

¿ESTAMOS UTILIZANDO EL INSTRUMENTO ADECUADO PARA VALORAR LA DEPENDENCIA? REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autores:

Fernández-Ramajo M^a Aránzazu¹, González-Bustillo M^a Begoña², Gutiérrez-De Montes Susana³, Sánchez-Alonso Rosa Isabel⁴, Hernández-Pedraza Raquel⁵, Jiménez-Verdú Mercedes⁶ Duarte-Climents Gonzalo⁷ Sánchez –Gómez, María Begoña⁷

¹Enfermera, Centro de Salud Barrio España, Gerencia de Atención Primaria de Valladolid este. ²Enfermera, Centro de Salud Circunvalación, Gerencia de Atención Primaria de Valladolid este. ³Enfermera, Centro de Salud Rondilla II. Gerencia de Atención Primaria de Valladolid este. ⁴Enfermera, Gerencia Atención Primaria de Ávila. ⁵Enfermera, Centro de Salud de Ávila norte. ⁶Enfermera, Centro de Salud de Burgohondo, Ávila. ⁷Enfermera. DC Cuidados Sociosanitarios

Dirección para la correspondencia: M^a Aránzazu Fernández Ramajo, C.S. Barrio España, C/ Costa Brava s/n, 47010 Valladolid, Teléfono 983.31.03.99, e-mail-ertanguillo@hotmail.com

Contenido:

Recomendaciones.....	2
Resumen	3
Abstract.....	5
Introducción	6
Método.....	7
Resultados.....	9
Discusión	15
Bibliografía.....	20
Tablas.....	23
Anexo 1.....	29
Anexo 2.....	30
Anexo 3.....	32
Anexo 4.....	34
Anexo 5.....	35
Anexo 6.....	37
Anexo 7.....	38
Anexo 8.....	39
Anexo 9.....	41

Recomendaciones

Las implicaciones para la práctica profesional de nuestro estudio se resumen en:

- necesidad de utilizar instrumentos de mayor calidad psicométrica
- realización de trabajos dirigidos a la estandarización de la aplicación de estos instrumentos y su valoración, para que exista mayor homogeneidad a la hora de su utilización
- consideramos necesario el desarrollo de otros instrumentos basados en modelos psicométricos potentes.

Resumen

En España, se realiza la valoración de la dependencia, con un baremo oficial. La medida de la dependencia, puede estar condicionada por los instrumentos que se utilicen. Ésta revisión, es parte de la estrategia SACYL para un banco de evidencias en cuidados.

OBJETIVO: Identificar la evidencia disponible sobre los instrumentos para valorar la dependencia.

METODO: Revisión de la literatura y búsqueda referencial. Método de análisis y síntesis de información: índice de GRAqol.

RESULTADOS: Se identifican 1027 artículos que cumplen con los criterios. Se filtran 42. Tras su análisis y lectura crítica se seleccionan 12.

No se ha encontrado estudios sobre características psicométricas del baremo específico de la dependencia.

Tras evaluación crítica con el índice GRAqol los principales resultados son:

Instrumentos de valoración funcional: las características psicométricas son para del índice de Barthel con un 55% y de Lawton y Brody con un 40% y el índice de Katz con un 44%.

Instrumentos que valoran la esfera psicológica: el índice GRAqol es superior en el Pfeiffer con un 81% que en el Minimal con un 68%. Se evalúa el test de Yesavage con un 81%.

Instrumentos de valoración social: el test de Apgar familiar con un 70% y escala de valoración sociofamiliar con un 77%, fueron superior al cuestionario Duke con un 66,6%.

DISCUSION: Sorprende encontrar instrumentos de uso habitual que no cumplen con criterios básicos de calidad psicométrica como el índice katz, Barthel y Lawton y Brody.

Las implicaciones para la práctica profesional de nuestro estudio se resumen en la necesidad de utilizar instrumentos de mayor calidad psicométrica.

TITLE: ARE WE USING THE RIGHT TOOL TO MEASURE DEPENDENCE? SYSTEMATIC REVIEW.

Abstract

In Spain, made the assessment of dependence, with an official scale. The measure of dependence, may be conditioned by the instruments used. This review is part of the strategy for a bank SACYL evidence in care. To identify the available evidence on the instruments to assess the dependency.

METHOD: Review of literature and reference search. Method of analysis and synthesis of information: GRAqol index.

RESULTS: We identified 1027 articles that met the criteria. 42 are filtered. After analysis and critical reading are selected 12. Could not find studies on psychometric properties of the specific scale dependence. After critical evaluation index GRAqol the main results are: Functional assessment instruments: the psychometric properties are for the Barthel index with un55% and Lawton and Brody with 40% and Katz index at 44%. Instruments that assess the psychological sphere: the rate is higher in GRAqol Pfeiffer with 81% in the Minimental with 68%. It evaluates the test with 81% Yesavage. Social assessment tools: the Apgar score with a 70% family and social family rating scale with 77%, were superior to the questionnaire Duke with 66.6%.

DISCUSSION: It is surprising to find commonly used instruments that do not meet basic criteria for psychometric quality as the index katz, Barthel, Lawton and Brody. The implications for professional practice of our study are summarized in the need for higher quality psychometric instruments.

Introducción

Se define dependencia como la pérdida de la autonomía personal en algún sentido y condicionada por la discapacidad física, psíquica, limitaciones sociales y económicas. Desde el punto de vista operativo y conceptual, una persona es dependiente cuando requiere ayuda de otra para desempeñar determinadas actividades cotidianas¹.

La ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia, publicada en el BOE de 15 de diciembre de 2006, obligó a la Administración Pública a tener un sistema de valoración para personas en situación de dependencia².

La discapacidad es la dificultad o imposibilidad de realizar actividades³, es entendida globalmente como la interacción entre las funciones y estructuras alteradas del cuerpo y la capacidad para realizar diversas actividades como persona. Dependencia y discapacidad son conceptos relacionados pero no superponibles.

Las situaciones de dependencia, afectan a diferentes esferas de la vida: personal, familiar, social, médica, económica y asistencial que son estudiadas por diferentes profesionales y disciplinas. Esta situación, por un lado enriquece y profundiza su estudio y por otro lado da lugar a confusión por los diferentes términos, definiciones escalas y métodos de clasificación⁴.

