

Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores

I. Martín-Lesende^a, I. Ortiz-Lebaniegos^b, E. Montalvillo-Delgado^a, M. Pérez-Abad^a, P. Sánchez-Junquera^a y C. Rodríguez-Andrés^c

Objetivo. Seleccionar ítems para diseñar un cuestionario de valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en personas mayores residentes en la comunidad.

Diseño. Estudio Delphi.

Emplazamiento. Medio comunitario, atención primaria.

Participantes. Un total de 57 expertos multidisciplinares (médicos de familia, geriatras, fisioterapeutas, trabajadores sociales, enfermeros) pertenecientes a la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC) o a la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (SEGG).

Métodos. Se realizaron 3 envíos consecutivos por correo electrónico o fax. En el primer envío se interrogaba acerca de qué ítems incluirían en un cuestionario para valorar las AIVD en personas mayores; en el segundo se pedía que seleccionaran, de los ítems agrupados, los 10 que consideraran más relevantes, y un tercero se solicitaba que, de los 14 ítems más seleccionados, puntuaran de 1 a 10 los más trascendentes. Así pues, se obtuvieron ordenados por puntuación los 10 ítems que debían ser incluidos.

Resultados. A los 3 correos contestaron 30 expertos. Las 53 propuestas iniciales se agruparon en 24 ítems y finalmente se seleccionaron (de mayor a menor puntuación) los siguientes: utilización de los fármacos, uso del teléfono, tareas domésticas, utilización del dinero, deambulación fuera del domicilio, medidas de seguridad y evitación de riesgos, realización de compras, uso de puertas y llaves, uso del transporte y medios de relación social.

Conclusiones. Sólo 2 ítems podrían estar influidos por el sexo (en contraposición con otros cuestionarios disponibles), aunque «la realización de compras» no se limita a las domésticas y en «tareas domésticas» se incluyen actividades también realizadas por los varones. Los ítems más relevantes son «utilización de los fármacos» (importancia por prevalencia/repercusión clínica) y «empleo del teléfono» (ítem de subsistencia).

Palabras clave: Estudio Delphi. Actividades de la vida diaria. Personas mayores. Cuestionario.

IDENTIFICATION OF ITEMS FOR CREATING A QUESTIONNAIRE FOR THE ASSESSMENT OF INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING (IADL) IN ELDERLY PATIENTS

Objective. To identify items to design a questionnaire to assess IADL in the elderly in the community.

Design. Delphi study.

Location. Community setting, primary health care.

Participants. Fifty seven multidisciplinary experts (family doctors, geriatricians, physiotherapists, social workers, male nurses) who are members of the Spanish Society of Family and Community Medicine or the Spanish Geriatrics and Gerontology Society.

Methods. Three consecutive questions sent via e-mail or fax. First: what items you would take into account in a questionnaire to assess IADL in the elderly? Second: out of the groupings select 10 you consider to be of special relevance? Third: among the 14 more most selected items, select, by scoring from 1 to 10, the ones you consider more important? In the end we obtained the 10 items to include in the questionnaire according to their scores.

Results. Thirty experts answered the 3 mailings. The 53 initial proposals were grouped into 24 items. In the end we obtained the following selection (from higher to lower score): dealing with medication, use of the telephone, housework, handling money, walking outside the home, security measures and risk avoidance, shopping, dealing with doors and keys, transport use, and means of social contact.

Conclusions. Only 2 items could have gender influence (in contrast to other questionnaires), as “shopping” does not refer only to the household ones and “housework” also includes activities carried out by males. The most important items are “dealing with medication” (due to the high prevalence of problems and clinical outcomes) and “the use of the telephone” (survival item).

Key words: Delphi study. Activities of daily living. Elderly people. Questionnaire.

English version available at
www.atencionprimaria.com/159.891

A este artículo sigue
un comentario editorial
(pág. 318)

^aCentro de Salud Cotoño. Servicio Cántabro de Salud. Castro Urdiales. Cantabria. España.

^bCentro de Salud de Santoña. Servicio Cántabro de Salud. Santoña. Cantabria. España.

^cDepartamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad del País Vasco. Leioa. Vizcaya. España.

