (Pincha, 2014a). En esta parroquia

existen 1100 personas adultas mayores que viven predominantemente en condiciones de pobreza o pobreza extrema (Pincha, 2019).

En esta área se encuentra el pueblo Panzaleo, quienes abarcan las provincias de Tungurahua, Cotopaxi y Bolívar, e incluso también se considera que involucran a las provincias de Chimborazo, Pichincha e Imbabura. Las discusiones etnohistóricas y lingüísticas sobre la identidad étnica de los pueblos indígenas actualmente ubicados en estas tres últimas provincias crean más dudas que certezas. Existe documentación de investigadores que sustentan que los panzaleos pertenecían a los puruháes; otros autores mencionan que eran diferentes, pero con gran influencia de estos últimos. Es conocido que las poblaciones indígenas de Tungurahua, Cotopaxi y Bolívar forman parte de una sola área cultural de los panzaleos con similitudes y diferencias respecto a los puruháes (Moya, 2010).

Su economía se caracteriza por la producción agropecuaria, tanto para el autoconsumo como para la comercialización a nivel provincial, nacional pero primordialmente local. El sector rural es el que más carece de posibilidades para generar otras fuentes de trabajo debido a una menor proporción de personas poseen estudios académicos formales, su principal desempeño es la comercialización de productos agrícolas como habas, papas, mellocos, zanahoria amarilla, maíz y pastos en su gran mayoría, animales domésticos pequeños y grandes (cuyes, carne de res, cuellos y tripas de gallinas o gallinas enteras). Además, se describe que la venta de habas fritas, abarrotos (fideos, arroz, harinas, etc) y venta de papas al menudeo son los productos que más comercializan los pobladores que se dedican al comercio (Pincha, 2014b). La producción de artesanías es una actividad accesoria, chalinas y bufandas son tejidas por algunas mujeres de la zona para consumo familiar y el trabajo comunitario a través de mingas es parte de su práctica cotidiana (Pincha, 2014b).

La distribución de los asentamientos humanos de la parroquia Toacaso presenta restricciones que garanticen un nivel de vida más equilibrado y socialmente justo para su población; el inadecuado modelo de organización territorial profundiza y mantiene la brecha entre lo urbano y lo rural. En la parroquia se ha identificado 28 comunidades, 10 barrios y centro poblado; dentro de ellas 12 comunidades y barrios se encuentra en el territorio en conflictos, en solución a esto ya existen acuerdos de legalización de límites territoriales (Pincha, 2014b).

(Figura 1)

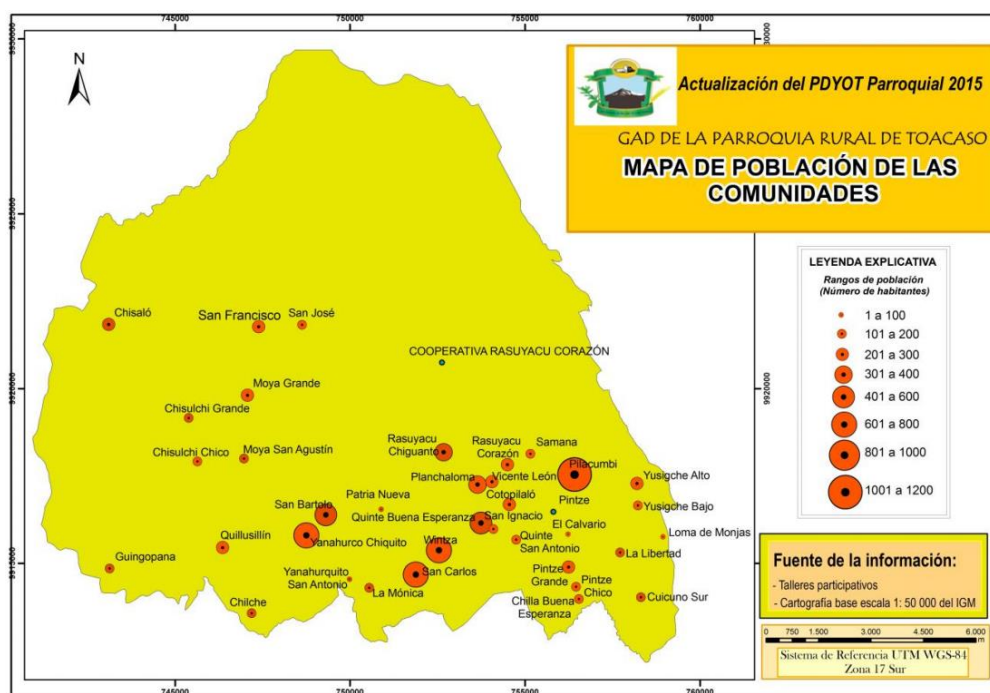


Figura 1. Asentamientos Humanos Parroquia Toacaso (Fuente: Instituto Geográfico Militar)

El gobierno nacional ha implementado varios programas para grupos vulnerables en áreas rurales con el fin de ampliar la cobertura de salud, es así como, Toacaso se beneficia del programa de atención domiciliaria a adultos mayores, bajo las directrices del Ministerio de Inclusión Económica y Social, dirigido a personas en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

Capítulo II

Definición del problema de investigación

2.1 Preguntas de investigación.

¿Cuáles son las características y componentes de la adaptación sociocultural del Índice de Barthel Modificado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020?

¿Cómo se realiza el estudio etnográfico para la adaptación sociocultural del Índice de Barthel Modificado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020?

¿Cuáles son las ventajas y limitaciones entre el Índice de Barthel Modificado comparado con el Índice de Barthel Modificado Adaptado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020?

¿Cómo se valida el Índice de Barthel Modificado Adaptado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020?

2.2 Objetivos

2.2.1 Objetivo general.

Desarrollar una adaptación sociocultural del Índice de Barthel Modificado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020.

2.2.2 Objetivos específicos.

Ejecutar un estudio etnográfico para la adaptación sociocultural del Índice de Barthel Modificado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020.

Describir las ventajas y limitaciones entre el Índice de Barthel Modificado comparado con el Índice de Barthel Modificado Adaptado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020.

Validar cualitativamente el Índice de Barthel Modificado Adaptado para la valoración geriátrica de personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020.

2.3 Hipótesis

El Índice de Barthel Modificado Adaptado contempla aspectos socioculturales, económicos geográficos y lingüísticos que permiten una adecuada valoración geriátrica funcional

de las personas adultas mayores indígenas kichwas de Toacaso de la provincia de Cotopaxi en el periodo 2019 - 2020.

2.4 Justificación

La aplicación de escalas en las unidades de atención geriátrica especializada sea esta hospitalaria o ambulatoria es común, convirtiéndose en herramientas con resultados que apoyan al criterio clínico. No así, cuando la atención al adulto mayor es impartida por personal médico no especializado o personal no sanitario; quienes no están familiarizados o adecuadamente entrenados para la aplicación de las diferentes escalas, su interpretación puede verse alterada, pues es importante considerar el contexto de cada persona.

El primer paso a valorar es la autonomía del individuo, este resultado inicial brinda al geriatra y su equipo de trabajo una visión global del estado funcional de la persona, las escalas miden una serie de acciones que realiza la persona y en algunos casos consideran el tiempo que toma realizarlas.

El Índice de Barthel es el más utilizado en la práctica clínica, los diversos cambios y adaptaciones realizadas a esta escala han facilitado precisar los grados de dependencia de las personas evaluadas y consecuentemente una acertada intervención que mejoren sus condiciones.

El Índice de Barthel original y el Índice de Barthel Modificado son las dos versiones que han sido objeto de mayor estudio con el fin de determinar su sensibilidad y especificidad, con resultados que favorecen a la versión modificada; las diversas formas de vida no permiten sistematizar su uso sin tomar en cuenta estas diferencias; experiencias internacionales aportan

evidencia sustentable sobre la necesidad de adaptar este tipo de herramientas con un enfoque cultural.

El IBM no contempla aspectos socioculturales al evaluar el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria, lo que podría asignar una interpretación no real del estado funcional; considerar aspectos como la cultura, la geografía, aspectos económicos e idiomáticos podrían contribuir a precisar la funcionalidad y a su vez relacionarla con la calidad de vida.

Ecuador posee una población diversa y heterogénea que no podrían todos ser evaluados bajo un solo modelo, la creación de una guía adaptada que facilite el uso correcto de esta herramienta y que englobe las diferencias existentes en la población indígena sin alterar su contenido original, es el objetivo a alcanzar para identificar correctamente la capacidad funcional de este grupo poblacional que históricamente se ha encontrado en desventaja y que a futuro permita al estado tomar decisiones y crear políticas públicas en pro de este grupo poblacional que mejoren su calidad de vida.

Capítulo III

Metodología

3.1 Tipo de estudio.

Es una investigación monometódica de tipo cualitativo basado en una etnografía, y análisis cuantitativo únicamente de los resultados numéricos de las dos escalas de Barthel (ver procedimiento de recolección de información), con los cuales se realizará estadística descriptiva.

3.2 Operalización de variables.

Los ítems que contempla el IBM original (Anexo A) se traducen estadísticamente a variables, las cuales se describen en el Apéndice A.

3.3 Universo y selección de informantes.

Las personas adultas mayores que forman parte de este estudio son usuarios de atención domiciliaria del MIES de la parroquia de Toacaso, con un universo de 100 adultos mayores indígenas, constituido por 55 mujeres y 45 hombres.

Los informantes clave para el desarrollo del estudio etnográfico son los siguientes:

- Personas adultos mayores indígenas pertenecientes al programa de atención domiciliaria del MIES - Toacaso.
- Familiares, representantes o cuidadores directos de la persona adulta mayor.
- Técnico coordinador -MIES- del programa de adultos mayores designado a la parroquia de Toacaso.

- Cuatro profesionales en salud intercultural pertenecientes a los pueblos y nacionalidades indígenas del Ecuador.
- Cuatro técnicas de atención territorial del GAD - Toacaso atención domiciliaria

3.4 Criterios de Inclusión.

1. Personas adultas mayores de 65 años de edad, residentes en la parroquia Toacaso.
2. Personas adultas mayores que se encuentran dentro del registro de atención domiciliaria del MIES-Toacaso.

3.5 Criterios de Exclusión.

1. Personas adultas mayores que cursen patología aguda en las dos últimas semanas que comprometa la funcionalidad.
2. Personas adultas mayores con enfermedades crónicas reagudizadas que comprometa la funcionalidad en el último mes.
3. Personas adultas mayores con secuelas neurológicas recuperables hasta 12 meses de evolución.
4. Personas adultas mayores que no aceptan el consentimiento informado.

3.6 Proceso de recolección de información.

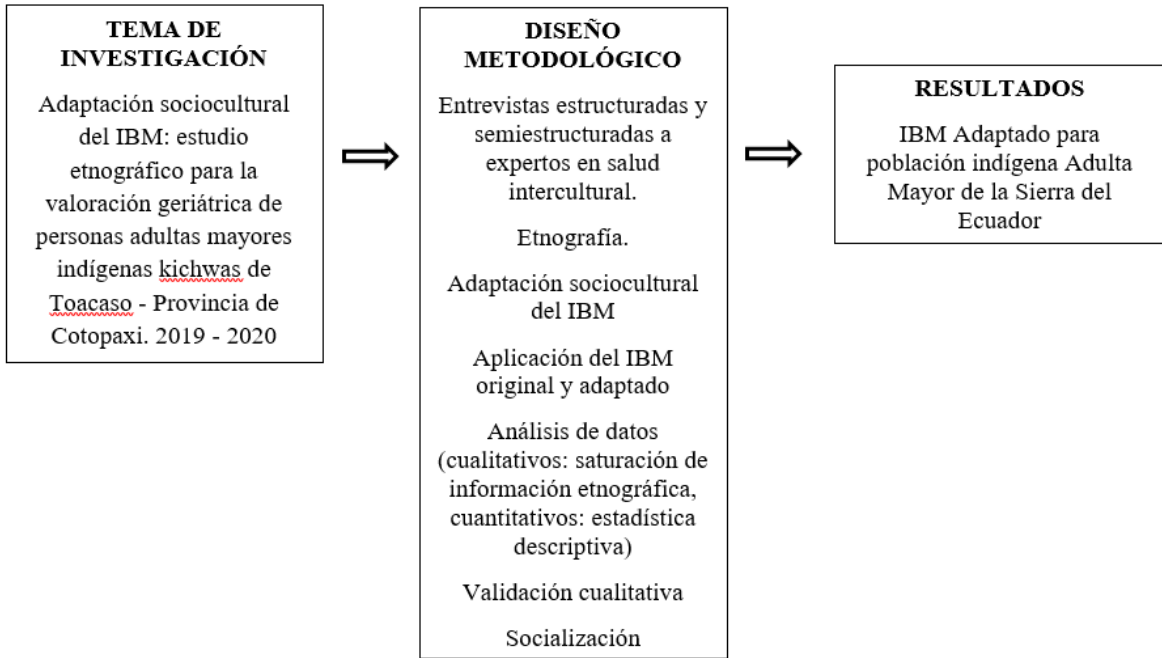


Figura 2. Esquematización del Estudio (Fuente: Elaboración propia)

3.6.1 Primera Fase.

Contempla dos tiempos.

3.6.1.1 Primer tiempo: Recolección de información de grupos representativos.

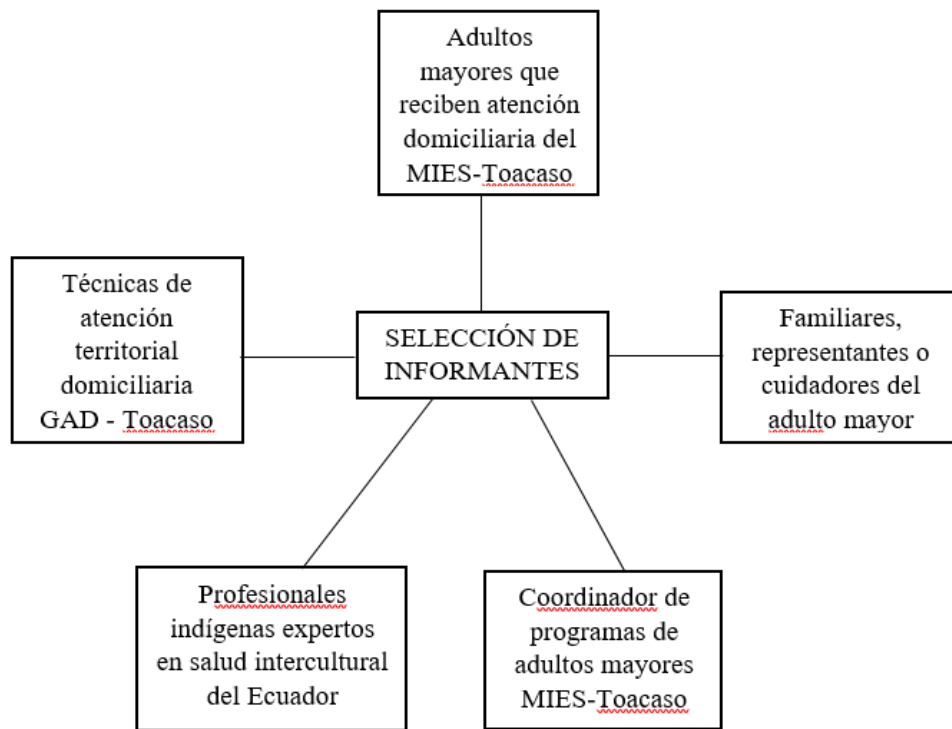


Figura 3. Esquema de selección de informantes (Fuente: Elaboración propia)

3.6.1.2 Segundo tiempo: Etnografía.

Se realizó visita domiciliaria a cada una de las personas seleccionadas, se observó el desenvolvimiento diario sobre todo de las actividades incluidas en el Índice de Barthel de cada participante como alimentación, vestido, etc, además se realizó entrevistas semiestructuradas y preguntas abiertas para comprender las actividades más íntimas como el manejo de las excretas y el baño.

La información se recolectó mediante notas de campo, audio de diálogos, fotografías y observación directa; lo que permitió conjuntamente con los aportes de los expertos en salud intercultural, y el equipo técnico de atención primaria domiciliaria de adultos mayores, elaborar la adaptación sociocultural del IBM.

3.6.2 Segunda Fase: Aplicación de IBM original e IBM adaptado.

En el mismo tiempo de intervención el IBM versión chilena en español y el IBM adaptado por las investigadoras fue aplicado a las personas adultas mayores beneficiarias de atención domiciliaria del MIES. Se entrevistó directamente a los usuarios y a su familiar o cuidador principal en caso de algún déficit sensorial o cognitivo severo del adulto mayor.

A través del personal técnico de atención primaria vinculado al MIES se realizó una convocatoria para congregar el mayor volumen de usuarios en las instalaciones gubernamentales de la parroquia, evento al cual acudió el 24% de usuarios por lo que se acudió a cada domicilio, donde se logró cubrir al 51%, completando así el 75% del universo; dos personas fallecieron en días previos, 19 no se encontraron en sus domicilios, 3 cambiaron de domicilio porque fueron a vivir con algún familiar por deterioro funcional progresivo, 1 con enfermedad aguda que comprometió su estado funcional en el último mes; finalmente la muestra se conforma por 75 personas.

Las dos investigadoras aplicaron las dos escalas a la misma persona, se leyó literalmente cada ítem de los instrumentos mencionados; se puntuó con cero en el IBM original cuando no comprendió la descripción de la actividad ni la explicación de la misma; en el mismo momento se leyó las instrucciones de la escala adaptada que reflejó una puntuación diferente a cero.

Los ítems como control intestinal, control vesical y sanitario fueron los que presentaron mayor dificultad de comprensión en la versión original por la complejidad del vocabulario utilizado. Con base a estas evaluaciones se clasificó la funcionalidad de las personas adultas mayores obteniendo puntuaciones diferentes entre las dos versiones.

3.7 Aspectos bioéticos

Dentro de las obligaciones de las investigadoras estuvo informar a los participantes, y su familia en el caso de su presencia; el propósito, alcance y posibles efectos de la investigación. El mutuo acuerdo permitió que el participante emita la aprobación del consentimiento informado previamente elaborado, con la colocación de la firma o huella digital (Anexo tal). Se explicó el derecho al anonimato aún terminado el estudio, los datos no serán revelados, con lo cual se preservará los principios biéticos de no maleficencia, confidencialidad y no vulneración de los derechos en general.

El uso de la versión en español/chilena del Índice de Barthel Modificado que se utilizó en la presente investigación es de uso abierto cuando se trata de trabajos académicos y de investigación. La presente propuesta de adaptación sociocultural no contempla fines de lucro con la información.

Este estudio no requirió toma de muestras biológicas, se trata de un estudio cualitativo que tuvo como recursos entrevistas, observación, fotografías las cuales respetan el anonimato y participación en las actividades de las personas adultas mayores.

Bajo el convenio interinstitucional investigativo entre la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y el Ministerio de Inclusión Económica y Social, se seleccionó a la población de la parroquia de Toacaso para el presente estudio, la misma cuenta con autorización de la subsecretaría intergeneracional del -MIES- y de las autoridades del Gobierno Autónomo Descentralizado de Toacaso.

Capítulo IV

Resultados y análisis

4.1 Informe etnográfico.

4.1.1 Perfil de los informantes.

Se resumen las características personales y sociales de un grupo representativo, que a su vez comparten similitudes como edad, etnia, condición socioeconómica y asentamiento demográfico de las personas que participaron en la etnográfica. Este grupo está conformado por diez personas adultas mayores residentes en las comunidades rurales de Toacaso, subdivididos en 5 hombres y 5 mujeres; distribuidos en ocho parejas de esposos, una pareja de hermanos y dos personas que viven solas. Ver Apéndice B.

4.1.2 Etnografía focalizada en las actividades básicas de la vida diaria.

Las diferentes formas de vida de las personas hacen dinámica su descripción, sin embargo, la herencia de algunas formas de comportamiento y la repetitividad de algunas acciones es lo que caracterizan a las costumbres de cada cultura. A continuación, se describen la forma de realizar las actividades básicas de la vida diaria en la parroquia de Toacaso.

4.1.2.1 Higiene personal.

Incluye acciones de limpieza de la cara, manos, higiene oral y arreglo personal como peinar el cabello y retiro del vello facial en el caso de los hombres. La denominación de higiene personal no es comprendida por la gran mayoría de la población adulta mayor, el término utilizado es aseo personal. En el caso de los cuidadores más jóvenes no es necesario explicar los elementos que incluye esta actividad.

El lavado de cara y manos lo hacen con agua tomada del grifo o de un tanque donde la recolectan del sistema de agua entubada. El aseo de la cara generalmente se realiza cuando se despiertan y algunas personas al finalizar el trabajo en el campo. La frecuencia y circunstancias de lavado de manos son muy variables, algunas personas lo hacen después de realizar sus necesidades biológicas, antes de cocinar, después de trabajar, al enjuagar la boca o lavar los dientes, cuando evidencian suciedad en ellas, etc. La temperatura del agua va acorde al gusto y tiempo de la persona, la calientan en el lugar y en recipientes para cocer los alimentos sobre un fogón de leña o cocina de gas. El peinado en mujeres básicamente consiste en escarmenar el cabello con una peinilla, atarlo con un resorte o una tira de tela, en forma de coleta o trenzado (*Figura 4*), a veces sujetan cabellos cortos con vinchas o invisibles. Los hombres usan cabello muy corto que solo lo escarmenan. Ambos no utilizan productos para el cabello, únicamente agua para facilitar el peinado.



Figura 4. Trenzado de cabello y atado (Fuente: Elaboración Propia)

Las mujeres no utilizan maquillaje ni definen sus cejas. Los hombres quienes se caracterizan por ser lampiños; acicalan, cortan, arrancan o afeitan el vello facial con varios instrumentos básicos y/o rudimentario acorde a las costumbres adquiridas, los instrumentos van desde una afeitadora de plástico desechable, afeitadora metálica que se arma por partes y se coloca una hoja de afeitar (Figura 5) (*diálogo 1*), tijeras (Figura 6) (*diálogo 2*), pinzas fabricadas disponibles en el mercado o pinzas auto-elaboradas con dos palitos atados con un resorte en un extremo; monedas emparejadas que cortan o arrancan los vellos, es usual arrancar el vello facial directamente con las uñas conocido como “pellizcar” (*diálogo 3*).



Figura 5. Rasuradora metálica desarmable no desechable (Fuente: Elaboración propia)

Diálogo 1:

- ... “a usted, ¿le crece la barba o no mucho?...*si me crece*

- y, ¿se corta o se rasura?...*me rasuro, antes iba al pueblo para que me hagan pero mucho cobraban, mejor me compré yo mismo*

- ¿puedo ver la rasuradora?...*si, esto se arma, se pone la cuchilla y ahí se hace, luego se vuelve a guardar*”. (Adulto mayor de 76 años, soltero, N1)



Figura 6. Corte de barbas con tijeras (Fuente: Elaboración propia)

Diálogo 2:

-...“cuénteme, ¿dónde y cómo se lava los dientes?...verá aquí tenemos los cepillos, con este jarrito cogemos agua, ponemos la pasta y así hacemos (imagen 5), a veces lavamos aquí mismo (en la cocina) o allá afuera en la piedra.

- y ahora cuénteme, ¿usted se rasura la barba?...no, yo me sé cortar con la tijera

- ¿puedo ver cómo se corta la barba?...claro, espere, traigo la tijera y el espejo (imagen 3), ahí se corta y listo!” (Adulto mayor de 83 años, casado, N7)

Es importante resaltar que en el léxico de la población en estudio independientemente de la edad limita la comprensión de “afeitar o rasurar”, en su reemplazo la expresión “hacer la barba” es de uso general y fácil comprensión (diálogo 3). No se observó el uso de afeitadoras eléctricas o que utilicen pilas o baterías.

Diálogo 3:

- ... “pero entonces, ¿cómo se hace la barba?, ¿con qué?...*no hago la barba, ni sale también, por ahí unito pellizcando saco*”. (Adulto mayor de 79 años, casado, N^o3)

La higiene bucal no ha sido eficiente durante su vida, por lo cual las piezas dentales se encuentran incompletas o en mal estado. En su mayoría los cepillos dentales se encontraron en malas condiciones (Figura 7), el uso de pasta dental no es constante, debido a que depende de los recursos económicos que dispongan para adquirir el producto (*diálogo 2 y 4*).



Figura 7. Cepillos dentales incrustados entre los bloques de la pared (Fuente: Elaboración propia)



Figura 8. Mímica de cepillado de dientes (Elaboración propia)

Diálogo 4:

-... “¿después del almuerzo se lava los dientes?...si!

- y, ¿en dónde están los cepillos y la pasta?...aquí vera! (camina hacia la pared de bloque, imagen 4)

- ¿seguro se lava los dientes? porque parece que no les usa...no, si lavo cuando acuerdo con pasta de dientes cuando hay sino así no más”. (Adulto mayor de 76 años, soltero, N1)

Existe uso de objetos que reemplazan al cepillo dental como cuchillos metálicos romos (Figura 9) para limpieza individual de las piezas dentales, ramas pequeñas, hojas frescas o algún objeto puntiagudo que facilite la extracción de residuos.



Figura 9. Cuchillo metálico roto y uso de vaso con agua (Fuente: Elaboración propia)

4.1.2.2 Bañarse.

Se observaron diversas formas de realizar esta actividad, la frecuencia del mismo también varía, influenciada por las condiciones climáticas del sector, el lavado del cuerpo se realiza cada dos o tres días por lo general, en algunos casos el baño se realiza cada 8 días; con una duración aproximada de 15 a 20 minutos. Los domicilios cercanos a la denominada zona central de la parroquia cuentan con ducha eléctrica dentro de sus cuartos de baño, lo cual facilita bañarse; en las zonas más alejadas es común calentar agua en ollas; en una tina plástica grande (Figura 10) vierten agua caliente y fría hasta alcanzar la temperatura deseada, usan jabón tocador cuando pueden adquirirlo de lo contrario es frecuente el uso de jabón o detergente de ropa para lavar todo el cuerpo y el cabello, utilizan un trozo de tela “trapito”, esponja u otros materiales para fregar el cuerpo.



Figura 10. Tina plástica para bañarse (Fuente: Elaboración propia)

La forma de baño habitual es en bipedestación dentro de la tina cerca de la estufa o del fogón de leña (Figura 11) para calentar el ambiente, vierten el agua sobre el cuerpo con un recipiente, mojan, enjabonan y enjuagan dentro o fuera de la tina.



Figura 11. Cuarto de cocina con fogón de leña donde se bañan cerca del calor (Fuente: Elaboración propia)

Otra forma de baño cuando hace un día soleado es en el patio, igualmente dentro de una tina con agua temperada y de forma rápida para evitar la corriente de aire (*diálogo 5*). El secado del cuerpo lo hacen con toallas o sábanas.