Hoy en día, existen numerosos instrumentos de evaluación que como señalábamos, dan lugar a confusión. Por un lado, induce a utilizar instrumentos para medir cuestiones para las que no están diseñados. También es imposible conocerlos todos en profundidad, con los consecuentes riesgos de interpretación. Otro problema es la falta de comparabilidad de los resultados y muchos de estos instrumentos no cuentan con las características psicométricas mínimas exigidas³.

En España, la población mayor de 65 años es la más susceptible de padecer alguna dependencia. A fecha de diciembre de 2008 es de 7.632.925 y los mayores de 65 años en Castilla y León son 570.332⁵. De ahí la importancia de las administraciones públicas y en concreto del Servicio de Salud de Castilla y León (SACYL) por tener los mejores instrumentos de medida para valorar la dependencia. Es lo que se propone esta revisión, ¿Estamos utilizando el instrumento adecuado para valorar la dependencia?

Objetivos:

1. Identificar la evidencia disponible sobre instrumentos para valorar la dependencia.
2. Elaborar recomendaciones de mejora de la Cartera de Servicios SACyL.

Método

1. Estrategia de búsqueda

Para la realización de esta revisión se realiza un protocolo explícito de revisión sistemática por pares y resolución de discrepancias en grupo con conexiones de búsquedas on-line, que permite mediante la realización de una pregunta, planificar la investigación de evidencias en literatura científica relacionada en nuestro caso con el baremo de la dependencia.

La pregunta inicial de búsqueda es: ¿Estamos utilizando el instrumento adecuado para valorar la dependencia?

La estrategia de búsqueda se realiza a través del formato de Sackett-PICO (paciente, intervención, comparador y variable)⁶. (Tabla1).

Paciente: Paciente dependiente

Intervención: Instrumento de valoración.

Comparación: Otros cuestionarios

Variable: Validez, fiabilidad, sensibilidad y especificidad.

Para la obtención de documentos originales se han realizado búsquedas electrónicas en las siguientes bases de datos: Biblioteca Virtual de Salud (BVS), Scielo, Medline, CUIDEN, Joanna Briggs Institute (JBI) y Cochrane Library. Se completa con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google y la bibliografía referencial en los artículos encontrados y seleccionados. No hay límite de fecha para la búsqueda, es decir, desde el comienzo de indexación de cada base, hasta Septiembre del 2009. Se siguen las estrategias de búsqueda representadas en la Tabla 2.

2. Criterios de inclusión y exclusión

Los criterios de inclusión de los estudios son según el tema sin restricciones por fecha de publicación o método de estudio. Se incluyen todos aquellos artículos originales que utilizan algún instrumento para evaluar las diferentes áreas de valoración funcional, psicológica y social; así como diferentes estudios en los que se evalúan estos instrumentos de medida.

Los criterios de exclusión son los instrumentos sobre adherencia al tratamiento, atención al cuidador y anciano de riesgo, objeto de otras revisiones. Por otro lado, también se excluyeron todos aquellos artículos que no estuvieran en inglés, español o portugués.

3. Extracción de datos

Una vez identificados los artículos que cumplen los criterios de inclusión, se realiza la extracción de datos. El método de análisis que utilizamos es el índice de GRAQol⁷ que mide el grado de desarrollo de un test y su nivel de calidad.

Para cada instrumento se considera el tipo de variable o área que valora y las propiedades psicométricas de este.

En este índice se asigna una puntuación del 0 al 2 y NP cuando no procede al instrumento de medida adaptado/creado para su uso en España de acuerdo con los siguientes criterios:

1. Traducción y retro traducciones.
2. Prueba piloto de la adaptación.
3. Validación / adaptación de las ponderaciones.
4. Validación estructural.
5. Validación convergente – discriminante.
6. Validación / adaptación de puntos de corte.
7. Sensibilidad en distintas poblaciones.
8. Fiabilidad interna.
9. Fiabilidad test – retest.
10. Fiabilidad entre observadores.
11. Sensibilidad al cambio.

Cuando el índice da una puntuación menor al 50% indica un nivel de desarrollo pobre, entre el 51% y el 70% significa un nivel de desarrollo aceptable y mayor del 71% significa un nivel de desarrollo bueno.

Resultados

Se identifican 1027 artículos que cumplen con los criterios. Se filtran 37 de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión y se añade 1 de búsqueda de referencial (Tabla 3). Tras su análisis y lectura crítica se seleccionan 25 en los que se identifican y analizan 9 instrumentos (Anexo 1).

No se han encontrado estudios sobre las características psicométricas del baremo específico de la dependencia.

No se encuentran instrumentos globales específicos para valorar la dependencia con aplicabilidad clínica.

Se encuentran diferentes instrumentos que valoran aspectos parciales de dependencia. Tras evaluación crítica con el índice GRAqol los principales resultados son (Tabla 4):

Instrumentos de valoración funcional: las características psicométricas del índice de Barthel (IB)- 55%, de Lawton y Brody- 40% y al índice de Katz -44%.

Instrumentos que valoran la esfera psicológica: el índice GRAqol es superior en el Pfeiffer- 81% que en el Minimental- 68%. Se evalúa el test de Yesavage-81%.

Instrumentos de valoración social: el test de Apgar familiar- 70% y escala de valoración sociofamiliar- 77%, fueron superior al cuestionario Duke- 66,6%

KATZ ^{8,9,10,11}

Una de las primeras escalas publicadas y diseñadas para evaluar el estado funcional del anciano, es una escala sencilla, su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo. Está validada, es altamente replicable, coeficiente de replicabilidad entre 0,94 y 0,97, con un coeficiente de correlación 0,73 y 0,98, buena validez interobservador, buena consistencia interna y elevada validez de

contenido y de constructor. Tiene la ventaja de su sencillez, facilidad de aplicación y comodidad para el paciente, y como defecto su baja especificidad, la sensibilidad a pequeños cambios en el deterioro o mejora de la salud es inferior al Barthel.