Correspondencia:
I. Martín-Lesende.
República Argentina, 3.
39700 Castro Urdiales. Cantabria.
España.
Correo electrónico:
imartin@gap01.scsalud.es
Manuscrito recibido el 10 de enero de 2005.
Manuscrito aceptado para su publicación el 8 de junio de 2005.

Introducción

La valoración de la funcionalidad es uno de los puntos más trascendentales en la atención a las personas mayores por diversos motivos: ayuda en la valoración clínica y el seguimiento, permite detectar grados de pérdida funcional en estadios en los que todavía es posible evitar o retardar la progresión a la discapacidad, posibilita la selección de ancianos de riesgo para evitar su avance hacia un mayor deterioro y el desarrollo de eventos adversos, y facilita la estandarización para la investigación^{1,2}.

Se diferencian 2 grupos de escalas de valoración funcional según las actividades que se valoran^{3,4}:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), elementales y necesarias para que la persona mantenga autonomía en su medio más inmediato, es decir, el domicilio (baño, aseo, vestirse, movilidad, continencia, alimentación).
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), más elaboradas, necesarias para mantener independencia en la comunidad y poder permanecer con autonomía en ella; se incluyen: responsabilizarse de la medicación, cuidado de la casa, preparar la comida, viajar en transportes, hacer compras, uso del teléfono, etc.

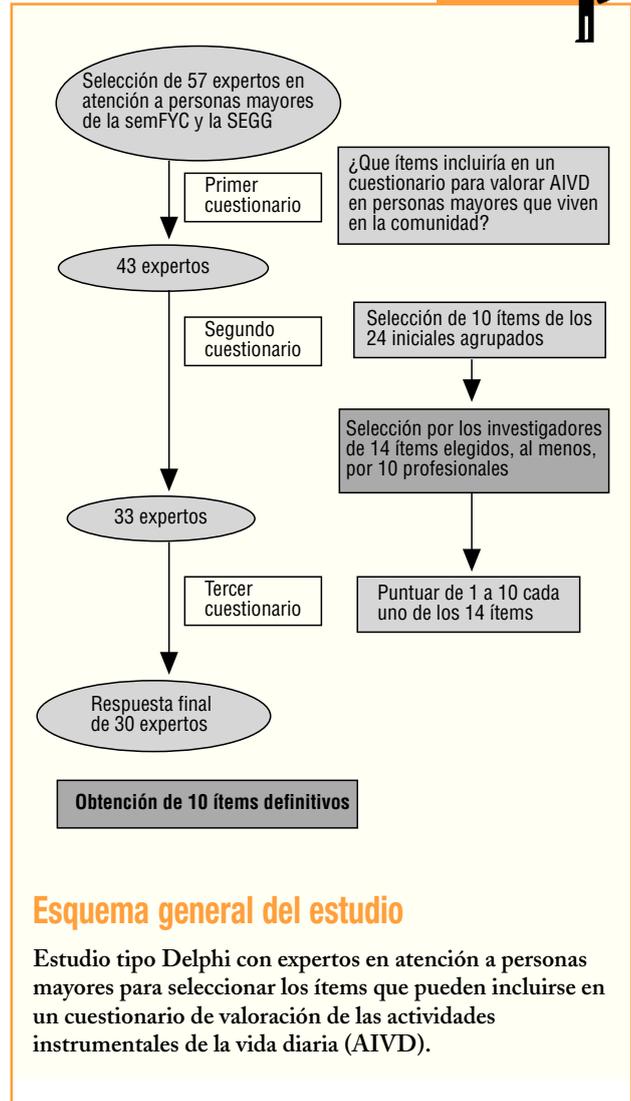
En atención primaria, donde la mayoría de las personas mayores mantiene independencia y buen estado de salud, la valoración de las AIVD es lo que tiene más interés general, mientras que la valoración de las ABVD es útil en determinados subgrupos de pacientes (inmovilizados, procesos agudos con secuelas, rehabilitación, etc.).

