



SERIE/RESULTADOS EN SALUD PERCIBIDOS POR EL PACIENTE

La valoración de la capacidad funcional, el bienestar psicológico y la salud mental en la atención primaria de salud

Assessment of functional capacity, psychological well-being and mental health in primary care

Abilio Reig-Ferrer^{a,*}, Julio Cabrero-García^b y Luis Lizán Tudela^{c,d}

^aDepartamento de Psicología de la Salud, Universidad de Alicante, Alicante, España

^bDepartamento de Enfermería, Universidad de Alicante, Alicante, España

^cOutcomes Research Group, Departamento de Economía, Universidad Jaime I, España

^dUnidad Docente de Medicina de Familia, Castellón, España

Disponible en Internet el 9 de mayo de 2009

La valoración del estado de salud declarado se puede hacer de manera general o de forma específica. Una estimación general de estado de salud se tiene a través de una respuesta general ante una pregunta del tipo: ¿cómo está de salud? (¿cómo se encuentra usted?, ¿qué tal le va?). El estado de salud se puede medir también a través de las respuestas a una serie de áreas o dominios que se piensa que subyacen al concepto genérico de salud: las dimensiones física, la mental y la social. Este análisis tripartito tiene su base en el concepto de salud, propuesto por la OMS en 1948, como bienestar físico, mental y social. No obstante, la mayor importancia e interrelación entre los dos primeros tipos de bienestar (el físico y el mental) en la atención sanitaria es una realidad avalada por una evidencia incontestable. La salud social, definida como el grado de bienestar derivado de la actividad y las relaciones sociales, suele presentar cierta independencia de los otros dos tipos de bienestar¹. Lo físico y lo mental, a pesar de su aparente significación como dos tipos de propiedad o nivel distintos e irreductibles, denotan y son una única realidad. De hecho, el ítem más universal de valoración general de salud declarada («Diría usted que su estado de salud es: muy bueno, bueno, regular, malo, muy malo») refleja prácticamente por igual tanto la salud física como la salud mental². En este artículo

presentamos los dos dominios principales del estado de salud y la calidad de vida, la función física y la función psicológica (bienestar psicológico y salud mental), y seleccionamos los instrumentos de medida más apropiados para medirlo en el contexto de la atención primaria.

La valoración del funcionamiento físico

Las primeras medidas de funcionamiento físico, el índice de Karnofski o el índice de actividades de la vida diaria de Katz, se desarrollaron para evaluar el impacto en el funcionamiento físico de enfermedades crónicas graves como el cáncer o el ictus, particularmente en contextos institucionalizados y con poblaciones de personas mayores^{3,4}. La discapacidad, es decir, la dificultad o la necesidad de ayuda para realizar estas actividades básicas, tiene importantes consecuencias en la calidad de vida y resulta muy útil para determinar la necesidad de servicios de soporte, y muy especialmente para determinar la necesidad de cuidados de larga duración^{5,6}.

Las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) comprenden los autocuidados: aseo personal, vestirse, ir al aseo, comer y beber, y acciones de movilidad básica: levantarse de la cama y de la silla y desplazarse dentro de casa o por una habitación⁵⁻⁷. El carácter tan básico de estas actividades supone que su sensibilidad para detectar deterioro en el funcionamiento físico se limita al espectro

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: areig@ua.es (A. Reig-Ferrer).

más extremo, es decir, sólo permiten identificar a las personas con los niveles más graves de discapacidad, principalmente las personas más mayores y con enfermedades crónicas graves⁷. De esta forma, no permiten valorar el funcionamiento de la mayoría de las personas.