Diálogo 5:

-... “con este frío que hace, ¿dónde se baña?...*que haga un día bonito, se baña en la tina aquí en el patio, trayendo aguita caliente, se gabona el cuerpo y ahí se limpia todito, bien limpiecito, las orejas, todo!*

- y para cambiar el agua ¿cómo hace?...*con una sola agua se baña, de ahí ya se seca rápido para que no dé el aire”*. (*Adulta mayor de 79 años, casada, N4*)

4.1.2.3 Alimentarse.

La alimentación por las condiciones socio-económicas y geográficas en su mayoría es a base de granos secos o tiernos, fideos, harinas, el consumo de carnes y proteína animal es muy bajo, además la preparación de la misma la reservan para alguna ocasión especial, como la visita de los hijos; la sopa es el plato principal (Figura 12) (*diálogo 6*).



Figura 12. Sopa de arroz con papas (Fuente: Elaboración propia)

Diálogo 6:

- ... “¿cada cuánto come carne?...*muy de repente no más, no ve que no hay no más platita*

- pero, ¿usted no se come los cuyes que cría?...*si, cuando vienen los hijos, los nietos de*

Quito

- si no, ¿come habitas, choclos, cualquier otro grano?...*si lo que se tenga, una avenita (se sonríe)*

- ¿las habas, choclos coge con las manos para comer o cómo hace?...*con las manos cojo, cómo más!!”*. (Adulta mayor de 79 años, casada, N4)

Por la mañana el desayuno habitual es pan con agua aromática, al almuerzo sopa y a la cena nuevamente agua aromática, una taza de colada con pan o la sopa que ha sobrado del almuerzo. Es común servirse los alimentos alrededor del fogón, se sientan sobre taburetes, sillas

o similares, apoyan el plato sobre sus rodillas para mayor comodidad. Se acostumbra el uso de la cuchara tanto para los líquidos como para los sólidos, el uso de cuchillos es para pelar o cortar los alimentos que serán preparados (*Figura 13*), algunas personas adultas mayores no usan tenedor porque no lo disponen en casa, a éste se lo conoce como “trinche”; sin embargo, relatan que cuando comen en algún restaurante suelen utilizar los cubiertos.



Figura 13. Trastes de loza y metal con cucharas metálicas (Fuente: Elaboración propia)



Figura 14. Adulta mayor pelando papas (Fuente: Elaboración propia)

Si disponen de carne al momento de la cocción es echada a la olla en pequeños trozos o una vez cocida y servida en el plato la arrancan con las manos o la cortan directamente con los dientes, una vez servido el plato de comida y según su gusto añaden sal, azúcar o ají a los alimentos.

La conservación de alimentos como azúcar, sal, harinas, fideos, etc. se mantiene en fundas plásticas o recipientes reusables, la palabra envase no es usada con frecuencia, lo adecuado es decir frasco. En este medio sociocultural no se encontró como práctica untar mantequilla, salsas, mermeladas, etc. debido a que son alimentos que no se encuentran dentro de su dieta habitual.

4.1.2.4 Sanitario.

Los términos sanitario e inodoro no son comprendidos de forma global, el uso habitual es baño, taza del baño o letrina con menos frecuencia. Las chatas o urinarios portátiles son

conocidos como bacinillas. Estos se encuentran en el exterior de la casa, construida con bloques de cemento en un espacio aproximado de 2m² en promedio, para llegar se debe atravesar generalmente por una superficie irregular de tierra de distancia variable (Figura 15); su ingreso presenta una barrera o grada, el descargo de los desechos se realiza recogiendo agua en un recipiente o balde desde una llave de agua que se encuentra fuera del cuarto de baño, lo que implica un proceso más largo y complejo, pues la persona debe acarrear un balde de agua, caminar por el terreno irregular, entrar al cuarto y verter el agua sobre la letrina (Figura 16).



Figura 15. Baño ubicado fuera de los dormitorios atravesando el patio (Fuente: Elaboración propia)



Figura 16. Secuencia de actos para eliminar los desechos biológicos (Fuente: Elaboración propia)

Existen otros lugares para la eliminación de desechos orgánicos como agujero en la tierra elaborado con una herramienta (azadón) que la transportan con la finalidad de cubrir con tierra los desechos (*diálogo 7*); o simplemente un lugar con discreta privacidad en campo abierto rodeado de arbustos, matorrales, árboles, etc (*diálogo 8*).

Diálogo 7:

“...subimos llevando el azadón para hacer el hueco, desocupar y dejar tapando para que no vayan los animales.

- o sea ¿no utiliza la letrina o no tiene?.....*así hemos acostumbrado, allá arriba*

- y, ¿se limpia con papel higiénico?.....*si eso vamos llevando*

- de ahí, ¿baja a lavarse las manos o va llevando el agua?.....*bajo a lavar las manos, cogiendo aguita tibia en una tinita que tengo por ahí, con jabón también, bien lavadito, eso si!”.*

(Adulta mayor de 79 años, casada, N8)

Diálogo 8:

- “...entonces, ¿usted se va allá al fondo a hacer la caca?... *si allá tapando con las matas*

- ¿va llevando el papel higiénico?... *si cuando hay*

- y, ¿cuándo no tiene con qué se limpia? (sonríe algo avergonzado) y dice: *...con hojitas del árbol suavitas son!*

- y de ahí, ¿sigue trabajando o se viene a lavar las manos?... *si a seguir trabajando*".
(Adulto mayor de 76 años, soltero, Ñ1)

La limpieza de los genitales luego de la evacuación urinaria en algunos casos no se realiza tanto en hombres como en mujeres, en algunos casos cuando pueden adquirir las mujeres usan papel higiénico; en el caso de la evacuación fecal en pocas ocasiones existe el uso de papel periódico reblandecido con las manos (Figura 17) u hojas de árboles, descritos como suave al contacto (*diálogo 8*).



Figura 17. Izq: Baño sin agua sobre pozo séptico. Der: Lavabo de manos sin agua, contiene funda para colocar papel periódico usado (Fuente: Elaboración propia)

El lavado de manos cuando lo realizan lo hacen bajo el mismo procedimiento descrito en la actividad de higiene personal (Figura 18)



Figura 18. Lavado de manos después usar el baño (Fuente: Elaboración propia)

4.1.2.5 Subir la escalera.

Para los adultos mayores y adultos jóvenes la escalera se entiende por ser transportable hecha de madera o metal que se utiliza para ascender por ejemplo a los árboles, atillos o techos; las escaleras continuas como en el interior de las casas para ascender de un piso a otro se conocen como gradas o veredas. En algunos casos escalera, grada y vereda pueden comprenderse como sinónimos.

Las casas están construidas con bloque o adobe de una sola planta, no obstante, al ingreso de cada habitación al frente o al mismo nivel de la puerta, existen barreras como un escalón de aproximadamente 12 centímetros de alto (Figura 19); la presencia de gradas dentro del hogar es nula.



Figura 19. Gradas de diferentes alturas (Fuente: Elaboración propia)

El camino habitual es sobre terrenos irregulares (Figura 20), donde pueden encontrarse escalones o veredas de dimensiones variables formadas naturalmente o que son elaboradas por los mismos pobladores con tierra y piedra sin barandas ni puntos de apoyo. Las personas caminan distancias importantes en superficies de tierra, piedra, potrero; cuesta arriba y abajo, algunos apoyados con palos como bastón (Figura 21)



Figura 20. Terrenos irregulares a desnivel (Fuente: Elaboración propia)



Figura 21. Variedad de superficies de terreno (Fuente: Elaboración propia)

4.1.2.6 Vestirse.

La vestimenta en los pobladores del sector está influenciada por las condiciones étnicas, sociales, económicas y geográficas; otro factor importante que interviene sobre el vestido son los bonos o regalos que reciben sobre todo en época de navidad, donde es común la donación de ropa para los sectores más desfavorecidos. Se observó que los habitantes en su mayoría visten una fusión de la vestimenta indígena y occidental.

La variedad de estilos incluye el uso de camisetas o camisas bordadas y coloridas, chal, faldas, polleras en el caso de las mujeres; explican que por las condiciones climáticas se ven en la necesidad de usar pantalón cómodo, de material caliente debajo de la falda o pollera y por facilidad usan únicamente pantalón; es común el uso de varias prendas en busca de protegerse de las bajas temperaturas. Vestir anaco no es parte del grupo poblacional investigado, a diferencia de indígenas de otros pueblos. El uso de sombrero es constante en ambos sexos; usan zapatos

cerrados y para el trabajo de campo es habitual el uso de botas de hule con o sin tela acolchonada al interior (Figura 22).



Figura 22. Vestimenta Femenina y Masculina (Fuente: Elaboración propia)

Los hombres también se visten abrigados con camisas, camisetas, ternos, pantalones, chaqueta, poncho o cualquier prenda que sea de su agrado o utilidad y no acostumbran utilizar ornamentos como corbatas o pañuelos en la vestimenta diaria, pueden suplir el sombrero por gorra con visera o de lana (Figura 23).



Figura 23. Izq: Botas de hule o zapato cerrado, cachucha o gorro de lana. Der: Leva, pantalón, camisa, zapatos de suela, bufanda y sombrero (retornó del pueblo) (Fuente: Elaboración propia)

La mayoría de mujeres usan aretes tradicionales de mullos con metal o hilos gruesos, no llevan prendedores tradicionales para sujetar el chal o falda, en su reemplazo atan sus extremos con un nudo o lo sujetan con imperdible (Figura 24)



Figura 24. Izq: Colocación de aretes. Der: falda sujeta con impermeable (Fuente: Elaboración propia)

4.1.2.7 Control intestinal.

Evaluar esta actividad tuvo grandes limitaciones debido a que esta denominación no fue comprendida en ninguno de los casos, esta se confundió con el control médico intestinal, además que los usuarios se encontraron abochornados ante la pregunta sobre las características de esta por lo que no se obtuvo respuestas certeras. La evacuación intestinal tampoco fue entendida como defecación o deposición, lo correcto en esta zona es decir “hacer popó, hacer caca o hacer la orina grande”. Las personas observadas negaron problemas de incontinencia fecal, en personas más dependientes el uso de pañales era inadecuado por desconocimiento. El estreñimiento conocido también como “se detiene” no es común, pero en el caso de presentarlo lo manejan con bebidas a base de hierbas locales, el consumo de papaya o preparados con sábila que lo consiguen en la zona comercial del pueblo; el uso en domicilio de supositorios y enemas es desconocido y nulo. En los casos que reportaron diarreas ocasionales y agudas, al presentar una incontinencia fecal lo habitual es cambiarse de ropa interior.

4.1.2.8 Control de vejiga.

Esta denominación tampoco fue comprendida por los adultos mayores o sus familiares, la mayoría conocía el significado de vejiga, pero no acertó la pregunta u otras personas confunden el término con la vagina o control de la próstata. Orinar debe especificarse como “orina pequeña, meado/mear o pishir”

La incontinencia urinaria a pesar de estar presente en la mayoría de los casos, sobre todo en mujeres no era vista como una problemática, por lo cual la información recibida fue escasa al abordar este tema. Recalamos que no se detectó fetidez urinaria en la vestimenta ni entorno de las personas estudiadas, lo que hace pensar que no presentan incontinencias severas y de presentarlas las manejan adecuadamente con el cambio de ropa interior que puede ser desde un cambio o tres por día hasta ocasional a la semana (*diálogo 9*).

Diálogo 9:

- ¿a usted se le escapa la orina pequeña?...: *mmm, si... a veces señorita, cuando hago fuerza.*

- y ¿qué hace cuando le pasa eso?...: *me toca cambiar de interior señorita. (Adulta mayor de 70 años, soltera, N9)*

4.1.2.9 Traslado sillas/camas.

Hubo dificultades de comprensión y/o confusión con la palabra traslado o trasladarse, ameritó explicar que el término se refiere a “pasar de un lado a otro o caminar”. El uso de cama y colchón fue observado en todos los casos, algunos confeccionados por el hombre del hogar, en algunos casos se evidenció colchones hechos de paja; es común el uso de varias cobijas gruesas y pesadas o edredones para protegerse del frío (Figura 25)



Figura 25. Cama de madera, colchón paja y cobijas de lana (Fuente: Elaboración propia)

En algunas casas acostumbran a tener su cama en la misma área que se encuentra el fogón de leña o en la habitación contigua sin puertas que las separen para aprovechar el ambiente temperado que genera cuando esta prendida la leña.

En relación a los muebles el uso de sillas está presente (Figura 26), así como de taburetes o asientos improvisados con una tabla de madera con base de bloques o ladrillo es común, estos últimos se encuentran a una altura inferior a la de una silla estándar y no tienen apoya brazos (Figura 27).



Figura 26. Sillas de madera sin apoya brazos (Fuente: Elaboración propia)



Figura 27. Izq: segmento de tronco utilizado como taburete. Fondo: tablón sobre bloques. Der: banco de madera
(Fuente: Elaboración propia)

4.1.2.10 Ambulación o marcha.

En esta zona los pobladores recorren caminos y superficies más complejas que en la zona urbana por su actividad agrícola y ganadera; los mismos siembran sus plantas hortalizas, leguminosas, tubérculos o legumbres y se dedican al pastoreo de animales. Es un medio ausente de infraestructura de calles y aceras, condiciones que obligan a la persona tener mayores capacidades físicas y visoespaciales para enfrentar las adversidades del terreno.

Algunas personas se apoyan en palos que no son más que una rama gruesa de un árbol sin mayor deformidad que lo adecúan como bastón/bordón o en medida de sus posibilidades adquieren un bastón, ambos con un solo punto de apoyo.

El término ambulación no fue comprendida en la mayoría de los casos, hubo confusión con palabras parecidas como sonámbulo o ambulancia; marcha se entendió para la mayoría de las personas, pero lo adecuado es referirse simplemente como “caminar”.

4.1.2.11 Silla de ruedas.

En ningún caso se observó el uso de silla de ruedas en el domicilio, refieren que de tenerlas es complicado por el terreno irregular, quienes se benefician de ésta solo la usan cuando acuden al pueblo donde existen calles adoquinadas y superficies más regulares y planas. En esta actividad se realizó la adaptación del vocabulario usado.

4.2 Propuesta Índice de Barthel Modificado Adaptado versión Ecuador.

Basados en la información recolectada, se realizó una tabla comparativa (Apéndice C) entre la escala original y la propuesta adaptada; esta última considera los aspectos étnicos, sociales, culturales y lingüísticos, con lo cual se desarrolló la adaptación del IBM, denominada Índice de Barthel Modificado Adaptado versión Ecuador o sus siglas IBMae (Apéndice D).

Se consideró importante realizar una modificación en el orden de los ítems en el IBMae, con la finalidad de una mejor comprensión del usuario ante todos los detalles que involucran realizar la actividad de forma independiente, es decir la opción de mayor puntaje se colocó en primer lugar.

Así mismo, es necesario reconocer que las frases introductorias a la actividad se encuentran en mayúsculas y negrilla, la descripción de la actividad se visualiza en minúsculas y negrilla, y la explicación detallada de la actividad se observa en minúsculas y cursiva. Las frases introductorias son tomadas del IBM versión original (Anexo B); las descripciones y explicaciones de cada actividad fueron tomadas del IBM versión español-chilena (Anexo A). Las descripciones no fueron sometidas a cambios, para de esta manera, mantener intactas todas las características de valoración de cada ABVD; pero la explicación detallada de las actividades fue sometida a cambios acorde al escenario en estudio para conseguir la adaptación del instrumento mencionado, el cual se describe a continuación.

ACTIVIDAD	P*
HIGIENE PERSONAL / ASEO PERSONAL	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse. <i>La persona puede realizar todas las tareas del aseo personal diario de forma independiente y segura. Incluye: peinarse, sujetar o trenzar el cabello. Limpiarse los dientes con cepillo dental o limpieza de dientes con otros objetos como utensilios metálicos, plásticos o madera para quitar los restos de comida de la boca. Hacerse la barba incluye: cortar, depilar o arrancarse los vellos de la cara con objetos como tijeras, monedas, pinzas, pellizcando, etc]. Si el hombre es lampiño se puede omitir esta actividad.</i></p>	5
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente es capaz de hacerse cargo de su propia higiene personal, pero necesita asistencia mínima antes y/o después de la operación. <i>Requiere poco apoyo para actividades que conlleven cierto riesgo para su seguridad, por ejemplo, al hacerse la barba al manipular la hoja de afeitar si la utiliza o usar las tijeras, pinzas, o al manipular agua caliente.</i></p>	4
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita un poco de asistencia en uno o más pasos de la higiene personal. <i>La persona necesita ayuda para: lavarse una mano, hacer presión al lavarse los dientes, hacerse la barba, cortarse o arrancarse los vellos debajo del mentón, peinarse el cabello de la parte de atrás, recoger o trenzar el cabello y secarse una mano. Necesita que le digan que hacer o que le motiven a cada rato para completar las tareas.</i></p>	3

<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los pasos de la higiene personal. <i>La persona puede completar una o dos de las actividades mencionadas más arriba. Generalmente, la persona que le ayuda debe hacer más esfuerzo que el adulto mayor en cada una de las actividades: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, recoger o trenzar el cabello, lavarse las manos, lavarse la cara, hacerse la barba.</i></p>	1
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede ocuparse de la higiene personal y es dependiente en todos los aspectos. <i>La persona necesita ayuda totalmente para: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, recoger o trenzar el cabello, lavarse las manos, lavarse la cara, hacerse la barba.</i></p>	0
BAÑARSE	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede usar una bañera, una ducha, o tomar un baño completo con esponja. El paciente debe ser capaz de realizar todos los pasos de cualquier método que se emplee sin que esté presente otra persona. <i>La persona es capaz de usar ducha, tina o tanque con agua, bañarse en el río, echarse con un recipiente agua fría o temperada sobre el cuerpo. Es posible que la persona utilice un pedazo de tela, trapo, esponja o fibra natural; alcanza a lavarse las piernas y los pies. La persona puede completar todos los pasos de manera independiente, aunque se demore más tiempo de lo normal. Tiempo para el baño considerado como normal 15 a 20 minutos</i></p>	5
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Por razones de seguridad, el paciente necesita supervisión al ajustar la temperatura del agua o al trasladarse a la ducha/tina. <i>Bañarse puede tomar mucho más tiempo de lo normal. La persona podría necesitar ayuda para preparar el baño o la tina, el agua, traer el jabón, trapo o esponja, etc. Es posible que sean necesarias algunas indicaciones o supervisión para caminar hacia la ducha, tina o tanque.</i></p>	4
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para trasladarse a la ducha/tina, o para lavarse o secarse, incluida la imposibilidad de completar una tarea debido a una afección o enfermedad, etc. <i>La persona necesita ayuda para caminar de la habitación al lugar donde se encuentre la tina o ducha, o requerir ayuda para lavarse, fregarse o secarse el cuerpo.</i></p>	3
<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Es necesaria la asistencia en todos los aspectos al bañarse. <i>La persona necesita ayuda e indicaciones para que se bañe. Es posible que sea capaz de lavarse el pecho y ambos brazos, el resto del cuerpo no puede bañarse.</i></p>	1
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Total dependencia al bañarse. <i>La persona no puede bañarse o necesita ayuda totalmente para bañarse, o no puede secarse todas las partes del cuerpo.</i></p>	0
ALIMENTARSE / COMER	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede alimentarse a sí mismo desde una bandeja o mesa cuando alguien le pone el plato a su alcance. El paciente debe ponerse un dispositivo de asistencia si es necesario, para cortar los alimentos, y si lo desea usar sal y pimienta, untar mantequilla, etc. <i>La persona puede utilizar la cuchara, una taza, un vaso, muy rara vez sorbete, abrir frascos, poner líquido en un recipiente y cortar la carne sin riesgo. No necesita ayuda. La carne o alimentos duros en caso de no usar cuchillo pueden ser cortados con la misma cuchara. Puede poner sal, azúcar o ají a las comidas.</i></p>	10
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede alimentarse de forma independiente con una bandeja preparada, a excepción de la asistencia que pueda ser necesaria para cortar la carne, abrir la caja de leche, la tapa de un frasco, etc. No es necesaria la presencia de otra persona. <i>Comer lleva más tiempo de lo normal. Puede atragantarse o atorarse con la comida sólida o líquida; o puede necesitar alimentos en papilla o comida remojada, pero no es necesario más ayuda del cuidador o familiar.</i></p>	8

<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: Es capaz de alimentarse solo con supervisión. El paciente necesita asistencia con las tareas relacionadas, como poner leche y azúcar en el té, agregar sal y pimienta, esparcir la mantequilla, dar vuelta un plato u otras actividades de “preparación”. <i>La persona utiliza la cuchara, la comida se la lleva a la boca y come o mastica. Puede necesitar ayuda para comer, beber o tomar líquidos, abrir frascos y/o cortar la carne o papa, pelar habas o desgranar choclos cocinados, mezclar máchica para llevárselos a la boca. Puede ser necesario estar junto a la persona para decirle qué hacer, cómo comer, verle o alentarle a lo largo de la comida, debido a que es posible que se atragante o que coma apurado.</i></p>	5
<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede manipular un dispositivo para comer, generalmente una cuchara, pero alguien debe brindarle asistencia activa durante la comida. <i>La persona puede llevarse la comida a la boca, pero un ayudante debe llenar la cuchara con comida.</i></p>	2
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en todos los aspectos y necesita ser alimentado. <i>La persona solo mastica y traga la comida mientras un ayudante saca la comida a cucharadas y se lo da en boca. En el caso que requiera alimentarse por un tubo, sonda o manguera para comer, el ayudante debe poner el alimento, hacer la conexión, limpiarlo y regular el ritmo al que se alimenta por el tubo, sonda o manguera para comer.</i></p>	0
SANITARIO / BAÑO	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de sentarse y levantarse del inodoro, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar que se le ensucie la ropa y utilizar el papel higiénico sin ayuda. Si es necesario, el paciente puede utilizar una chata, inodoro portátil u orinal durante la noche, pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo. <i>La persona afloja y retira su ropa antes de usar el baño o usar el área donde habitualmente realiza sus necesidades, se acerca, se sienta - se levanta de la taza del baño; o se coloca en cuclillas y se levanta, se limpia por delante o detrás, usa adecuadamente el papel higiénico o similar como papel periódico u hojas de árboles, se abrocha, sujeta o arregla la ropa correctamente. Mantiene el equilibrio y está seguro. Si la persona usa bacinilla debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo.</i></p>	10
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que sea necesaria la supervisión para la seguridad del uso normal del sanitario. Es posible utilizar un inodoro portátil durante la noche, pero será necesaria asistencia para vaciarlo y limpiarlo. <i>Es posible que se necesite supervisión por seguridad, preparación inicial, como darle el papel higiénico u otro material de aseo. Puede usar una bacinilla o pato durante la noche. Es posible que sea necesario darle instrucciones y recomendaciones para encontrar el baño o dirigirse al lugar donde habitualmente realiza las excretas.</i></p>	8
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: Es posible que necesite asistencia con el manejo de la ropa, el traslado o el lavado de las manos. <i>Es posible que sea necesaria la supervisión y ayuda para caminar o mantener el equilibrio mientras la persona se lava las manos si habitualmente lo hacía, se ajusta la ropa, se sube o baja el cierre o el pantalón, la falda, pollera, anaco o prendas similares.</i></p>	5
<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos del uso del sanitario. <i>La persona necesita mucha ayuda para pasar de un lado a otro, arreglo de la ropa, uso del papel higiénico u otro material de limpieza (incluye agua, hojas, papel periódico) y el aseo de las partes íntimas (vagina y ano).</i></p>	2
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente depende completamente al usar el sanitario. <i>La persona es dependiente en todos los aspectos del uso del baño o lugar donde habitualmente orinaba o defecaba.</i></p>	0
SUBIR LA ESCALERA / GRADAS / VEREDAS	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede subir y bajar un tramo de escaleras de manera segura, sin ayuda o supervisión. El paciente puede utilizar pasamanos, bastón, o muletas cuando es necesario y puede llevar estos dispositivos mientras sube o baja.</p>	10

<i>La persona puede subir y bajar las gradas, veredas o chambas con ayuda de bastón, palo o bordón.</i>	
REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Generalmente, el paciente no necesita asistencia. Por momentos, el paciente necesita supervisión por seguridad debido al entumecimiento matutino, falta de aire, etc. <i>La persona no necesita ayuda pero por momentos puede necesitar que lo vigilen por entumecimiento o endurecimiento de las rodillas, falta de aire, dificultad para coger el bordón, palo o bastón.</i>	8
REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede subir y bajar las escaleras, pero no puede llevar los soportes para caminar y necesita supervisión y asistencia. <i>La persona puede subir y bajar las gradas o veredas pero alguien debe ayudarlo a llevar el palo, bordón o bastón.</i>	5
INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos relacionados con subir escaleras, incluida la asistencia con soportes para caminar. <i>La persona necesita apoyarse en alguien para subir las gradas o veredas, e incluso deben ayudarlo con el palo, bordón o bastón.</i>	2
INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede subir las escaleras. <i>La persona no puede subir o bajar las gradas o veredas.</i>	0
VESTIRSE / PONERSE Y SACARSE LA ROPA	
INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede ponerse, sacarse y abrocharse la ropa, abrocharse o sacarse el corsé o la férula según se lo han indicado. <i>La persona puede buscar, escoger, ponerse, sacarse la ropa. La persona se pone la ropa interior (calzón, calzoncillo, sostén si habitualmente los usa), pantalones, faldas, cinturón, fajas, medias, cordones de los zapatos, colocarse las alpargatas, ponerse las botas de chaucho. La persona se pone las prendas de cuello alto, los cierres, los botones, los broches, el reboso, el chal, el prendedor o imperdible. Se pone el sombrero o gorra. Puede usar dispositivos de cierre adaptados como velcro y tiradores de cierres, calzador o similar para colocar los zapatos.</i>	10
REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente solo requiere asistencia mínima para asegurar su ropa: botones, cierres, sostenes, zapatos, etc. <i>Es posible que la persona necesite ayuda para prepararse, pero se viste y se desviste sola. El ayudante puede sacar la ropa del armario, baúl o caja y puede ayudar para abrochar los botones de la ropa, los cierres, el sostén, la faja, etc. Es posible que sea necesario alentar a la persona, decirle la secuencia de ponerse la ropa y, además, es posible que ponerle la ropa demore mucho más tiempo de lo normal.</i>	8
REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para ponerse o sacarse la ropa. <i>La persona necesita ayuda para conseguir la ropa, ayuda para utilizar los dispositivos como el calzador, velcro, etc, e iniciar y terminar de ponerse o quitarse la ropa de las extremidades inferiores y superiores (piernas y brazos).</i>	5
INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es capaz de participar hasta cierto punto, pero es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta. <i>La persona necesita mucha ayuda en la preparación de la ropa. Puede tener puesta una camiseta en la parte superior de su cuerpo y pasar los brazos por las mangas, pero el ayudante la lleva por encima de la cabeza. La persona puede pasar los brazos por los tirantes del sostén si usa, pero el cuidador le acomoda y abrocha los ganchos del sostén. La persona puede ayudar tirando o jalando de las piernas del pantalón, falda o anaco, pero el ayudante completa el arreglo de la ropa de las extremidades inferiores o piernas.</i>	2
INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta y no puede participar en la actividad. <i>La persona puede inclinarse o hacerse hacia adelante, hacia atrás, apoyarse en los bordes o los lados de la cama, ponerse una manga o abrocharse o cerrar el cierre de la ropa, pero el ayudante viste completamente a la persona. Si la persona tiene puesta una bata, el puntaje es 0</i>	0