En España, la escala más empleada para valorar las AIVD es el índice de Lawton y Brody (tabla 1)⁵, a pesar de que no ha sido adaptada ni validada en nuestro medio y que cuenta con otros inconvenientes importantes, como la influencia cultural y de sexo (4 de los 8 ítems valoran tareas asignadas tradicionalmente a las mujeres).

Debido a esta carencia de herramientas adecuadas en esta área de la valoración geriátrica, a pesar de su pertinencia e interés, nos planteamos diseñar y validar un instrumento aplicable en la atención primaria y, por tanto, en la población de la comunidad. Para esta fase inicial se utilizó un estudio Delphi^{6,7}, que es un diseño apropiado para obtener unos ítems que aporten validez de contenido al cuestionario. Seguirán estudios para dotarle de validez aparente y constructo, fiabilidad y validez predictiva y de criterio.

El objetivo del presente estudio es identificar y seleccionar ítems para el diseño de un cuestionario de valoración de las AIVD en personas mayores que viven en la comunidad.

Material y métodos Cuadro resumen



Sujetos y método

Diseño

Estudio tipo Delphi, de ámbito nacional, que se desarrolló de noviembre de 2003 a junio de 2004. Se enviaron 3 correos consecutivos por correo electrónico o fax (para tres personas que no disponían de éste y quisieron participar), a intervalos de 1 mes y con un refuerzo a los 15 días de cada envío. Las respuestas se recibieron por la misma vía.

En el primer envío se pedía que contestaran a la siguiente pregunta: «¿Qué ítems incluirías en un cuestionario para valorar las AIVD en personas mayores que viven en la comunidad?»; se solicitaba que indicaran entre 3 y 10, que abarcaran diferentes ámbitos y que procuraran evitar los que pudieran tener un claro sesgo de sexo.

En una segunda petición se envió el listado de los ítems resultantes, una vez agrupados por los investigadores, para que seleccionaran los 10 que consideraran más relevantes.

Por último, en un tercer envío, se adjuntó el listado de los ítems más seleccionados en la fase anterior para que puntuaran de 1 a 10, de menor a mayor relevancia, respectivamente, los 10 que consideraran más trascendentes.

Muestra, participantes y contexto

Muestra y contexto. El ámbito del estudio fue el medio comunitario; se dirigía a personas de 75 o más años que vivieran en la comunidad, ya que a partir de esta edad comienza a aflorar con mayor prevalencia la discapacidad, y es la seleccionada en la mayoría de las intervenciones selectivas en gente mayor.

Participantes. Se decidió que participaran profesionales de diferentes estamentos, expertos o con amplios conocimientos en la atención a las personas mayores, y asegurando que una importante proporción de ellos trabajase en la atención primaria. Por una parte se pidió la participación de todos los médicos de familia autores de un reciente manual de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC)⁸. Por otro lado, a través de la Secretaría de la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología (SEGG), se solicitaron profesionales miembros de dicha sociedad que desearan participar en la experiencia. Inicialmente se contactó con 57 expertos de diferentes estamentos y disciplinas: 25 médicos de familia, 15 geriatras, 5 fisioterapeutas, 6 trabajadores sociales y 6 enfermeros. La captación formal se realizó por medio de una carta de presentación del trabajo y la petición de su colaboración remitida con el primer envío. Quedaron excluidos los que no se pudo localizar tras 3 intentos de contacto o los miembros de la semFYC que rechazaron la invitación a participar.

Análisis

Las respuestas recibidas al primer correo se agruparon por similitud de contenido, tras discusión y consenso por parte de los investigadores. En el segundo correo se remitieron todos los ítems agrupados para que seleccionaran los 10 que les resultaran más relevantes. Se seleccionaron los 14 ítems más votados, con una puntuación mayor de 10 (ya que el resto tuvo puntuaciones muy bajas) y fueron enviados en un tercer correo para que puntuaran de 1 a 10, de menor a mayor relevancia, respectivamente, los 10 seleccionados por cada colaborador. En todo momento los ítems son tratados de forma genérica porque interesaba la selección del tipo de actividad; en una posterior fase de creación del cuestionario (validez aparente) se desarrollarán más los aspectos de forma de los ítems. El análisis de estas últimas respuestas aportó la selección definitiva.