Para ampliar el espectro de la medida de la discapacidad y el funcionamiento físico, a estas actividades básicas se añadieron otras de carácter más instrumental, necesarias para vivir independientemente en la comunidad: las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)⁸. La primera de estas medidas fue la escala de Lawton y Brody⁹. Este tipo de escalas incluyen comúnmente ítems de actividades domésticas (hacer la comida, lavar y planchar, comprar), movilidad exterior (andar fuera de casa, uso de transporte público) y actividades más cognitivas que físicas (manejar el dinero, uso del teléfono)⁹⁻¹¹. Aunque estas medidas tienen la ventaja, respecto a las medidas de ABVD, de detectar niveles menos severos de discapacidad y, por lo tanto, son susceptibles de usarse en poblaciones no institucionalizadas, presentan otras desventajas⁷. Por un lado, son complejas en su composición, lo que dificulta el desarrollo de medidas sumarias^{11,12}. Es característico que los ítems «cognitivos» conformen una dimensión separada del resto, que tiene un denominador común físico^{12,13}. Por otro lado, algunas de las actividades son dependientes de los roles de género, de la cultura y de las preferencias personales^{14,15}.

Además de los cuestionarios autoaplicables, en los últimos 20 años se han creado medidas de funcionamiento basadas en el desempeño objetivo¹⁶. Uno de los tests más empleados en la investigación es la batería abreviada de desempeño físico (Short Physical Performance Battery), creada en el contexto de los estudios EPESE¹⁷. Esta breve batería de desempeño de las extremidades inferiores incluye tres tests, uno de equilibrio, otro de andar 4 m y un tercero de levantarse y sentarse en una silla 5 veces. El grueso de la evidencia epidemiológica longitudinal que ha mostrado que las dificultades en la movilidad son un potente predictor de discapacidad y de otros resultados adversos como mortalidad y hospitalización se ha realizado con esta batería¹⁷⁻¹⁹.

Las limitaciones funcionales, sin embargo, son conceptualmente distintas de las actividades incluidas en las escalas de AVD, según el modelo conceptual del proceso de discapacidad (marco conceptual fundamental en este ámbito)^{6,19}. Según este modelo, antes del desarrollo de la discapacidad en las AVD se producen limitaciones en el funcionamiento del organismo como un todo. La evidencia a favor de esta secuencia, específicamente entre limitaciones funcionales y discapacidad, es sólida: la discapacidad o las limitaciones en la movilidad de los miembros inferiores son precursoras de la discapacidad en AVD¹⁹. Algunos autores denominan discapacidad preclínica al estadio en el que la persona no presenta discapacidad (dificultad) pero ha modificado la forma de realizar las acciones; por ejemplo, más lentamente, realizando pausas, con menor frecuencia, etc.²⁰.

Medición de la función física

La mayoría de los instrumentos existentes para medir la función física son cuestionarios creados fuera de nuestro

país, mayoritariamente desarrollados en contextos y muestras anglosajones⁴. Consecuentemente, la disponibilidad de estos instrumentos para la investigación y la práctica en España está limitada a la existencia de versiones en español correctamente adaptadas, lingüística y culturalmente, y validadas²¹. Además, la calidad de este proceso puede ser deficiente en algunos casos, según los estándares actuales de calidad científica del proceso de adaptación²². Otros instrumentos se basan en medidas objetivas de desempeño, en las que el proceso de adaptación puede ser más sencillo y estar menos sujeto a sesgo. Repasaremos selectivamente, a continuación, algunas de las medidas disponibles (adaptadas).

Medidas clásicas de función física

Medidas de actividades básicas de la vida diaria

Las dos escalas más empleadas en España son el índice de Katz y el índice de Barthel²². Ambas se utilizan preferentemente en la práctica geriátrica²³. Lamentablemente, existen múltiples versiones de ambas escalas en español (además, los procesos de adaptación en bastantes casos han sido deficientes), lo que dificulta su uso estandarizado²².

Como se ha dicho previamente, las escalas de ABVD evalúan el espectro superior de la discapacidad (o el espectro inferior del funcionamiento), por lo que su interés es limitado en la atención primaria, salvo para determinar la elegibilidad de pacientes susceptibles de servicios de atención domiciliaria o como una medida de la severidad de las consecuencias de la morbilidad o comorbilidad en las personas mayores^{5,22}. En el primer caso, con la finalidad de cribar, en el segundo, como uso diagnóstico. Ninguno de los dos índices, sin embargo, son suficientemente sensibles para detectar cambios ante intervenciones clínicas²⁴.