Al aplicar el índice GRAQol a los artículos de referencia encontramos que no se cita la traducción y retrotraducción, no se cita prueba piloto de adaptación, ni se cita la adaptación de las ponderaciones. Sí existe una validación estructural, ya que se valora la significación estadística entre porcentajes, utilizando la prueba del χ^2 con corrección de Yates y los resultados fueron procesados mediante los paquetes estadísticos DBASEII plus y SPSS. En cuanto a la validación convergente, no se realiza, puesto que evalúa la capacidad funcional del anciano según el índice de Katz no comparándolo con ningún otro. No realiza adaptación de puntos de corte, ni cita sensibilidad a las distintas poblaciones. La consistencia interna se obtuvo mediante el cálculo de alfa de Cronbach. Existe fiabilidad test-retest, ya que se encuesta tres veces a los sujetos seleccionados para el estudio; también cumple la fiabilidad entre observadores, puesto que se realiza por diferentes profesionales individualmente. En cuanto a la sensibilidad al cambio, se valora, aunque es poco sensible a pequeños cambios. Con todo ello el resultado es: índice de GRAQol (IG) = 45% lo que indica un nivel de desarrollo pobre.

EI ÍNDICE DE BARTHEL^{13, 14, 15, 16}

Evalúa la independencia de una persona para la realización de 10 actividades de la vida diaria. Tiene diferentes versiones a nivel internacional con modificaciones en las escalas de puntuación y en el número de ítems. En las adaptaciones en castellano sólo Baztán et al¹⁴ indican haber realizado una traducción de la versión de Mahony y Barthel¹³, pero es una traducción simple y no encontramos en ningún estudio la realización de retrotraducciones.

En cuanto a la validez, a nivel de la adaptación de las ponderaciones no procede realizarla.

En cuanto a la fiabilidad sólo se informa de ella, por equivalencia en la versión de Baztán et al, cuya correlación interobservador supera los criterios de calidad mínima a nivel grupal (>70), pero no a nivel individual (>90). Se informa de los datos de validez de criterios predictivo, no concurrente. Hay escasa información sobre la fiabilidad de esta escala, especialmente sobre la fiabilidad test-retest. Se informa de la validez de

constructo, no de la validez discriminante. Se lleva a cabo evidencias convergentes y divergentes. También se evalúa la responsividad.

Con todo esto, el resultado para el IG es del 55% lo que indica un nivel de desarrollo aceptable.

LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY^{17, 18}

Valora la capacidad de desarrollo de tareas que implican el manejo de utensilios habituales. Al realizarle el IG podemos decir que existe traducción de la escala, pero no hemos encontrado en ningún artículo si se han realizado retro traducciones, prueba piloto a la adaptación, la validación/adaptación a las ponderaciones y validación estructural o de concepto que determina la relación entre los instrumentos, validación/adaptación a los puntos de corte, ni fiabilidad entre observadores. Si que hemos encontrado la validación convergente/ discriminante al realizar estudios de interrelación con otros instrumentos. En cuanto a la sensibilidad en distintas poblaciones este instrumento tiene capacidad para discriminar niveles de gravedad. La fiabilidad interna es alta con un alfa de Cronbach del 96 %, también tiene una buena fiabilidad test retest. Sí demuestra sensibilidad al cambio al detectar cambios en la salud del individuo. Finalmente el resultado es: IG = 40% lo que indica un nivel de desarrollo pobre.

EL TEST DE PFEIFFER^{19, 20, 21}

Es diseñado para el cribado del deterioro cognitivo.

Se realiza una adaptación transcultural realizada de la versión original y se hace una traducción y retrotraducción al inglés de la versión en castellano prácticamente literal excepto para la pregunta 9 que fue diferente. Se hacen también pruebas de validez de ponderaciones, convergente y divergente.

La fiabilidad interobservador e intraobservador es de 0.734 y 0.925, respectivamente. La validez convergente alcanzó un coeficiente de Spearman de 0.738 al comparar el test de Pfeiffer con el Mini Examen Cognoscitivo (MEC), y de 0.578 al hacerlo con el test del informador. También es estudiado la fiabilidad interna, test-retest y entre observadores, así como la sensibilidad al cambio. Los únicos criterios que no se estudian son la validez estructural y la sensibilidad en distintas poblaciones.

Tras el estudio de los diferentes artículos, se otorga al test de Pfeiffer una puntuación en el IG del 81%, lo que significa que tiene un nivel de desarrollo bueno y adecuado.

MINIMENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)^{22, 23}

Fue creado por Folstein y cols. Es el test de cribado más utilizado en la clínica y en epidemiología. Ha sido traducido al castellano y adaptado, el MEC es una adaptación validada al castellano por Lobo y cols. En los artículos encontrados, no hay constancia de la existencia de retro traducciones, prueba piloto a la adaptación ni sensibilidad en distinta poblaciones. En cuanto a la validación/adaptación a la ponderación, existen diferentes puntuaciones en los ítems de esta escala en función de su contenido. La validación estructural, este instrumento contiene los ítems representativos de los elementos, la definición del concepto. La valoración convergente es adecuada pues esta escala se ha interrelacionado con otros instrumentos. Referente a la validación y adaptación a los puntos de corte, existen 3 puntos de corte que clasifican al paciente en leve, moderado y grave. Tiene una fiabilidad interna alta con un alfa de Cronbach 0.96. La fiabilidad test-retest fue positiva. No existe documentación sobre la fiabilidad entre observadores. Si existen datos sobre la sensibilidad al cambio pero con connotaciones negativas. Finalmente el resultado es: IG = 68% lo que indica un nivel de desarrollo aceptable.

La escala para evaluar la depresión **YESAVAGE**^{24, 25, 26}

Fue construida específicamente para personas mayores. Está validada al castellano, tiene una elevada sensibilidad del 84%, y especificidad del 95%, fiabilidad intraobservador del 0,95, fiabilidad interobservador de 0,65 y consistencia interna de 0,99.

Al aplicar el índice GRAQol nos encontramos que existe traducción y retrotraducción, traducción del texto por 3 personas diferentes, retrotraducción por 3 traductores nativos que desconocían la existencia del original, se entrevistó a una muestra piloto de 20 personas y se concretó la versión definitiva. En cuanto a la validez estructural, se analizan los datos utilizando el paquete estadístico SPSS-9.0 y se realizó un análisis descriptivo utilizando medidas de tendencia central y distribución de frecuencias, calculando los intervalos de confianza para un 95% de seguridad. Se examina la validez convergente, valorando la correlación existente entre la Escala Geriátrica de Depresión – versión española (GDS-VE) y la escala Montgomery-Asberg

de la detección de la depresión, alcanzando un coeficiente de correlación de Spearman de 0,235. La adaptación de puntos de corte se realiza obteniendo la mejor relación sensibilidad/especificidad para un punto de corte de 5. De los 249 sujetos del estudio, no se detectaron diferencias en relación a diferentes grupos de edad ni de formación académica. La consistencia interna alcanzó un valor de 0,994. Se realizó el cuestionario por médico, enfermera y otro investigador de forma ciega.