Resultados

De los 57 expertos a los que se remitió el primer cuestionario, contestaron 43 y se obtuvieron 53 ítems que se agru-

TABLA 1 Índice de Lawton y Brody

Cuidar la casa		Uso del teléfono	
Cuida la casa sin ayuda	1	Capaz de utilizarlo sin problemas	1
Hace todo, menos el trabajo pesado	1	Sólo para lugares muy familiares	1
Tareas ligeras únicamente	1	Puede contestar pero no llamar	1
Necesita ayuda para todas las tareas	1	Incapaz de utilizarlo	0
Incapaz de hacer nada	0	Uso del transporte	
Lavado de ropa		Viaja en transporte público o conduce	1
La realiza personalmente	1	Sólo en taxi, no en autobús	1
Sólo lava pequeñas prendas	1	Necesita acompañamiento	0
Es incapaz de lavar	0	Incapaz de usarlo	0
Preparación de la comida		Uso del dinero	
Planea, prepara y sirve sin ayuda	1	Lleva cuentas, va a bancos, etc.	1
Prepara si le dan los ingredientes	0	Sólo utiliza cuentas sencillas	1
Prepara platos precocinados	0	Incapaz de utilizar dinero	0
Tienen que darle la comida hecha	0	Responsable de medicamentos	
Ir de compras		Responsable de su medicación	1
Lo hace sin ninguna ayuda	1	Hay que preparárselos	0
Sólo hace pequeñas compras	0	Incapaz de hacerlo por sí solo	0
Tienen que acompañarle	0		
Es incapaz de ir de compras	0		

paron en 24 actividades clave. Al analizar las propuestas de actividades según el estamento profesional, se evidenció que los expertos médicos y geriatras valoran más las actividades del tipo utilización de fármacos y uso de transporte; los enfermeros valoran más las tareas de adaptación al medio y el uso de electrodomésticos básicos; los fisioterapeutas valoran las habilidades instrumentales, como cambiar una bombilla, abrir/cerrar puertas o usar las llaves, y los trabajadores sociales valoran las tareas de autocuidado y relación social.

El segundo correo, con el listado de los 24 ítems resultantes, se remitió a los 43 expertos que contestaron la primera fase, que seleccionaron los 10 más relevantes según su parecer. Con las respuestas obtenidas de los 33 expertos que seguían respondiendo, seleccionamos los ítems que obtuvieron una puntuación > 10, con un resultado de 14 ítems (tabla 2).

El tercer correo fue enviado a las mismas personas que el anterior y en él se le adjuntaba el listado de los 14 ítems resultantes para que puntuaran los 10 que consideraran más relevantes (puntuaban de 1 a 10 puntos, de menor a mayor relevancia). Contestaron 30 expertos que continuaban en el estudio y obtuvimos, ordenados por puntuación (total 1.650 puntos, correspondientes al sumatorio de las 10 puntuaciones de los 30 expertos), los 10 ítems clave para incluir en el cuestionario final (tabla 3). De los 30 profesionales que concluyeron el estudio, 12 eran médicos de

TABLA 2 Ítems agrupados propuestos inicialmente, ordenados según el número de expertos que los seleccionaron posteriormente^a