Medidas de actividades instrumentales de la vida diaria

No hay escalas adaptadas ni tampoco creadas en España. A pesar ello, una recomendación común es usar la escala de Lawton y Brody. Martín-Lesende et al²⁵ están desarrollando una escala de este tipo, aunque hasta el momento sólo se han presentado datos acerca de su validez de contenido. Un aspecto interesante de esta iniciativa es la búsqueda de ítems que carezcan de sesgo de género, un problema al que ya nos hemos referido previamente.

Las nuevas medidas de función física

Actualmente se están adaptando las escalas Late Life Function and Disability Instrument (LL-FD)^{26,27}; las relativas a función física comprenden dos subescalas separadas para la movilidad de los miembros superiores e inferiores. Otra iniciativa en marcha es el desarrollo de un banco de ítems de movilidad para uso en atención primaria²⁸. La tecnología de los bancos de ítems permite el desarrollo de escalas breves (cinco o seis ítems), muy fiables y adaptadas al nivel de desempeño del encuestado.

Finalmente, se pueden emplear pruebas objetivas de desempeño físico. La batería de movilidad de las extremidades inferiores SPPB es un buen ejemplo. La literatura indica que un pobre desempeño de las extremidades inferiores permite identificar a las personas mayores con riesgo de discapacidad que pueden beneficiarse de intervenciones para prevenir la discapacidad¹⁷. Un estudio ha demostrado que su uso con esta finalidad es factible y eficiente en atención primaria²⁹. En España, Cabrero et al³⁰ han fiabilizado esta batería en atención primaria y están validando su capacidad predictiva, junto con cuestionarios autoaplicables sobre función física.

La valoración del bienestar psicológico y de la salud mental

Muchos problemas de malestar psicológico y de salud mental tienen una inmediata traducción, así como una amplia recepción, en la atención primaria de salud. En su práctica clínica, el profesional sanitario se enfrenta a esta gran presencia de problemas emocionales, que por otra parte suelen acompañar a cualquier problema de salud, desprovisto en muchos casos de recursos apropiados para una correcta atención. Se hace necesario un esfuerzo para identificar estos problemas emocionales con instrumentos estandarizados y válidos al objeto de tomar la decisión más aconsejable.

Concepto de bienestar psicológico y salud mental

Bienestar psicológico y salud mental son habitualmente dos conceptos que se utilizan intercambiamente y tienen que ver con la dimensión psicológica, o funcionamiento psicológico, de la salud. Frente al funcionamiento físico y social, esta dimensión se traduce, en la práctica, en el grado de manifestación emocional (calidad, frecuencia e intensidad afectiva) que presenta el individuo y que acompaña o puede afectar a la evolución de su estado de salud y de su calidad de vida. Mientras que las diferencias en salud física se observan a menudo en el comportamiento, la salud mental abarca sentimientos que pueden o no manifestarse en el comportamiento observable. Dos han sido tradicionalmente los parámetros básicos en el estudio de la emoción: su identificación, según su contenido biológico y psicológico, y el estilo emocional, la frecuencia e intensidad con la que cada individuo vive sus emociones, tanto positivas (entusiasmo) como negativas (odio)³¹⁻³³.

En la atención sanitaria, los conceptos de bienestar psicológico y salud mental son asimilables al de bienestar subjetivo de tipo afectivo. Este bienestar emocional o afectivo se caracteriza por la presencia de un mayor grado de afectividad positiva (interés, alegría, vitalidad) frente a la negativa (sentimientos de tristeza, miedo o rabia).