El resultado: IG = 81,8%. Lo que significa un nivel de desarrollo bueno.

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN FAMILIAR APGAR-FAMILIAR^{27, 28}

Apgar-familiar fue diseñado para explorar el impacto de la función familiar de sus miembros, y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si, por el contrario, influye empeorando la situación.

Aunque existen varias versiones en castellano del Apgar-familiar, se ha hecho una traducción-retrotraducción de la escala original en inglés. También se realiza una prueba piloto que incluye 20 paciente seleccionados al azar de un centro de Atención Primaria (Bellón y cols., 1996).

En cuanto a la validez, a nivel de la adaptación de las ponderaciones no procede realizarla. La validez de la versión española del Apgar-familiar fue estudiada en una muestra de 656 pacientes entrevistados en su domicilio y adscritos a un centro de Atención Primaria. Se realiza un análisis factorial que reveló la existencia de un único factor integrado por los 5 ítems que explicó el 61,9% de la varianza. En cuanto a la validez de constructo y de criterio se evalúa en diferentes poblaciones y comparando diferentes variables.

La consistencia interna del instrumento se evalúa mediante el alfa de Cronbach, con un valor de 0,84. El coeficiente de correlación intraclase para la fiabilidad test-retest fue de 0,81 en el grupo de entrevistados y de 0,86 en el de autoadministrados y abarcó un rango de 0,58-0,87 en las 5 preguntas entre ambos grupos, concluyendo que el cuestionario es fiable por ambos métodos de administración²⁷.

Con todos estos datos se realiza el IG con un resultado del 70% lo que significa que tiene un nivel de desarrollo aceptable. (Tabla 4).

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE- UNK^{29, 30, 31}

La escala Duke es un cuestionario de 11 ítems, que recogen la opinión del individuo sobre la disponibilidad de las personas capaces de ofrecer ayuda ante las dificultades. Sobre sus características psicométricas diremos que no se ha publicado el proceso de traducción, pero si se realizó la prueba piloto. Acerca de la validez se hicieron análisis factoriales, la validez del constructo fue analizada mediante el método de grupos extremos. En cuanto a la fiabilidad el alfa de Cronbach fue 0.90.

El IG tiene como resultado un 66%, lo cual indica un nivel de desarrollo aceptable (Tabla 4).

ESCALA DE VALORACION SOCIOFAMILIAR³²:

Escala para valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social. Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto, la fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de Kappa de 0,957) y la consistencia interna es muy baja (alfa de Cronbach 0,142). Al aplicar el IG; la traducción y retrotraducción no procede así como la prueba piloto de la adaptación. Los resultados fueron introducidos en una base de datos para su posterior análisis estadístico. Para la fiabilidad se calculó el coeficiente de correlación intraclase entre las puntuaciones obtenidas por ambos observadores, así como el índice Kappa, con objeto de valorar la consistencia interna de la escala, se calculó el coeficiente alfa de Cronbach. En cuanto a la validación convergente-discriminante, compara con otras escalas ya publicadas que valoran aspectos sociales como Apgar familiar o el Duke y la Escala de Recursos Sociales (OARS). Se identifican 3 puntos de corte en la escala calculando la sensibilidad/especificidad para cada uno de ellos. En el instrumento de medida se incluyen 5 ítems con 5 posibles categorías en cada una de ellas, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problema, hasta la objetivación de alguna circunstancia o problema social. En todo caso los ítems tratan de recoger situaciones fácilmente objetivables como indicadores sociales. El coeficiente alfa de Cronbach es de 0,4467, lo que denota una consistencia interna de moderada a pequeña. Se realizan las mediciones con la escala por dos observadores diferentes. Aunque sin entrar en su validez predictiva, permite constatar modificaciones de la situación social a través del tiempo, tanto en el ámbito general, como específico para cada uno de los ítems.

Por lo que el resultado IG = 77,7% lo que significa un nivel de desarrollo bueno.

Discusión

Nuestro estudio presenta las siguientes limitaciones:

- Restricción de búsqueda en castellano, inglés y portugués.
- Falta de estudios específicos en nuestro medio.
- La búsqueda de artículos se hizo en las principales bases de datos siguiendo el protocolo pero los hallazgos más importantes se realizaron con búsqueda referencial, con lo cual no se han encontrado todos los artículos de cada instrumento de valoración.
- Aunque esta revisión no cumple con todos los criterios de una revisión sistemática, se diferencia de las revisiones sistemáticas habituales en la estrategia de búsqueda, criterios de selección así como análisis de la información. En nuestra revisión hemos utilizado los artículos disponibles acerca de cada instrumento de valoración, así mismo al no poder ser evaluados a través del Critical Appraisal Skill Programme (CASPe)³³ por el objetivo del estudio, utilizamos el índice de GRAqol.

Los resultados en la evaluación de los instrumentos de valoración funcional pueden ser controvertidos según autores.

Las evidencias obtenidas, el proceso de validación lingüística para el índice de Barthel (IB) y el índice de Katz (IK) ha sido deficiente; ambas tienen traducciones simples.

Para el IB se ha puesto de manifiesto la escasa información acerca de la fiabilidad, sobre la reproductividad test-retest. Sin embargo, presenta mayor evidencia sobre su utilidad predictiva y validez de constructo. El IK es una escala sencilla, su carácter jerárquico permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo, pero tiene baja especificidad, la sensibilidad a pequeños cambios en el deterioro o mejora de la salud es inferior al Barthel.

El índice de Lawton y Brody fue desarrollado para valorar las actividades de la vida diaria instrumentales (AIVD), las cuales se agrupan en una escala de 8 ítems. Esta escala se compone de 3 tareas asociadas culturalmente al rol femenino, que no se suelen valorar en el hombre, lo que hace a esta escala más adecuada para mujeres.