Ítems clave propuestos	n.º
1. Utilización de fármacos ^b	32
2. Utilización del dinero y economía doméstica ^b	32
3. Uso del teléfono propio ^b	30
4. Empleo de medios de transporte (propios o públicos) ^b	29
5. Realización de compras (comida, regalos, etc.) ^b	25
6. Realización de tareas domésticas (limpiar, preparar comida, hacer la cama, lavar ropa, poner y recoger la mesa, etc.) ^b	24
7. Utilización de electrodomésticos básicos (microondas, TV, radio, etc.) ^b	19
8. Abrir y cerrar puertas y utilización de llaves ^b	19
9. Comunicación con el entorno (radio, TV, lecturas, etc.) ^b	18
10. Deambulaci3n fuera del domicilio ^b	17
11. Evitaci3n de riesgos y medidas de seguridad (al cruzar la calle, semáforos, obstáculos en vía pública, etc.) ^b	15
12. Establecimiento de relaci3n social (club de jubilados, cartas, visitar familiares y amigos, etc.) ^b	14
13. Realizaci3n de trámites administrativos (DNI, recibos del ayuntamiento, reclamaciones, etc.) ^b	11
14. Realizaci3n de reparaciones básicas del hogar y habilidades manuales (cambiar una bombilla, clavar un clavo, dar cuerda al reloj, pegar, recortar, etc.) ^b	11
15. Recordar mensajes y actividades que tiene que realizar en el día	8
16. Realizaci3n de funciones intelectuales (leer, escribir cartas, etc.)	7
17. Utilizaci3n del ascensor	6
18. Utilizaci3n de diversos tipos de cierres (botellas, grifos, recipientes, etc.)	6
19. Utilizaci3n de electrodomésticos complejos (aspirador, lavadora, etc.)	3
20. Cortarse las uñas	3
21. Utilizaci3n del cajero automático y tarjetas electr3nicas	2
22. Uso del teléfono público	1
23. Cuidado de animales domésticos y/o plantas	1
24. Recoger el correo	0

^aLos 33 participantes que seguían contestando tenían que elegir 10 de los 24 ítems propuestos.

^bÍtems seleccionados por los investigadores para la siguiente fase, de los inicialmente propuestos.

TABLA 3 Ítems clave definitivos seleccionados para el cuestionario, con porcentajes respecto de los 1.650 puntos totales*

Manejo de fármacos	16,1%
Uso del teléfono	14,6%
Tareas domésticas	12,3%
Manejar el dinero	12,2%
Deambulaci3n fuera del domicilio	9,6%
Medidas de seguridad y evitar riesgos	9,3%
Realizar compras	8,5%
Manejo de puertas y llaves	6,1%
Uso del transporte	6,1%
Medios de relaci3n social	5,3%

*Los 1.650 puntos correspondientes al sumatorio de las puntuaciones de 1 a 10 de cada uno de los 30 expertos que contestaron.

familia (40,0%); 11, geriatras (36,7%); 5, enfermeros (16,6%); 2, fisioterapeutas (6,7%); y ninguno, trabajador social.

Las pérdidas totales fueron 27; en la primera fase se perdió a 14; en la segunda, a 10 y en la tercera y última, a 3.

Discusi3n

Un aspecto fundamental del estudio es haber contado con un equipo multidisciplinario de expertos que desarrollan tareas clínicas, lo que ha permitido incluir ítems de habilidades específicamente físicas o instrumentales (que no se recogen de manera habitual en otras escalas de este tipo) y otros que pueden tener una mayor trascendencia práctica. Este aspecto se corrobora por el hecho de que en las primeras respuestas emitidas se objetiva una relaci3n entre el tipo de ítems y el profesional que lo califica. La integraci3n de todos ellos contribuye a mejorar la validez y a darle más riqueza de contenido.

Las mejoras conseguidas con respecto a la escala ya disponible más empleada para valorar las AIVD (índice de Lawton y Brody) son la disminuci3n de la influencia del

Discusión

Cuadro resumen



Lo conocido sobre el tema

- Necesidad de disponer de herramientas de valoración de las AIVD por la trascendencia y la importancia de esta área de valoración y abordaje geriátricos.
- El cuestionario de Lawton es la escala más frecuentemente utilizada en la actualidad para la valoración de las AIVD en la consulta de atención primaria.
- La escala de Lawton no ha sido adaptada ni validada en nuestro medio, y presenta un importante sesgo cultural y de sexo.

Qué aporta este estudio

- Se identifican ítems para la creación de un nuevo cuestionario de valoración de las AIVD basados en un consenso multidisciplinario. Aportará validez de contenido a la futura escala.
- Sólo 2 de los 10 ítems podrían tener influencia de sexo.
- Se utiliza el correo electrónico como vía de comunicación con los expertos, sin repercusión en la tasa de respuesta respecto al clásico estudio Delphi mediante correo postal.