Valoración del bienestar afectivo o salud emocional

La alta prevalencia del malestar psicológico en la atención primaria³², la confirmación de la insuficiente capacidad de los médicos para valorar y atender adecuadamente la salud

mental de los pacientes³³, y su elevado coste en recursos sanitarios (ocupando el segundo lugar del coste asistencial en gasto farmacéutico y el tercer lugar del coste asistencial total)³⁴ son aspectos importantes que tener en cuenta para una adecuada valoración de la salud psicológica o mental de los pacientes.

Disponemos de una serie de medidas, adecuadas, estandarizadas y bien validadas al español, que proponemos como instrumentos de elección para valorar la salud emocional de los pacientes. Un instrumento adaptado y validado al castellano que permite atribuir utilidades a los distintos estados de salud (la preferencia del paciente por cada estado de salud) es el Índice de Utilidades de Salud Mark 3 (HUI-3, Health Utilities Index Mark 3)³⁵. Este instrumento genérico contiene 8 atributos de único ítem para describir la salud y asignar una utilidad a cada uno de ellos: Visión, Audición, Habla, Deambulación, Destreza, Emoción, Cognición y Dolor. Como sistema de clasificación, este instrumento permite valorar la situación de un paciente en cada uno de los ocho atributos, conocer la puntuación normativa que corresponde a su estado de salud y valorar el cambio producido en cada atributo en el caso de aplicarse en situaciones sucesivas. Como sistema de utilidades, se registra la preferencia por un determinado estado de salud en base al grado de aceptación o de rechazo que genera dicho estado. Se dispone de baremos para la población española, tanto para los distintos niveles de cada atributo como para puntuación total como descripción unidimensional del nivel de gravedad del estado de salud. Un percentil más alto indica mayor gravedad.

El Cuestionario de Salud General (GHQ)³⁶ es el instrumento de elección para detectar trastornos psíquicos tanto en ámbito comunitario como en medios clínicos no psiquiátricos. A través de las dos versiones más habituales de 28 y de 12 ítems (GHQ-28; GHQ-12) se detecta tanto la dificultad para seguir llevando a cabo las funciones saludables normales como la aparición de fenómenos de malestar psíquico. El GHQ-28 permite valorar síntomas somáticos de origen psicológico (escala A), angustia y ansiedad (escala B), disfunción social en actividad diaria (escala C) y depresión (escala D). Se establece como límite normal patológico un punto de corte 5/6 (6/7 para personas de edad avanzada). Para la versión GHQ-12, el punto de corte óptimo se sitúa en 2/3 (<3, normal; >2, posible trastorno psíquico), con una sensibilidad del 76% (el 76% de posibilidad de que un «caso» así lo sea) y una especificidad del 80% (el 80% de probabilidad de que un sujeto «sano» lo sea). El GHQ-12 es sensible a trastornos muy transitorios que pueden remitir sin tratamiento. Es importante recordar que el GHQ detecta trastornos de menos de 2 semanas de duración y que no establece un diagnóstico clínico.

Por último, el Índice de Bienestar Psicológico General (IBP o PGWB Index)^{37,38} es un instrumento de 22 ítems, diseñado dentro del marco del estudio RAND, que permite evaluar seis estados emocionales tanto positivos como negativos: Ansiedad, Depresión, Estado de ánimo positivo, Vitalidad, Autocontrol, y Salud general. Proporciona un índice que ha demostrado ser válido para la detección de malestar psicológico subjetivo con buenos indicadores de clasificación, sensibilidad y especificidad utilizando como comparación el GHQ-28.

Comentarios finales

Las medidas de función física y psicológica aquí presentadas, y en general las de estado de salud y calidad de vida, interesan y son usadas más por los investigadores que por los clínicos³⁹. A pesar de que estas medidas son comparables en términos de fiabilidad y validez a las medidas clínicas usadas habitualmente en la práctica⁴⁰, los profesionales sanitarios se muestran escépticos sobre su significado y su aplicabilidad⁴¹. Hay evidencias de que estas medidas pueden mejorar el diagnóstico y el reconocimiento de problemas, así como la comunicación entre profesionales y pacientes, pero no hay evidencia que respalde su uso sistemático^{39,41}.

Bibliografía

- Smith KW, Avis NE, Assmann SF. Distinguishing between quality of life and health status in quality of life research: A metaanalysis. *Qual Life Res.* 1999;8:447-59.
- Bjorner JB, Fayers PM, Idler EL. Self-rated health. En: Fayers PM, Hays RD, editors. *Assessing quality of life.* Oxford: Oxford University Press; 2005. p. 309-23.
- Lorenz KA, Cunningham WE, Spritzer KL, Hays RD. Changes in symptoms and health-related quality of life in a nationally representative sample of adults in treatment for HIV. *Qual Life Res.* 2006;15:951-8.
- McDowell I. *Measuring health: a guide to rating scales and questionnaires.* 3.ª ed. Nueva York: Oxford University Press; 2006.
- Guralnik J, Fried L, Salive M. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health.* 1996;17:25-46.
- Verbrugge L, Jette A. The disablement process. *Soc Sci Med.* 1994;38:1-14.
- Avlund K. Methodological challenges in measurements of functional ability in gerontological research. A review. *Aging (Milano).* 1997;9:164-74.
- Katz S. Assessing self-maintenance: Activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living. *J Am Geriatr Soc.* 1983;31:721-7.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist.* 1969;9:179-86.
- Lindeboom R, Vermeulen M, Holman R, De Haan RJ. Activities of daily living instruments: optimizing scales for neurologic assessments. *Neurology.* 2003;60:738-42.
- Coster WJ, Haley SM, Andres PL, Ludlow LH, Bond TLY, Ni P. Refining the conceptual basis for rehabilitation outcome measurement. *Med Care.* 2004;42(Suppl 1):162-72.
- Thomas VS, Rockwood K, McDowell IM. Multidimensionality in instrumental and basic activities of daily living. *J Clin Epidemiol.* 1998;51:315-21.
- Stump TE, Clark DO, Johnson RJ, Wolinsky FD. The structure of health status among Hispanic, african American, and white older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci.* 1997;52 Spec No:49-60.
- Johnson RJ, Wolinsky FD. Gender, race, and health: The structure of health status among older adults. *Gerontologist.* 1994;34:24-35.
- Allen SM, Mor V, Raveis V, Houts P. Measurement of need for assistance with daily activities: quantifying the influence of gender roles. *J Gerontol Soc Sci.* 1993;48:204-11.
- Guralnik J, Ferrucci L. Assessing the building blocks of function: utilizing measures of functional limitation. *Am J Prev Med.* 2003;25(Supl 3):112-21.
- Guralnik J, Ferrucci L, Simonsick E, Salive M, Wallace R. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med.* 1995;332:556-61.
- Guralnik J, Ferrucci L, Pieper C, Leveille S, Markides K, Ostir G, et al. Lower extremity function and subsequent disability: consistency across studies, predictive models, and value of gait speed alone compared with the short physical performance battery. *J Gerontol.* 2000;55:M221-31.
- Fried L, Bandeen-Roche K, Chaves P, Johnson B. Preclinical mobility disability predicts incident mobility disability in older women. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2000;55:M43-52.
- Cella D, Yount S, Rothrock N, Gershon R, Cook K, Reeve B, et al. The Patient-Reported Outcomes Measurement Information System (PROMIS): progress of an NIH Roadmap cooperative group during its first two years. *Med Care.* 2007;45:S3-S11.
- Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza C. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2008;43:271-83.
- Abizanda P, Romero L. Innovación en valoración funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2006;41(Supl 1):27-35.
- Casiano E, Paddon D, Ostir G, Sheffield M. Assessing functional status measures in older adults: a guide for healthcare professionals. *Phys Ther Rev.* 2002;7:89-101.
- Badia X, Salamero M, Alonso J. La medida de la salud. Guía de escalas de medición en español. 3.ª ed. Barcelona: Edimac; 2002.
- Martin-Lesende I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria: recomendación. *Aten Primaria.* 2005;36:273-7.
- Haley S, Jette A, Coster W, Kooyoomjian J, Levenson S, Heeren T, et al. Late Life Function and Disability Instrument: II. Development and evaluation of the function component. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci.* 2002;57:M217-22.
- Paterna Mellinas G, López Jiménez M, Martínez Sánchez E, Atienzar Núñez P, Perona Moratalla B, Abizanda Soler P. Validación al español del instrumento Late Life Function and Disability Instrument. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Espec Congr:23.
- Ramos Pichardo JD, Cabrero García J, González Llopis L, Gómez Moreno N, Cabañero Martínez MJ, Richart Martínez M. Fiabilidad y Validez de un autoinforme de limitaciones funcionales (movilidad) en personas mayores. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2007;42 Espec Congr:24.
- Cavazzini C, Conti M, Bandinelli S, Gangemi S, Gallinella M, Lauretani F, et al. Screening for poor performance of lower extremity in primary care: the Camucia Project. *Aging Clin Exp Res.* 2004;16:331-6.
- Cabrero J, Reig-Ferrer A, Muñoz C, Cabañero MJ, Ramos J, Richart M, et al. Reproducibilidad de la batería EPESE de desempeño físico en atención primaria. *Anal Modif Conduct.* 2007;33:67-83.
- Ryan RM, Deci EL. On happiness and human potentials: a review of research on hedonic and eudaimonic well-being. *Annu Rev Psicol.* 2001;52:141-66.
- Caballero Martínez L, Fernández-Liria A, Ramos Brevia JA, Gil Miguel A, Madrigal Jiménez M, Porrás Chavarino A, et al. Prevalencia de los trastornos psiquiátricos en atención primaria usando el cuestionario PRIME-MD. *Aten Primaria.* 1999;23:275-9.
- Aragóns Benaiges E, Labad Alquézar A, Piñol Moreso JL. Estudio de los trastornos depresivos en la atención primaria de salud. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2005;32:30-7.
- Brotons Cuixart C, Moral I, Pitarch Salgado M, Sellarès Sallars J, Bohigas Santasusana L, et al. Estudio evaluativo de los costes asistenciales en atención primaria. *Aten Primaria.* 2007;39:485-9.

35. Ruiz M, Rejas J, Soto J, Pardo A, Rebollo I. Adaptación y validación del Health Utilities Index Mark 3 al castellano y baremos de corrección en la población española. *Med Clin (Barc)*. 2003;120:89–96.
36. Goldberg D, Williams P, Lobo A, Muñoz PE. Cuestionario de Salud General GHQ (General Health Questionnaire). Guía para el usuario de las distintas versiones (David Goldberg y Paul Williams). Versiones en lengua española validadas (Antonio Lobo y Pedro Enrique Muñoz). Barcelona: Masson; 1996.
37. Badia X, Gutiérrez F, Wiklund I, et al. Validity and reliability of the spanish version of the General Well-Being Index. *Qual Life Res*. 1996;5:101–8.
38. González García-Portilla MP, Bobes J, Sáiz P, Pedregal J, Bousoño M. Bienestar psicológico y población involutiva. Evaluación a través del PGWB Index de Dupuy. *Rev Gerontol*. 1996;6:232–8.
39. Valderas JM, Kotzeva A, Espallargues M, Guyatt G, Ferrans CE, Halyard MY, et al. The impact of measuring patient-reported outcomes in clinical practice: a systematic review of the literature. *Qual Life Res*. 2008;17:179–93.
40. Patrick DL, Chiang YP. Measurement of health outcomes in treatment effectiveness evaluations: conceptual and methodological challenges. *Med Care*. 2000;38(Suppl):114–25.
41. Marshall S, Haywood K, Fitzpatrick R. Impact of patient-reported outcome measures on routine practice: a structured review. *J Eval Clin Pract*. 2006;12:559–68.