También esta escala no cubre todo el espectro de AIVD que se podrían valorar, además dependiendo del entorno socio cultural donde se utilice habría que incluir un tipo determinado de actividades lo que produciría que esta escala fuera menos universal que las de las actividades básicas de la vida diaria ABVD. Esta escala tiene mayor dependencia del estado afectivo, mental, motivación y entorno social de la persona. Sirve, para detectar de forma más precoz el deterioro funcional que las escalas ABVD, al ser más sensible a pequeños cambios clínicos. Pocos estudios han sido desarrollados para probar las propiedades psicométricas de esta escala en nuestro medio.

Con respecto al test de Pfeiffer, el proceso de validación ha sido bastante riguroso y presenta un nivel de desarrollo adecuado, con una alta puntuación con el índice de GRAqol.

El MMES fue desarrollado como test de cribado para evaluar la severidad de daño cognitivo y documentar los cambios que se producen a lo largo del tiempo. La escala original tiene 30 ítems que exploran la orientación temporoespacial, la memoria, el cálculo, la denominación, lectura, escritura y habilidad visoespacial. Las propiedades psicométricas del MMES muestran niveles de fiabilidad de moderados a altos, con el test-retest más alto que las medidas de consistencia interna. Hay 4 ítems que tienen más sensibilidad, tanto para el paciente adulto como para el paciente con deterioro cognitivo. Este instrumento está afectado por factores demográficos, donde la edad y la educación tienen mayor efecto. Un bajo nivel cultural puede disminuir el rendimiento del test, con la consiguiente atribución de deterioro cognitivo a personas que no lo son. En cuanto a la validez tiene niveles altos de sensibilidad para moderados y severos niveles de demencia, pero niveles bajos para detectar el deterioro cognitivo leve, con lo que fracasa para discriminar adecuadamente a pacientes sin deterioro cognitivo con los pacientes con un deterioro leve, al no detectar adecuadamente este cambio evolutivo. Intenta mejorar la sensibilidad incluyendo alteraciones en los puntos de corte, modificando el contenido de los ítems, o usando ítems complementarios, lo que da lugar a resultados mixtos. A su vez, no tiene sensibilidad para detectar cambios progresivos en enfermos severos de Alzheimer. El MMES no debe ser usado como prueba diagnóstica sino como cribado.

El cuestionario de Yesavage es una escala para evaluar la depresión, construida específicamente para personas mayores. Tiene una elevada sensibilidad con un 84%,

y especificidad del 95%, aunque los ítems pueden estar afectos de sesgos de deseabilidad de la respuesta.

La escala de valoración sociofamiliar, es una escala para la detección de riesgo social del anciano. Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio de un profesional experto, la fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de Kappa de 0,957) y la consistencia interna es muy baja (alfa de Cronbach 0,142)

Sobre el cuestionario de apoyo social funcional Duke- Unk, el objetivo de esta escala es valorar el apoyo social percibido en dos aspectos: personas a las que se las puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos positivos de empatía. El apoyo social es una de las variables que ha demostrado relación con el estado de salud. El IG de este cuestionario es 66.6% con lo cual tiene un nivel de desarrollo aceptable, con unas puntuaciones en fiabilidad y validación máximas, por lo que es recomendable su utilización.

Sorprende encontrar instrumentos de uso habitual que no cumplen con criterios básicos de calidad psicométrica como el índice Katz o el de Barthel, con un índice de GRAqol inferior al 50%. Esto nos lleva a pensar en la facilidad con que se aceptan la utilización de determinados test más por su uso generalizado que por su grado de evidencia demostrada de calidad psicométrica.

Los resultados, evidencian en algunas escalas, un gran número de versiones, con procesos de adaptación transcultural endebles y sin normas de administración ni de interpretabilidad.

Las implicaciones para la práctica profesional de nuestro estudio se resumen en: la necesidad de utilizar instrumentos de mayor calidad psicométrica. También sería recomendable la realización de trabajos dirigidos a la estandarización de la aplicación de estos instrumentos y su valoración, para que exista mayor homogeneidad a la hora de su utilización. Por último, también consideramos necesario el desarrollo de otros instrumentos basados en modelos psicométricos potentes.

En nuestra opinión, consideramos conveniente realizar estudios que analicen la calidad psicométrica del baremo de la dependencia, ya que es el instrumento utilizado para determinar el grado de dependencia del paciente y los recursos que le serán asignados. Para evitar problemas de equidad para el paciente debemos utilizar

instrumentos con una alta calidad psicométrica y basados en modelos psicométricos potentes.

Bibliografía

- 1- Martínez Martín P, Fernández Mayorales G. Validación de la escala de independencia funcional. Gaceta Sanitaria.2009; 23(1):49-54.
- 2- Consejo de Ministros. Proyecto de Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia. Madrid, 21 de abril de 2006.
- 3- Carrión JL. Valoración geriátrica integral. Anales Sistema Sanitario Navarra. 1999, 22 (Supl. 1): 71-5-84.
- 4- Libro Blanco de la dependencia. Capítulo IX, La valoración de la dependencia: criterios y técnicas de valoración clasificación. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid, 2005.
- 5- Población por grupos de edad avanzada y sexo. Provincias de Castilla y León y España. Consejería de Sanidad de Castilla y León. Valladolid, 2008.
- 6- Sackett DL, Richardson VV, Rosenberg W, Haynes RB. Medicina basada en la evidencia: Como practicar y enseñar MBE, York: Churchill Livingstone 1997
- 7- Badia X; Alonso J. La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español. Ed. EDITEC. Barcelona 2007.
- 8- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW y cols. Studies of illness in the Aged: The Index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963, 185: 914-919.
- 9- Asberg KH, Sonn U. The cumulative structure of personal and instrumental ADL. A study of elderly people in a health service district. Scand J Rehabil Med. 1989; 21 (4):171-7.
- 10- Cabañero MJ, Cabrero J, Richart M, Muñoz CL. Structured review of activities of daily living measures in older people. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43 (5):271-83.
- 11- Alvarez Solar M, de Alaiz Rojo AT, Brun Gurpegui E. Functional capacity of patients over 65 according to the Katz index. Reliability of the method. Aten Primaria 1992; 15; 10(6):812-6.
- 12- Gresham GE, Philips TF, Labi ML. ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes. Arch Phys Med Rehabil. 1980 Aug; 61(8):355-8.
- 13- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65.
- 14- Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The spanish versions of the Barthel Index (BI) and the Katz Index (KI) of activities of daily living (ADL): Arch Gerontol Geriatr. 2009 Jul-Aug;49(1):e77-84. Epub 2008 Nov 5. Review.