sexo y la ampliación del tipo de actividades representadas en los ítems. Algunos de los ítems resultantes en este proyecto de nueva escala son similares al índice de Lawton (ítems 1, 2, 3, 4, 7 y 9, indicados en la tabla 3), aunque se resta importancia a las tareas domésticas, que quedan recogidas en 2 de los 10 futuros ítems de la nueva escala frente a 4 de los 8 existentes en la de Lawton, para evitar el sesgo de sexo. Estos ítems, presentes en ambas escalas, en la nueva se intenta orientarlos hacia actividades que suelen ser realizadas por ambos sexos, no limitándolas a aquellas en las que los varones suelen obtener menor puntuación. Se incide más sobre otro tipo de actividades complejas que permiten que la persona se adapte a su entorno y mantenga su independencia en la comunidad. Se eligieron 10 ítems porque había apreciable diferencia de puntos con respecto a los siguientes, aunque posteriores análisis dentro del proceso de creación y validación del cuestionario determinarán el número de ítems definitivo. Aunque el ítem de relación social no parece tan instrumental como el resto, refleja un nivel de funcionamiento global en un área básica para poder mantenerse en la comunidad.

Las actividades más valoradas son la utilización de fármacos, de gran trascendencia por su alta prevalencia y repercusión, y el uso del teléfono, que es considerado un «ítem de subsistencia» por el trasfondo de su correcta utilización. Un aspecto que debe ser destacado como novedoso dentro de la metodología de este trabajo es el uso del correo electrónico como medio de comunicación con los expertos dentro del estudio Delphi. Este sistema ha resultado rápido, cómodo y con amplias posibilidades, y no ha comportado un número inferior de pérdidas (47,4%) respecto al método más tradicional mediante correo postal⁹.

Este trabajo supone un primer paso en la creación y la validación de un futuro cuestionario, dotándole de validez de contenido. En fases posteriores se buscará la validez aparente y se analizarán la fiabilidad, la validez de criterio y la validez concurrente y predictiva.

Conclusiones

El carácter multidisciplinario y clínico de los expertos ha contribuido a enriquecer el abanico de actividades valoradas en el nuevo cuestionario, así como a hacerlo más práctico y útil en el día a día de la práctica clínica de la atención primaria.

En este nuevo cuestionario, sólo 2 ítems podrían tener influencia de sexo (a diferencia de lo que ocurre en otros cuestionarios disponibles), aunque «realizar compras» no se limita a compras domésticas, y en las «tareas domésticas» se incluyen también actividades realizadas por los varones.

Los ítems más valorados son la utilización de la medicación (de gran trascendencia por su alta prevalencia y repercusión) y el uso del teléfono (considerada una actividad-ítem de subsistencia).

Como ventajas con respecto al índice de Lawton, se ha conseguido una reducción del sesgo de sexo y una ampliación del rango de actividades valoradas.

Como ya se ha mencionado, el presente trabajo supone un primer paso (validez de contenido) para la creación y validación del cuestionario; otros expertos en cuestionarios participarán en la siguiente fase (validez aparente). Posteriormente se analizará la fiabilidad del cuestionario, así como la validez de criterio y concurrente con otros índices.

Agradecimientos

A los expertos que han participado en el estudio, y a las dos sociedades científicas que los representan: semFYC y SEGG.

Bibliografía

1. Benítez MA, Vázquez JR. Valoración del grado de autonomía de los ancianos. *Aten Primaria*. 1992;10:888-91.

2. Álvarez M. La importancia de la funcionalidad en la persona mayor. En: Grupo de Trabajo de la semFYC de Atención al Mayor. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 9-21
3. Martín Lesende I. Escalas de valoración funcional y cognitivas. En: Grupo de Trabajo de la semFYC de Atención al Mayor. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004. p. 53-68.
4. Fleming KC, Evans JM, Weber DC, Chutka DS. Practical functional assessment of elderly persons: a primary care approach. *Mayo Clin Proc.* 1995;70:890-910.
5. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179-86.
6. Grupo de Tecnologías de la Información y las Comunicaciones (GTIC). Universidad Poli-Técnica de Madrid. <http://www.gtic.ssr.upm.es/encuestas/delphi.htm>
7. Landeta J. El método Delphi. Barcelona: Ariel; 1999.
8. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Atención a las personas mayores desde la atención primaria. Barcelona: semFYC ediciones; 2004.
9. Visauta B. Técnicas de investigación social: recogida de datos. Barcelona: PPU; 1989.

COMENTARIO EDITORIAL

Reinventando una escala para valorar la independencia funcional en el anciano

A. Hidalgo-García

Medicina Preventiva y Salud Pública. Dirección de Servicios de Atención Primaria Dreta de Barcelona. Institut Català de la Salut. Barcelona. España.

La valoración integral del anciano es un proceso de diagnóstico multidimensional y multidisciplinario enfocado a la detección de problemas subyacentes que pueden empeorar el proceso fisiológico del envejecimiento. El método que se utiliza para diagnosticar la dependencia es la valoración funcional, en el contexto de una valoración geriátrica, y actualmente se basa en la evaluación de la capacidad para realizar de manera autónoma las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Es frecuente que, en las personas mayores, el primer signo de alarma de un cercano y progresivo deterioro sea una leve pérdida de su independencia funcional. Este menoscabo se puede manifestar tanto en el área social como en las capacidades cognitivas, o bien con la aparición de alguna pequeña limitación en la movilidad u otro problema físico. Sólo si estos factores de riesgo se detectan en sus estadios más precoces, los profesionales de la salud podrán actuar con medidas preventivas y rehabilitadoras específicas a la dimensión afectada, y es en el diagnóstico de esta fragilidad incipiente donde se muestra más útil la evaluación del grado de independencia con el que la persona realiza las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)¹.

La ejecución independiente de estas actividades tiene un impacto significativo en la salud de los ancianos. Se ha relacionado con niveles más elevados de salud autopercibida y también ha mostrado una asociación directa con la mortalidad. Además, hay otras evidencias de que la dependen-

Puntos clave

- En los ancianos sanos de la comunidad, el primer signo de alarma de deterioro es una leve pérdida de su independencia funcional.
- En esta población se recomienda una evaluación periódica de la independencia para realizar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Hay diversas escalas de valoración de la independencia funcional de las personas mayores, pero las más utilizadas no han sido validadas en nuestro entorno cultural.
- La capacidad funcional potencial no está recogida en los cuestionarios actuales y podría ser útil en algunas situaciones concretas.

cia para realizar las AIVD puede asociarse con los problemas sensoriales, la falta de ejercicio físico, las caídas, las dificultades para la movilidad, la escasez de actividades de ocio y, en definitiva, con una peor calidad de vida.

La American Academy of Family Physicians, en sus recomendaciones de actividades preventivas en atención primaria, revisadas en agosto de 2005, no incluye la evaluación funcional del anciano. Sin embargo, otras fuentes

consultadas de ámbitos cercanos a la US Preventive Services Task Force y a la Canadian Task Force of the Periodic Health Examination sí recomiendan la evaluación periódica de las ABVD y las AIVD, aunque sin citar ninguna escala o cuestionario concreto.

El instrumento más utilizado en nuestro entorno para evaluar las AIVD es el índice de Lawton y Brody. Se puntúa si el individuo realiza la actividad, no si declara que puede hacerla. Da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que las mujeres suelen obtener mayor puntuación; no obstante, evalúa la capacidad para realizar una actividad en circunstancias de soledad, como ocurre en la viudedad. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios podría influir también en la puntuación. Las aplicaciones de esta escala han sido múltiples: se ha utilizado como indicador para determinar el tipo y el nivel de cuidado necesario, decidir el ingreso en una institución, valorar intervenciones, entrenar al personal, y para planificar y proveer servicios, así como en la investigación.

El cuestionario PFAQ² se usa a menudo como un test de cribado cognitivo, aunque su formato es el de un instrumento para actividades de la vida diaria para individuos normales o con alteraciones funcionales leves. Mide la capacidad funcional para desempeñarse en las AIVD. Tiene una alta correlación con el deterioro cognitivo, así como con la escala de Lawton y Brody.