CONTROL INTESTINAL / CONTENER EL POPÓ / CACA / ORINA GRANDE	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes. Puede usar supositorios o hacerse un enema cuando sea necesario.</p> <p><i>La persona contiene por completo o no se le escapan las heces o popó. En el caso de estreñimiento o que “se detenga el popó” toma infusiones, frutas o algún medicamento que ayuden a desocupar la caca o popó. El uso de ablandadores fecales como supositorios o calas, purgantes, jarabes, enemas o lavados no son comunes, pero de requerirse la persona los debe usar de manera independiente.</i></p>	10
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que el paciente necesite supervisión para usar los supositorios o el enema y que tenga accidentes ocasionales.</p> <p><i>Los escapes involuntarios o sin querer de popó son escasos y es posible que se necesiten indicaciones, recomendaciones y cumplimiento de horarios para que no se escape el popó. Es posible que la persona necesite supervisión con el uso de supositorios, enemas/lavados o un dispositivo externo, según la indicación médica.</i></p>	8
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero no puede usar las técnicas facilitadoras o limpiarse sin ayuda y tiene accidentes frecuentes. El paciente necesita asistencia con los dispositivos de incontinencia, como las toallas absorbentes, etc.</p> <p><i>La persona puede colocarse en la posición adecuada, pero a veces se le escapa el popó, necesita ayuda para limpiarse y/o colocarse los pañales, paños o toallas absorbentes.</i></p>	5
<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita ayuda tanto para ponerse en la posición adecuada como con las técnicas facilitadoras del movimiento intestinal.</p> <p><i>A pesar de la ayuda, es posible que la persona se ensucie frecuentemente con popó y necesite usar pañal o toallas absorbentes.</i></p>	2
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente sufre de incontinencia intestinal.</p> <p><i>La persona no contiene, se le escapa las heces o popó y necesita usar pañal o toallas absorbentes todo el tiempo.</i></p>	0
CONTROL DE LA VEJIGA / CONTENER LA ORINA (MEADO, PISHIDO, ORINA PEQUEÑA)	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de controlar la vejiga día y noche y/o es independiente con dispositivos internos y externos.</p> <p><i>La persona no se moja la ropa y está sola al momento de orinar, mear o pishir. No se le escapa sin querer la orina pequeña o meado. Es capaz de cambiarse la ropa interior y otras ropas si se moja o “le vence la orina”. También es capaz de usar dispositivos como sondas, toallas absorbentes, pañales en caso de ser requeridos antes de ensuciarse.</i></p>	10
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente está generalmente seco de día y de noche, pero puede tener un accidente ocasional, o necesitar asistencia mínima con los dispositivos internos y externos.</p> <p><i>Si la persona no puede llegar rápido al baño es posible que se orine, mee o pisha en la ropa interior y resto de ropa. Es posible que necesite medicamentos para que pueda orinar o no se detenga el meado. La persona puede necesitar que le digan cómo y a qué momento ir al baño para que no se orine.</i></p>	8
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente generalmente está seco de día, pero no de noche y necesita un poco de ayuda con los dispositivos.</p> <p><i>La persona orina sola, pero necesita ayuda para acomodarse en la taza del baño. Puede colocar el pene o la parte íntima del hombre en la bacinilla, mantener las piernas separadas, ponerse la sonda o manguera para orinar, pero a veces se mea u orina sobre todo en la noche. Es posible que la persona necesite recordatorios, indicaciones y supervisión para que vaya al baño.</i></p>	5
<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es incontinente, pero puede ayudar con el uso de un dispositivo interno o externo.</p> <p><i>La persona necesita que lo lleven al baño, le coloquen frente a la taza del baño o le acerquen la bacinilla, puede sostenerla correctamente. En caso de usar sonda y bolsa recolectora de orina, el familiar o cuidador tiene que ayudarlo con la sonda y funda recolectora. Se le escapa la orina pero puede ayudar a colocar la sonda.</i></p>	2
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en el control de la vejiga, es incontinente, o tiene un catéter de drenaje.</p>	0

<p><i>A la persona se le escapa la orina o le vence el meado todos los días, de día y de noche. Puede usar una sonda permanente pero el cuidador debe arreglar la manguera y la funda recolectora de orina.</i></p>	
<p>TRASLADARSE / CAMINAR O PASAR DE LA SILLA A LA CAMA</p>	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede acercarse a la cama de manera segura en una silla de ruedas, trabar los frenos, levantar el reposapiés, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en uno de los lados de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y trasladarse nuevamente a ella de manera segura. El paciente debe ser independiente en todas las etapas de la actividad.</p> <p><i>La persona logra ponerse de pie sin ayuda. Si la persona puede caminar se acerca, se sienta y se pone de pie desde una silla común, se traslada desde la cama a la silla de manera segura, puede acercarse, entrar y salir de una ducha, bañera o tina. Si usa silla de ruedas la persona debe poner los frenos, levantar el apoyapié, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en un lado de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y pasarse nuevamente de manera segura. Es posible que la persona demore más tiempo en realizar las tareas, pero menos de tres veces el tiempo normal. Tiempo aproximado para pasarse de la cama a la silla 30 segundos.</i></p>	15
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Se necesita la presencia de otra persona, ya sea como medida de confianza o para brindar supervisión por seguridad.</p> <p><i>La persona necesita poca ayuda para pasar de la silla a la cama como la supervisión del ayudante para realizar la actividad.</i></p>	12
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la asistencia de otra persona para el traslado. Es posible que se necesite asistencia en cualquier aspecto del traslado.</p> <p><i>La persona necesita ayuda moderada del cuidador para pasar de la silla a la cama en cualquier momento al realizar esta actividad.</i></p>	8
<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede participar, pero se necesita asistencia máxima de otra persona en todos los aspectos del traslado.</p> <p><i>La persona necesita mucha ayuda del ayudante para pasar de la silla a la cama y viceversa en todo momento.</i></p>	3
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: No puede participar en el traslado. Se necesitan dos asistentes para trasladar al paciente con o sin un dispositivo mecánico.</p> <p><i>La persona no puede pasar de la silla a la cama sola, o viceversa y requiere la ayuda de dos personas.</i></p>	0
<p>AMBULACIÓN / CAMINAR</p>	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente debe ser capaz de usar férulas si es necesario, trabar y destrabar esta férula, ponerse de pie, sentarse y colocar los dispositivos de apoyo necesarios en posición para ser usados. El paciente debe ser capaz de usar muletas, bastones, o un andador y caminar 50 m sin ayuda o supervisión.</p> <p><i>La persona camina sola. La persona camina ida y vuelta más de 50 metros con o sin apoyo en bastón, bordón o palo. No hay preocupación o miedo por su seguridad o caídas al caminar solo. El paciente es independiente con andador, bastón, prótesis, órtesis, zapato especial, etc.</i></p>	15
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede ambular de manera independiente, pero no puede caminar 50 m sin ayuda o necesita supervisión para sentirse seguro o por precaución ante situaciones riesgosas.</p> <p><i>La persona puede caminar pero no caminar sola más de 50 metros, puede necesitar recomendaciones e indicaciones y demora más de lo normal para completar las distancias.</i></p>	12
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para alcanzar sus dispositivos de apoyo (ej. muletas, bastón) y/o su manipulación. Se necesita una persona para ofrecer asistencia.</p> <p><i>La persona necesita un ayudante para alcanzar sus dispositivos de apoyo para caminar (bordón, bastón o palo) y para darle más estabilidad al doblar en las esquinas, en los umbrales o arcos y en terrenos más duros o irregulares, pero puede caminar.</i></p>	8

<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Se necesita la presencia constante de uno o más asistentes durante la ambulación. <i>La persona necesita mucha y continua ayuda de una o dos personas para caminar</i></p>	3
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación. <i>La persona no puede caminar o intentar caminar no es seguro.</i></p>	0
SILLA DE RUEDAS	
<p>INDEPENDIENTE TOTAL: Para impulsar la silla de ruedas independientemente, el paciente debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta, maniobrar la silla hacia a una mesa, cama, inodoro, etc. El paciente debe empujar la silla por lo menos 50 m. <i>[La persona mueve la silla de ruedas por sí sola, debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta y moverse en la silla hacia una mesa, cama baño, etc. La persona debe moverse en la silla de ruedas por lo menos 50 metros].</i></p>	5
<p>REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede impulsarse durante un tiempo razonable en terrenos en los que se mueve regularmente. Es posible que se necesite asistencia mínima en esquinas cerradas. <i>[Es posible que la persona necesite que le digan cómo mover la silla y puede necesitar ayuda para moverse en espacios estrechos].</i></p>	4
<p>REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la presencia de una persona y asistencia constante para acercar la silla a la mesa, cama, etc. <i>[La persona puede moverse en la silla de ruedas, pero necesita ayuda manejar la silla hacia adentro y alrededor de los muebles y en espacios estrechos].</i></p>	3
<p>INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente puede impulsarse durante distancias cortas sobre una superficie plana, pero necesita asistencia para todos los otros pasos del manejo de la silla de ruedas. <i>[Un ayudante debe empujar la silla de ruedas la mayor parte del tiempo, tiene que poner los frenos, ajustar los apoyabrazos, la almohada. El cuidador debe mover la silla de ruedas entre los muebles, alfombras sueltas y terrenos más duros].</i></p>	1
<p>INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación en silla de ruedas. <i>[La persona no puede manejar la silla de ruedas. El ayudante debe empujar la silla de ruedas todo el tiempo].</i></p>	0
Total	

*Puntuación (Fuente de elaboración: las autoras)

La suma de todos los valores es el resultado que permite clasificar el grado de funcionalidad de la persona en independiente, dependiente leve, moderado, severo y dependiente total; mediante la selección de una sola opción por cada actividad, la más cercana a la funcionalidad actual de la persona. En el presente trabajo no se realizaron modificaciones en cuanto al puntaje e interpretación, se respeta el significado de la calificación obtenida según el formato original como se describe en el Apéndice D.

4.3 Validación del cuestionario.

La investigación cualitativa es inductiva de manera que el propósito del enfoque cualitativo no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadístico. Lo que busca es obtener datos emitidos por las personas en estudio en las propias “formas de expresión” de cada uno de ellos; datos que se convierten en información crucial que van moldeando el análisis. La observación cualitativa no es simple contemplación del escenario en estudio; implica adentrarse en profundidad a situaciones sociales, estar atento a los detalles, sucesos, eventos e interacciones y mantener un papel activo, así como una reflexión permanente (Hernández Sampieri et al., 2014).

La intervención del estudio fue moderada debido a que no se evaluaron todas actividades de la vida diaria, si no que se centró en los ítems incluidos en el índice de Barthel. El primer paso fue la inmersión inicial que significa realizar diversas observaciones rápidas del ambiente y registrarlas en la bitácora de campo. El siguiente paso fue la inmersión profunda mediante un proceso reflexivo conforme a la recolección de datos con conversaciones o entrevistas cada vez más dirigidas y con anotaciones completas (Hernández Sampieri et al., 2014).

En la investigación cualitativa la recolección y el análisis ocurren prácticamente en paralelo; además, no se caracteriza por ser estándar debido a que cada estudio requiere de un esquema propio de evaluación. No obstante, es importante recalcar que aun cuando un enfoque cualitativo no se reduce a números para ser analizados estadísticamente, en algunos casos sí podrían requerir ciertos resultados cuantitativos, pero ese no es su objetivo final (Hernández Sampieri et al., 2014).

Esta investigación es un claro ejemplo que la estadística descriptiva reflejó la importancia del componente cualitativo y permitió la elaboración de la adaptación sociocultural del IBM, que

al compararla con la escala de referencia y visualizar las diferencias numéricas se traducen en diferentes grados de funcionalidad en una misma persona.

En un estudio o cuestionario cualitativo debe evaluarse rigurosamente la fiabilidad y validez, existen otras características que son opcionales pero que fortalecen la validación. Al mismo tiempo, es importante identificar aspectos que pueden influir negativamente o “fuentes de error” en la validación del cuestionario o investigación (Argimon Pallás & Jiménez Villa, 2013).

Esta investigación cumple con los estándares de rigor científicos mencionados, la fiabilidad también conocida como confiabilidad o dependencia (interna o externa) (Argimon Pallás & Jiménez Villa, 2013; Corral, 2017; Hernández Sampieri et al., 2014). En este caso se abarcó una dependencia interna, es decir que se generó observaciones por dos investigadoras con los mismos datos y tras el análisis de estos, se obtuvieron resultados similares. Además, se consiguió una coherencia interna y una consistencia externa; la primera justificada porque toda la información recabada no contempló contradicciones formando un todo bien integrado y coherente; la segunda por la compatibilidad de la información con la del contexto social (Corral, 2017).

La validez en los estudios cualitativos o naturalistas son dos; una validez interna y otra externa. Validez interna o credibilidad implica conducir la investigación hacia hallazgos creíbles, los cuales se consiguen cuando los propios informantes y lectores corrigen los errores de interpretación realizadas por el investigador (Corral, 2017); de manera que se logró alcanzar la validez interna por el cumplimiento de las siguientes características:

- Observación persistente, de forma sistemática, ampliada y detallada, hasta lograr la saturación de información (Corral, 2017; Hernández Sampieri et al., 2014)

- Triangulación múltiple: incluye triangulación de datos y triangulación de investigadores. La triangulación de la información cualitativa o cruce de datos de tipo metodológica-intramétodos porque se utilizó etnografía, entrevistas y observación participativa, y la triangulación de investigadores se cumplió con la participación de dos investigadoras que describieron explícitamente cómo alcanzaron las interpretaciones (Corral, 2017) .

- Rechequeo con los informantes clave y participantes: se presentó los datos e interpretaciones a los informantes para que se corrijan posibles errores y malentendidos; es decir, que confirmen los datos y/o brinden información adicional (Corral, 2017).

- Transcripción textual de algunas entrevistas, lo cual respalda los significados e interpretaciones realizadas por el investigador (Corral, 2017).

- Debate y discusión de las interpretaciones con otros investigadores (Corral, 2017).

La validez externa o transferibilidad no se centra en la generalización de los hallazgos, sino en la transferibilidad o transferencia de los mismos, con el propósito de que el proceso investigativo pueda ser replicado en otros contextos, es decir, a la replicabilidad del estudio a otros grupos, poblaciones o escenarios y analizar qué tanto se ajustan ambos contextos. No son generalizaciones a una población más amplia (Corral, 2017), elemento que se cumple debido a que el IBM adaptado sirve de base para realizar estudios de adaptación en otras poblaciones indígenas del Ecuador.

Adicionalmente se logró cumplir con los requisitos de viabilidad; el IBM adaptado no es costosa, es de fácil aplicación con personal entrenado, rápida, sencilla, posee claridad en las preguntas, fácil puntuación e interpretación (Hérrnandez Sampieri et al., 2014).

4.4 Estadística descriptiva.

4.4.1 Género.

Del total de participantes (75 personas) en este estudio, fueron 41 mujeres y 34 hombres; se puede observar que la distribución por género coincide con reportes internacionales, los mismos que describen predominio del sexo femenino.

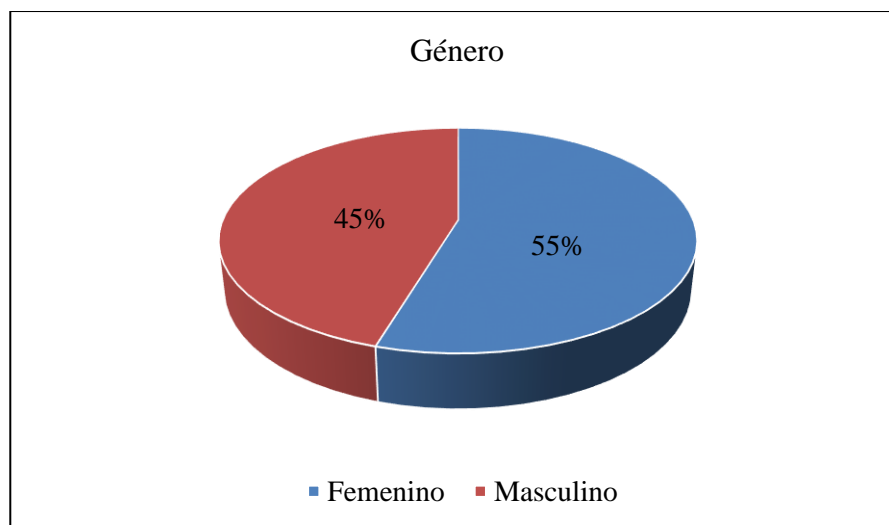


Figura 28: Distribución por género (Fuente: Elaboración propia)

4.4.2 Edad y clasificación por grupos de edad.

En este grupo estudiado a pesar que el género femenino supera en porcentaje al masculino, el promedio de edad es mayor en los hombres, cifras que difieren de la tendencia nacional e internacional. La media de edad para las mujeres es de 76,6 años con una mínima de

75 y un máximo de 84 años de edad; versus 78,2 años para el género masculino con intervalo entre los 67 a 91 años.

Se subdividen a los adultos mayores para manejar un mismo lenguaje técnico, así como para estudiar el comportamiento normal o patológico según el rango de edad, pero no existe consenso sobre la clasificación de adultos mayores por edad; la OMS, gerontólogos y antropólogos han creado sus propias agrupaciones con ciertas diferencias pero que sirven para objetivar las etapas de la vejez por años (Binstock, 2002; Little & McGivern, 2014). Se denominan adultos mayores jóvenes a los menores de 74 años de edad; los que se encuentran entre 75 y 84 años son conocidos como adulto mayor mayor, el grupo de los muy viejos incluye a las personas de entre 85 a 99 años, centenarios entre 100 a 105 años y supracentenarios a los mayores de 105 años. Se observa que la mayoría de usuarios que se benefician del programa de atención domiciliaria pertenecen al grupo de adulto mayor mayor, seguido por los muy viejos con un 32%.

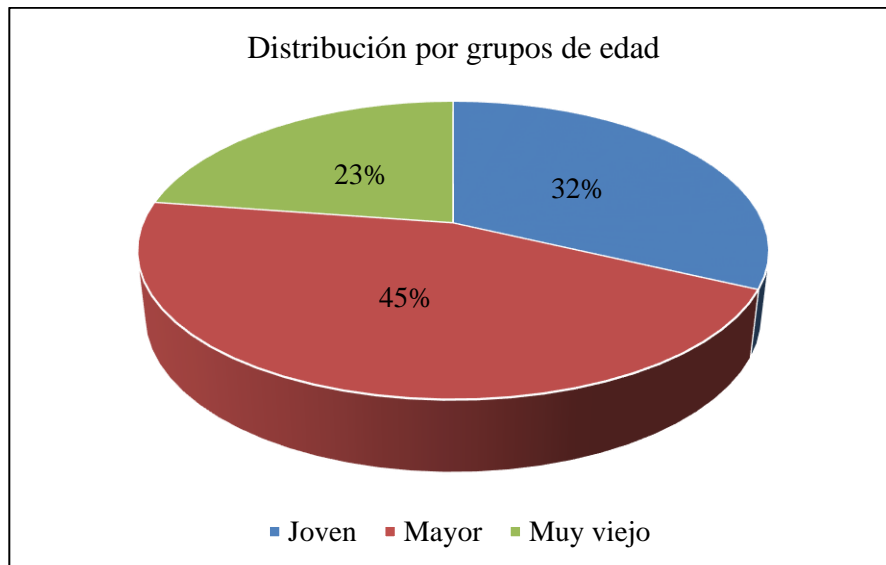


Figura 29: Clasificación por grupos de edad (Fuente: Elaboración propia)

4.4.3 Autoidentificación étnica.

Si bien la provincia de Cotopaxi es una de las que mayor población indígena concentra en la zona urbana y rural según datos oficiales (Chisaguano, 2006), la autoidentificación de los pobladores en mención pudo estar influenciada por “desconocer los parámetros” para definir el grupo étnico, como no dominar el idioma kichwa a pesar que la constitución ecuatoriana indica que autoidentificación no se rige por el tipo de vestimenta o el idioma, sino por cómo la persona se identifica con uno u otro grupo al compartir creencias o costumbres y el sentido de pertenencia (Chisaguano, 2006; Constitución, 2008). Los usuarios de atención domiciliaria en su mayoría se autodefinieron como mestizos, un gran porcentaje refirió no comprender la pregunta la misma que a su vez puede ser consecuencia de la baja escolaridad y justificaron que solo hablan castellano por lo que no se consideran indígenas. Otro aspecto a destacar es que las personas pueden presentar resistencia a autodefinirse como indígenas por un tema de discriminación y racismo, debido a que la historia y la colectividad los ha colocado al final del estrato social; incluso con el reconocimiento de sus derechos a nivel nacional e internacional, esto no se ha traducido en mejoría a nivel social o en sus condiciones de vida (Galarza-Schoenfeld, 2010).

Es posible que estos resultados estén sesgados por los motivos mencionados, no obstante, la forma de realizar las ABVD y las condiciones de vida fue similar en los dos grupos identificados.

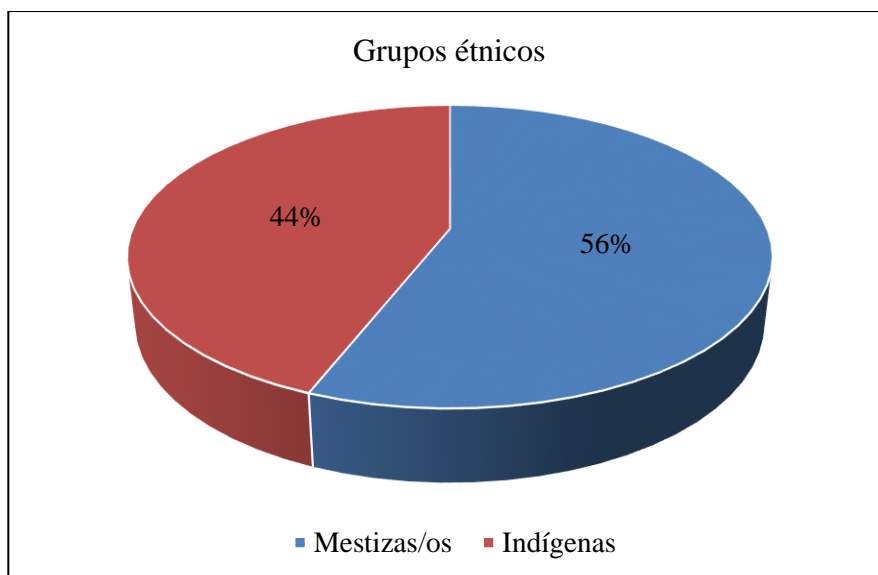


Figura 30: Distribución por étnia (Fuente: Elaboración propia)

4.4.4 Idioma.

El lenguaje no se relaciona con la autoidentificación, muchos usuarios que se consideran indígenas no hablan kichwa o manifiestan que únicamente “entienden” o que “ya se han olvidado”, ningún usuario es monolingüe kichwa, el 83% hablan español y 4 personas padecen de déficit auditivo y verbal por diferentes causas, a quienes por fines estadísticos se les registró como “ninguno”.

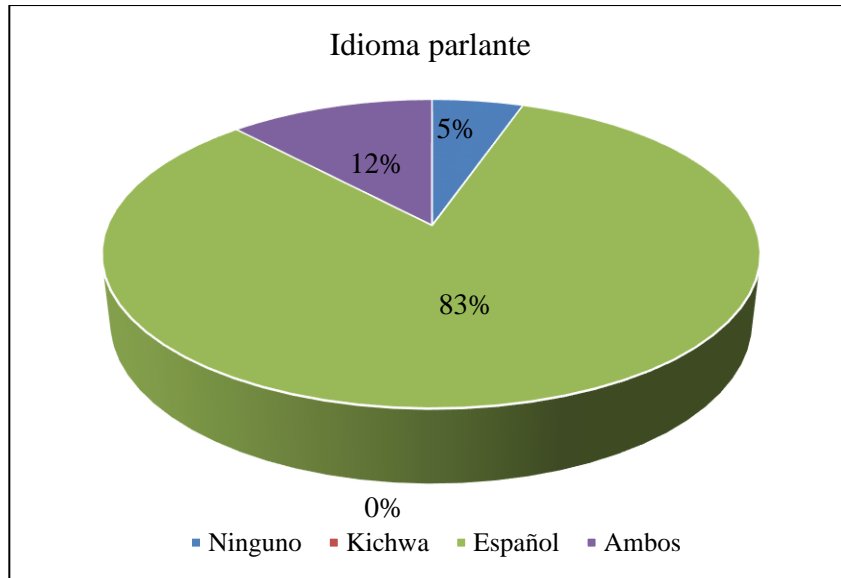


Figura 31: Distribución por idioma (Fuente: Elaboración propia)

4.4.5 Estado civil.

La tendencia para hombres y mujeres en relación al estado civil es similar en ambos géneros, sin embargo, las viudas superan levemente a las casadas. En el caso de los hombres la relación se invierte. Excepto, que es más frecuente la presencia de mujeres solteras.

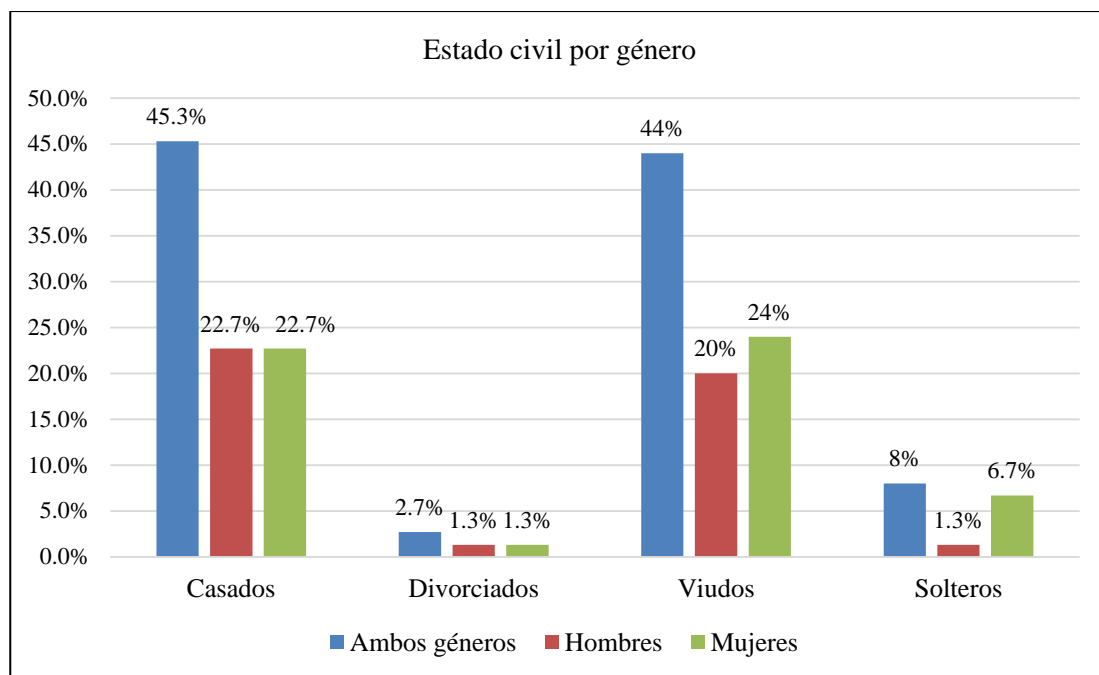


Figura 32: Estado civil (Fuente: Elaboración propia)

4.4.6 Escolaridad.

Las cifras de analfabetismo son elevadas en esta población, una vez más se relaciona el bajo acceso a la educación con ruralidad y pobreza; marcada aún más en las mujeres. Se puede apreciar que la cobertura de los programas de alfabetización de años pasados impulsados por el gobierno nacional no ha sido total, pues en este grupo se observa a un solo beneficiario del mencionado plan.

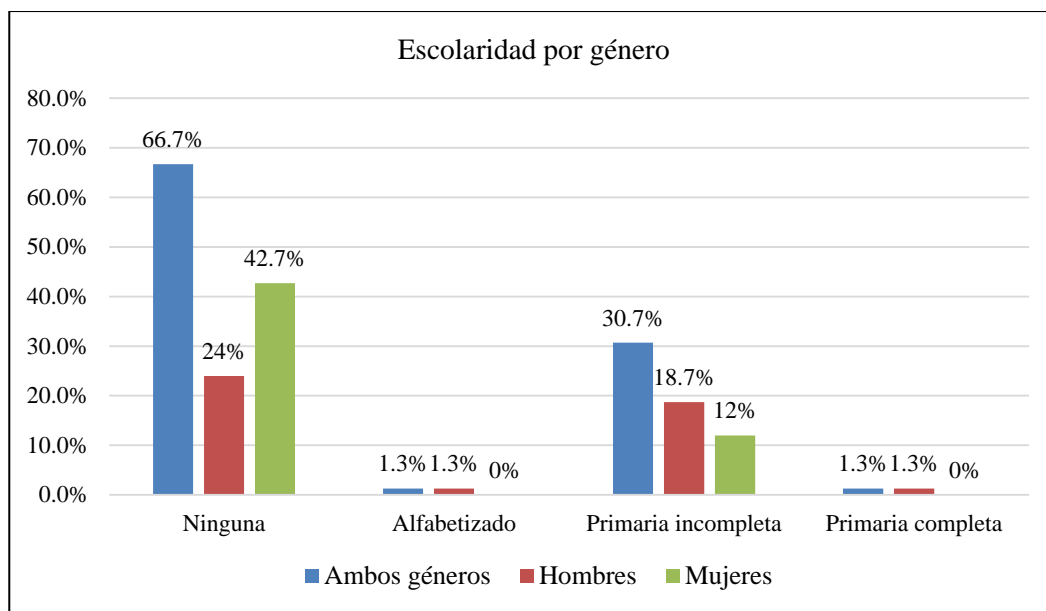


Figura 33: Distribución de escolaridad por género (Fuente: Elaboración propia)

4.4.7 Ocupación.

La ocupación depende del género, sin significar que fue la misma a lo largo de su vida. De forma general, algunos usuarios independientemente del género o ciclo de vida se dedicaban a la agricultura y cuidado de animales pequeños y grandes, con la particularidad que las mujeres además estaban al cuidado de los hijos y quehaceres domésticos. Conforme transcurren los años ciertas dolencias han cambiado el rumbo de las actividades, es así que la mayoría de mujeres se dedican a los quehaceres domésticos hasta la vejez y los hombres mantienen la actividad en el campo pero con notable disminución de la intensidad; se destaca que algunos hombres no desempeñan ninguna actividad, ellos refieren “no hacer nada”, situación que se ha relacionado a individuos que conviven con esposa o hijas/os y que dentro de los paradigmas sociales el hombre no se dedica a los quehaceres domésticos. Se resalta también un caso particular sobre una adulta mayor que además de dedicarse a las tareas de casa, cuida a dos hijos discapacitados.

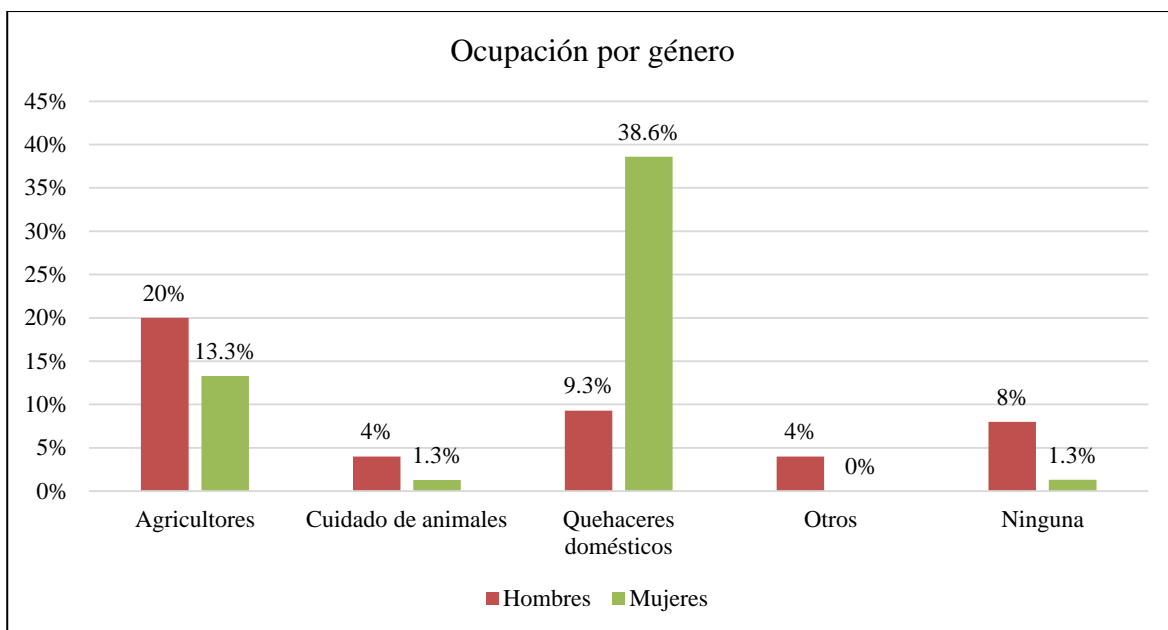


Figura 34: Ocupación por sexo (Fuente: Elaboración propia)

4.4.8 Convivencia y número de hijos.

El 30% de las personas del programa de atención domiciliaria del MIES vive con su pareja y un 33% vive solo, a pesar de que el promedio de número de hijos es de 5.2 en la población estudiada, la causa principal de soledad es la migración de sus hijos a grandes ciudades o comunidades aledañas. Es importante mencionar que algunos usuarios que viven solos tienen algún familiar que habitan en la comunidad, sin embargo, esta relativa cercanía no garantiza que se encuentren respaldados con frecuencia.

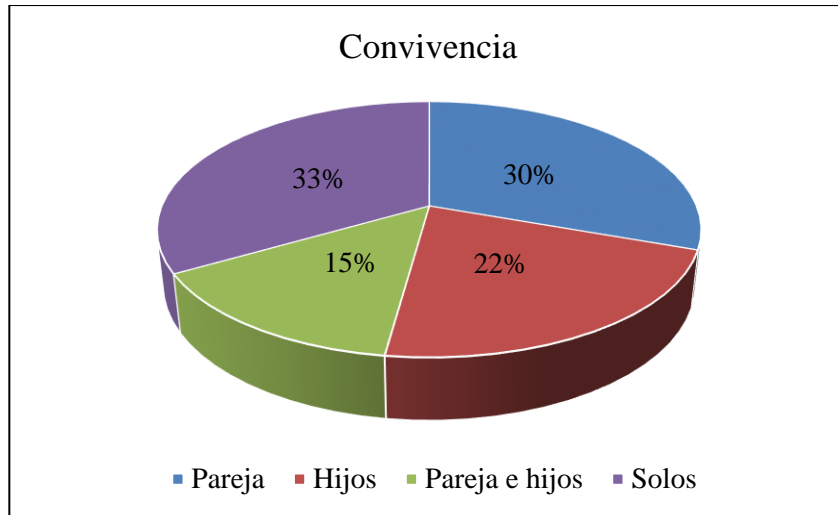


Figura 35: Convivencia (Fuente: Elaboración propia)

4.4.9 Enfermedades prevalentes.

Se observa que la mayoría de los usuarios mantiene buen estado físico e independencia funcional, más de la mitad no tienen diagnósticos registrados ni toman medicación. El difícil y escaso acceso a los servicios sanitarios y sobre todo a servicios especializados influyen para que esta población vulnerable sea considerada quizás erróneamente con una comorbilidad baja. Existen manifestaciones como “dolor de huesos” o “reumas” las cuales podrían tratarse de patologías osteomusculares degenerativas en respuesta a los cambios propios del adulto mayor o posiblemente asociado al mayor esfuerzo físico que implica trabajar en el campo. El grupo de enfermedades que ocupa el tercer lugar son las enfermedades de riesgo cardiovascular como diabetes e hipertensión. El 6.8% corresponde a déficit sensorial en su mayoría hipoacusia y con el mismo porcentaje la componen dos casos de demencia no especificada y tres secuelas de traumatismos craneo encefálicos. Dentro del grupo de otras se encuentran casos unitarios de gastritis, probable trastorno psiquiátrico no definido, poliglobulia, asma y EPOC.

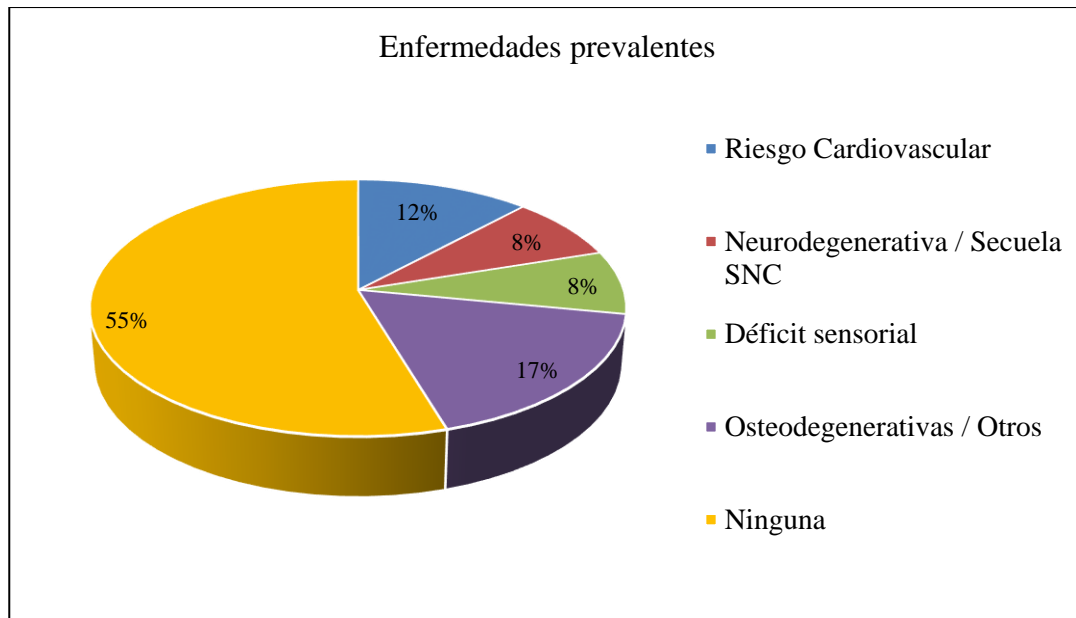


Figura 36: Enfermedades prevalentes Convivencia (Fuente: Elaboración propia)

4.4.10 Discapacidad.

La mayoría de la población estudiada está libre de discapacidades registradas oficialmente, es decir, no cuentan con un carné que refleje su tipo y porcentaje de discapacidad; no obstante a simples rasgos es evidente la presencia de déficit auditivo en diferentes porcentajes, seguida por dos casos de discapacidad mixta o auditiva-verbal congénita.

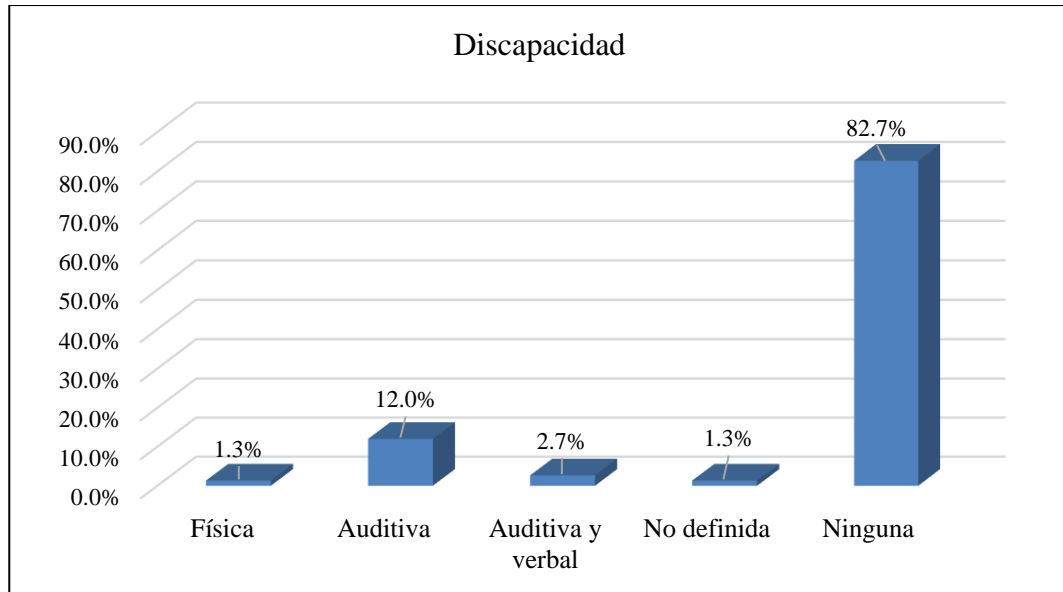


Figura 37: Porcentajes de discapacidad (Fuente: Elaboración propia)

4.4.11 Uso de órtesis.

El uso de un instrumento que hace la función de bastón es la única órtesis identificada en un porcentaje representativo en ambos géneros, el uso de un palo simple como punto de apoyo se traduce en que la mayoría de personas no puede comprar un bastón adecuado. El 3% de los usuarios utilizan tanto un bastón como una vara simple pero no simultáneamente, además la totalidad no hace uso técnico correcto de la órtesis, por lo que su inadecuado manejo podría no ser efectivo para brindar seguridad y disminuir el riesgo de caídas o accidentes.

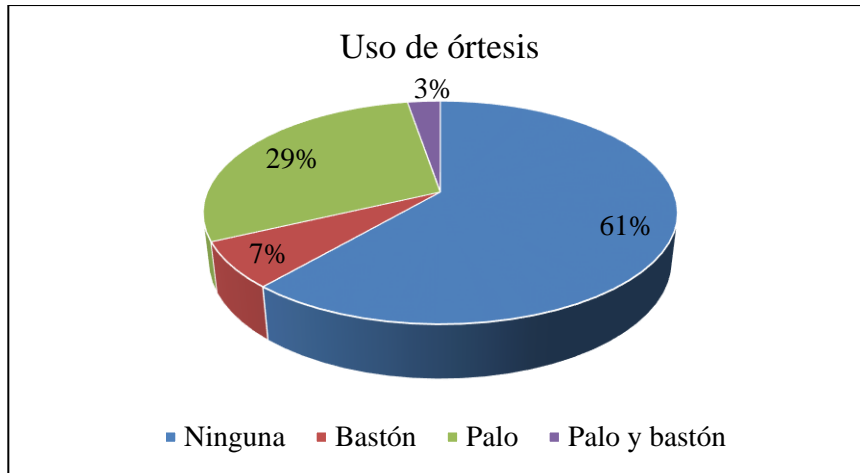


Figura 38: Uso de órtesis (Fuente: Elaboración propia)

4.4.12 Valoración mediante Índice de Barthel Modificado (IBM).

La aplicación del IBM arroja a más de la mitad de personas con dependencia moderada, es decir que indudablemente requieren ayuda de terceros, y si relacionamos con el 33% de personas que viven solas, es una incógnita saber cómo subsisten aquellos que se encuentra en los dos grupos; viven solos y son dependientes moderados. El segundo grupo mayoritario con 24% son aquellos con dependencia severa. Apenas el 20% con dependencia leve tal vez podrían vivir sin ayuda directa de terceros. Con esta información alarmante las intervenciones sociosanitarias deberían estar abordando a toda la población de forma constante y efectiva, pues en la práctica

incluso el hecho de que una persona sea independiente para las ABVD no significa que podría vivir sola.

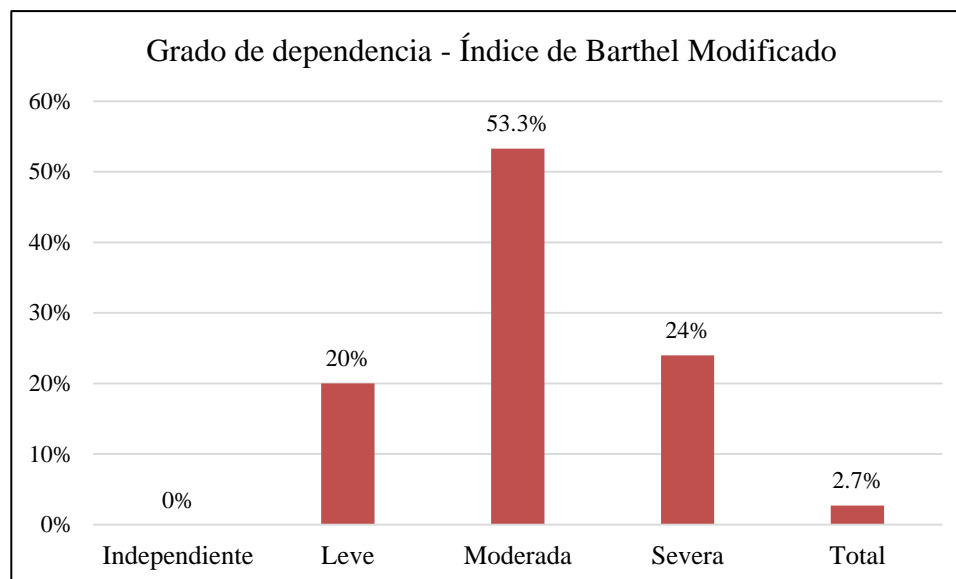


Figura 39: Grados de dependencia medido por IBM (Fuente: Elaboración propia)

4.4.13 Valoración mediante Índice de Barthel Modificado Adaptado Ecuador (IBMae).

El porcentaje de personas independientes, dependientes leves y moderados al aplicar la versión adaptada es superior comparado con los resultados medidos por la escala estándar. Es así que se puede apreciar que el 38% son independientes al usar el IBMae, una gran diferencia frente a la ausencia de autónomos identificados con la evaluación inicial no adaptada.

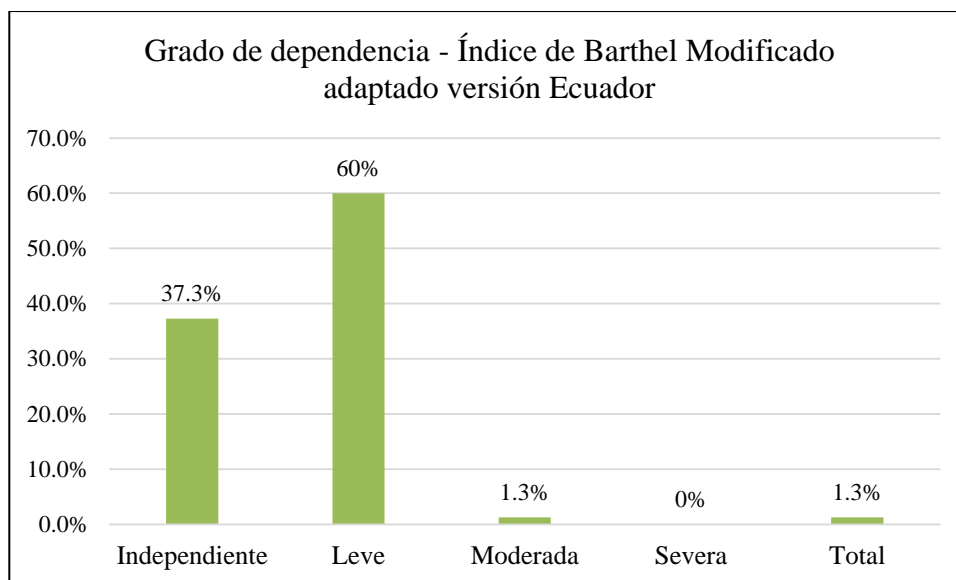


Figura 40: Grados de dependencia medido por IBMae (Fuente: Elaboración propia)

4.4.15 Resultados comparativos entre las dos versiones de Barthel.

El uso de la versión no adaptada muestra un porcentaje alto de personas dependientes moderadas, seguido por los dependientes severos y ninguno alcanzó las características suficientes para ser considerado como independiente; mientras que la versión adaptada a las condiciones sociales, culturales, económicas y lingüísticas permite identificar un mayor número de personas independientes o con grados leves de dependencia.

Estas diferencias en el puntaje traducen que la comunicación o lenguaje no adaptado al medio, afecta a la valoración correcta de las personas y por lo tanto la intervención o el plan terapéutico propuestos podrían no ser eficaces. Además, indica que los profesionales e incluso las instituciones gubernamentales deben usar los instrumentos adecuados con los individuos que abordan; una estadística real será el pilar fundamental para la toma de decisiones y políticas públicas correctas que optimicen los recursos del estado y a su vez beneficie a la población.

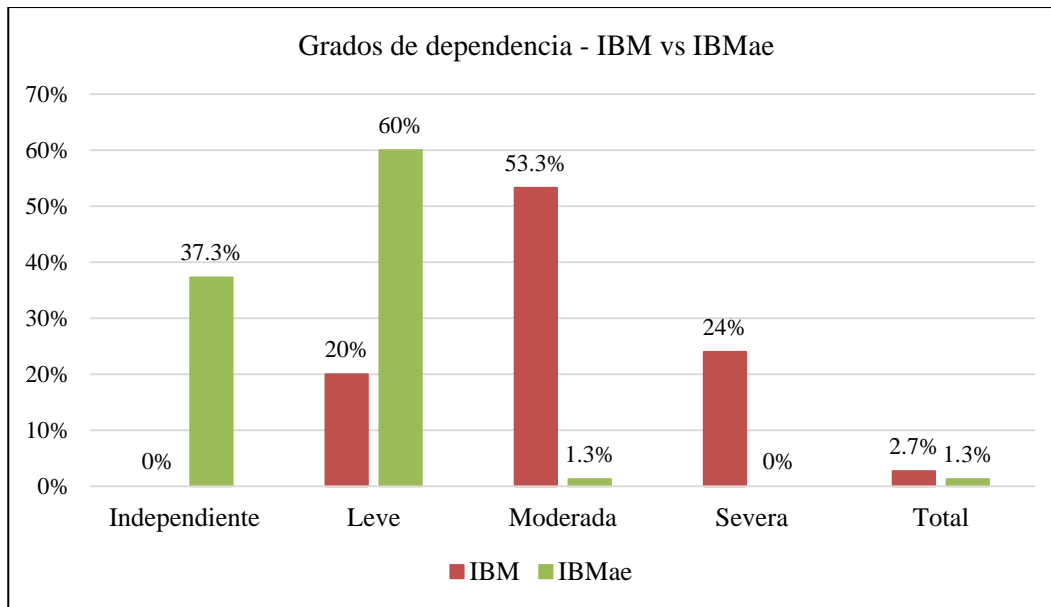


Figura 41. Resultados comparativos de las escalas (Fuente: Elaboración propia)

Capítulo V

Discusión

Este estudio se enfoca en determinar si es adecuado el uso del Índice de Barthel Modificado en personas adultas mayores dentro de una comunidad indígena rural. Múltiples trabajos califican al IBM como la escala idónea, para valorar pacientes en rehabilitación neurológica y ortopédica en personas adultas jóvenes y mayores dentro del ámbito hospitalario (Shah et al., 2000). Otros estudios como las descripciones de Ohura et al., valoran el uso del IBM a nivel domiciliario en ancianos japoneses (Ohura et al., 2017); la investigación de Leung lo hizo a nivel comunitario en China (Leung et al., 2007), así como en Brasil se validó la utilidad del IB en ancianos ambulatorios (Moura Minosso et al., 2010); además el año pasado un estudio iraní obtuvo la validez y fiabilidad del IB en adultos mayores ambulatorios (Hormozi et al., 2019).

En relación a estudios sobre adaptación sociocultural de la escala de Barthel la cantidad de información es escasa, sobre todo enfocadas a población rural. Cid-Ruzafa y su grupo de investigadores hace 23 años consideraron que el IB no requiere una adaptación lingüística propiamente dicha porque se basa en la observación de actividades muy específicas o en la consulta directa a los cuidadores, pero que sí requiere una versión acorde al idioma de la población en estudio (Cid-Ruzafa & Damián-Moreno, 1997). No obstante, es importante resaltar que la simple traducción no contempla aspectos culturales, mismos que al estar ausentes podrían alterar el resultado (Cincura et al., 2009; Küçükdeveci et al., 2000).

El interés de adaptar y validar las herramientas de apoyo diagnóstico en un sentido transcultural ha surgido desde muchos años atrás, a pesar de esta necesidad la información es limitada cuando se trata de adaptaciones en adultos mayores residentes en zonas rurales. A

continuación, se explica brevemente la metodología de estudios que han alcanzado la repetibilidad, consistencia interna, fiabilidad y validación cuantitativa.

En Turquía hace ya 20 años hubo atracción por adaptar los instrumentos a su realidad y alcanzaron la fiabilidad y validez del IBM a través de la traducción literal y conceptual, el seguimiento de 2 grupos de pacientes con stroke y lesión de médula espinal en adultos jóvenes, quienes fueron evaluados periódicamente por un mismo observador y posterior por uno distinto (Küçükdeveci et al., 2000). En Brasil hace una década, se captaron 10 participantes por cada ítem del IB, sumando un total de 100 sujetos mayores de 60 años, a quienes se les aplicó el IB para medir la independencia funcional antes y después de la cita geriátrica (Moura Minosso et al., 2010). En Irán basados en el mismo método de definición de la muestra y en una población de la misma edad que el estudio anterior, se aplicó la entrevista IB y por otro lado dos terapeutas ocupacionales observaron de forma directa la ejecución de las ABVD (Hormozi et al., 2019). La metodología cuantitativa es dominante en los estudios que han realizado adaptaciones socioculturales y en su mayoría han adaptado el IB; en esta investigación se realizó una adaptación y validación cualitativa basados en el estudio etnográfico y una aplicación simultánea del modelo original y adaptado del IBM.

Similares experiencias y métodos fueron adoptadas por China y Japón para adaptar la escala a su realidad cultural y lingüística, donde los hábitos y estilo de vida se viven de manera diferente; las variantes más significativas fueron en la alimentación, uso del sanitario y la acción de bañarse. Se explica que el uso de los palillos implica mayor destreza de la persona frente al que usa tenedor y cuchillo. El uso del sanitario como en occidente puede no ser igual, efectuar la eliminación de excretas en la zona oriental incluye destrezas físicas pues ésta puede ser en posición de cuclillas (Leung et al., 2007). En la India las viviendas no disponen de cuarto de

baño, por la mañana temprano mujeres mayores y jóvenes salen de sus casas en grupos y se dirigen a un campo determinado donde charlan y defecan, los hombres van a una zona distinta; todos llevan en la mano izquierda un recipiente de latón lleno de agua para limpiarse, además encuentran menos cómodo sentarse en el inodoro que estar en cuclillas (Miller, 2011a).

La mayoría de los ecuatorianos kichwas y mestizos de la zona rural, cuentan con cuarto de baño adjunto a la casa; sin embargo, algunos tienen un comportamiento similar a los aldeanos hindúes, también orinan o defecan en campo abierto pero mantienen la costumbre occidental urbana de usar papel higiénico y de no contar con ello, usan papel periódico u hojas grandes de árboles. Otras formas son el caso de algunos grupos de Papúa Nueva Guinea, las personas son muy precavidas en enterrar o esconder su materia fecal por miedo a que se utilicen mágicamente contra ellas (Miller, 2011a).

Un aspecto crucial para una adaptación cultural es la comprensión e interpretación del idioma y semántica del mismo; esto se evidencia en la versión coreana que tuvo que transformar el contenido filológico por expresiones propias de su entorno como “cortar kimchi” para no perturbar la idea central de la acción de “cortar carne” (Hong et al., 2017); similar es el caso de los kichwas de la sierra ecuatoriana donde “orinar” se la denomina “pishir”. Otro ejemplo nos brinda el estudio tailandés donde algunas personas piensan que pueden lograr la función del “subir las escaleras” al hecho de subir y bajar solo unas pocas gradas, pero otros pueden suponer que es esencial subir y bajar un tramo de escaleras; aclarar por “la capacidad de subir y bajar escaleras” podría mejorar la comprensión de la idea central y acrecentar la confiabilidad del transcurso de la adaptación (Laohaprasitiporn et al., 2017).

Existen actividades que involucran mayor complejidad y conservación de las funciones neurológicas y osteomusculares; la experiencia de los turcos destaca en la acción de “cortar el

pan”, la cual no era realizable por algunos pacientes, en consecuencia se incluyó “partir el pan en pedazos con los dedos” a la descripción de la alimentación del IBM (Küçükdeveci et al., 2000).

En la India exigen el uso exclusivo de la mano derecha y cuando está limpia es el cubierto preferido para comer, debido a que la mano izquierda se considera impura, pues se utiliza para el aseo personal tras la evacuación (Miller, 2011a). Situación equivalente a Turquía sucedió con los usuarios mayores de este estudio, quienes muchas veces “arrancaban con los dientes carne”, sin embargo, manejar utensilios amerita mayor complejidad neurológica; por lo que no consideramos equiparable o sustituible la acción de “cortar carne” por “arrancar carne con los dientes o dedos”.

Ante esta revelación de la realidad se considera de gran ayuda, conocer el desempeño previo o el modo de realizar la actividad para poder discriminar un posible deterioro funcional. De igual manera no se puede corresponder el subir y bajar gradas o escalones con subir o bajar una pendiente irregular.

La presente investigación adoptó el IBM versión español-chilena, para ser analizada, con el fin de adaptarla a la realidad de ancianos indígenas kichwas de la sierra centro del Ecuador. La principal dificultad presentada al evaluar directamente a la persona o su familiar fue la comunicación, pues los términos del cuestionario no son parte del lenguaje o léxico de la población. Las palabras técnicas que presentaron mayor conflicto para ser comprendidas fueron sanitario, uso de escaleras, deambulación, control intestinal y de vejiga.

Para el desarrollo de la versión ecuatoriana adaptada se consideró la opinión de expertos en salud intercultural originarios de los pueblos y nacionalidades indígenas, la opinión de informantes clave dentro de la comunidad y la recolección de datos mediante trabajo de campo directo. Se realizó la inclusión de sinónimos empleados en el medio, así como el reconocimiento

de los distintos métodos y materiales utilizados por los pobladores de la localidad para realizar las ABVD.

Se realizó la aplicación paralela de las dos versiones al usuario o su representante, la adecuación del IBM facilitó la interacción entre los actores, lo que llevó a una sencilla y rápida manera de aplicar la escala y la obtención del puntaje. Brindar instrucciones más detalladas, en un lenguaje simple, de fácil comprensión y acorde a la localidad hacen que la versión adaptada determine la funcionalidad real del adulto mayor que vive en áreas rurales.

La escasez o ausencia de algunos implementos para la alimentación, el aseo o el bajo nivel educativo, no justifican el hecho de subestimar y restar habilidades a la persona, a pesar de que las malas condiciones socioeconómicas influyen en su estilo de vida, no significa que no exista la posibilidad de desarrollar y reemplazar habilidades que no son medidas por un cuestionario estándar. Si bien se encontró un alto porcentaje de adultos mayores independientes o con dependencia leve en el área rural y se ha dicho que el estado funcional está influenciado por las condiciones de vida, no se debe entender su mala condición socioeconómica como una “ventaja”; pues no se puede hablar de ventaja al ser una población que se ha encontrado en una situación de desigualdad a lo largo de la vida; tal vez las condiciones adversas hayan obligado a las personas a mantener un estilo de vida más demandante que benefició al proceso de envejecer. La paradoja a analizar es, si las condiciones de pobreza aportan a largo plazo mayor independencia funcional, más no dignidad y calidad de vida.

El objetivo de este estudio fue analizar el contexto sociocultural de la población indígena, sin embargo, la considerable presencia de mestizos al momento de recolectar la información permitió determinar que este instrumento sea valedero independientemente de la etnicidad, lo que consiente la ampliación de su cobertura a personas pertenecientes a zonas rurales.

Capítulo VI

Conclusiones

La aplicación de una escala que no considera la realidad lingüística y social arroja resultados que asignan mayor dependencia en las ABVD, mientras que el panorama es totalmente diferente cuando se realiza una adaptación del mismo instrumento al léxico y formas de vida. La versión adaptada del IBM es superior a la versión original, pues permite una mejor discriminación del grado de dependencia del adulto mayor en zona rural.

La etnografía es una metodología cualitativa que percibe detalles del sujeto y del entorno, complementan y enriquecen la información emitida por la persona, permite un análisis del contexto de vida de manera individual y a su vez puede determinar un patrón de acción dentro de una comunidad a través de la saturación de información. Es un método de investigación apropiado debido a que se ajusta perfectamente a las variantes que persigue una validación sociocultural de una herramienta de evaluación.

La versión IBMae facilita la comunicación entre el entrevistador y el entrevistado. Las instrucciones detalladas y adaptadas de la escala permiten alcanzar una puntuación certera al presentar al usuario opciones acordes a la cotidianidad rural de la población indígena kichwa de Toacaso.

La modificación en el orden de los subítems en el IBMae facilitó la aplicación (para el evaluador) y comprensión (para el evaluado) de la escala comparada con la versión original, pues al seguir el orden de esta última hubo tendencia a dudar sobre las respuestas que requirió repetición constante o mayor explicación; barreras que no se presentaron al presentar el orden propuesto en la escala adaptada.

Se considera que la validación cualitativa es una metodología de estudio no convencional y poco practicada por la sociedad sanitaria, no obstante, es una forma prolija de avalar una realidad social; es el inicio para el desarrollo de cualquier estudio que involucre el análisis de formas de vida y costumbres de una población, sin esta base alcanzar una validez de cualquier estudio no sería idóneo, por ello este estudio tiene como base firme la etnografía realizada en territorio.

Capítulo VII

Recomendaciones

Promover el uso de la presente adaptación, al resto de poblaciones indígenas-mestizas rurales de la Sierra del país; para optimizar el abordaje de estas poblaciones.

Con base en la presente herramienta plantear una posterior adaptación a los indígenas de la Amazonía ecuatoriana.

Capacitar y socializar al personal técnico en todos los niveles de atención que atiende a adultos mayores para la correcta aplicación del IBMae, pues determinar la funcionalidad es el primer escalón para planificar su atención.

Complementar la investigación con una validación cuantitativa para fortalecimiento de la metodología.

Bibliografía

- Abizanda Soler, P., Álamo González, C., Cuesta Triana, F., Gómez Pavón, J., González Ramírez, A., Lázaro Del Nogal, M., Matía Martín, P., & Rodríguez Mañas, L. (2014). Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Fragilidad y Nutrición en el Anciano. In *Guía de buena práctica clínica en Geriatria*. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. https://www.segg.es/media/descargas/GBPCG_Fragilidad_y_nutricion_en_el_anciano.pdf
- Abizanda Soler, P., & Rodríguez Mañas, L. (2015). Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. In P. Abizanda Soler & L. Rodríguez Mañas (Eds.), *Elsevier España*. Elsevier España. <https://doi.org/10.1016/B978-84-9022-120-4.00022-7>
- Alarcón, E. (2009). El agua fuente de vida y comunidad. In *El Agua, un Don de la Vida para los Pueblos Indígenas* (Primera, pp. 1323–1330).
- Argimon Pallás, J. M., & Jiménez Villa, J. (2013). *Métodos de Investigación Clínica y Epidemiológica* (Cuarta Edi). Elsevier España.
- Barrero Solis, C. L., García Arriola, S., & Ojeda Manzano, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4(1–2), 81–85. http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf
- Baztán, J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., Izquierdo, G., & Manzarbeitia, I. (1993). Índice Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 28(January 1993), 32–40.
- Binstock, R. H. (2002). In memoriam: Bernice L. Neugarten. *The Gerontologist*, 42(2), 149–151. <https://doi.org/10.1093/geront/42.2.149>
- CARE, CIESPAL, & Casa Ochun. (2016). *Guía Módulos de capacitación. Etnohistoria de los pueblos y nacionalidades originarias del Ecuador* (M. Á. Zambrano (Ed.)). CARE Ecuador. www.flacso.edu.ec
- CEPAL. (2018). *Proyecto de primer informe regional sobre la implementación del Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo (LC/CRPD.3/3)*.
- Chisaguano, S. (2006). *La población indígena del Ecuador*. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Socio-demograficos/Poblacion_Indigena_del_Ecuador.pdf
- Cid-Ruzafa, J., & Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Pública*, 2(1), 127–137. <http://scielo.isciii.es/pdf/resp/v71n2/barthel.pdf>
- Cincura, C., Pontes-Neto, O. M., Neville, I. S., Mendes, H. F., Menezes, D. F., Mariano, D. C., Pereira, I. F., Teixeira, L. A., Jesus, P. A. P., De Queiroz, D. C. L., Pereira, D. F., Pinto, E., Leite, J. P., Lopes, A. A., & Oliveira-Filho, J. (2009). Validation of the National Institutes of Health Stroke Scale, modified Rankin Scale and Barthel Index in Brazil: The role of cultural adaptation and structured interviewing. *Cerebrovascular Diseases*, 27(2), 119–122. <https://doi.org/10.1159/000177918>
- Constitución. (1830). *Constitución de 1830*. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1830.pdf
- Constitución. (1998). *Constitución de 1998*. https://www.cancilleria.gob.ec/wp-content/uploads/2013/06/constitucion_1998.pdf
- Constitución. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. <https://www.cec-epn.edu.ec/wp-content/uploads/2016/03/Constitucion.pdf>
- Corral, Y. (2017). Validez y fiabilidad de investigaciones cualitativas. *Revista ARJÉ*, 11(20),

196–209.

- De la Fuente-Bacelis J, T., Quevedo-Tejero C, E., & Zavala Gon-, M. A. (2010). *Functionality for Activities of Daily Living in the Rural Elderly*.
<http://www.redalyc.org/pdf/507/50719083001.pdf>
- Freire, W., Rojas, E., Pazmiño, L., Fernasini, M., Tito, S., Buendía, P., WATERS, W., SALINAS, J., & ÁLVAREZ, P. (2010). *Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento - SABE I Ecuador 2009 - 2010* (FAUSTO SEG). <https://doi.org/10.15713/ins.mmj.3>
- Galarza-Schoenfeld, P. (2010). *Inclusión de la variable etnia en las fuentes de información sociodemográfica del Ecuador*.
https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/39979/1/LCW367_es.pdf
- Galindo, S. (2012). *Guía de transversalización de la interculturalidad en proyectos de desarrollo: Salud, higiene y protección contra la violencia*.
- Galli, T., Mirata, P., Foglia, E., Croce, D., Porazzi, E., Ferrario, L., Ricci, E., Garagiola, E., Pagani, R., & Banfi, G. (2018). A comparison between WHODAS 2.0 and Modified Barthel Index: which tool is more suitable for assessing the disability and the recovery rate in orthopedic rehabilitation? *ClinicoEconomics and Outcomes Research*, 10–301.
<https://doi.org/10.2147/CEOR.S150526>
- Halter, J. B., Ouslander, J. G., Studenski, S., High, K. P., Asthana, S., Ritchie, C. S., & Supiano, M. A. (2017). *Hazzard's Geriatric Medicine and Gerontology* (J. B. Halter, J. G. Ouslander, S. Studenski, K. P. High, S. Asthana, M. A. Supiano, C. S. Ritchie, W. R. Hazzard, & N. F. Woolard (Eds.); Seventh Ed). MC GRAW HILL Education.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta). McGraw Hill Education.
- Hidalgo, J. (2006). *Cosmovisión y participación política de los indígenas en el Ecuador*. América Latina: cidade, campo e turismo.
<http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/edicion/lemons/15hidalgo.pdf>
www.clacso.org.ar/biblioteca
- Hong, I., Lim, Y., Han, H., Cooper Hay, C., & Woo, H. (2017). Application of the Korean version of the Modified Barthel Index : Development of a keyform for use in clinical practice. *Hong Kong Journal of Occupational Therapy*, 29, 39–46.
<https://doi.org/10.1016/j.hkjot.2017.06.001>
- Hormozi, S., Alizadeh-Khoei, M., Sharifi, F., Taati, F., Aminalroaya, R., Fadaee, S., Angooti-Oshnari, L., & Saghebi, H. (2019). Iranian Version of Barthel Index: Validity and Reliability in Outpatients' Elderly. *International Journal of Preventive Medicine*, 10(130), 1–5.
<https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM>
- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos* (C. E. para A. L. y el C. (CEPAL) (Ed.); Libros de). Naciones Unidas. www.cepal.org/es/suscripciones
- INEC. (2010). *¿Cómo crecerá la población en Ecuador?*
https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf
- INEC. (2012). *Proyección Provincial Urbano Rural Grupos Edades Sexo 2010-2020*.
<https://sni.gob.ec/proyecciones-y-estudios-demograficos>
- INEC. (2018). Registro Estadístico de Nacidos Vivos y Defunciones 2017. In *Instituto Nacional de Estadística y Censos* (Issue 6). https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Nacimientos_Defunciones/2017/Presentacion_Nac_y_Def_2017.pdf
- Küçükdeveci, A., Yavuzer, G., Tennant, A., Süldür, N., Sonel, B., & Arasil, T. (2000). Adaptation of the Modified Barthel Index for use in physical medicine and rehabilitation in Turkey. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 32(2), 87–92.
<https://doi.org/10.1080/003655000750045604>

- Laohaprasitiporn, P., Jarusriwanna, A., & Unnanuntana, A. (2017). Validity and reliability of the Thai version of the barthel index for elderly patients with femoral neck fracture. *Journal of the Medical Association of Thailand*, 100(5), 539–548.
- Leung, S. O. C., Chan, C. C. H., & Shah, S. (2007). Development of a Chinese version of the Modified Barthel Index — validity and reliability. *Clinical Rehabilitation*, 21(10), 912–922. <https://doi.org/10.1177/0269215507077286>
- Little, W., & McGivern, R. (2014). *Introduction to Sociology -1st Canadian Introduction to Sociology (First)*. OpenStax College. <http://open.bccampus.ca>
- Lombeida, E. (2018). *Reporte de pobreza y desigualdad - Junio 2018*. http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/POBREZA/2018/Junio-2018/Informe_pobreza_y_desigualdad-junio_2018.pdf
- Mahoney, F. I., & Barthel, D. W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Matyland State Medical Journal*, 14, 56–61. http://www.strokecenter.org/wp-content/uploads/2011/08/barthel_reprint.pdf
- Miller, B. (2011a). La antropología y el estudio de la cultura. In A. Cañizal (Ed.), *Antropología Cultural* (5ta ed., pp. 5–37). PEARSON EDUCACIÓN, S.A. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.04.005>
- Miller, B. (2011b). Salud, enfermedad y curación. In A. Cañizal (Ed.), *Antropología Cultural* (5ta Edició, pp. 197–225). PEARSON EDUCACIÓN, S.A. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2010.04.005>
- Ministerio de Salud Pública. (2013). *Modelo de atención integral del sistema nacional de salud*. https://cursospaises.campusvirtualsp.org/pluginfile.php/50311/mod_resource/content/0/Modulo_2/manual_mais_2013_pg37_50.pdf
- Moura Minozzo, J. S., Amendola, F., Martins Alvarenga, M. R., & de Campos Oliveira, M. A. (2010). Validation of the Barthel Index in elderly patients attended in outpatient clinics, in Brazil. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(2), 218–223. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002010000200011>
- Moya, A. (2010). Los Panzaleos. In *La Sierra. Atlas Alimentario de los Pueblos Indígenas y Afrodescendientes del Ecuador*.
- Ohura, T., Hase, K., Nakajima, Y., & Nakayama, T. (2017). Validity and reliability of a performance evaluation tool based on the modified Barthel Index for stroke patients. *BMC Medical Research Methodology*. <https://doi.org/10.1186/s12874-017-0409-2>
- Ohura, T., Higashi, T., Ishizaki, T., & Nakayama, T. (2014). Assessment of the Validity and Internal Consistency of a Performance Evaluation Tool Based on the Japanese Version of the Modified Barthel Index for Elderly People Living at Home. *J. Phys. Ther. Sci.*, 26, 1971–1974.
- OIT. (2014). Convenio Núm. 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales. Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas. In *Oficina Internacional del Trabajo* (Edición Co, Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- OMS. (2006). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud* (45° edición).
- OMS. (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.
- OMS. (2017). *OMS | La cooperación de la OMS con los países*. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/country-cooperation/es/>
- OMS. (2018). *OMS | Países*. WHO; World Health Organization. <http://www.who.int/countries/es/>
- Organización Panamericana de la Salud. (2009). *La salud de los pueblos indígenas de las Américas. Conceptos, estrategias, prácticas y desafíos*. <http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/53-SPI-conceptos-estrategias.PDF.pdf>
- Ortiz Crespo, G. (2015). *25 años del levantamiento indígena | Plan V*. PLAN V. <http://www.planv.com.ec/ideas/ideas/25-anos-del-levantamiento-indigena>
- Patrinos, H. A., Skoufias, E., & Lunde, T. (2007). *Indigenous peoples in Latin America: Economic opportunities and social networks*.

- http://econ.worldbank.org.*hpatrinos@worldbank.org.
- Pedro Gil Gregorio, C., Paloma González García, D., Gutiérrez Rodríguez, J., & Verdejo Bravo, C. (2011). *Manual del residente en Geriatría*.
<https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion de Calidad SEGG/Residencias/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
- Pincha, G. (2014a). *Parte I-A Diagnóstico de la Parroquia Toacaso. Componentes biofísicos y socio-cultural*. <http://toacaso.gob.ec/cotopaxi/wp-content/uploads/2017/06/DIAGNOSTICO-FINAL-GADPR-TOACASO-2015-2016-A.pdf>
- Pincha, G. (2014b). *Parte I-B Diagnostico De La Parroquia Toacaso Componentes: Económico, Asentamientos Humanos, Movilidad, Energía Y Conectividad, Y, Político Institucional Y Participación Ciudadana*. <http://toacaso.gob.ec/cotopaxi/wp-content/uploads/2017/06/DIAGNOSTICO-FINAL-GADPR-TOACASO-2015-2016-B.pdf?fbclid=IwAR01DUfipgx6KVEu12ljNniTW2aoRCR3HmS6ljjvcRjCgdTIHGmwqxqCyyKs>
- Pincha, G. (2019). *Entrevista Presidente Gobierno Autónomo Descentralizado de Toacaso*.
- Ramada-Rodilla, J. M., Serra-Pujadas, C., & Delclós-Clanchet, G. L. (2013). Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Red de Revistas Científicas de América Latina, El Caribe, España y Portugal*, 55(1), 57–66.
<http://www.redalyc.org/pdf/106/10625594004.pdf>
- Senplades. (2017). *Plan Nacional de Desarrollo 2017-2021*. www.planificacion.gob.ec
- Shah, S., Muncer, S., Griffin, J., & Elliott, L. (2000). *The Utility of the Modified Barthel Index for Traumatic Brain Injury Rehabilitation and Prognosis*. 63(October), 469–475.
- Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42(8), 703–709.
[https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0895-4356\(89\)90065-6](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/0895-4356(89)90065-6)
- Tagharobi, Z., Kh, S., & Sooky, Z. (2011). Psychometric evaluation of Shah version of modified Barthel index in elderly people residing in Kashan Golabchi nursing home. *Feyz, Journal of Kashan University of Medical Sciences*, 15(3), 213–224. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1241-en.pdf>
- The American Occupational Therapy Foundation*. (n.d.). Retrieved October 5, 2018, from <http://www.aotf.org/aboutaotf/awardsandhonors/academyofresearchinoccupationaltherapy/shah>
- Villacís, B., & Carrillo, D. (2012). *País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del Ecuador. Edición especial* (Edición Es).
- Waters, W. F., & Gallegos, C. A. (2012). *Salud y Bienestar del Adulto Mayor Indígena*. Universidad San Francisco de Quito.
https://www.usfq.edu.ec/programas_academicos/colegios/cocsa/institutos/ISYN/Documents/salud_bienestar_del_adulto_mayor_indigena.pdf
- Yáñez del Pozo, J. (2010). *Las naciones y pueblos del Ecuador ayer y hoy*. América Latina En Movimiento. <https://www.alainet.org/es/active/36849>

Anexos

Anexo A. Índice de Barthel Modificado versión original español/Chile

PUNTAJE	HIGIENE PERSONAL
0	<p>El paciente no puede ocuparse de la higiene personal y es dependiente en todos los aspectos. <i>[El paciente depende totalmente de asistencia para: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, lavarse las manos, lavarse la cara, afeitarse y/o maquillarse].</i></p>
1	<p>El paciente necesita asistencia en todos los pasos de la higiene personal. <i>[El paciente puede completar una o dos de las actividades mencionadas más arriba. Generalmente, el asistente debe hacer más esfuerzo que el paciente en cada una de las actividades: aflojar la dentadura, afeitarse, etc.]</i></p>
3	<p>El paciente necesita un poco de asistencia en uno o más pasos de la higiene personal. <i>[El paciente necesita ayuda para: maquillarse, lavarse una mano, ejercer presión al lavarse los dientes, afeitarse debajo del mentón, peinarse el cabello de la parte de atrás y secarse una mano. Necesita recordatorios y motivación constante para completar las tareas].</i></p>
4	<p>El paciente es capaz de hacerse cargo de su propia higiene personal, pero necesita asistencia mínima antes y/o después de la operación. <i>[Pueden haber preocupaciones sobre la seguridad, por ejemplo, al conectar un enchufe, al preparar una navaja de afeitarse, al manipular agua caliente. También es posible que el paciente necesite cierta asistencia en la preparación y/o el orden o para corregir el maquillaje corrido].</i></p>
5	<p>El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse. <i>[El paciente puede realizar todas las tareas de higiene personal de forma independiente y segura].</i></p>

PUNTAJE	BAÑARSE
0	<p>Total dependencia al bañarse. <i>[El paciente es totalmente dependiente al bañarse, o el baño no se realiza, o no se realiza el secado de todas las partes del cuerpo].</i></p>
1	<p>Es necesaria la asistencia en todos los aspectos al bañarse. <i>[El paciente necesita asistencia e indicaciones en todos los aspectos del baño. Es posible que sea capaz de lavarse el pecho y ambos brazos].</i></p>
3	<p>El paciente necesita asistencia para trasladarse a la ducha/tina, o para lavarse o secarse, incluida la imposibilidad de completar una tarea debido a una afección o enfermedad, etc.</p>
4	<p>Por razones de seguridad, el paciente necesita supervisión al ajustar la temperatura del agua o al trasladarse a la ducha/tina. <i>[Bañarse puede tomar más de tres veces el tiempo normal. El paciente podría necesitar asistencia para preparar el equipo de baño, el agua, los materiales de lavado, etc. Es posible que sean necesarias algunas indicaciones o supervisión para los traslados].</i></p>
5	<p>El paciente puede usar una bañera, una ducha, o tomar un baño completo con esponja. El paciente debe ser capaz de realizar todos los pasos de cualquier método que se emplee sin que esté presente otra persona. <i>[Es posible que el paciente utilice equipo especializado, una esponja con mango largo para lavarse las piernas y los pies. El paciente puede completar todos los pasos de manera independiente, aunque completar las tareas puede tomarle hasta dos veces el tiempo normal].</i></p>

PUNTAJE	ALIMENTARSE
0	<p>Dependiente en todos los aspectos y necesita ser alimentado. <i>[El paciente solo mastica y traga la comida mientras un asistente saca la comida a cucharadas y se la lleva a la boca. Se necesita asistencia máxima con la alimentación a través de un tubo como al verter, al conectar, al limpiar y al regular el ritmo].</i></p>
2	<p>Puede manipular un dispositivo para comer, generalmente una cuchara, pero alguien debe brindarle asistencia activa durante la comida. <i>[El paciente puede llevarse comida a la boca, pero un asistente debe llenar el utensilio de comida].</i></p>
5	<p>Es capaz de alimentarse solo con supervisión. El paciente necesita asistencia con las tareas relacionadas, como poner leche y azúcar en el té, agregar sal y pimienta, esparcir la mantequilla, dar vuelta un plato u otras actividades de "preparación". <i>[El paciente se sirve a cucharadas la comida, se la lleva a la boca y come. Puede necesitar asistencia para servirse, beber, abrir envases y/o cortar la carne, utilizando un brazaletes, ortosis y prótesis. El paciente necesita asistencia para la preparación previa. Puede ser necesario estar junto al paciente para darle recomendaciones, alentarle o supervisarlo a lo largo de la comida, debido a que es posible que se atragante y que coma apurado].</i></p>
8	<p>El paciente puede alimentarse de forma independiente con una bandeja preparada, a excepción de la asistencia que pueda ser necesaria para cortar la carne, abrir la caja de leche, la tapa de un frasco, etc. No es necesaria la presencia de otra persona. <i>[Comer lleva más tiempo de lo habitual. Puede haber un poco de preocupación por la seguridad debido a la calidad de la deglución o puede necesitar alimentos modificados para su consistencia, pero no es necesaria más ayuda del asistente].</i></p>
10	<p>El paciente puede alimentarse a sí mismo desde una bandeja o mesa cuando alguien le pone el plato a su alcance. El paciente debe ponerse un dispositivo de asistencia si es necesario, para cortar los alimentos, y si lo desea usar sal y pimienta, untar mantequilla, etc. <i>[El paciente puede utilizar la cuchara, el tenedor, una taza, un vaso, una bombilla larga, dispositivos adaptados o un brazaletes, abrir envases, verter líquido y cortar la carne sin riesgo. No necesita ayuda].</i></p>

PUNTAJE	SANITARIO
0	<p>El paciente depende completamente al usar el sanitario. <i>[El paciente es dependiente en todos los aspectos del uso del sanitario].</i></p>
2	<p>El paciente necesita asistencia en todos los aspectos del uso del sanitario. <i>[El paciente necesita asistencia máxima con los traslados, arreglo de la ropa, uso del papel higiénico y la higiene perineal].</i></p>
5	<p>Es posible que necesite asistencia con el manejo de la ropa, el traslado o el lavado de las manos. <i>[Es posible que sea necesaria la supervisión y la asistencia con el traslado/equilibrio mientras el paciente se lava las manos, se ajusta la ropa, se sube o baja el cierre o la falda].</i></p>
8	<p>Es posible que sea necesaria la supervisión para la seguridad del uso normal del sanitario. Es posible utilizar un inodoro portátil durante la noche, pero será necesaria asistencia para vaciarlo y limpiarlo. <i>[Es posible que se necesite supervisión por seguridad, preparación inicial, como darle el papel higiénico al paciente. Puede usar un inodoro portátil durante la noche. Es posible que sea necesario darle instrucciones y recomendaciones para encontrar el baño].</i></p>
10	<p>El paciente es capaz de sentarse y levantarse del inodoro, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar que se le ensucie la ropa y utilizar el papel higiénico sin ayuda. Si es necesario, el paciente puede utilizar una chata, inodoro portátil u orinal durante la noche, pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo. <i>[El paciente ajusta su ropa antes de usar el sanitario, se limpia por delante o detrás, se acerca, se sienta o se levanta del inodoro y se abrocha la ropa. Puede utilizar el equipo necesario, como pinzas, un palo para vestirse, un tirador de cierre o barras de soporte. Mantiene el equilibrio y está seguro].</i></p>

PUNTAJE	SUBIR LA ESCALERA
0	<p>El paciente no puede subir las escaleras. <i>[Las escaleras implican un tramo de escaleras].</i></p>
2	<p>El paciente necesita asistencia en todos los aspectos relacionados con subir escaleras, incluida la asistencia con soportes para caminar.</p>
5	<p>El paciente puede subir y bajar las escaleras, pero no puede llevar los soportes para caminar y necesita supervisión y asistencia.</p>
8	<p>Generalmente, el paciente no necesita asistencia. Por momentos, el paciente necesita supervisión por seguridad debido al entumecimiento matutino, falta de aire, etc.</p>
10	<p>El paciente puede subir y bajar un tramo de escaleras de manera segura, sin ayuda o supervisión. El paciente puede utilizar pasamanos, bastón, o muletas cuando es necesario y puede llevar estos dispositivos mientras sube o baja.</p>

PUNTAJE	VESTIRSE
0	<p>El paciente es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta y no puede participar en la actividad. <i>[El paciente puede inclinarse hacia adelante, hacia atrás, usar los pasamanos a los lados de la cama, colocarse una manga o abrocharse una prenda, pero el asistente viste completamente al paciente. Si el paciente tiene puesta una bata, el puntaje es 0].</i></p>
2	<p>El paciente es capaz de participar hasta cierto punto, pero es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta. <i>[El paciente necesita máxima asistencia en la preparación de la vestimenta. El paciente puede tener puesta una sudadera en la parte superior de su cuerpo y pasar los brazos por las mangas, pero el asistente la lleva por sobre su cabeza. El paciente puede pasar los brazos por los breteles del sostén, pero el asistente lo coloca y abrocha el gancho del sostén. El paciente puede ayudar tirando de las piernas de su pantalón, pero el asistente completa la vestimenta de las extremidades inferiores del cuerpo].</i></p>
5	<p>El paciente necesita asistencia para ponerse o sacarse la ropa. <i>[El paciente necesita asistencia para conseguir la ropa, utilizar los dispositivos e iniciar y terminar de ponerse o quitarse la ropa de las extremidades inferiores y superiores].</i></p>
8	<p>El paciente solo requiere asistencia mínima para asegurar su ropa: botones, cierres, sostenes, zapatos, etc. <i>[Es posible que el paciente necesite asistencia para prepararse, pero se viste y se desviste solo. El asistente puede sacar la ropa del armario, ayudar con el uso de la ortosis o la prótesis y puede ayudar para abrochar los botones de la ropa, los cierres, el sostén, etc. Es posible que sea necesario alentar al paciente, darle indicaciones o recomendaciones sobre la secuencia y, además, es posible que vestirlo tarde hasta tres veces más que el tiempo normal].</i></p>
10	<p>El paciente puede ponerse, sacarse y abrocharse la ropa, abrocharse o sacarse el corsé o la férula según se lo han indicado. <i>[El paciente puede buscar la ropa, ponérsela, sacársela y abrochar la ropa y los cordones de los zapatos, o ponerse, abrocharse y sacarse el corsé, férula o prótesis según se lo han indicado. El paciente se las arregla con la ropa interior, pantalones, faldas, el cinturón, las medias y los cordones de los zapatos. El paciente se las arregla con el sostén, las prendas de cuello alto, los cierres, los botones y los broches. Puede usar dispositivos de cierre adaptados como velcro y tiradores de cierres, palo para vestirse, alcanzador, dispositivo para colocarse las medias y finaliza la tarea en un tiempo razonable].</i></p>

PUNTAJE	CONTROL INTESTINAL
0	El paciente sufre de incontinencia intestinal. <i>[El paciente necesita usar pañales o toallas absorbentes].</i>
2	El paciente necesita ayuda tanto para ponerse en la posición adecuada como con las técnicas facilitadoras del movimiento intestinal. <i>[A pesar de la asistencia, es posible que el paciente se ensucie frecuentemente y necesite usar toallas absorbentes].</i>
5	El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero no puede usar las técnicas facilitadoras o limpiarse sin ayuda y tiene accidentes frecuentes. El paciente necesita asistencia con los dispositivos de incontinencia, como las toallas absorbentes, etc. <i>[El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero tiene accidentes ocasionales, necesita asistencia para limpiarse y/o colocarse los dispositivos para la incontinencia].</i>
8	Es posible que el paciente necesite supervisión para usar los supositorios o el enema y que tenga accidentes ocasionales. <i>[El paciente necesita supervisión con el uso del supositorio, el enema o un dispositivo externo. Los accidentes intestinales son escasos y es posible que se necesiten indicaciones, recomendaciones y cumplimiento de la rutina para mantener la continencia].</i>
10	El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes. Puede usar supositorios o hacerse un enema cuando sea necesario. <i>[El paciente puede controlar intestinos por completo y por voluntad propia. No tiene accidentes, puede usar la estimulación digital, los ablandadores fecales, los supositorios, laxantes o enemas regularmente. Si el paciente tiene una colostomía, puede hacerse cargo de esta].</i>

PUNTAJE	CONTROL DE VEJIGA
0	El paciente es dependiente en el control de la vejiga, es incontinente, o tiene un catéter de drenaje. <i>[El paciente podría tener puesto un catéter, sufrir de incontinencia urinaria tanto de día como de noche y orinarse todos los días. El asistente debe hacerse cargo del catéter externo, la bolsa de drenaje y la bolsa nocturna].</i>
2	El paciente es incontinente, pero puede ayudar con el uso de un dispositivo interno o externo. <i>[El paciente necesita que lo coloquen en posición, pero puede sostener la chata u orinal en su lugar. Es necesario hacerse cargo de todos los dispositivos externos de drenaje urinario, el entubado y la bolsa de drenaje. El paciente es incontinente, pero puede ayudar con la colocación de los dispositivos].</i>
5	El paciente generalmente está seco de día, pero no de noche y necesita un poco de ayuda con los dispositivos. <i>[El paciente evacúa, pero necesita ayuda para acomodarse, ayuda con el equipo, las toallas y otros dispositivos. Puede colocar el pene en el orinal, mantener las piernas separadas, insertar el catéter, y ocasionalmente es incontinente. Es posible que el paciente necesite recordatorios, indicaciones y supervisión].</i>
8	El paciente está generalmente seco de día y de noche, pero puede tener un accidente ocasional, o necesitar asistencia mínima con los dispositivos internos y externos. <i>[Si no puede encontrar el sanitario o no lo puede hacer lo suficientemente rápido, es posible que el paciente tenga un accidente. Puede necesitar asistencia mínima con la preparación y/o los dispositivos, es posible que necesite medicamentos para mantener el patrón de vaciado. Es posible que el paciente necesite indicaciones, recomendaciones y el cumplimiento de la rutina para mantener la continencia].</i>
10	El paciente es capaz de controlar la vejiga día y noche y/o es independiente con dispositivos internos y externos. <i>[El paciente es independiente, continente e independiente en el uso del equipo y medicamentos requeridos. Es capaz de cambiar las toallas absorbentes, los pañales, antes de ensuciarse].</i>

PUNTAJE	TRASLADOS A SILLAS/CAMAS
0	No puede participar en el traslado. Se necesitan dos asistentes para trasladar al paciente con o sin un dispositivo mecánico.
3	Puede participar, pero se necesita asistencia máxima de otra persona en todos los aspectos del traslado.
8	Se necesita la asistencia de otra persona para el traslado. Es posible que se necesite asistencia en cualquier aspecto del traslado.
12	Se necesita la presencia de otra persona, ya sea como medida de confianza o para brindar supervisión por seguridad. <i>[El paciente puede colocar una tabla deslizante o mover el reposapiés o preparar, colocar la silla en posición y trabar los frenos. Necesita ayuda mínima].</i>
15	El paciente puede acercarse a la cama de manera segura en una silla de ruedas, trabar los frenos, levantar el reposapiés, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en uno de los lados de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y trasladarse nuevamente a ella de manera segura. El paciente debe ser independiente en todas las etapas de la actividad. <i>[El paciente puede llegar a una posición de pie si la caminata es el modo de locomoción. En caso de caminar, el paciente se acerca, se sienta y llega a una posición de pie desde una silla común, se traslada desde la cama a la silla, realiza las tareas de manera segura. Puede acercarse, entrar y salir de una bañera o de una ducha. El paciente puede usar una tabla para deslizarse, un escalón, barras de agarre o un asiento especial. Es posible que el paciente demore más tiempo en realizar las tareas, pero menos de tres veces el tiempo normal].</i>

PUNTAJE	AMBULACIÓN O MARCHA
0	Dependiente en la ambulación. <i>[El paciente es dependiente en todos los aspectos de la ambulación e intentar la actividad no es seguro].</i>
3	Se necesita la presencia constante de uno o más asistentes durante la ambulación. <i>[El paciente necesita asistencia máxima para ambular].</i>
8	El paciente necesita asistencia para alcanzar sus dispositivos de apoyo (ej. muletas, bastón) y/o su manipulación. Se necesita una persona para ofrecer asistencia. <i>[El paciente necesita un asistente para alcanzar sus dispositivos de apoyo para caminar y para brindarle más estabilidad al doblar en las esquinas, en los umbrales y en terrenos más duros, pero puede ambular].</i>
12	El paciente puede ambular de manera independiente, pero no puede caminar 50 m sin ayuda o necesita supervisión para sentirse seguro o por precaución ante situaciones riesgosas. <i>[El paciente puede necesitar recomendaciones e indicaciones y más que el tiempo razonable para completar distancias].</i>
15	El paciente debe ser capaz de usar férulas si es necesario, trabar y destrabar esta férula, ponerse de pie, sentarse y colocar los dispositivos de apoyo necesarios en posición para ser usados. El paciente debe ser capaz de usar muletas, bastones, o un andador y caminar 50 m sin ayuda o supervisión. <i>[El paciente camina el largo del pasillo ida y vuelta. No hay preocupación por su seguridad, caídas o deambulación. El paciente es independiente con andador, bastón, prótesis, ortosis, zapato especial, etc.].</i>

No califique la ambulación si el paciente no puede ambular y está capacitado en el manejo de la silla de ruedas.

PUNTAJE	SILLA DE RUEDAS
0	Dependiente en la ambulación en silla de ruedas.
1	<p>El paciente puede impulsarse durante distancias cortas sobre una superficie plana, pero necesita asistencia para todos los otros pasos del manejo de la silla de ruedas.</p> <p><i>[El asistente debe empujar la silla de ruedas la mayor parte del tiempo, se necesita especialmente que ponga los frenos, ajuste los apoyabrazos, el almohadón, que maniobre alrededor de los muebles, en las cornisas, alfombras sueltas y terrenos más duros].</i></p>
3	<p>Se necesita la presencia de una persona y asistencia constante para acercar la silla a la mesa, cama, etc.</p> <p><i>[El paciente puede impulsar la silla de ruedas, pero necesita asistencia con las maniobras hacia adentro y alrededor de los muebles y en espacios limitados].</i></p>
4	<p>El paciente puede impulsarse durante un tiempo razonable en terrenos en los que se mueve regularmente. Es posible que se necesite asistencia mínima en esquinas cerradas.</p> <p><i>[Es posible que el paciente necesite indicaciones verbales y asistencia con las maniobras en espacios limitados].</i></p>
5	<p>Para impulsar la silla de ruedas independientemente, el paciente debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta, maniobrar la silla hacia a una mesa, cama, inodoro, etc. El paciente debe empujar la silla por lo menos 50 m.</p> <p style="text-align: center;">No válido si el paciente puede ambular.</p>

Fuente: Shah, S Modified Barthel Index - assessment. In S Salek (Ed). Compendium of Quality of Life instruments. Boston: Wiley and Sons 1-6, 1998.
 MBI - Chile/Spanish - Version of 18 May 12 - Mapi Institute.

Anexo B. Índice de Barthel, modificado por Shah et al (1989), con 10 actividades y 5 niveles de puntuación

	Incapaz de hacerlo	Intenta pero inseguro	Cierta ayuda necesaria	Mínima ayuda necesaria	Totalmente independiente
Aseo personal	0	1	3	4	5
Bañarse	0	1	3	4	5
Comer	0	2	5	8	10
Usar el retrete	0	2	5	8	10
Subir escaleras	0	2	5	8	10
Vestirse	0	2	5	8	10
Control de heces	0	2	5	8	10
Control de orina	0	2	5	8	10
Desplazarse	0	3	8	12	15
Silla de ruedas	0	1	3	4	5
Traslado silla/cama	0	3	8	12	15

No puntuar silla de ruedas, si el paciente es capaz de deambular o desplazarse

Fuente: Barrero Solis, C. L., García Arriola, S., & Ojeda Manzano, A. (2005). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y rehabilitación. *Plasticidad y Restauración Neurológica*, 4(1-2), 81-85.

Apéndices

Apéndice A. Operacionalización de variables del Índice de Barthel Modificado

Variable ^a	Definición ^b	Indicador ^c	P ^d	Instrumento
Grado de dependencia para la higiene personal	Ayuda requerida para el acicalamiento personal sin llegar a bañarse.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede ocuparse de la higiene personal y es dependiente en todos los aspectos.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los pasos de la higiene personal.	1	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita un poco de asistencia en uno o más pasos de la higiene personal.	3	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente es capaz de hacerse cargo de su propia higiene personal, pero necesita asistencia mínima antes y/o después de la operación.	4	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse.	5	
Grado de dependencia para bañarse	Ayuda requerida para la actividad que moja toda la superficie corporal para darle limpieza.	Total dependencia al bañarse.	0	IBM adaptado
		Es necesaria la asistencia en todos los aspectos al bañarse.	1	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para trasladarse a la ducha/tina, o para lavarse o secarse, incluida la imposibilidad de completar una tarea debido a una afección o enfermedad, etc.	3	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Por razones de seguridad, el paciente necesita supervisión al ajustar la temperatura del agua o al trasladarse a la ducha/tina.	4	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede usar una bañera, una ducha, o tomar un baño completo con esponja. El paciente debe ser capaz de realizar todos los pasos de cualquier método que se emplee sin que esté presente otra persona.	5	
Grado de dependencia para alimentarse	Ayuda requerida para llevar los alimentos a la boca para nutrirse.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en todos los aspectos y necesita ser alimentado.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede manipular un dispositivo para comer, generalmente una cuchara, pero alguien debe brindarle asistencia activa durante la comida.	2	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: Es capaz de alimentarse solo con supervisión. El paciente necesita asistencia con las tareas	5	

		relacionadas, como poner leche y azúcar en el té, agregar sal y pimienta, esparcir la mantequilla, dar vuelta un plato u otras actividades de “preparación”		
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede alimentarse de forma independiente con una bandeja preparada, a excepción de la asistencia que pueda ser necesaria para cortar la carne, abrir la caja de leche, la tapa de un frasco, etc. No es necesaria la presencia de otra persona.	8	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede alimentarse a sí mismo desde una bandeja o mesa cuando alguien le pone el plato a su alcance. El paciente debe ponerse un dispositivo de asistencia si es necesario, para cortar los alimentos, y si lo desea usar sal y pimienta, untar mantequilla, etc.	10	
Grado de dependencia para uso del sanitario	Ayuda requerida en el proceso de realizar las evacuaciones fisiológicas en el sitio designado, limpieza de genitales, ano, lavado de manos y arreglo de las prendas de vestir.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente depende completamente al usar el sanitario.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos del uso del sanitario.	2	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: Es posible que necesite asistencia con el manejo de la ropa, el traslado o el lavado de las manos.	5	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que sea necesaria la supervisión para la seguridad del uso normal del sanitario. Es posible utilizar un inodoro portátil durante la noche, pero será necesaria asistencia para vaciarlo y limpiarlo.	8	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de sentarse y levantarse del inodoro, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar que se le ensucie la ropa y utilizar el papel higiénico sin ayuda. Si es necesario, el paciente puede utilizar una chata, inodoro portátil u orinal durante la noche, pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo.	10	
Grado de dependencia para subir escaleras	Ayuda requerida para la flexión de extremidades inferiores para subir o bajar superficies a desnivel.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede subir las escaleras.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos relacionados con subir escaleras, incluida la asistencia con soportes para caminar.	2	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede subir y bajar las escaleras, pero no puede llevar los soportes para caminar y necesita supervisión y asistencia.	5	

		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Generalmente, el paciente no necesita asistencia. Por momentos, el paciente necesita supervisión por seguridad debido al entumecimiento matutino, falta de aire, etc.	8	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede subir y bajar un tramo de escaleras de manera segura, sin ayuda o supervisión. El paciente puede utilizar pasamanos, bastón, o muletas cuando es necesario y puede llevar estos dispositivos mientras sube o baja.	10	
Grado de dependencia para vestirse	Ayuda requerida para la colocación de prendas de vestir.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta y no puede participar en la actividad.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es capaz de participar hasta cierto punto, pero es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta.	2	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para ponerse o sacarse la ropa.	5	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente solo requiere asistencia mínima para asegurar su ropa: botones, cierres, sostenes, zapatos, etc.	8	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede ponerse, sacarse y abrocharse la ropa, abrocharse o sacarse el corsé o la férula según se lo han indicado.	10	
Grado de dependencia para el control intestinal	Ayuda requerida para la inhibición consciente de la defecación en el lugar asignado y limpieza del ano.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente sufre de incontinencia intestinal.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita ayuda tanto para ponerse en la posición adecuada como con las técnicas facilitadoras del movimiento intestinal.	2	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero no puede usar las técnicas facilitadoras o limpiarse sin ayuda y tiene accidentes frecuentes. El paciente necesita asistencia con los dispositivos de incontinencia, como las toallas absorbentes, etc.	5	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que el paciente necesite supervisión para usar los supositorios o el enema y que tenga accidentes ocasionales	8	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes. Puede usar supositorios o hacerse un enema cuando sea necesario.	10	

Grado de dependencia para el control de la vejiga	Ayuda requerida para la inhibición consciente de la micción hasta llegar al lugar asignado para orinar y limpieza de genitales.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en el control de la vejiga, es incontinente, o tiene un catéter de drenaje.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es incontinente, pero puede ayudar con el uso de un dispositivo interno o externo.	2	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente generalmente está seco de día, pero no de noche y necesita un poco de ayuda con los dispositivos.	5	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente está generalmente seco de día y de noche, pero puede tener un accidente ocasional, o necesitar asistencia mínima con los dispositivos internos y externos.	8	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de controlar la vejiga día y noche y/o es independiente con dispositivos internos y externos.	10	
Grado de dependencia para trasladarse de la silla a la cama	Ayuda requerida para los cambios corporales que permitan desplazarse a otro espacio físico sin que necesariamente implique caminar.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: No puede participar en el traslado. Se necesitan dos asistentes para trasladar al paciente con o sin un dispositivo mecánico.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede participar, pero se necesita asistencia máxima de otra persona en todos los aspectos del traslado.	3	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la asistencia de otra persona para el traslado. Es posible que se necesite asistencia en cualquier aspecto del traslado.	8	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Se necesita la presencia de otra persona, ya sea como medida de confianza o para brindar supervisión por seguridad.	12	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede acercarse a la cama de manera segura en una silla de ruedas, trabar los frenos, levantar el reposapiés, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en uno de los lados de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y trasladarse nuevamente a ella de manera segura. El paciente debe ser independiente en todas las etapas de la actividad.	15	
Grado de dependencia para la ambulación o marcha	Ayuda requerida para dar pasos con el objetivo de trasladarse desde un punto A a un punto B.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Se necesita la presencia constante de uno o más asistentes durante la ambulación.	3	

		REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para alcanzar sus dispositivos de apoyo (ej. muletas, bastón) y/o su manipulación. Se necesita una persona para ofrecer asistencia.	8	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede ambular de manera independiente, pero no puede caminar 50 m sin ayuda o necesita supervisión para sentirse seguro o por precaución ante situaciones riesgosas.	12	
		INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente debe ser capaz de usar férulas si es necesario, trabar y destrabar esta férula, ponerse de pie, sentarse y colocar los dispositivos de apoyo necesarios en posición para ser usados. El paciente debe ser capaz de usar muletas, bastones, o un andador y caminar 50 m sin ayuda o supervisión.	15	
Grado de dependencia para usar silla de ruedas (No válido si el paciente puede ambular)	Ayuda requerida para la movilización en silla de ruedas para desplazarse desde un punto A a un punto B.	INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación en silla de ruedas.	0	IBM adaptado
		INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente puede impulsarse durante distancias cortas sobre una superficie plana, pero necesita asistencia para todos los otros pasos del manejo de la silla de ruedas.	1	
		REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la presencia de una persona y asistencia constante para acercar la silla a la mesa, cama, etc.	3	
		REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede impulsarse durante un tiempo razonable en terrenos en los que se mueve regularmente. Es posible que se necesite asistencia mínima en esquinas cerradas.	4	
		INDEPENDIENTE TOTAL: Para impulsar la silla de ruedas independientemente, el paciente debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta, maniobrar la silla hacia a una mesa, cama, inodoro, etc. El paciente debe empujar la silla por lo menos 50 m.	5	

Ítems del Índice de Barthel. (Fuente: Elaboración propia)

a Corresponde al grado de dependencia sobre los ítems del IBM - Chile/Spanish – Versión. Shah, S. 1998

b Describe la definición conceptual de la variable como acción.

c Menciona las características de cada ítem del IBM versión original.

d P: Puntaje del IBM versión original.

Apéndice B. Perfil de los informantes. Entrevistas semiestructuradas

N.-	Informante	Perfil
1	Adulto mayor de 80 años, oriundo de Toacaso, mestizo, iletrado.	Son hermanos entre sí, solteros, sin hijos biológicos, no tienen otros hermanos, viven solos en casa de herencia sin legalizar, según información de las técnicas territoriales, en Yugsiche Alto a 25 minutos caminando del centro de Toacaso.
2	Adulta mayor de 76 años, oriunda de Toacaso, mestiza, iletrada.	Él tiene discapacidad intelectual sin carné, se desconoce porcentaje de afectación, sin enfermedades conocidas, trabaja en agricultura en su pequeña parcela. Ella tiene Enfermedad de Parkinson de aparentemente 2 años de evolución sin seguimiento médico, dependiente de terceros por lo que no puede trabajar en el campo, tiene un hijo de crianza y su ex nuera la visita dos o tres veces por semana para peinarla, bañarla y ayudar en lo que requiera.
3	Adulto mayor de 79 años, oriundo de Toacaso, indígena, iletrado.	Son casados entre sí, tienen 5 hijos que residen en la parroquia y en Quito, viven solos en casa propia pero que dieron en herencia al último hijo, ubicado en Quinte San Antonio a 30 minutos en carro del centro de Toacaso, cerca vive un hijo con su familia quienes están pendientes de la pareja. Se dedican a cultivar y al cuidado de animales (cerdos, ovejas y un burro), cada jueves van a la feria a vender sus productos en Saquisilí. Él fue operado de la próstata hace 5 años y hace 2 años de la vesícula por lo que ya no trabaja mucho en el campo ni cuida a los animales, no tiene otras enfermedades diagnosticadas, pero en la visita se detecta temblor en mano derecha. Ella tiene dolor de los huesos, sin enfermedades diagnosticadas.
4	Adulta mayor de 79 años, oriunda de Toacaso, indígena, iletrada.	
5	Adulto mayor de 70 años, oriundo de Toacaso, indígena, iletrado pero puede escribir su nombre.	Son casados entre sí, tienen 4 hijos que viven en Quito, viven en casa propia con un nieto a quien le brindan la educación. Viven en la comunidad de Pilacumbi a 20 minutos caminando del centro de Toacaso. Se dedican a la agricultura y ganadería. Él tiene disminución de la audición y niega otras enfermedades asociadas. Ella refiere tener hipertensión arterial hace un tiempo pero ya no recibe ningún tratamiento.
6	Adulta mayor de 68 años, oriunda de Toacaso, indígena, iletrada.	

7	Adulto mayor de 83 años, oriundo de Toacaso, indígena, iletrado pero puede escribir su nombre.	Son casados entre sí, tienen 3 hijos que con quienes mantienen contacto frecuente, viven en la parroquia y en Quito, ambos trabajan en agricultura y ganado, no tienen enfermedades diagnosticadas ni dolencias, viven en casa propia con un nieto.
8	Adulto mayor de 79 años, oriunda de Toacaso, indígena, iletrada.	
9	Adulto mayor de 70 años, oriunda de Toacaso, indígena, iletrada.	Vive sola en casa propia en Rasuyacu a 30 minutos en carro del centro de Toacaso, soltera, tiene 2 hijos que viven en la misma comunidad cerca de ella. Trabaja un poco en el campo porque el dolor de huesos no le permite, no tiene enfermedades diagnosticadas.
10	Adulto mayor de 86 años, oriundo de Toacaso, indígena iletrado.	Vive solo en casa propia en Rasuyacu a 30 minutos en carro del centro de Toacaso, viudo, tiene 3 hijos que viven en Quito. Se dedica a la agricultura y ganadería solo para consumo propio, además el dolor de huesos no le permite realizar esfuerzo físico intenso, no tiene enfermedades diagnosticadas.