- 15- Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J Disability evaluation: Barthel's index. Rev Esp Salud Publica. 1997;71(2):127-37
- 16- Sainsbury A, Seebass G, Bansal A, Young JB. Reliability of the Barthel Index when used with older people. Age Ageing. 2005 May;34(3):228-32.
- 17- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. Gerontologist. 1969; 9(3): 179-86.
- 18- Graf C. The Lawton instrumental activities of daily living scale. Am J Nurs. 2008 Apr;108(4):52-62;
- 19- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975; 23 (10):433-41.
- 20- Olazarán J, Mouronte P, Bermejo F. Clinical validity of two scales of instrumental activities in Alzheimer's disease. Neurologia. 2005; 20 (8): 395-401.
- 21- Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age. Med Clin (Barc). 2001; 117(4):129-34.
- 22- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. Mini-mental state. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res. 1975; 12(3):189-98.
- 23- Tombaugh TN, McIntyre NJ The mini-mental state examination: a comprehensive review. J Am Geriatr Soc. 1992; 40(9):922-35.
- 24- Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Leirer VO. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res. 1982-1983; 17(1):37-49.
- 25- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC Abbreviating the brief. Approach to ultra-short versions of the Yesavage questionnaire for the diagnosis of depression. Aten Primaria. 2005;35(1):14-21
- 26- Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberné C, Albert Colomer C. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam. 2002; 12:620-30.
- 27- Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996; 18 (6): 289-295.

- 28- Smilkstein G; Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract.* 1982; 15 (2):303-311.
- 29- Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo, JD, Lardelli Claret P. Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support. *Aten Primaria.* 1996 15; 18 (4):153-6, 158-63.
- 30- De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria,* 1991; 8: 688-92.
- 31- Parkerson GR Jr, Gehlbach SH, Wagner EH, James SA, Clapp NE, Muhlbaier LH. The Duke-UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care. *Med Care.* 1981; 19 (8): 806-28.
- 32- Cabrera D, Menéndez A Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7): 434-440.
- 33- Programa de habilidades en lectura crítica España. Disponible en: www.redcaspe.org/homecasp.asp. Consultado el 6 de mayo de 2009.

Tablas

Frase	Palabra "Natural"	DECS	MeSH	
Paciente	Dependiente	Anciano frágil	Frail Elderly	
	Dependencia	Dependencia	Dependency	
		Personas discapacidad	con	Disabled Persons
		Área Dependencia-Independencia	de	Field Dependence-Independence
Intervención	Instrumentos	Instrumentos	Instruments	
	Valoración	Evaluación	Assessment	
Comparador	Cuestionario	Cuestionario	Questionnaires	
	Escalas	Escalas	Scales	
	Índices	Índices	Indexes	
Variable	Validez	Validez de las Pruebas.	Validity of Tests	
	Fiabilidad	Confiabilidad	Reliability	
	Sensibilidad	Sensibilidad	Sensitivity	
	Especificidad	Especificidad	Specificity	
Tipo de Estudio	Metaanálisis	Metaanálisis	Metaanalysis	
	Revisión sistemática	Revisión sistemática	Systematic review	
	Ensayo clínico	Ensayo clínico	Clinical Trial	
	Estudios de validación	Estudios de validación	Validation Studies	

Tabla 1. Estrategia de Búsqueda. Descriptores de Ciencias de la Salud y Medical Subject Headings desglosado según: Paciente, Intervención, Comparador, Objetivos y Tipo de estudio. Fuente: elaboración propia.

Fecha	Base de Datos	Combinación DECS-MESH	Selección / Resultados
23/03/09	Cochrane	Índice de Katz	0/3
23/03/09	Cochrane	Indice de Katz AND Dependencia	0/0
24/03/09	LILACS	Indice de Katz AND Validez	0/9
24/03/09	Medline	Index of independence in activities of Daily Living AND Index katz	8/30
25/03/09	Medline	Disabled Persons AND Disability Evaluation AND Index Katz	2/7
26/03/09	Medline	Index Katz AND Validity	0/53
27/03/09	Medline	Validity and Barthel	10/188
28/03/09	Medline	Reliability and Sensibility and Specificity and Barthel	1/33
30/03/09	BVS	Dependencia	4/35
1/04/09	BVS	Barthel	2/43
10/04/09	Medline	Validity and Minimental	4/7
10/04/09	Medline	Validity and Yesavage	1/15
10/04/09	Medline	Validation, Pfeiffer and Elderly	2/20
10/04/09	Scielo	Valoración dependencia	2/20
15/04/09	Medline	Lawton Brody and Validity	0/4
15/04/09	Medline	Lawton Brody	2/54
15/04/09	Medline	Lawton Brody and sensitivity	0/10
15/04/09	Medline	Validity and pfeiffer	0/29
20/04/09	Medline	Validation and Pfeiffer	1/1
5/5/09	Medline	Validity Family Apgar	2/10
5/5/09	Medline	Validity DUKE-UNC	3/8
6/5/09	Búsqueda referencial	Escala Gijón	1/1

Tabla 2. Estrategia de búsqueda en bases de datos y artículos encontrados. Fuente: elaboración propia

AUTOR	TÍTULO	FUENTE	REVISTA
Alvarez Solar M, de Alaiz Rojo AT, Brun Gurpegui E et al.	Functional capacity of patients over 65 according to the Katz index. Reliability of the method.	MEDLINE	Aten Primaria. 1992 Oct 15;10(6):812-6
Gresham GE, Phillips TF, Labi ML	ADL status in stroke: relative merits of three standard indexes	MEDLINE	Arch Phys Med Rehabil. 1980 Aug;61(8):355-8
Asberg KH, Sonn U	The cumulative structure of personal and instrumental ADL. A study of elderly people in a health service district	MEDLINE	Scand J Rehabil Med. 1989; 21(4):171-7.
Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols.	Studies of illness in the Aged: the index of ADL a standarized measure of biological and psychosocial function.	MEDLINE	JAMA 1963, 185: 914-919.
Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL.	Structured review of activities of daily living measures in older people.	MEDLINE	Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008 Sep-Oct; 43(5):271-83. Review. Spanish.
Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL	The spanish versions of the Barthel Index (BI) and the Katz Index(KI) of activities of daily living (ADL):A	MEDLINE	Arch Gerontol Geriatr. 2009 Jul-Aug;49(1):e77-84. Epub 2008 Nov 5. Review.
Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J	Disability evaluation: Barthel's index	MEDLINE, SCIELO	Rev Esp Salud Publica. 1997 Mar-Apr;71(2):127-37
Sainsbury A, Seebass G, Bansal	Reliability of the Barthel Index when used with older	MEDLINE	Age Ageing. 2005 May;34(3):228-32.