La escala de Evaluación Rápida de la Incapacidad (Rapid Disability Rating Scale-2)³ es otra de las escalas de las AIVD utilizada en la práctica clínica, aunque está más orientada a la coevaluación del estado mental. Puede ser utilizada tanto en sujetos institucionalizados como en la comunidad. Consta de 18 preguntas clasificadas en 3 grupos: ayuda para las actividades de la vida diaria (8 ítems), grado de incapacidad (7 ítems) y 3 preguntas sobre problemas especiales (confusión mental, cooperación y depresión). Tiene 4 opciones de respuesta, con un rango en su puntuación entre 18 y 72 puntos. Los autores obtuvieron valores medios de 21-22 en ancianos no domiciliarios residentes en la comunidad. Se ha sugerido que en estadios moderados-intensos de deterioro cognitivo se obtiene mejor rendimiento que con otras escalas, como la FAQ de Pfeffer o la de Lawton y Brody, que son más sensibles en casos de deterioro leve.

Las láminas de COOP-WONCA⁴ evalúan el estado funcional y la calidad de vida relacionada con la salud. Se solicita al sujeto que evalúe su estado de salud en los últimos 15 días (forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de salud, dolor y apoyo social).

Además, hay otros cuestionarios de capacidad motora, habilidad manual, autocuidados, escalas de medición directa del estado funcional, baterías de mediciones estructuradas de la independencia en las actividades cotidianas y mediciones de habilidades complejas, que aportan más infor-

mación de aspectos concretos en la valoración de la independencia funcional⁵.

Una manera simple de aglutinar alguno de estos instrumentos puede ser el Índice de Capacidad Funcional de Sánchez Colodrón de 1997 (Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Madrid), construido sumando los 6 ítems de evaluación de ABVD del Índice de Katz, los 8 de la escala de Lawton y Brody, y 2 actividades añadidas, por la importancia que le han atribuido algunos autores, que son asearse y peinarse⁶. También puede ser útil evaluar la capacidad funcional potencial con la pregunta: «En el caso de que no recibiera ayuda para realizar la tarea, ¿podría realizarla por usted mismo?», con la hipótesis de que a veces las personas mayores no realizan una actividad, no por falta de capacidad, sino por comodidad o exceso de protección de sus cuidadores. En esta línea, quizá un planteamiento de adaptación, con combinación y selección de diferentes ítems, de entre los ya disponibles, para valorar en nuestro medio las AIVD de manera más sensible o específica sería una tarea más eficiente que empezar de cero la creación de un nuevo instrumento, teniendo en cuenta la extensa evidencia científica disponible sobre el tema. En este sentido, en la actualidad hay 8.833 referencias bibliográficas indexadas en Medline con el criterio «Geriatric Assessment[MeSH]», de las cuales el 30% también tiene el criterio «Activities of Daily Living[MeSH]». Este porcentaje es inferior (el 25,3%; 22/87) cuando a la misma estrategia se le aplica el filtro de idioma en castellano. Esta diferencia puede apoyar la hipótesis de que la utilización de estas escalas es cualitativamente diferente en nuestro medio, lo cual podría deberse a que la mayoría de éstas no han sido adaptadas ni validadas para ser utilizadas en nuestro entorno cultural. Está, pues, justificada la necesidad de investigar en la confección de nuevas escalas de valoración de AIVD más adecuadas para nuestra atención primaria, y cualquier intento por avanzar en este tema se sigue con interés por las expectativas que genera.

Bibliografía

1. Martín Lesende I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. *Aten Primaria*. 2005;36:273-7.
2. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Bates D, Detels R, et al. A survey diagnostic tool for senile dementia. *Am J Epidemiol*. 1981;114:515-7.
3. Linn MW, Linn BS. The rapid disability rating scale-2. *J Am Geriatr Soc*. 1982;30:378-82.
4. Lizán L, Reig A. Adaptación transcultural de una medida de la calidad de vida relacionada con la salud: versión española de las viñetas COOP/WONCA. *Aten Primaria*. 1999;24:75-82.
5. Myers AM, Holliday PJ, Harvey KA, Hutchinson KS. Functional performance measures: are they superior to self-assessments? *J Gerontol*. 1993;48:196-206.
6. Baztán JJ, González JJ, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanovas J, editores. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona: J.R. Prous Editores; 1994.