Fuente: Datos de la investigación, 2019

Autor: Las investigadoras

Apéndice C. Cuadro comparativo IBM – IBMae

IBM ORIGINAL*	IBM ADAPTADO**	OBSERVACIÓN
HIGIENE PERSONAL		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede ocuparse de la higiene personal y es dependiente en todos los aspectos. <i>[El paciente depende totalmente de asistencia para: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, lavarse las manos, lavarse la cara, afeitarse y/o maquillarse].</i></p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede ocuparse de la higiene personal y es dependiente en todos los aspectos. <i>[La persona necesita ayuda totalmente para: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, recoger o trenzar el cabello, lavarse las manos, lavarse la cara, hacerse la barba].</i></p>	
<p>1 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los pasos de la higiene personal. <i>[El paciente puede completar una o dos de las actividades mencionadas más arriba. Generalmente, el asistente debe hacer más esfuerzo que el paciente en cada una de las actividades: aflojar la dentadura, afeitarse, etc.]</i></p>	<p>1 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los pasos de la higiene personal. <i>[La persona puede completar una o dos de las actividades mencionadas más arriba. Generalmente, la persona que le ayuda debe hacer más esfuerzo que el adulto mayor en cada una de las actividades: lavar sus dientes/dentadura, peinarse, recoger o trenzar el cabello, lavarse las manos, lavarse la cara, hacerse la barba].</i></p>	
<p>3 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita un poco de asistencia en uno o más pasos de la higiene personal. <i>[El paciente necesita ayuda para: maquillarse, lavarse una mano, ejercer presión al lavarse los dientes, afeitarse debajo del mentón, peinarse el cabello de la parte de atrás y secarse una mano. Necesita recordatorios y motivación constante para completar las tareas].</i></p>	<p>3 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita un poco de asistencia en uno o más pasos de la higiene personal. <i>[La persona necesita ayuda para: lavarse una mano, hacer presión al lavarse los dientes, hacerse la barba, cortarse o arrancarse los vellos debajo del mentón, peinarse el cabello de la parte de atrás, recoger o trenzar el cabello y secarse una mano. Necesita que le digan que hacer o que le motiven a cada rato para completar las tareas].</i></p>	<p>Se descartó el acto de maquillarse. Se añadió otras formas de retiro de vello facial debido a que no se encontró uso de afeitadoras eléctricas que requieran conectar a un toma corriente o usar pilas/batería. Ver Capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>
<p>4 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente es capaz de hacerse cargo de su propia higiene personal, pero necesita asistencia mínima antes y/o después de la operación. <i>[Pueden haber preocupaciones sobre la seguridad, por ejemplo, al conectar un enchufe, al preparar una navaja de afeitar, al manipular agua caliente. También es posible que el</i></p>	<p>4 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente es capaz de hacerse cargo de su propia higiene personal, pero necesita asistencia mínima antes y/o después de la operación. <i>[Requiere poco apoyo para actividades que conlleven cierto riesgo para su seguridad, por ejemplo, al hacerse la barba al</i></p>	

<p><i>paciente necesite cierta asistencia en la preparación y/o el orden o para corregir el maquillaje corrido].</i></p> <hr/> <p>5 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse. <i>[El paciente puede realizar todas las tareas de higiene personal de forma independiente y segura].</i></p>	<p><i>manipular la hoja de afeitar si la utiliza o usar las tijeras, pinzas, al manipular agua caliente].</i></p> <hr/> <p>5 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede lavarse las manos y la cara, peinarse, lavarse los dientes y afeitarse. <i>[La persona puede realizar todas las tareas del aseo personal diario de forma independiente y segura. Incluye: peinarse, sujetar o trenzar el cabello. Limpiarse los dientes con cepillo dental o limpieza de dientes con otros objetos como utensilios metálicos, plásticos o madera para quitar los restos de comida de la boca. Hacerse la barba incluye: cortar, depilar o arrancarse los vellos de la cara con objetos como tijeras, monedas, pinzas, pellizcando, etc. Si el hombre es lampiño se puede omitir esta actividad].</i></p>	
BAÑARSE		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Total dependencia al bañarse. <i>[El paciente es totalmente dependiente al bañarse, o el baño no se realiza, o no se realiza el secado de todas las partes del cuerpo].</i></p> <hr/> <p>1 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Es necesaria la asistencia en todos los aspectos al bañarse. <i>[El paciente necesita asistencia e indicaciones en todos los aspectos del baño. Es posible que sea capaz de lavarse el pecho y ambos brazos].</i></p> <hr/> <p>3 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para trasladarse a la ducha/tina, o para lavarse o secarse, incluida la imposibilidad de completar una tarea debido a una afección o enfermedad, etc.</p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Total dependencia al bañarse. <i>[La persona no puede bañarse o necesita ayuda totalmente para bañarse, o no puede secarse todas las partes del cuerpo].</i></p> <hr/> <p>1 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Es necesaria la asistencia en todos los aspectos al bañarse. <i>[La persona necesita ayuda e indicaciones para que se bañe. Es posible que sea capaz de lavarse el pecho y ambos brazos, el resto del cuerpo no puede bañarse].</i></p> <hr/> <p>3 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para trasladarse a la ducha/tina, o para lavarse o secarse, incluida la imposibilidad de completar una tarea debido a una afección o enfermedad, etc. <i>[La persona necesita ayuda para caminar de la habitación al lugar donde se encuentre la tina o ducha, o requerir ayuda para lavarse, fregarse o secarse el cuerpo].</i></p>	<p>Se añadió todas las formas de baño observadas, con los materiales comunes de la zona y se calculó un tiempo aproximado del acto de bañarse, según lo referido. Ver Capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>

<p>4 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Por razones de seguridad, el paciente necesita supervisión al ajustar la temperatura del agua o al trasladarse a la ducha/tina. <i>[Bañarse puede tomar más de tres veces el tiempo normal. El paciente podría necesitar asistencia para preparar el equipo de baño, el agua, los materiales de lavado, etc. Es posible que sean necesarias algunas indicaciones o supervisión para los traslados].</i></p> <hr/> <p>5 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede usar una bañera, una ducha, o tomar un baño completo con esponja. El paciente debe ser capaz de realizar todos los pasos de cualquier método que se emplee sin que esté presente otra persona. <i>[Es posible que el paciente utilice equipo especializado, una esponja con mango largo para lavarse las piernas y los pies. El paciente puede completar todos los pasos de manera independiente, aunque completar las tareas puede tomarle hasta dos veces el tiempo normal].</i></p>	<p>4 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Por razones de seguridad, el paciente necesita supervisión al ajustar la temperatura del agua o al trasladarse a la ducha/tina. <i>[Bañarse puede tomar mucho más tiempo de lo normal. La persona podría necesitar ayuda para preparar el baño o la tina, el agua, traer el jabón, trapo o esponja, etc. Es posible que sean necesarias algunas indicaciones o supervisión para caminar hacia la ducha, tina o tanque].</i></p> <hr/> <p>5 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede usar una bañera, una ducha, o tomar un baño completo con esponja. El paciente debe ser capaz de realizar todos los pasos de cualquier método que se emplee sin que esté presente otra persona. <i>[La persona es capaz de usar ducha, tina o tanque con agua, bañarse en el río, echarse con un recipiente agua fría o temperada sobre el cuerpo. Es posible que la persona utilice un pedazo de tela, trapo, esponja o fibra natural; alcanza a lavarse las piernas y los pies. La persona puede completar todos los pasos de manera independiente, aunque se demore más tiempo de lo normal. Tiempo para el baño considerado como normal 15 a 20 minutos].</i></p>	
ALIMENTARSE		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en todos los aspectos y necesita ser alimentado. <i>[El paciente solo mastica y traga la comida mientras un asistente saca la comida a cucharadas y se la lleva a la boca. Se necesita asistencia máxima con la alimentación a través de un tubo como al verter, al conectar, al limpiar y al regular el ritmo]</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede manipular un dispositivo para comer, generalmente una cuchara, pero alguien debe brindarle asistencia activa durante la comida. <i>[El paciente puede llevarse comida a la boca, pero un asistente debe llenar el utensilio de comida].</i></p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en todos los aspectos y necesita ser alimentado. <i>[La persona solo mastica y traga la comida mientras un ayudante saca la comida a cucharadas y se lo da en boca. En el caso que requiera alimentarse por un tubo, sonda o manguera para comer, el ayudante debe poner el alimento, hacer la conexión, limpiarlo y regular el ritmo al que se alimenta por el tubo, sonda o manguera para comer].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede manipular un dispositivo para comer, generalmente una cuchara, pero alguien debe brindarle asistencia activa durante la comida. <i>[La persona puede llevarse la comida a la boca, pero un ayudante debe llenar la cuchara con comida].</i></p>	

5 REQUIERE AYUDA MODERADA: Es capaz de alimentarse solo con supervisión. El paciente necesita asistencia con las tareas relacionadas, como poner leche y azúcar en el té, agregar sal y pimienta, esparcir la mantequilla, dar vuelta un plato u otras actividades de “preparación”.

[El paciente se sirve a cucharadas la comida, se la lleva a la boca y come. Puede necesitar asistencia para servirse, beber, abrir envases y/o cortar la carne, utilizando un brazalete, ortosis y prótesis. El paciente necesita asistencia para la preparación previa. Puede ser necesario estar junto al paciente para darle recomendaciones, alentarlo o supervisar a lo largo de la comida, debido a que es posible que se atragante y que coma apurado].

8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede alimentarse de forma independiente con una bandeja preparada, a excepción de la asistencia que pueda ser necesaria para cortar la carne, abrir la caja de leche, la tapa de un frasco, etc. No es necesaria la presencia de otra persona.

[Comer lleva más tiempo de lo habitual. Puede haber un poco de preocupación por la seguridad debido a la calidad de la deglución o puede necesitar alimentos modificados para su consistencia, pero no es necesaria más ayuda del asistente].

10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede alimentarse a sí mismo desde una bandeja o mesa cuando alguien le pone el plato a su alcance. El paciente debe ponerse un dispositivo de asistencia si es necesario, para cortar los alimentos, y si lo desea usar sal y pimienta, untar mantequilla, etc.

[El paciente puede utilizar la cuchara, el tenedor, una taza, un vaso, una bombilla larga, dispositivos adaptados o un brazalete, abrir envases, verter líquido y cortar la carne sin riesgo. No necesita ayuda].

5 REQUIERE AYUDA MODERADA: Es capaz de alimentarse solo con supervisión. El paciente necesita asistencia con las tareas relacionadas, como poner leche y azúcar en el té, agregar sal y pimienta, esparcir la mantequilla, dar vuelta un plato u otras actividades de “preparación”.

[La persona utiliza la cuchara, la comida se la lleva a la boca y come o mastica. Puede necesitar ayuda para comer, beber o tomar líquidos, abrir frascos y/o cortar la carne o papa, pelar habas o desgranar choclos cocinados, mezclar máchica para llevárselos a la boca. Puede ser necesario estar junto a la persona para decirle qué hacer, cómo comer, verle o alentarle a lo largo de la comida, debido a que es posible que se atragante o que coma apurado].

8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede alimentarse de forma independiente con una bandeja preparada, a excepción de la asistencia que pueda ser necesaria para cortar la carne, abrir la caja de leche, la tapa de un frasco, etc. No es necesaria la presencia de otra persona.

[Comer lleva más tiempo de lo normal. Puede atragantarse o atorarse con la comida sólida o líquida; o puede necesitar alimentos en papilla o comida remojada, pero no es necesario más ayuda del cuidador o familiar].

10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede alimentarse a sí mismo desde una bandeja o mesa cuando alguien le pone el plato a su alcance. El paciente debe ponerse un dispositivo de asistencia si es necesario, para cortar los alimentos, y si lo desea usar sal y pimienta, untar mantequilla, etc.

[La persona puede utilizar la cuchara, una taza, un vaso, muy rara vez sorbete, abrir frascos, poner líquido en un recipiente y cortar la carne sin riesgo. No necesita ayuda. La carne o alimentos duros en caso de no usar cuchillo pueden ser

El cubierto más usado es la cuchara con esta se cortan todos los alimentos, también con las manos, directamente con los dientes o previo a la cocción los alimentos son cortados en pedazos pequeños por el mismo adulto mayor.
Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.

	<i>cortados con la misma cuchara. Puede poner sal, azúcar o ají a las comidas].</i>	
SANITARIO		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente depende completamente al usar el sanitario. <i>[El paciente es dependiente en todos los aspectos del uso del sanitario].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos del uso del sanitario. <i>[El paciente necesita asistencia máxima con los traslados, arreglo de la ropa, uso del papel higiénico y la higiene perineal].</i></p> <hr/> <p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: Es posible que necesite asistencia con el manejo de la ropa, el traslado o el lavado de las manos. <i>[Es posible que sea necesaria la supervisión y la asistencia con el traslado/equilibrio mientras el paciente se lava las manos, se ajusta la ropa, se sube o baja el cierre o la falda].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que sea necesaria la supervisión para la seguridad del uso normal del sanitario. Es posible utilizar un inodoro portátil durante la noche, pero será necesaria asistencia para vaciarlo y limpiarlo. <i>[Es posible que se necesite supervisión por seguridad, preparación inicial, como darle el papel higiénico al paciente. Puede usar un inodoro portátil durante la noche. Es posible que sea necesario darle instrucciones y recomendaciones para encontrar el baño].</i></p> <hr/>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente depende completamente al usar el sanitario. <i>[La persona es dependiente en todos los aspectos del uso del baño o lugar donde habitualmente orinaba o defecaba].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos del uso del sanitario. <i>[La persona necesita mucha ayuda para pasar de un lado a otro, arreglo de la ropa, uso del papel higiénico u otro material de limpieza (incluye agua, hojas, papel periódico) y el aseo de las partes íntimas (vagina y ano)].</i></p> <hr/> <p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: Es posible que necesite asistencia con el manejo de la ropa, el traslado o el lavado de las manos. <i>[Es posible que sea necesaria la supervisión y ayuda para caminar o mantener el equilibrio mientras la persona se lava las manos si habitualmente lo hacía, se ajusta la ropa, se sube o baja el cierre o el pantalón, la falda, pollera, anaco o prendas similares].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que sea necesaria la supervisión para la seguridad del uso normal del sanitario. Es posible utilizar un inodoro portátil durante la noche, pero será necesaria asistencia para vaciarlo y limpiarlo. <i>[Es posible que se necesite supervisión por seguridad, preparación inicial, como darle el papel higiénico u otro material de aseo. Puede usar una bacinilla o pato durante la noche. Es posible que sea necesario darle instrucciones y recomendaciones para encontrar el baño o dirigirse al lugar donde habitualmente realiza las excretas].</i></p> <hr/>	<p>Se modifica el término sanitario por baño y chata u orinal por bacinilla. Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>

<p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de sentarse y levantarse del inodoro, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar que se le ensucie la ropa y utilizar el papel higiénico sin ayuda. Si es necesario, el paciente puede utilizar una chata, inodoro portátil u orinal durante la noche, pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo.</p> <p><i>[El paciente ajusta su ropa antes de usar el sanitario, se limpia por delante o detrás, se acerca, se sienta o se levanta del inodoro y se abrocha la ropa. Puede utilizar el equipo necesario, como pinzas, un palo para vestirse, un tirador de cierre o barras de soporte. Mantiene el equilibrio y está seguro].</i></p>	<p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de sentarse y levantarse del inodoro, abrocharse y desabrocharse la ropa, evitar que se le ensucie la ropa y utilizar el papel higiénico sin ayuda. Si es necesario, el paciente puede utilizar una chata, inodoro portátil u orinal durante la noche, pero debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo.</p> <p><i>[La persona afloja y retira su ropa antes de usar el baño o usar el área donde habitualmente realiza sus necesidades, se acerca, se sienta - se levanta de la taza del baño; o se coloca en cuclillas y se levanta, se limpia por delante o detrás, usa adecuadamente el papel higiénico o similar como papel periódico u hojas de árboles, se abrocha, sujeta o arregla la ropa correctamente. Mantiene el equilibrio y está seguro. Si la persona usa bacinilla debe ser capaz de vaciarlo y limpiarlo].</i></p>	
SUBIR LA ESCALERA		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede subir las escaleras.</p> <p><i>[Las escaleras implican un tramo de escaleras].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos relacionados con subir escaleras, incluida la asistencia con soportes para caminar.</p> <hr/> <p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede subir y bajar las escaleras, pero no puede llevar los soportes para caminar y necesita supervisión y asistencia.</p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Generalmente, el paciente no necesita asistencia. Por momentos, el paciente</p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente no puede subir las escaleras.</p> <p><i>[La persona no puede subir o bajar las gradas o veredas].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita asistencia en todos los aspectos relacionados con subir escaleras, incluida la asistencia con soportes para caminar.</p> <p><i>[La persona necesita apoyarse en alguien para subir las gradas o veredas, e incluso deben ayudarlo con el palo, bordón o bastón].</i></p> <hr/> <p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede subir y bajar las escaleras, pero no puede llevar los soportes para caminar y necesita supervisión y asistencia.</p> <p><i>[La persona puede subir y bajar las gradas o veredas, pero alguien debe ayudarlo a llevar el palo, bordón o bastón].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Generalmente, el paciente no necesita asistencia. Por momentos, el paciente</p>	<p>Se cambió el término escaleras por gradas. Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>

<p>necesita supervisión por seguridad debido al entumecimiento matutino, falta de aire, etc.</p> <hr/> <p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede subir y bajar un tramo de escaleras de manera segura, sin ayuda o supervisión. El paciente puede utilizar pasamanos, bastón, o muletas cuando es necesario y puede llevar estos dispositivos mientras sube o baja.</p>	<p>necesita supervisión por seguridad debido al entumecimiento matutino, falta de aire, etc.</p> <p><i>[La persona no necesita ayuda pero por momentos puede necesitar que lo vigilen por entumecimiento o endurecimiento de las rodillas, falta de aire, dificultad para coger el bordón, palo o bastón].</i></p> <hr/> <p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede subir y bajar un tramo de escaleras de manera segura, sin ayuda o supervisión. El paciente puede utilizar pasamanos, bastón, o muletas cuando es necesario y puede llevar estos dispositivos mientras sube o baja.</p> <p><i>[La persona puede subir y bajar las gradas, veredas o chambas con ayuda de bastón, palo o bordón].</i></p>	
VESTIRSE		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta y no puede participar en la actividad.</p> <p><i>[El paciente puede inclinarse hacia adelante, hacia atrás, usar los pasamanos a los lados de la cama, colocarse una manga o abrocharse una prenda, pero el asistente viste completamente al paciente. Si el paciente tiene puesta una bata, el puntaje es 0].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es capaz de participar hasta cierto punto, pero es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta.</p> <p><i>[El paciente necesita máxima asistencia en la preparación de la vestimenta. El paciente puede tener puesta una sudadera en la parte superior de su cuerpo y pasar los brazos por las mangas, pero el asistente la lleva por sobre su cabeza. El paciente puede pasar los brazos por los breteles del sostén, pero el asistente lo coloca y abrocha el gancho del sostén. El paciente puede ayudar tirando de las piernas de su pantalón, pero el asistente completa la vestimenta de las extremidades inferiores del cuerpo].</i></p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta y no puede participar en la actividad.</p> <p><i>La persona puede inclinarse o hacerse hacia adelante, hacia atrás, apoyarse en los bordes o los lados de la cama, ponerse una manga o abrocharse o cerrar el cierre de la ropa, pero el ayudante viste completamente a la persona. Si la persona tiene puesta una bata, el puntaje es 0.</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es capaz de participar hasta cierto punto, pero es dependiente en todos los aspectos de la vestimenta.</p> <p><i>[La persona necesita mucha ayuda en la preparación de la ropa. Puede tener puesta una camiseta en la parte superior de su cuerpo y pasar los brazos por las mangas, pero el ayudante la lleva por encima de la cabeza. La persona puede pasar los brazos por los tirantes del sostén si usa, pero el cuidador le acomoda y abrocha los ganchos del sostén. La persona puede ayudar tirando o jalando de las piernas del pantalón, falda o anaco, pero el ayudante completa el arreglo de la ropa de las extremidades inferiores o piernas].</i></p>	

<p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para ponerse o sacarse la ropa. <i>[El paciente necesita asistencia para conseguir la ropa, utilizar los dispositivos e iniciar y terminar de ponerse o quitarse la ropa de las extremidades inferiores y superiores].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente solo requiere asistencia mínima para asegurar su ropa: botones, cierres, sostenes, zapatos, etc. <i>[Es posible que el paciente necesite asistencia para prepararse, pero se viste y se desviste solo. El asistente puede sacar la ropa del armario, ayudar con el uso de la ortosis o la prótesis y puede ayudar para abrochar los botones de la ropa, los cierres, el sostén, etc. Es posible que sea necesario alentar al paciente, darle indicaciones o recomendaciones sobre la secuencia y, además, es posible que vestirlo tarde hasta tres veces más que el tiempo normal].</i></p> <hr/> <p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede ponerse, sacarse y abrocharse la ropa, abrocharse o sacarse el corsé o la férula según se lo han indicado. <i>[El paciente puede buscar la ropa, ponérsela, sacársela y abrochar la ropa y los cordones de los zapatos, o ponerse, abrocharse y sacarse el corsé, férula o prótesis según se lo han indicado. El paciente se las arregla con la ropa interior, pantalones, faldas, el cinturón, las medias y los cordones de los zapatos. El paciente se las arregla con el sostén, las prendas de cuello alto, los cierres, los botones y los broches. Puede usar dispositivos de cierre adaptados como velcro y tiradores de cierres, palo para vestirse, alcanzador, dispositivo para colocarse las medias y finaliza la tarea en un tiempo razonable].</i></p>	<p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para ponerse o sacarse la ropa. <i>[La persona necesita ayuda para conseguir la ropa, ayuda para utilizar los dispositivos como el calzador, velcro, etc, e iniciar y terminar de ponerse o quitarse la ropa de las extremidades inferiores y superiores (piernas y brazos)].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente solo requiere asistencia mínima para asegurar su ropa: botones, cierres, sostenes, zapatos, etc. <i>Es posible que la persona necesite ayuda para prepararse, pero se viste y se desviste sola. El ayudante puede sacar la ropa del armario, baúl o caja y puede ayudar para abrochar los botones de la ropa, los cierres, el sostén, la faja, etc. Es posible que sea necesario alentar a la persona, decirle la secuencia de ponerse la ropa y, además, es posible que ponerle la ropa demore mucho más tiempo de lo normal.</i></p> <hr/> <p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede ponerse, sacarse y abrocharse la ropa, abrocharse o sacarse el corsé o la férula según se lo han indicado. <i>[La persona puede buscar, escoger, ponerse, sacarse la ropa. La persona se pone la ropa interior (calzón, calzoncillo, sostén si habitualmente los usa), pantalones, faldas, cinturón, fajas, medias, cordones de los zapatos, colocarse las alpargatas, ponerse las botas de chacho. La persona se pone las prendas de cuello alto, los cierres, los botones, los broches, el rebozo, el chal, el prendedor o imperdible. Se pone el sombrero o gorra. Puede usar dispositivos de cierre adaptados como velcro y tiradores de cierres, calzador o similar para colocar los zapatos].</i></p>	<p>Se retiró elementos como prótesis, corsé o férulas porque no se encontró el uso de estas en ningún caso. Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>
CONTROL INTESTINAL		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente sufre de incontinencia intestinal. <i>[El paciente necesita usar pañales o toallas absorbentes].</i></p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente sufre de incontinencia intestinal. <i>[La persona no contiene, se le escapa las heces o popó y necesita usar pañal o toallas absorbentes todo el tiempo].</i></p>	

<p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita ayuda tanto para ponerse en la posición adecuada como con las técnicas facilitadoras del movimiento intestinal.</p> <p><i>[A pesar de la asistencia, es posible que el paciente se ensucie frecuentemente y necesite usar toallas absorbentes].</i></p>	<p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente necesita ayuda tanto para ponerse en la posición adecuada como con las técnicas facilitadoras del movimiento intestinal.</p> <p><i>[A pesar de la ayuda, es posible que la persona se ensucie frecuentemente con popó y necesite usar pañal o toallas absorbentes.].</i></p>	<p>Para una adecuada comprensión en el medio se modificó la orden a “realizar popó”.</p> <p>No se verificó el uso de fundas de colostomía, uso de medicamentos laxantes de forma continua ni maniobras digitales en ningún caso. Durante el estreñimiento es habitual que se limiten a realizar esfuerzo intestinal y muscular (pujar) para lograr el vaciado rectal.</p> <p>Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>
<p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero no puede usar las técnicas facilitadoras o limpiarse sin ayuda y tiene accidentes frecuentes. El paciente necesita asistencia con los dispositivos de incontinencia, como las toallas absorbentes, etc.</p> <p><i>[El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero tiene accidentes ocasionales, necesita asistencia para limpiarse y/o colocarse los dispositivos para la incontinencia].</i></p>	<p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente puede colocarse en la posición adecuada, pero no puede usar las técnicas facilitadoras o limpiarse sin ayuda y tiene accidentes frecuentes. El paciente necesita asistencia con los dispositivos de incontinencia, como las toallas absorbentes, etc.</p> <p><i>[La persona puede colocarse en la posición adecuada, pero a veces se le escapa el popó, necesita ayuda para limpiarse y/o colocarse los pañales, paños o toallas absorbentes].</i></p>	
<p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que el paciente necesite supervisión para usar los supositorios o el enema y que tenga accidentes ocasionales.</p> <p><i>[El paciente necesita supervisión con el uso del supositorio, el enema o un dispositivo externo. Los accidentes intestinales son escasos y es posible que se necesiten indicaciones, recomendaciones y cumplimiento de la rutina para mantener la continencia].</i></p>	<p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Es posible que el paciente necesite supervisión para usar los supositorios o el enema y que tenga accidentes ocasionales.</p> <p><i>[Los escapes involuntarios o sin querer de popó son escasos y es posible que se necesiten indicaciones, recomendaciones y cumplimiento de horarios para que no se escape el popó. Es posible que la persona necesite supervisión con el uso de supositorios, enemas/lavados o un dispositivo externo, según la indicación médica].</i></p>	
<p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes. Puede usar supositorios o hacerse un enema cuando sea necesario.</p> <p><i>[El paciente puede controlar intestinos por completo y por voluntad propia. No tiene accidentes, puede usar la estimulación digital, los ablandadores fecales, los supositorios, laxantes o enemas regularmente. Si el paciente tiene una colostomía, puede hacerse cargo de esta].</i></p>	<p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede controlar los intestinos y no tiene accidentes. Puede usar supositorios o hacerse un enema cuando sea necesario.</p> <p><i>[La persona contiene por completo o no se le escapan las heces o popó. En el caso de estreñimiento o que “se detenga el popó” toma infusiones, frutas o algún medicamento que ayuden a desocupar la caca o popó. El uso de ablandadores fecales como supositorios o calas, purgantes, jarabes, enemas o lavados no son comunes, pero de requerirse la persona los</i></p>	

	<i>debe usar de manera independiente].</i>	
CONTROL DE VEJIGA		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en el control de la vejiga, es incontinente, o tiene un catéter de drenaje. <i>[El paciente podría tener puesto un catéter, sufrir de incontinencia urinaria tanto de día como de noche y orinarse todos los días. El asistente debe hacerse cargo del catéter externo, la bolsa de drenaje y la bolsa nocturna].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es incontinente, pero puede ayudar con el uso de un dispositivo interno o externo. <i>[El paciente necesita que lo coloquen en posición, pero puede sostener la chata u orinal en su lugar. Es necesario hacerse cargo de todos los dispositivos externos de drenaje urinario, el entubado y la bolsa de drenaje. El paciente es incontinente, pero puede ayudar con la colocación de los dispositivos].</i></p> <hr/> <p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente generalmente está seco de día, pero no de noche y necesita un poco de ayuda con los dispositivos. <i>[El paciente evacúa, pero necesita ayuda para acomodarse, ayuda con el equipo, las toallas y otros dispositivos. Puede colocar el pene en el orinal, mantener las piernas separadas, insertar el catéter, y ocasionalmente es incontinente. Es posible que el paciente necesite recordatorios, indicaciones y supervisión].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente está generalmente seco de día y de noche, pero puede tener un accidente ocasional, o necesitar asistencia mínima con los dispositivos internos y externos. <i>[Si no puede encontrar el sanitario o no lo puede hacer lo suficientemente rápido, es posible que el paciente tenga un accidente. Puede necesitar asistencia mínima con la preparación y/o los dispositivos, es posible que necesite</i></p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: El paciente es dependiente en el control de la vejiga, es incontinente, o tiene un catéter de drenaje. <i>[A la persona se le escapa la orina o le vence el meado todos los días, de día y de noche. Puede usar una sonda permanente pero el cuidador debe arreglar la manguera y la funda recolectora de orina].</i></p> <hr/> <p>2 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente es incontinente, pero puede ayudar con el uso de un dispositivo interno o externo. <i>[La persona necesita que lo lleven al baño, le coloquen frente a la taza del baño o le acerquen la bacinilla, puede sostenerla correctamente. En caso de usar sonda y bolsa recolectora de orina, el familiar o cuidador tiene que ayudarlo con la sonda y funda recolectora. Se le escapa la orina, pero puede ayudar a colocar la sonda].</i></p> <hr/> <p>5 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente generalmente está seco de día, pero no de noche y necesita un poco de ayuda con los dispositivos. <i>[La persona orina sola, pero necesita ayuda para acomodarse en la taza del baño. Puede colocar el pene o la parte íntima del hombre en la bacinilla, mantener las piernas separadas, ponerse la sonda o manguera para orinar, pero a veces se mea u orina sobre todo en la noche. Es posible que la persona necesite recordatorios, indicaciones y supervisión para que vaya al baño].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente está generalmente seco de día y de noche, pero puede tener un accidente ocasional, o necesitar asistencia mínima con los dispositivos internos y externos. <i>[Si la persona no puede llegar rápido al baño es posible que se orine, mee o pisha en la ropa interior y resto de ropa. Es posible que necesite medicamentos para que pueda orinar o</i></p>	<p>Para una adecuada comprensión en el medio se modifica la orden a “orinar, realizar la orina pequeña o mear”. No se verificó el uso de sondas urinarias en ningún caso Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>

<p><i>medicamentos para mantener el patrón de vaciado. Es posible que el paciente necesite indicaciones, recomendaciones y el cumplimiento de la rutina para mantener la continencia].</i></p> <hr/> <p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de controlar la vejiga día y noche y/o es independiente con dispositivos internos y externos. <i>[El paciente es independiente, continente e independiente en el uso del equipo y medicamentos requeridos. Es capaz de cambiar las toallas absorbentes, los pañales, antes de ensuciarse].</i></p>	<p><i>no se detenga el meado. La persona puede necesitar que le digan cómo y a qué momento ir al baño para que no se orine].</i></p> <hr/> <p>10 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente es capaz de controlar la vejiga día y noche y/o es independiente con dispositivos internos y externos.</p>	
TRASLADOS A SILLAS/CAMAS		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: No puede participar en el traslado. Se necesitan dos asistentes para trasladar al paciente con o sin un dispositivo mecánico.</p> <hr/> <p>3 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede participar, pero se necesita asistencia máxima de otra persona en todos los aspectos del traslado.</p> <hr/> <p>8 REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la asistencia de otra persona para el traslado. Es posible que se necesite asistencia en cualquier aspecto del traslado.</p> <hr/> <p>12 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Se necesita la presencia de otra persona, ya sea como medida de confianza o para brindar supervisión por seguridad. <i>[El paciente puede colocar una tabla deslizante o mover el reposapiés o preparar, colocar la silla en posición y trabar los frenos. Necesita ayuda mínima].</i></p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: No puede participar en el traslado. Se necesitan dos asistentes para trasladar al paciente con o sin un dispositivo mecánico. <i>[La persona no puede pasar de la silla a la cama sola, o viceversa y requiere la ayuda de dos personas].</i></p> <hr/> <p>3 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Puede participar, pero se necesita asistencia máxima de otra persona en todos los aspectos del traslado. <i>[La persona necesita mucha ayuda del ayudante para pasar de la silla a la cama y viceversa en todo momento].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la asistencia de otra persona para el traslado. Es posible que se necesite asistencia en cualquier aspecto del traslado. <i>[La persona necesita ayuda moderada del cuidador para pasar de la silla a la cama en cualquier momento al realizar esta actividad].</i></p> <hr/> <p>12 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: Se necesita la presencia de otra persona, ya sea como medida de confianza o para brindar supervisión por seguridad. <i>[La persona necesita poca ayuda para pasar de la silla a la cama como la supervisión del ayudante para realizar la actividad].</i></p>	<p>Se cambia la palabra traslado por la difícil comprensión y/o confusiones y se debe usar caminar como la explicación original La medición del tiempo es subjetiva porque depende de la distancia que la persona requiera desplazarse y fue reportado por algunos familiares y usuarios como tiempo normal, lento y muy lento. Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>

<p>15 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede acercarse a la cama de manera segura en una silla de ruedas, trabar los frenos, levantar el reposapiés, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en uno de los lados de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y trasladarse nuevamente a ella de manera segura. El paciente debe ser independiente en todas las etapas de la actividad.</p> <p><i>[El paciente puede llegar a una posición de pie si la caminata es el modo de locomoción. En caso de caminar, el paciente se acerca, se sienta y llega a una posición de pie desde una silla común, se traslada desde la cama a la silla, realiza las tareas de manera segura. Puede acercarse, entrar y salir de una bañera o de una ducha. El paciente puede usar una tabla para deslizarse, un escalón, barras de agarre o un asiento especial. Es posible que el paciente demore más tiempo en realizar las tareas, pero menos de tres veces el tiempo normal].</i></p>	<p>15 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente puede acercarse a la cama de manera segura en una silla de ruedas, trabar los frenos, levantar el reposapiés, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en uno de los lados de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y trasladarse nuevamente a ella de manera segura. El paciente debe ser independiente en todas las etapas de la actividad.</p> <p><i>[La persona logra ponerse de pie sin ayuda. Si la persona puede caminar se acerca, se sienta y se pone de pie desde una silla común, se traslada desde la cama a la silla de manera segura, puede acercarse, entrar y salir de una ducha, bañera o tina. Si usa silla de ruedas la persona debe poner los frenos, levantar el apoyapiés, moverse de manera segura a la cama, acostarse, colocarse en la posición apropiada para sentarse en un lado de la cama, cambiar la posición de la silla de ruedas y pasarse nuevamente de manera segura. Es posible que la persona demore más tiempo en realizar las tareas, pero menos de tres veces el tiempo normal. Tiempo aproximado para pasarse de la cama a la silla 30 segundos].</i></p>	
AMBULACIÓN O MARCHA***		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación.</p> <p><i>[El paciente es dependiente en todos los aspectos de la ambulación e intentar la actividad no es seguro].</i></p> <hr/> <p>3 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Se necesita la presencia constante de uno o más asistentes durante la ambulación.</p> <p><i>[El paciente necesita asistencia máxima para ambular].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para alcanzar sus dispositivos de apoyo (ej. muletas, bastón) y/o su manipulación. Se necesita una persona para ofrecer asistencia.</p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación.</p> <p><i>[La persona no puede caminar o intentar caminar no es seguro].</i></p> <hr/> <p>3 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: Se necesita la presencia constante de uno o más asistentes durante la ambulación.</p> <p><i>[La persona necesita mucha y continua ayuda de una o dos personas para caminar].</i></p> <hr/> <p>8 REQUIERE AYUDA MODERADA: El paciente necesita asistencia para alcanzar sus dispositivos de apoyo (ej. muletas, bastón) y/o su manipulación. Se necesita una persona para ofrecer asistencia.</p>	

<p><i>[El paciente necesita un asistente para alcanzar sus dispositivos de apoyo para caminar y para brindarle más estabilidad al doblar en las esquinas, en los umbrales y en terrenos más duros, pero puede ambular].</i></p> <hr/> <p>12 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede ambular de manera independiente, pero no puede caminar 50 m sin ayuda o necesita supervisión para sentirse seguro o por precaución ante situaciones riesgosas. <i>[El paciente puede necesitar recomendaciones e indicaciones y más que el tiempo razonable para completar distancias].</i></p> <hr/> <p>15 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente debe ser capaz de usar férulas si es necesario, trabar y destrabar esta férula, ponerse de pie, sentarse y colocar los dispositivos de apoyo necesarios en posición para ser usados. El paciente debe ser capaz de usar muletas, bastones, o un andador y caminar 50 m sin ayuda o supervisión. <i>[El paciente camina el largo del pasillo ida y vuelta. No hay preocupación por su seguridad, caídas o deambulación. El paciente es independiente con andador, bastón, prótesis, ortosis, zapato especial, etc.].</i></p>	<p><i>[La persona necesita un ayudante para alcanzar sus dispositivos de apoyo para caminar (bordón, bastón o palo) y para darle más estabilidad al doblar en las esquinas, en los umbrales o arcos y en terrenos más duros o irregulares, pero puede caminar].</i></p> <hr/> <p>12 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede ambular de manera independiente, pero no puede caminar 50 m sin ayuda o necesita supervisión para sentirse seguro o por precaución ante situaciones riesgosas. <i>[La persona puede caminar pero no caminar sola más de 50 metros, puede necesitar recomendaciones e indicaciones y demora más de lo normal para completar las distancias].</i></p> <hr/> <p>15 INDEPENDIENTE TOTAL: El paciente debe ser capaz de usar férulas si es necesario, trabar y destrabar esta férula, ponerse de pie, sentarse y colocar los dispositivos de apoyo necesarios en posición para ser usados. El paciente debe ser capaz de usar muletas, bastones, o un andador y caminar 50 m sin ayuda o supervisión. <i>[La persona camina sola. La persona camina ida y vuelta más de 50 metros con o sin apoyo en bastón, bordón o palo. No hay preocupación o miedo por su seguridad o caídas al caminar solo. El paciente es independiente con andador, bastón, prótesis, órtesis, zapato especial, etc].</i></p>	<p>Usar únicamente el término caminar. La palabra ambular genera confusión con palabras de fonética similar o se desconoce el significado. Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>
SILLA DE RUEDAS (No válido si el paciente puede ambular)		
<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación en silla de ruedas.</p> <hr/> <p>1 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente puede impulsarse durante distancias cortas sobre una superficie plana, pero necesita asistencia para todos los otros pasos del manejo de la silla de ruedas. <i>[El asistente debe empujar la silla de ruedas la mayor parte del tiempo, se necesita especialmente que ponga los frenos,</i></p>	<p>0 INCAPAZ DE REALIZAR LA TAREA: Dependiente en la ambulación en silla de ruedas. <i>[La persona no puede manejar la silla de ruedas. El ayudante debe empujar la silla de ruedas todo el tiempo].</i></p> <hr/> <p>1 INTENTA REALIZAR LA TAREA PERO NO ES SEGURO: El paciente puede impulsarse durante distancias cortas sobre una superficie plana, pero necesita asistencia para todos los otros pasos del manejo de la silla de ruedas. <i>[Un ayudante debe empujar la silla de ruedas la mayor parte del tiempo, tiene que poner los frenos, ajustar los</i></p>	

<p><i>ajuste los apoyabrazos, el almohadón, que maniobre alrededor de los muebles, en las cornisas, alfombras sueltas y terrenos más duros].</i></p> <hr/> <p>3 REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la presencia de una persona y asistencia constante para acercar la silla a la mesa, cama, etc. <i>[El paciente puede impulsar la silla de ruedas, pero necesita asistencia con las maniobras hacia adentro y alrededor de los muebles y en espacios limitados].</i></p> <hr/> <p>4 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede impulsarse durante un tiempo razonable en terrenos en los que se mueve regularmente. Es posible que se necesite asistencia mínima en esquinas cerradas. <i>[Es posible que el paciente necesite indicaciones verbales y asistencia con las maniobras en espacios limitados].</i></p> <hr/> <p>5 INDEPENDIENTE TOTAL: Para impulsar la silla de ruedas independientemente, el paciente debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta, maniobrar la silla hacia a una mesa, cama, inodoro, etc. El paciente debe empujar la silla por lo menos 50 m.</p>	<p><i>apoyabrazos, la almohada. El cuidador debe mover la silla de ruedas entre los muebles, alfombras sueltas y terrenos más duros].</i></p> <hr/> <p>3 REQUIERE AYUDA MODERADA: Se necesita la presencia de una persona y asistencia constante para acercar la silla a la mesa, cama, etc. <i>[La persona puede moverse en la silla de ruedas, pero necesita ayuda manejar la silla hacia adentro y alrededor de los muebles y en espacios estrechos].</i></p> <hr/> <p>4 REQUIERE MÍNIMA AYUDA: El paciente puede impulsarse durante un tiempo razonable en terrenos en los que se mueve regularmente. Es posible que se necesite asistencia mínima en esquinas cerradas. <i>[Es posible que la persona necesite que le digan cómo mover la silla y puede necesitar ayuda para moverse en espacios estrechos].</i></p> <hr/> <p>5 INDEPENDIENTE TOTAL: Para impulsar la silla de ruedas independientemente, el paciente debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta, maniobrar la silla hacia a una mesa, cama, inodoro, etc. El paciente debe empujar la silla por lo menos 50 m. <i>[La persona mueve la silla de ruedas por sí sola, debe poder rodear las esquinas, dar la vuelta y moverse en la silla hacia una mesa, cama baño, etc. La persona debe moverse en la silla de ruedas por lo menos 50 metros].</i></p>	<p>No se constató personas que usen de silla de ruedas en este estudio. Se realizó solo la adaptación de la semántica. Ver capítulo IV.A: Informe Etnográfico.</p>
--	---	--

* MBI - Chile/Spanish - Version of 18 May 12 - Mapi Institute

** Propuesta de adaptación para población adulta mayor Kichwa de la Sierra centro de Ecuador - enero 2020. Nótese los cambios solo en las instrucciones de las actividades. En todas las actividades se ha reemplazado el término paciente por persona como definición de ente social.

*** No califique la ambulación si el paciente no puede caminar y está capacitado en el manejo de la silla de ruedas.

Apéndice D. Puntaje e interpretación del Índice de Barthel Modificado

Puntaje	Interpretación
0 – 20	Dependiente total
21 – 60	Dependiente severo
61 – 90	Dependiente moderado
91 – 99	Dependiente leve
100	Independiente

Fuente: Shah, S., Vanclay, F., & Cooper, B. (1989). Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol*, 42(8), 703–709.

Apéndice E. Consentimiento informado para estudio etnográfico español



Av. 12 de Octubre 1076 y Roca | Apartado postal 17-01-2184 | Fax: (593) 2 250 95 | Telf.: (593) 2 299 17 00 | Quito - Ecuador

“ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO: ESTUDIO ETNOGRÁFICO PARA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES INDÍGENAS KICHWAS DE TOACASO – PROVINCIA DE COTOPAXI. JUNIO – JULIO DE 2019”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO ETNOGRÁFICO SOBRE ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO

Fecha:

Yo....., de años de edad con número de cédula..... residente en la Parroquia de Toacaso - Cotopaxi. He recibido información acerca de la investigación de campo para observar mi desenvolvimiento en las actividades básicas de la vida diaria, como baño, vestido, autocuidado, uso de retrete, continencia, transferencias, deambulación y alimentación. Se me ha informado en mi idioma y he comprendido las actividades a realizar, al igual que mi identidad e información recolectada serán utilizadas de manera confidencial, no se revelarán, ni difundirán identidades en ningún caso y los datos obtenidos únicamente serán usados para fines investigativos por parte de las investigadoras: Dra. Isabel Magdalena Ayala Guilcapi, con número de cédula 060410082-6, Médico Posgradista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Dra. Kuripacha Alcamari Tituaña Vega, con número de cédula 100266528-7, Médico Posgradista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Contactos:

Md. Isabel Ayala Celular: 0995852338. E-mail: isabel2884@yahoo.com
Md. Kuripacha Tituaña Vega. Domicilio: Vacas Galindo y Pedro Moncayo. Cotacachi – Imbabura – Ecuador.
Teléfonos de contacto: (06)2914190 / 0983450491. Correo electrónico: kuritv@hotmail.com

Este consentimiento contempla el derecho al anonimato aún terminado el estudio, los datos no serán revelados, con lo cual se preservará los principios éticos de no maleficencia, confidencialidad y no vulneración de los derechos en general.

Para constancia firman el participante, familiar y/o testigo y las investigadoras.

Firma del Participante
CI:

Firma del Familiar y/o Testigo
Nombre:
CI:

Firma Investigadora 1
Nombre:
CI:

Firma Investigadora 2
Nombre:
CI:

Contactos:

Md. Isabel Ayala

Celular: 0995852338. E-mail: isabel2884@yahoo.com

Md. Kuripacha Tituaña Vega. Domicilio: Vacas Galindo y Pedro Moncayo. Cotacachi – Imbabura – Ecuador.

Teléfonos de contacto: (06)2914190 / 0983450491. Correo electrónico: kurity@hotmail.com

Apéndice F. Consentimiento informado para estudio etnográfico español – kichwa



Av. 12 de Octubre 1076 y Roca | Apartado postal 17-01-2184 | Fax: (593) 2 250 95 | Telf.: (593) 2 299 17 00 | Quito - Ecuador

“ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO: ESTUDIO ETNOGRÁFICO PARA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES INDÍGENAS KICHWAS DE TOACASO – PROVINCIA DE COTOPAXI. JUNIO – JULIO DE 2019”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ESTUDIO ETNOGRÁFICO SOBRE ACTIVIDADES INCLUIDAS EN EL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO WILLACHISHKA, ARINISHKA TARIPAYTA RURANKAPAK IMASHINA RURAYKUNA TIYAN BARTHEL RIKUCHIYPI

Fecha:

Pacha:

Yo....., de años de edad con número de
cédula..... residente en la Parroquia de Toacaso - Cotopaxi.

Ñuka,, watayuk, kikinyari panka
yupaywan.....Toacaso- Cotopaxi llaktamanta.

He recibido información acerca de la investigación de campo para observar mi
desenvolvimiento en las actividades básicas de la vida diaria, como baño, vestido,
autocuidado, uso de retrete, continencia, transferencias, deambulación y alimentación.

Taripaymanta tukuy willachita chaskipashkani, yachapani imashina rikushpa katikrin
ñukapa ruraykunata, ñukapa punchan punchan kawsaymanta, armaymanta,

Contactos:

Md. Isabel Ayala Guilcapi. Domicilio: Av. Libertadores y Caranqui. Quito – Pichincha – Ecuador.

Teléfonos de Contacto: (02) 22659111 / 0995852338. E-mail: isabel2884@yahoo.com

Md. Kuripacha Tituaña Vega. Domicilio: Vacas Galindo y Pedro Moncayo. Cotacachi – Imbabura – Ecuador.

Teléfonos de contacto: (06)2914190 / 0983450491. Correo electrónico: kurity@hotmail.com

Traducción al Kichwa por: Sacha Rosero y Alliwa Pazmiño.

Teléfonos de Contacto: 099826211. E-mail: sacharosero@gmail.com

churakunamanta, kamanamanta, retrete churaymanta, continenciamanta, tranferenciakunamanta, puriyamanta, shinallatak mikunamantapash.

Se me ha informado en mi idioma y he comprendido las actividades a realizar, al igual que mi identidad e información recolectada serán utilizadas de manera confidencial, no se revelarán, ni difundirán identidades en ningún caso y los datos obtenidos únicamente serán usados para fines investigativos por parte de las investigadoras: Dra. Isabel Magdalena Ayala Guilcapi, con número de cédula 060410082-6, Médico Posgradista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Dra. Kuripacha Alcamari Tituaña Vega, con número de cédula 100266528-7, Médico Posgradista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Ñukapa kichwa shimipipash willachishka, shinallatak hamutanimi imatatak rurakrin, shinallatak ñukapa kikinkaymantapash killkarishka kan, chaytaka pakalla charina, mana pimanpash rikuchinachu, shinallatak mana maypipash rikurinkachu, shinallatak kay willaykunaka taripak taripaypakmi kan: Isabel Magdalena Ayala Guilcapi, hampik, Kikinyari panka yupay 060410082-6, Posgradista hampik Pontificia Universidad Católica del Ecuador, shinallatak. Kuripacha Alcamari Tituaña Vega, hampik, kikinyari panka yupaywan 100266528-7, Posgradista Hampik Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Contactos:

Md. Isabel Ayala Guilcapi. Domicilio: Av. Libertadores y Caranqui. Quito – Pichincha – Ecuador.

Teléfonos de Contacto: (02) 22659111 / 0995852338. E-mail: isabel2884@yahoo.com

Md. Kuripacha Tituaña Vega. Domicilio: Vacas Galindo y Pedro Moncayo. Cotacachi – Imbabura – Ecuador.

Teléfonos de contacto: (06)2914190 / 0983450491. Correo electrónico: kurivy@hotmail.com

Traducción al Kichwa por: Sacha Rosero y Alliva Pazmiño.

Teléfonos de Contacto: 099826211. E-mail: sacharosero@gmail.com

Este consentimiento contempla el derecho al anonimato aún terminado el estudio, los datos no serán revelados, con lo cual se preservará los principios éticos de no maleficencia, confidencialidad y no vulneración de los derechos en general.

Kay arinishkaka (huñikuyka =consentimiento) hayñimi kan, kay taripay tukurikipipash kikinkay willaykunata pakalla charinkapak, chaywanmi hayñita paktarinka, mana llaki tiyachun.

Para constancia firman el participante, familiar y/o testigo y las investigadoras.

Kayta paktachinkapakka yanapak, ayllu/ rikuk shinallatak taripak aspinkuna.

Firma del Participante
Yanapak aspin
CI:

Firma del Familiar y/o Testigo
Ayllu/ rikuk aspin
Nombre:
Shuti:
CI:

Firma Investigadora 1
Taripak 1
Nombre:
Shuti:
CI:

Firma Investigadora 2
Taripak2
Nombre:
Shuti:
CI:

Contactos:

Md. Isabel Ayala Guilcapi. Domicilio: Av. Libertadores y Caranqui. Quito – Pichincha – Ecuador.

Teléfonos de Contacto: (02) 22659111 / 0995852338. E-mail: isabel2884@yahoo.com

Md. Kuripacha Tituaña Vega. Domicilio: Vacas Galindo y Pedro Moncayo. Cotacachi – Imbabura – Ecuador.

Teléfonos de contacto: (06)2914190 / 0983450491. Correo electrónico: kuritv@hotmail.com

Traducción al Kichwa por: Sacha Rosero y Alliwa Pazmiño.

Teléfonos de Contacto: 099826211. E-mail: sacharosero@gmail.com

Apéndice G. Consentimiento informado aplicación Índice de Barthel



Av. 12 de Octubre 1076 y Roca | Apartado postal 17-01-2184 | Fax: (593) 2 250 95 | Telf.: (593) 2 299 17 00 | Quito - Ecuador

“ADAPTACIÓN SOCIOCULTURAL DEL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO: ESTUDIO ETNOGRÁFICO PARA LA VALORACIÓN GERIÁTRICA DE PERSONAS ADULTAS MAYORES INDÍGENAS KICHWAS DE TOACASO – PROVINCIA DE COTOPAXI. 2019 - 2020”

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA APLICACIÓN DEL ÍNDICE DE BARTHEL MODIFICADO ORIGINAL Y ADAPTADO

Fecha:

Yo....., de años de edad con número de cédula..... residente en la Parroquia de Toacaso - Cotopaxi. He recibido información acerca de la investigación de campo para observar mi desenvolvimiento en las actividades básicas de la vida diaria, como baño, vestido, autocuidado, uso de retrete, continencia, transferencias, deambulación y alimentación. Se me ha informado en mi idioma y he comprendido las actividades a realizar, al igual que mi identidad e información recolectada serán utilizadas de manera confidencial, no se revelarán, ni difundirán identidades en ningún caso y los datos obtenidos únicamente serán usados para fines investigativos por parte de las investigadoras: Dra. Isabel Magdalena Ayala Guilcapi, con número de cédula 060410082-6, Médico Posgradista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador y la Dra. Kuripacha Alcamari Tituaña Vega, con número de cédula 100266528-7, Médico Posgradista de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Contactos:

Md. Isabel Ayala Guilcapi. Domicilio: Av. Libertadores y Caranquí. Quito – Pichincha _ Ecuador.

Teléfonos de contacto: (02) 22659111 / 0995852338. E-mail: isabel2884@yahoo.com

Md. Kuripacha Tituaña Vega. Domicilio: Vacas Galindo y Pedro Moncayo. Cotacachi – Imbabura – Ecuador.

Teléfonos de contacto: (06)2914190 / 0983450491. Correo electrónico: kurity@hotmail.com

Este consentimiento contempla el derecho al anonimato aún terminado el estudio, los datos no serán revelados, con lo cual se preservará los principios éticos de no maleficencia, confidencialidad y no vulneración de los derechos en general.

Para constancia firman el participante y/o testigo y la investigadora.

Firma del Participante
CI:

Firma del Familiar y/o Testigo
Nombre:
CI:

Firma Investigadora 1
Nombre:
CI:

Firma Investigadora 2
Nombre:
CI:

Contactos:

Md. Isabel Ayala Guilcapi. Domicilio: Av. Libertadores y Caranqui. Quito – Pichincha _ Ecuador.
Teléfonos de contacto: (02) 22659111 / 0995852338. E-mail: isabel2884@yahoo.com
Md. Kuripacha Tituaña Vega. Domicilio: Vacas Galindo y Pedro Moncayo. Cotacachi – Imbabura – Ecuador.
Teléfonos de contacto: (06)2914190 / 0983450491. Correo electrónico: kuritv@hotmail.com