A, Young JB	people		
Mahoney FI, Barthel DW.	Functional evaluation: the Barthel Index.	MEDLINE	Md Med J 1965; 14: 61-65.
Lawton MP, Brody EM.	Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living.	MEDLINE	Gerontologist. 1969. Autumn; 9(3):179-86.
Graf C.	The Lawton instrumental activities of daily living scale	MEDLINE	Am J Nurs. 2008 Apr;108(4):52-62; quiz 62-3
Olazarán J, Mouronte P, Bermejo F.	[Clinical validity of two scales of instrumental activities in Alzheimer's disease	MEDLINE	Neurología. 2005 Oct;20(8):395-401. Spanish.
Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R.	Spanish language adaptation and validation of the Pfeiffer's questionnaire (SPMSQ) to detect cognitive deterioration in people over 65 years of age	MEDLINE	Med Clin (Barc). 2001 Jun 30; 117 (4): 129-34.
Pfeiffer E.	A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients.	MEDLINE	J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41
Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.	Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.	MEDLINE	J Psychiatr Res. 1975 Nov; 12(3):189-98.
Tombaugh TN, McIntyre NJ	The mini-mental state examination: a comprehensive review	MEDLINE	J Am Geriatr Soc. 1992 Sep;40(9):922-35
Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum	Development and validation of a geriatric	MEDLINE	J Psychiatr Res. 1982-1983; 17(1):37-

O, Huang V, Adey M, Leirer VO.	depression screening scale: a preliminary report.		49.
Martinez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R.	Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación.	MEDLINE	Medifam. 2002; 12: 620-30.
Martinez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Arias Blanco MC.	Abreviar lo breve. Aproximación a versiones ultracortas del cuestionario de Yesevage para el cribado de la depresión.	MEDLINE	Aten Primaria 2005; 35 (1): 14-21.
Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P.	Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar.	MEDLINE	Aten Primaria 1996;18 (6): 289-295.
Smilkstein G, Ashworth C, Montano D.	Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function.	MEDLINE	J Fam Pract. 1982 Aug; 15 (2): 303-11.
Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P.	Validity and reliability of the Duke-UNC-11 questionnaire of functional social support]	MEDLINE	Aten Primaria. 1996 Sep 15; 18 (4):153-6, 158-63. Spanish.
De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L	Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia.	MEDLINE	Aten Primaria, 1991; 8: 688-92.
Parkerson GR Jr, Gehlbach SH, Wagner EH, James SA, Clapp NE,	The Duke-UNC Health Profile: an adult health status instrument for primary care.	MEDLINE	Med Care. 1981 Aug; 19 (8): 806-28.

Muhlbaier LH.			
Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A.	Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano	Búsqueda referencial	Aten Primaria 1999; 23 (7): 434-440.

Tabla 3. Artículos seleccionados relacionados con las bases de datos de la tabla 2.
Fuente: elaboración propia.

	Barthel	Katz	Lawton	Pfeifer	Yesavage	Minimental	Apgar familiar	Valoración sociofamiliar	Cuestionario social Duke
Traducción y retro traducciones	0	0	1	2	2	1	2	No procede	0
Prueba piloto de la adaptación	0	0	0	2	2	0	2	No procede	2
Validación / adaptación de las ponderaciones	No procede	No procede	0	2	0	2	No procede	0	No procede
Validación estructural	2	0	0	0	2	2	2	2	2
Validación convergente – discriminante	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Validación / adaptación de puntos de corte	No procede	No procede	0	2	2	2	0	2	No procede
Sensibilidad en distintas poblaciones	0	0	2	0	2	0	2	2	2
Fiabilidad interna	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Fiabilidad test – retest	0	2	2	2	0	2	2	0	2
Fiabilidad entre observadores	2	2	0	2	2	0	0	2	0
Sensibilidad al cambio	2	0	0	2	2	2	0	2	0
Puntuación	10	8	9	18	18	15	14	14	12
Porcentaje	55%	44%	40%	81%	81%	68%	70%	77%	66%

Tabla 4: Resultados del Índice GraQol. Fuente: elaboración propia.

Anexo 1

INDICE DE KATZ DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)

A.-Independiente: alimentación, continencia, movilidad, uso de retrete, bañarse y vestirse.

B.-Independiente: todas estas funciones excepto una

C.-Independiente: todas salvo bañarse solo y una más.

D.-Independiente: todas salvo bañarse, vestirse y una más.

E.-Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete y una más.

F.-Independiente: todas salvo bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y una más.

G.-Dependiente para las seis funciones básicas.

Otros.-Dependientes dos o más funciones, pero no clasificable en los grupos C a F.

Términos empleados:

Independiente: sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se listan a continuación. Un paciente que se niega a hacer una función, se considere incapaz de hacerla.

Bañarse: aunque necesite ayuda para lavarse una sola parte (espalda o extremidad incapacitada).

Vestirse: coge la ropa de los cajones, se la pone y se abrocha cremalleras (el nudo de zapatos no cuenta).

Usar el retrete: si llega solo, entra y sale de él, se arregla la ropa y se limpia (puede usar orinal de noche).

Movilidad: entra y sale solo de la cama, se sienta y levanta sin ayuda (con o sin soportes mecánicos).

Continencia: control completo de la micción y defecación.

Alimentación: lleva la comida del plato u otro recipiente a la boca (se excluye cortar la carne o untar mantequilla en el pan).

Anexo 2

Índice de Barthel

Comida:			
	10	Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
	5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer sólo	
	0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)			
	5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
	0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido			
	10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
	5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
	0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo			
	5	Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
	0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición			
	10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
	5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
	0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción			
	10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal ...).	
	5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	

	0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete			
	10	Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
	5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	
Transferencia (traslado cama/sillón)			
	15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.	
	10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.	
	5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.	
	0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado	
Deambulación			
	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.	
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.	
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión	
Subir y bajar escaleras			
	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.	
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones	
La incapacidad funcional se valora como:	Severa: < 45 puntos. Grave: 45 - 59 puntos	Moderada: 60 - 80 puntos. Ligera: 80 - 100 puntos.	Puntuación Total:

Anexo 3

Escala de Lawton y Brody de actividades instrumentales de la vida diaria

Capacidad para usar el teléfono:

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia. 1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares.1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar.1
- No es capaz de usar el teléfono.0

Hacer compras:

- Realiza todas las compras necesarias independientemente 1
- Realiza independientemente pequeñas compras 0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra 0
- Totalmente incapaz de comprar 0

Preparación de la comida:

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente 1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada.0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas.0

Cuidado de la casa:

- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas 1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa 0
- No participa en ninguna labor de la casa 0

Lavado de la ropa:

- Lava por sí solo toda su ropa 1
- Lava por sí solo pequeñas prendas1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro 0

Uso de medios de transporte:

- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche 1
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte 1
- Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona 1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros 0

No viaja 0

Responsabilidad respecto a su medicación:

Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta 1

Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente 0

No es capaz de administrarse su medicación 0

Manejo de sus asuntos económicos:

Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo 1

Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras,
bancos 1

Incapaz de manejar dinero 0

La información se obtendrá de un cuidador fidedigno. La máxima dependencia estaría marcada por la obtención de cero puntos, y 8 puntos expresarían una independencia total. Escala es más útil en mujeres, ya que muchos hombres nunca han realizado algunas de las actividades que se evalúan

Anexo 4

TEST de Pfeiffer:

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?
2. ¿Qué día de la semana es?
3. ¿Cómo se llama este lugar?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? Si el paciente no tiene teléfono: ¿Cómo se llama la calle donde vive?
5. ¿Qué edad tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
7. ¿Quién es el presidente del gobierno español actualmente?
8. ¿Cómo se llama el Rey?
9. ¿Cuál era el nombre de soltera de su madre?
10. Reste 3 a 20 y siga restando 3 a cada nueva cifra hasta llegar a 0.

Puntuación de errores (sobre 10).

Añada un punto si el paciente pasó de la escuela secundaria; reste uno si el paciente no pasó de la escuela primaria.

Puntuación:

De 0 a 2 errores: función intelectual intacta.

De 3 a 4 errores: deterioro intelectual leve.

De 5 a 7 errores: deterioro intelectual moderado.

De 8 a 10 errores: deterioro intelectual grave.

Anexo 5

Mini examen cognoscitivo de Lobo (adaptación y validación del MMSE de Folstein)

1. Orientación

¿En qué año estamos? 1

¿En qué estación del año estamos? 1

¿En qué día de la semana estamos? 1

¿Qué día (número) es hoy? 1

¿En qué mes estamos? 1

¿En qué provincia estamos? 1

¿En qué país estamos? 1

¿En qué pueblo o ciudad estamos? 1

¿En qué lugar estamos en este momento? 1

¿Se trata de un piso o una planta baja? 1

2. Fijación

Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". Un punto por cada respuesta correcta. Una vez puntuado, si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato".3

3. Concentración y cálculo

Si tiene 30 pesetas y me dá 3 ¿cuántas le quedan? ¿Y si me da 3? Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta. 5

Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés. (Se puntúa acierto en número y orden).3

4. Memoria

¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? 3

5. Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 1

Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (un punto si es correcta). 1

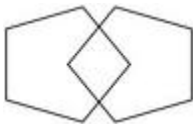
Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?. ¿Qué son un gato y un perro? ¿Y el rojo y el verde? 2

Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" (1 punto por cada acción correcta).3

Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS"). 1

Ahora escriba, por favor, una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribes su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento).1

Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto. 1



La puntuación máxima es de 35 puntos. Valores normales: 30-35 puntos.

Sugiere deterioro cognitivo en >65 años: <24 puntos (24-29= borderline).

Sugiere deterioro cognitivo en < 65 años: <28 puntos.

Anexo 6

Escala de depresión de Yesavage

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE	SI	NO
1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6.- ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7.- ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14.- ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
	Puntuación total =	
<p>INTERPRETACIÓN: 0 - 5 normal</p> <p>5 - 9 depresión leve</p> <p>10 o más depresión establecida</p>		

Anexo 7

CUESTIONARIO DE FUNCIÓN FAMILIAR APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	Nunca	Casi nunca	Algunas veces
¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser

autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normo funcional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 0 - 2
- Disfuncional grave: 3 - 6

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Anexo 8

Cuestionario de Duke-UNC

CUESTIONARIO DUKE-UNC	Mucho menos de lo que deseo	Menos de lo que deseo	Ni mucho ni poco	Casi como deseo	Tanto como deseo
1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares	1	2	3	4	5
2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa					
3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo					
4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede					
5.- Recibo amor y afecto					
6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa					
7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares					
8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos					
9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas					
10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida					
11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama					
PUNTUACIÓN TOTAL					

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado, que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo likert (1-5). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32. Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

Anexo 9

RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR –

Población diana: Población mayor de 65 años.

Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.

El punto de corte para la detección de riesgo social es igual o mayor a 16.

El punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

A) Situación familiar

Vive con familia sin dependencia físico/psíquica **1**

Vive con cónyuge de similar edad **2**

Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia **3**

Vive solo y tiene hijos próximos **4**

Vive solo y carece de hijos o viven alejados **5**

B) Situación económica

Más de 1.5 veces el salario mínimo **1**

Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive **2**

Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva **3**

LISMI – FAS – Pensión no contributiva **4**

Sin ingresos o inferiores al apartado anterior **5**

C) Vivienda

Adecuada a necesidades **1**

Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...) **2**

Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...) **3**

Ausencia de ascensor, teléfono **4**

Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos) **5**

D) Relaciones sociales.

Relaciones sociales **1**

Relación social sólo con familia y vecinos **2**

Relación social sólo con familia o vecinos **3**

No sale del domicilio, recibe visitas **4**

No sale y no recibe visitas **5**

E) Apoyo de la red social

Con apoyo familiar y vecinal **1**

Voluntariado social, ayuda domiciliaria **2**

No tiene apoyo **3**

Pendiente del ingreso en residencia geriátrica **4**

Tiene cuidados permanentes **5**

PUNTUACIÓN TOTAL: