



UNIVERSIDAD DE FLORES – SEDE COMAHUE

**“DESARROLLO DE UNA ESCALA GLOBAL DE VALORACION DE
ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DE 50 AÑOS”**

**Funcionamiento neurocognitivo a partir de las actividades de la vida diaria en adultos
mayores**

TRABAJO FINAL DE INVESTIGACIÓN

Autora: Lic. Constanza Fernández

Director: Dr. Carlos Daniel Mias

RÍO NEGRO, 2021

DESARROLLO DE UNA ESCALA DE VALORACION DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA EN ADULTOS MAYORES DE 50 AÑOS

Resumen

Introducción: Promover el diagnóstico y la intervención temprana en procesos patológicos del envejecimiento permite favorecer la prevención de las manifestaciones clínicas y la preservación de la independencia funcional en adultos mayores. Validar la Escala Global y Actualizada de Actividades de la Vida Diaria resulta un procedimiento útil para generar un nuevo instrumento de valoración funcional. **Objetivo:** Elaborar una escala global y actualizada de actividades de la vida diaria para adultos mayores de 50 años. **Muestra:** Participaron 169 adultos (82,6% de mujeres) mayores de 50 años (M: 59,18; DE: 7,17) procedentes de diferentes lugares del país (32% Córdoba; 27.8% Alto Valle de Río Negro y Neuquén; 5% La Pampa; 34.9% otros). **Procedimiento:** Se formularon 21 ítems con una adecuada calidad de los enunciados e independientes de género además de su congruencia con el marco teórico, luego de consultar a expertos. Por último se llevó a cabo la administración de la escala en una prueba piloto. **Resultados:** La escala quedó conformada por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta según la conformidad del acuerdo entre jueces. El coeficiente Alfa de Cronbach para el total de los ítems correspondientes a la escala fue de 0.88. **Discusión:** La Escala Global y Actualizada de la Vida Diaria es un instrumento administración rápida y sencilla que permite evaluar la funcionalidad de los pacientes superando cambios culturales y de época, además de posibles sesgos de género.

Palabras Claves: Envejecimiento – Actividades de la Vida Diaria – Valoración Funcional
– Deterioro Cognitivo Leve – Validez

Abstract

Introduction: Promoting the early diagnosis and intervention to pathological aging process favors the prevention of clinical manifestations and functional decline in older adults. Validity of a global and update scale of activities of daily living results an useful procedure to create a new instrument for functional assessment. **Aims:** To develop a global and update scale of activities of daily living for adults ≥ 50 years old. **Sample:** 169 adults (82.6% women) ≥ 50 years old (M: 59,18; SD: 7,17) from inside the country (32% Córdoba; 27.8% Alto Valle de Río Negro y Neuquén; 5% La Pampa; 34.9% others) participated in the study. **Procedure:** 21 quality and independent of gender bias items were formulated in addition to their congruence with the theoretical framework, after expert's judgment. Finally, the administration of the scale was carried out in a pilot test. **Results:** according to judge's agreement, the scale ended up with 21 items with 4 options each. Cronbach's Alpha was 0.88. **Discussion:** The Global and Update Scale of Activities of Daily Living allows to evaluate the functionality of patients quickly and fast. Updating and independence bias are the qualities of the scale.

Key Words: Aging – Activities of Daily Living – Funcional Assessment – Mild Impairment Cognitive – Validation

Agradecimientos

En este momento, en el que finaliza el desarrollo de esta tesis, quiero agradecer a todas aquellas personas que me han ayudado y acompañado durante este proceso.

En primer lugar agradecer al Dr. Carlos Daniel Mías por aceptar dirigir este trabajo con tanta generosidad y vocación. Me siento muy afortunada de haber comenzado mi formación en neuropsicología bajo sus enseñanzas en la UNC y continuar aprendiendo de él durante el posgrado. Para mí, el Dr. Mías es un gran maestro y referente.

En segundo lugar agradecerle a la Dra. Belén Causse por hacer posible el desarrollo de la maestría en Neuropsicología Clínica y por su asesoramiento permanente, gracias también a la Universidad de Flores por la posibilidad y a mis compañeras por el acompañamiento y aprendizaje compartido.

Gracias a Lucas que me ayudó en mis momentos de crisis transmitiendo todos sus conocimientos de manera afectuosa y desinteresada. Gracias amigo por tu paciencia y cariño! Gracias a Pau por la empatía a la distancia y los mensajes alentadores durante todo el proceso. Gracias Sabri y Agus por la contención incondicional.

Por último, gracias a mi familia que siempre está, que me apoya y acompaña en todos mis proyectos y decisiones. Siempre agradecida.

Índice

Introducción	6
Envejecimiento	7
Actividades de la vida diaria	13
Actividades de la vida diaria y deterioro cognitivo	18
Método	22
Objetivo General	22
Objetivos Específicos	22
Participantes	23
Variables	24
Instrumentos.....	24
Psicometría.....	25
Diseño	25
Procedimiento	26
<i>Juicio de expertos</i>	26
Resultados	30
Confiabilidad.....	31
Validez Interna.....	32
Discusión	34
Referencias Bibliográficas	37
Anexo	45

Introducción

El envejecimiento es un proceso de maduración y declinación gradual, natural, inexorable y universal (Moreno Moreno, 2004) que implica un conjunto de cambios psicológicos, físicos y sociales vinculados a alteraciones en todos los órganos (Ardila y Roselli, 2007). En los últimos años, el aumento significativo de la población de adultos mayores en el mundo ha cobrado importancia a nivel científico como consecuencia del marcado incremento de la expectativa de vida. (Mias, Sassi, Masih, Querejeta y Krawchic, 2007). Este proceso ha permanecido constante y continuado durante el siglo pasado y se ha extendido al presente. Entre 1965 y 1970, el promedio de vida era de 59 años aproximadamente y entre el 2015 y el 2020 rondaba en los 76 años (Huenchuan, 2018). En América Latina y el Caribe la población actual es de 652 millones de habitantes aproximadamente, distribuyéndose de la siguiente manera: más de la mitad son mujeres (52%), un cuarto de la población (25%) tiene menos de 15 años y un 12% está constituido por adultos mayores (CEPAL, 2014, como se citó en Huenchuan, 2018). Esto se corresponde a los datos existentes en nuestro país: los mayores de 65 años representan al 10% de la población total (Mias et al., 2007).

El progresivo envejecimiento produce diversos problemas de naturaleza sanitaria y sociosanitaria por lo que ha impulsado al desarrollo de diversas intervenciones de promoción de la salud para detener enfermedades, promover el bienestar de los adultos mayores y evitar una revolución demográfica (Petretto, Pili, Gaviano, Matos López y Zuddas, 2016). La calidad de vida en las personas que envejecen se encuentra fuertemente determinada por la esperanza de vida sana y los niveles de autonomía e independencia (Petretto, et al., 2016), por lo que en el mundo occidental, estos últimos se han convertido

en valores muy preciados favorecidos por los avances en la biomedicina, el incremento de la esperanza de vida y la aspiración por el logro del bienestar durante esta etapa de la vida (Romero Ayuso, 2007).

De esta manera, promover el diagnóstico temprano y la intervención del deterioro cognitivo para favorecer la prevención o el retraso de la manifestación clínica y la preservación de la independencia funcional, minimizando sus efectos en los adultos mayores en situación de riesgo resulta fundamental (Garcia-Ptaceka, et al., 2013; Gifford et al., 2014; Subirana, Bruna, Puyuelo y Virgili, 2009), considerando también, que la valoración de la funcionalidad permite aportar a la planificación y ejecución de políticas públicas para determinar qué población puede beneficiarse de intervenciones geriátricas y así optimizar las intervenciones individuales, controlar cambios e identificar los efectos de las mismas (Abizanda Soler y Romero Rizos, 2006).

En este marco, el presente estudio se constituye como una investigación aplicada que tiene por objetivo validar una Escala Global y Actualizada de Actividades de la Vida Diaria útil para examinar el desempeño funcional de adultos mayores de 50 años y el desarrollo de su correspondiente prueba piloto con participantes procedentes del interior de nuestro país.

Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo de todo el ciclo vital, desde la concepción hasta la muerte (Alvarado García y Salazar Maya, 2014) y si bien la palabra evoca en términos generales cambios físicos desagradables como ser la falta de fuerza, la

alteración de la salud o la dificultad en la coordinación o el dominio del cuerpo (Mishara y Riedel, 2000), es importante considerar que los cambios que supone no se desarrollan ni al mismo momento ni con la misma intensidad en todas las personas (OMS, 2015; Matellanes, Díaz y Montero, 2010). Concretamente, el envejecimiento se refiere al estado final del ciclo vital normal (Moreno Moreno, 2004) pero su conceptualización es compleja y puede realizarse desde diferentes puntos de vista, como ser cronológico, psicobiológico, psicoafectivo o social (Mishara y Riedel, 2000).

Desde un punto de vista cronológico, referirse al envejecimiento del ser humano implica comprender a los cambios fisiológicos y funcionales que se generan en torno al paso del tiempo (Millán, 2011). Así, la evolución normal con la que se vincula la edad supone una relación con cuatro factores: a) el deterioro progresivo de las funciones físicas, b) la declinación progresiva de las funciones mentales, c) las modificaciones en el medio familiar y en el ámbito laboral y d) la reacción de la persona ante estos factores (Moreno Moreno, 2004). El envejecimiento entonces implica un declive de la vitalidad por la disminución de los mecanismos de reserva del organismo: cada órgano y sistema pierde capacidades por su propia cadencia aunque implica una gran variabilidad en cada persona (Ribera Casado, Milán Vegas y Ruiz Ruiz, 2006).

Desde un punto de vista psicobiológico en el proceso de envejecimiento se producen ciertos cambios neurobiológicos importantes caracterizados por una disminución del número de neuronas y de conexiones sinápticas en ciertas estructuras cerebrales (Duque-Parra, 2003). Sin embargo, estos cambios no siempre presentan una relación directa con los cambios psicológicos o cognitivos (Salvador-DOI, Almela, Pulpulos, Villada y Hidalgo, 2014). Durante el envejecimiento cerebral se espera un declive de las funciones

neurocognitivas caracterizada por una menor capacidad para codificar, retener y evocar información nueva, por una disminución en habilidades visoespaciales y por una mayor lentitud en el procesamiento de la información (Ardila, Ostrosky-Solis, Roselli y Gómez, 2000).

En lo que respecta a las variables psicoafectivas, surgen típicamente desafíos relacionados a la idea del tiempo y su finitud, los duelos por las pérdidas, los temores (a la vejez, al deterioro, la soledad, la dependencia y la muerte) y las crisis de identidad debido a balances vitales que son producto de una mayor introspección (Moreno Moreno, 2004). Ausencia de motivación, disminución de intereses, ensimismamiento, sentimientos de soledad, dificultades en las relaciones sociales, fatiga, alteraciones del sueño y quejas de atención y memoria, suelen aparecer como consecuencia del advenimiento de la falta de reconocimiento, del refuerzo de la identidad y de la reducción de las exigencias que inician luego de la jubilación, con el fin de la crianza, el aumento de las limitaciones físicas y las pérdidas afectivas (Mías, 2009).

Es claro entonces que el ser humano durante esta etapa de la vida sufre un declive bio-psico-social que puede incluso generar una disminución de los niveles de autonomía (Martínez Martínez, Duran Carrillo, Escudero Bonet y Arraráz Urdániz, 2017). Es por todo esto que en los últimos años han surgido investigaciones que buscan distinguir el envejecer sano del patológico. Aunque aún sean poco claros los límites entre uno y otro, se habla de envejecimiento sano cuando una persona logra alcanzar una edad avanzada con un uso pleno de sus facultades mentales -a pesar de la presencia de ciertas anormalidades en habilidades cognitivas y funcionales-, en caso contrario, se establece la presencia de un envejecimiento patológico (Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo y Casanova-Carrillo,

2004; Carrasco Calzada, Barahona Esteban, Sánchez Cabaco y Fernández Mateos, 2016). Otra terminología muy utilizada en el medio para referirse a esta distinción entre lo sano y lo patológico, es la de *envejecimiento exitoso* que refiere a la capacidad del adulto mayor para mantenerse con un riesgo bajo de enfermar y con altos niveles de actividad física y mental, sosteniendo además relaciones interpersonales y participación en actividades significativas (Rowe y Kahn, 1987; Bowling y Dieppe, 2005). Según Fernández Ballesteros, Schettini, Sanatacreu y Molina (2012), el envejecimiento exitoso es un concepto multidimensional que implica y supera a la buena salud, componiéndose de una amplia gama de factores biopsicosociales: condiciones de salud, funcionamiento cognitivo, afecto positivo y participación social. Aun así su utilización puede resultar imprecisa debido a que, en última instancia, alude a la relación entre cierto grado de salud objetiva y la satisfacción subjetiva de la persona con su vida (Sarabia Cobo, 2009). Depp y Jeste en el 2006 realizaron un análisis de la literatura sobre envejecimiento sano con el objetivo de resumir las definiciones presentes en torno a este concepto y a sus predictores. Después de realizar una revisión bibliográfica identificaron 407 artículos que hablan de envejecimiento exitoso, 490 de envejecimiento sano, 12 de envejecimiento productivo y uno de envejecimiento robusto.

En el 2001 la OMS declaró que en esta etapa la salud puede verse afectada por la imposibilidad de realizar actividades o de participar en determinadas situaciones de la vida y en el 2002 propuso la utilización del término *envejecimiento activo* en tanto concepción más amplia que la de envejecimiento saludable, debido a que en él se considera no solo a los indicadores propios de la salud sino a variables psicológicas, sociales y económicas, y tiene en cuenta además, aspectos culturales y de género, en un nivel comunitario. Así, el

envejecimiento activo implica el éxito de la influencia de diversos aspectos constitucionales, estilos de vida y ambientales que posibilitan el desarrollo de perfiles de menor riesgo de envejecimiento patológico.

Por su parte, el concepto de envejecimiento patológico refiere a la existencia de enfermedades, síndromes o dolencias vinculadas a esta etapa de la vida (Casanova-Sotolongo, Casanova-Carrillo y Casanova-Carrillo, 2004). Resulta esperable que con el avance de la edad se desarrollen varias patologías al mismo tiempo con la consecutiva necesidad de realizar diferentes tratamientos farmacológicos, siendo las características de las patologías edad-dependientes el hecho de ser crónicas y de generar en las personas afectadas una tendencia a la alteración de sus capacidades funcionales o en la habilidad para desarrollar actividades que le permiten vivir independientemente (Millán, 2011). Un ejemplo claro de esto, lo constituyen las demencias responsables de generar severos efectos en las personas que envejecen (Montine y Larson, 2009).

Entre un 5% y 7% de mayores de 60 años posee algún tipo de demencia y la prevalencia se duplica cada cinco años. En el 2010 se estima que un 35,6 millones de personas vivían con esta enfermedad (Prince et al., 2013) con proyecciones que rondan los 100 millones para el año 2050 (ADI, 2009). La demencia es una alteración adquirida en la que existe un deterioro significativo del funcionamiento cognitivo o conductual de tal severidad que termina por afectar las actividades de la vida diaria de la persona (APA, 2000). Las etiologías que pueden generarlas son diversas (Gale, Acar y Daffner, 2018), debido a que surgen como consecuencia de cualquier entidad que afecte de manera extensa al sistema nervioso central (Ardila y Roselli, 2007) como ser las enfermedades neurodegenerativas, vasculares, metabólicas, infecciosas y neoplásicas o afectaciones

traumáticas, tóxicas u obstructivas (Arango-Lasprilla, Fernández-Guinea y Ardila, 2003) y/o condiciones psiquiátricas como la esquizofrenia crónica (Ardila, 2007). La enfermedad de Alzheimer (de ahora en más AD) es la enfermedad neurodegenerativa más frecuente que causa demencia y representa el 60% del total de ellas (Pagés Larraya, Grasso y Mari, 2004). Los signos tempranos del AD incluyen alteraciones en la memoria y cambios comportamentales, con una progresión que termina por generar dificultades en la comprensión del lenguaje, el control de los esfínteres, y del requerimiento de asistencia permanente para el cuidado personal (Sloane et al., 2002). De esta manera, el avance de esta enfermedad produce una pérdida progresiva de autonomía en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y genera un alto impacto emocional, mental y físico en los cuidadores responsables (Matilla-Mora et al., 2015). Por su parte, la aparición de factores de riesgo vascular con el paso del tiempo produce enfermedad vascular cerebral (en pocas palabras, lesiones en pequeños y grandes vasos sanguíneos). Según la localización de las lesiones este proceso generará diferentes tipos de compromisos cognitivos que cuando terminen por afectar las actividades de la vida diaria se denominará demencia vascular (Custodio et al., 2016). El costo general que supone la demencia para la salud pública va en incremento por lo que se constituye como un problema creciente. Esta enfermedad además de acortar la esperanza de vida produce discapacidad física y mental generando mayor dependencia funcional (ADI, 2016).

Según Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (OMS, 2001) las imposibilidades de los adultos mayores pueden darse por condiciones ambientales o por problemas propios de las estructuras y funciones corporales, por lo que se asume que el mejor indicador de salud es el estado funcional. Si una persona

es capaz de enfrentar el proceso de cambio ligado al envejecimiento con un nivel adecuado de adaptación funcional y cierta satisfacción personal se la describirá como *funcionalmente sana* (Soberanes Fernández, González Pedrasa Avilés y Moreno Castillo, 2009).

Actividades de la vida diaria

El término actividades de la vida diaria (de ahora en más AVD) surge en el ámbito médico y de la rehabilitación para describir a aquellas actividades más frecuentes que realiza una persona de manera familiar, diaria y cotidiana, que tienen relación con sus necesidades, su independencia y con el uso del tiempo (Romero Ayuso, 2007). Implican tareas que una persona debe realizar para cuidar de sí mismo de manera autónoma incluyendo el desplazamiento, la comunicación y el cuidado personal (Reeded y Sanderson, 1980). Diferentes autores han realizado sus aportes en la conceptualización de las AVD a lo largo de los años enfatizando aspectos diversos como lo son el desempeño de roles personales, la ejecución de tareas de mantenimiento personal, la movilidad, el manejo del hogar y la comunicación: todas conductas que permiten a la persona lograr independencia del entorno o funcionalidad (Trombly, 1983., Pedretti, 1981., Mosey, 1986). Tras incluirse, en la década del 80 dentro del concepto de AVD además de las actividades relacionadas a la independencia personal en el hogar, aquellas que posibilitan la autonomía económica y la participación social, comunitaria y lúdica, en los 90 se produce la distinción de las AVD básicas (AVD-B) e instrumentales (AVD-I) (Romero Ayuso, 2007). Las AVD-B incluyen tareas de autocuidado (aseo, baño, vestirse, alimentación, continencia, otras), de desplazamiento y movilidad, y las AVD-I refieren a funciones como la toma de medicación, utilización de medios de transporte y de comunicación, relaciones sociales,

acciones en la comunidad o dominio de economía doméstica (Lesende et al., 2011). Posteriormente surge el concepto de AVD avanzadas (AVD-A), para referirse al conjunto de actividades que posibilitan el desempeño de roles sociales como ser aficiones o reuniones (Colmenarejo, Calle Cabada y Sánchez Jiménez, 2000) o actividades intrínsecamente motivantes de ocio, juego y esparcimiento que posibilitan la autoexpresión y exploración con su consecutiva sensación de relajamiento y disfrute (Martorell Arroca y Romero Ayuso, 2003)

En el campo de la salud ha cobrado importancia la implementación de escalas administradas a pacientes o a familiares para evaluar de manera objetiva la funcionalidad de aquellos en el desempeño de actividades que realizan durante su vida cotidiana (Lesende et al., 2010), debido a que como se mencionó anteriormente, una determinada alteración o enfermedad puede producir dificultades en el desarrollo de las habilidades necesarias para el logro de las AVD (Martorell Arroca y Romero Ayuso, 2003). Su utilización respeta la división teórica que las clasifica en AVD básicas, AVD instrumentales (Lesende, et al., 2010) y AVD avanzadas (Abizanda Soler y Romero Rizo, 2006). Así, la evaluación de las AVD-I reporta una valoración de la autonomía del sujeto en la sociedad y otorga una estimación del estado de salud global involucrando tareas más complejas y que tienden a perderse más precozmente en el adulto mayor que las AVD-B (Lawtan & Brody, 1969). Según Martorell Arroca y Romero Ayuso (2003) la correcta ejecución de las AVD-I depende de las AVD-B, y las AVD-A de las dos anteriores. Aun así, no las consideran de manera jerarquizada por lo que un paciente que no logra realizar algunas AVD-B es posible que pueda realizar otras más complejas, lo que resulta en un obstáculo a la hora de

desarrollar una evaluación exhaustiva. A continuación se describen las actividades de la vida diaria según los autores mencionados.

Figura 1: Descripción de actividades de la vida diaria (Recuperado de Martorrel Arroca y Romero Ayuso, 2003)

Distintas actividades cotidianas			
	Actividades Básicas de la Vida Diaria	Actividades Instrumentales de la Vida Diaria	Actividades Avanzadas de la Vida Diaria
Ejemplos de actividades o tareas diferentes	Movilidad, cuidado personal, comunicación, uso de apoyos del entorno, expresión sexual.	Manejo del hogar, cuidado de otros, realización de gestiones básicas, actividades productivas	Actividades de integración en la comunidad, utilización de recursos comunitarios.
Requisitos y componentes	Habilidades básicas	resolución de problemas, habilidades sociales y para interactuar con el entorno (usar el teléfono, manejar dinero, leer, usar medios de transporte, ir a negocios, hacer compras, conducta en caso de emergencias, conducir, cuidado del hogar, etc.)	Habilidades de afrontamiento. Habilidades de adaptación.

Para la evaluación de las AVD-B en la clínica es frecuente la obtención del índice de Barthel tras la aplicación de una escala constituida por diez parámetros en la que se valora la situación del paciente y el grado de dependencia en función del reporte en actividades como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, controlar esfínteres, usar el baño, trasladarse y deambular (Mahoney y Barthel, 1965) o el índice de Katz (1959) que, por su parte, informa el grado de independencia de la persona según el reporte de seis actividades básicas: bañarse, vestirse, ir al baño, trasladarse, contener esfínteres y alimentarse (Shelkey y Wallace, 1999). En la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria es frecuente la utilización del índice de Lawton y Brody que se obtiene tras la administración

de una escala de ocho ítems en las que se valora la capacidad del paciente para utilizar el teléfono, hacer las compras, preparar la comida, lavar la ropa, cuidar la casa, utilizar medios de transporte, tomar la medicación y manejar asuntos económicos (Lawton y Brody, 1969). En relación a las AVD-A, Mías (2010) elaboró en nuestro medio, una escala de autoreporte de siete ítems denominada escala de actividades expansivas de la vida diaria que valora las capacidades de las personas en torno a las actividades que la vinculan con el mundo social y externo al hogar, como ser: aprender cosas nuevas, expresar necesidades o deseos, capacidad de autocontrol, mantener contactos socioafectivos, mantenerse informado y realizar actividades recreativas (como se citó en Mías, 2018).

La importancia de evaluar la limitación funcional –comprendida como una dificultad para realizar tareas motoras- y la discapacidad -entendida como una alteración en el desempeño de roles sociales y de actividades dentro de un contexto físico y sociocultural – en los adultos mayores, en tanto dominios comprendidos dentro de la valoración clínica, radica en la posibilidad de identificar a aquellos que están en riesgo, prever la progresión hacia la dependencia y promover intervenciones eficaces (Sakari-Rantala, Rantanen y Heikkinen, 1998; Guralnik y Ferrucci, 2003).

Las escalas funcionales utilizadas en el medio actualmente se describen a continuación en la siguiente tabla:

Nombre de la Escala	Autor	AVD valorada	Aplicación
Índice de independencia de las Actividades de la Vida Diaria	Katz (1959)	Básicas	Fue creado como un índice de rehabilitación y se emplea en la valoración afectación en pacientes institucionalizados o ambulatorios con enfermedades crónicas. Es muy utilizada a nivel geriátrico

			y paliativo. Ha demostrado ser útil para describir el nivel funcional de los pacientes, seguir la evolución y evaluar respuestas a tratamientos (Trigas- Ferrín, Ferreira-González & Meijide-Míguez, 2011)
Índice de Barthel/ índice de discapacidad de Maryland	Mahoney Barthel (1955) modificada por Granger (1979)	Básicas	Es uno de los instrumentos más utilizados para la valoración de AVD Básicas en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. Se emplea para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas en domicilios y evaluar la eficacia de intervenciones terapéuticas (Trigas- Ferrín, Ferreira-González & Meijide-Míguez, 2011).
Escala de Lawton y Brody	Lawton y Brody (1993)	Instrumentales	Ha demostrado su utilidad para proponer y evaluar un plan terapéutico de manera breve y objetivo, tanto en los cuidados diarios del paciente como a nivel académico. Es sensible para detectar primeras señales de deterioro funcional en el anciano. (Trigas- Ferrín, Ferreira-González & Meijide-Míguez, 2011)
Cuestionario VIDA	Lesende (2010)	Instrumentales	Dirigido a detectar primeros grados de deterioro funcional en atención primaria. Correlación con otras pruebas y variables asociadas a deterioro funcional y factores de fragilidad del adulto mayor (Lesende et al., 2011)
Escala Blessed (BDRS)		Básicas e Instrumentales	La puntuación total refleja trastornos funcionales pero también emocionales (cambios de conducta y personalidad) (Peña-Casanova, 1998)

Medida de Independencia Funcional (FIM)	UDSmr (1987)	Multidimensional	Utilizado a nivel mundial, es un indicador de discapacidad medido a partir de la intensidad de la asistencia dada por una tercera persona al paciente (Paolinelli, González, Doniez, Donoso & Salinas, 2001)
Escala de Evaluación Rápida de Discapacidad (RDRS-2)	(Linn y Linn, 1982)	Multidimensional	Evalúa 10 AVD que responde el cuidador y que incluyen: habilidades comunicativas, depresión, confusión y grado de cooperación. (Peña-Casanova, 1998)
Entrevista para el Deterioro en la Vida Diaria en Demencias (IDDD)	Teunisse y Derix (1997)	Multidimensional	Escala que valora la gravedad de la demencia con dos apartados: cuidado personal y actividades complejas. Recoge información del cuidador (Peña-Casanov,1998)
Escala AVD-E	(Mías, Sassi y Massih, 2004)	Avanzadas o Expansivas (denominación de los autores)	Elaborada en Córdoba, Argentina. Evalúa la capacidad de las personas para desarrollar 7 actividades avanzadas de la vida diaria.

Actividades de la vida diaria y deterioro cognitivo

Dilucidar los déficits propios de los estadios patológicos de la vejez y de los estadios previos a las demencias ha adquirido un interés prioritario (Sanchez – Rodriguez y Torrellas- Morales, 2011). Es Petersen en 1999 quien establece los criterios diagnósticos del llamado deterioro cognitivo leve (DCL), en tanto fase preclínica de la demencia (como se citó en Custodio et al., 2012):

- Quejas subjetivas de memoria formuladas por las personas y preferentemente corroboradas por algún familiar informante.

- Objetivación de un deterioro de la memoria a través de pruebas neuropsicológicas específicas.
- Conservación de cierta normalidad en el resto de las funciones cognitivas.
- Normal desempeño de las actividades de la vida diaria o mínima afectación en actividades instrumentales.
- Sin elementos de sospecha de demencia.

La preocupación del autor radicó en establecer una fase pre-demencial y partir de este momento, los estudios acerca del DCL fueron en aumento. La prevalencia actual del DCL es aproximadamente del doble de la demencia (19% en personas mayores de 75 años) y la diferencia con el envejecimiento normal se halla en el hecho de que este no es progresivo (Sanchez – Rodriguez y Torrellas- Morales, 2011). En la demencia, por su parte, se produce una pérdida significativa de las funciones cognitivas (memoria, atención, lenguaje, etc) que termina por imposibilitar el desempeño social y laboral de las personas, como producto de un proceso degenerativo del sistema nervioso que resultará en diferentes signos y síntomas en función de las áreas afectadas (Ardila y Ostrosky 2012). Sin embargo, y en consonancia con los aportes de Petersen (1999) las alteraciones funcionales pueden manifestarse antes de que se identifiquen los déficits cognitivos o cuando estos aún son muy leves (Ríos, et al., 2001). En este sentido se presume que las AVD-I se ven afectadas en un estadio de deterioro mayor que las AVD-A (Mías, Sassi y Massi, 2004). En general, se han establecido diferencias en el rendimiento funcional de pacientes con estado cognitivo normal y pacientes con DCL (Ahn et al., 2009; Artero, Petersen, Touchon y Ritchie, 2006; Jekel et al., 2015; Pernecky et al., 2006; Nygård, 2003). Nygård (2003) por ejemplo, encontró que pacientes con DCL pueden realizar actividades sociales y ocupacionales de

manera independiente, aún con fallas en otras actividades debido a la repetición de errores menores, la disminución en la eficacia y la lentificación en el rendimiento, siendo particularmente, la disminución de las AVD-I, la que aumenta la probabilidad de la presencia de procesos patológicos irreversibles como la demencia. En consonancia Jekel et al. (2015) establecen que la importancia de la detección de la reducción funcional radica en que los pacientes con DCL y AVD-I disminuidas tienen más probabilidades de desarrollar una demencia en el transcurso de dos años, que aquellos con DCL pero con AVD-I conservadas. El deterioro de las AVD constituye un componente esencial del DCL por lo que debe incluirse como criterio diagnóstico considerando que su afectación está presente antes de alcanzar el umbral de demencia (Pernecky et al., 2006).

En el 2013, la APA en el DSM-5 genera un cambio conceptual al sustituir el concepto de DCL por el de *trastorno neurocognitivo menor* y diferenciarlo además del *trastorno neurocognitivo mayor* (demencia) fundamentado en la influencia de las alteraciones cognitivas en la capacidad de la persona para desarrollar las AVD. Según este manual diagnóstico el trastorno neurocognitivo mayor se clasifica en tres estadios: a) leve, cuando las dificultades son de las AVD-I, b) moderado, cuando las dificultades incluyen a las AVD-B y c) grave cuando el paciente es totalmente dependiente (González Palau, Buonanotte y Cáceres, 2014).

La evaluación neuropsicológica es el procedimiento que se ocupa de identificar las fortalezas y debilidades en las funciones cognitivas y de explicar las características del comportamiento que presenta un paciente (Goldstein y McNeil, 2004). El proceso consiste en una serie de pasos a seguir: la ejecución de una entrevista inicial para recolectar datos, con la posterior selección de las pruebas más adecuadas para el caso, la administración,

puntuación e interpretación de las mismas, la elaboración de un informe y la devolución final (Drake, 2007). Indagar el desempeño de las funciones cognitivas de los pacientes a través de evaluaciones neuropsicológicas integrales resulta fundamental a la hora de aportar datos importantes para la diferenciación entre el DCL y la demencia, así como entre los diferentes tipos de DCL y de su evolución. Las valoraciones neuropsicológicas permiten además realizar el seguimiento de los pacientes y lograr descripciones detalladas de las funciones cognitivas a lo largo del tiempo. Las baterías destinadas a estos objetivos deben considerar la mayor cantidad de dominios cognitivos posibles, y una evaluación exhaustiva de la funcionalidad del paciente (González Palau, Buonanotte y Cáceres, 2014).

Zurique Sánchez et al. (2019) concluyen que si bien existe una amplia variedad de test neuropsicológicos disponibles para el diagnóstico de las demencias, se necesita del establecimiento de métodos de detección estándar con criterios de sensibilidad y especificidad pertinentes. En consonancia, Mitshurina, Boon y D'Elia (1999) describen a la batería neuropsicológica ideal como el conjunto de técnicas que cumplen con criterios de validez, confiabilidad, estandarización y normativización con el objetivo de colaborar con el proceso de dilucidar y cuantificar los cambios cognitivo comportamentales que pueden haber sido resultado de una injuria cerebral o de otros trastornos en el sistema nervioso central.

Las limitaciones de las escalas funcionales utilizadas actualmente que van desde la valoración de distintos dominios del desempeño funcional ocasionalmente no relacionados, la ausencia de marcos teóricos definidos, la escasa sensibilidad a cambios producto de intervenciones o efectos techo y suelo (Abizanda Soler y Romero Rizo, 2006) hasta la presencia de sesgos de género y transculturales (Soler- König, Sáñez, Caruso, Reyes-Toso,

Elizondo y Lesende, 2016) -como es el caso de la escala de actividades de la vida diaria de Lawton y Brody (1969) que evalúa actividades poco frecuentes en el comportamiento masculino y es considerada además una escala envejecida (Mías y Tornimbeni, 2020)-, son las que promueven a la necesidad de desarrollar una escala actualizada y global (que considere las AVD básicas, instrumentales y avanzadas) de valoración funcional que aporte información para el diagnóstico de DCL y la demencia, y que permita a futuro un análisis de las diferencias entre la afectación de las AVD en los estadios pre-clínicos y clínicos de demencia. Son muchas las escalas o cuestionarios que han sido elaborados inicialmente para evaluar demencias y terminan siendo poco descriptivas o discriminantes de lo que sucede en estadios predemenciales o de DCL e incluso carecen de un análisis de normalidad cognitiva (Mías y Tornimbeni, 2020). Es importante además considerar que las investigaciones epidemiológicas de las demencias deben realizarse en etapas tempranas de la vida de los sujetos ya que resulta fundamental evaluar factores de riesgo que puedan ser modificados (Menéndez González, Martínez Rivera, Fernández y López-Muñiz, 2011).

Método

Objetivo General

- Elaborar una escala global y actualizada de actividades de la vida diaria para adultos mayores de 50 años.

Objetivos Específicos

- Elaborar una escala global y actualizada de actividades de la vida diaria a adultos mayores de 50 años y someterla al análisis de juicio de expertos.

- Analizar la concordancia de los ítems, como sugerencias de jueces expertos a los fines de su empleo en estudios piloto.
- Realizar un estudio piloto exploratorio sobre el funcionamiento de la escala desarrollada.

Participantes

Para formar la muestra se invitó a participar del estudio a adultos mayores de 50 años que contaran con acceso a internet. Para el reclutamiento y con el objetivo de realizar una convocatoria amplia, heterogénea y voluntaria, se realizó una difusión en la comunidad a través de redes sociales y de mensajería instantánea. La administración de la escala se realizó de manera virtual a partir de un formulario de Google atendiendo a las restricciones establecidas por el Gobierno Nacional durante la ejecución del presente estudio que se corresponden con el contexto sanitario actual por el Covid-19. Se descartaron tres casos que no cumplían con el criterio de edad.

La muestra quedó conformada por 169 adultos (82,6% de mujeres) mayores de 50 años (M: 59,18; DE: 7,17) procedentes de diferentes lugares del país (32% Córdoba; 27.8% Alto Valle de Río Negro y Neuquén; 5% La Pampa; 34.9% otros). Del total de participantes, el 55% manifestó trabajar actualmente y el 49% contar con nivel terciario o universitario completo. Seis participantes manifestaron tener diagnóstico de deterioro cognitivo leve.

Resguardo ético: Los participantes debieron dar su consentimiento para participar del estudio, conforme a recomendaciones FEPPRA (2013) y a la Guía para las buenas prácticas de investigación clínica en seres humanos (Argentina, Ministerio de Salud, Resol. 1480/11).

Variables

Desempeño funcional: tomaremos aquí la valoración de actividades de la vida diaria: refiere a la capacidad de ejecutar acciones que constituyen nuestro desempeño cotidiano de manera independiente, es decir, a la funcionalidad de la persona. Se dividen en AVD- básicas, instrumentales y avanzadas (Trigas- Ferrín, Ferreira-González y Meijide - Míguez, 2011).

AVD – Básicas: refieren a funciones como la toma de medicación, utilización de medios de transporte y de comunicación, relaciones sociales, acciones en la comunidad o dominio de economía doméstica (Lesende et al., 2011).

AVD - Instrumentales: incluyen tareas de autocuidado (aseo, baño, vestirse, alimentación, continencia, otras), de desplazamiento y movilidad (Martorell Arroca y Romero Ayuso, 2003).

AVD- Avanzadas: incluyen actividades que posibilitan el desempeño de roles sociales y actividades de ocio, juego y esparcimiento (Colmenarejo, Calle Cabada y Sánchez Jiménez, 2000; Martorell Arroca y Romero Ayuso, 2003).

Instrumentos

Escala de AVD global y actualizada: es una escala autoadministrada que valora la capacidad funcional de las personas teniendo en cuenta la clasificación de las actividades de la vida diaria en básicas, instrumentales y avanzadas. Considera estas tres dimensiones a partir de 21 ítems con cuatro opciones de respuestas cada uno, que describen capacidades variables desde autónomo a dependiente. Para evitar sesgos de género y considerar aquellas

actividades que pueden no haber sido realizadas nunca por el/la evaluado/a, algunos ítems poseen dos opciones de respuestas previas (deben elegir una) siendo a) nunca ha realizado la actividad y b) realiza la actividad. Si la persona responde b), prosigue con la selección de una de las cuatro descripciones posteriores. En caso contrario, no se puntúa dicho ítem. El tiempo estimado de respuesta es de 10 a 15 minutos.

Psicometría

Teniendo en cuenta la relevancia de los aspectos históricos y socio-culturales de las AVD, las limitaciones de las escalas de valoración más utilizadas en nuestro medio y la ausencia de un instrumento de evaluación que incluya las tres dimensiones (básicas, instrumentales y expansivas), se decidió construir una nueva escala global y actualizada para su medición de manera válida y confiable. En este capítulo se detallan las tareas realizadas para desarrollar y validar el instrumento. Concretamente, se da cuenta de los pasos destinados a la construcción de la escala y de los resultados encontrados al valorar los aspectos psicométricos de confiabilidad y validez.

Diseño

Este estudio corresponde a uno de tipo instrumental, de desarrollo de instrumento. Este tipo de diseños consideran a los estudios que tienen por objetivo el desarrollo de aparatos e instrumentos, considerando tanto su construcción como la adaptación (León y Montero, 2002). Para este estudio se planificó la administración de la escala global y

actualizada de actividades de la vida diaria a la muestra seleccionada luego de cumplimentar con el correspondiente juicio de expertos.

Procedimiento

Considerando la necesidad de valorar la funcionalidad de las personas en su vida cotidiana y teniendo en cuenta las tres dimensiones de las AVD (básicas, instrumentales y expansivas), se procuró la transformación de las nociones teóricas correspondientes en ítems que recogieran los diferentes componentes de la actividad diaria. Así se formularon cuatro ítems para las AVD Básicas, siete para las AVD Instrumentales y nueve para las AVD expansivas. Se formularon entonces 21 ítems con una adecuada calidad de los enunciados e independientes de género, además de su congruencia con el marco teórico.

Cabe destacar que el modelo teórico-clínico en el que se fundamenta la nueva escala global y actualizada de valoración de la vida cotidiana es coherente con trabajos y herramientas de evaluación habitualmente utilizados en la clínica (Lawton y Brody, 1969, Barthel y Granger, 1979, Mias 2004). Se procedió a consultar a expertos a los fines de evaluar la validez de contenido y finalizar con la elaboración de los ítems a incluir en la prueba piloto. Finalmente se administró la escala de manera virtual a 169 sujetos con las correcciones pertinentes.

Juicio de expertos

Para la corrección de la escala se conformó un grupo de seis expertos integrado por neuropsicólogos de amplia experiencia. Cada juez recibió además del instrumento, la

explicación de sus características generales (denominación, autores, tipo de instrumento, población destinataria, objetivo y áreas de aplicación) y la base teórica del constructo. En relación a este último punto, se explicó que la normalidad cognitiva se define como la condición satisfactoria del funcionamiento neurocognitivo para la adaptación y ajustes dinámicos a las exigencias de la vida diaria en todas las áreas. Las actividades de la vida diaria implican la adquisición y mantenimiento de un conjunto de procesos neurocognitivos que se visualizan a través de la ejecución de acciones en el manejo cotidiano, dentro y fuera del hogar. Las variaciones o cambios significativos en estas actividades pueden ser indicadoras de cambios a nivel neurocognitivo o psicológicos que ameritan investigarse. El espectro de deterioro cognitivo puede implicar sutiles variaciones o cambios en actividades diarias, siendo más evidentes en el terreno de las demencias.

A cada uno de ellos se le pidió que por reactivo realizara una evaluación de 1 a 3 considerando los siguientes aspectos: congruencia con el marco teórico, importancia del ítem y calidad del enunciado. Una puntuación de 1 indicaba que se trataba de un ítem de alta calidad al cumplir con los criterios anteriormente enunciados, mientras que una puntuación de 3 indicaba una baja calidad y la sugerencia implícita de no incluirlo en la construcción de la escala o de la necesidad de modificarlo. Por otro lado se solicitó su consideración en relación a la independencia de género de cada uno de ellos. Además se brindó un espacio para que los jueces realizaran aquellas observaciones que consideraran pertinentes o anexaran información de relevancia para el desarrollo de la escala.

Luego se calculó el coeficiente de concordancia W de Kendall para las puntuaciones otorgadas por los seis expertos a cada uno de los ítems. En ninguno de los ellos se observó diferencias estadísticamente significativas en la valoración de los mismos.

Tabla 1

Resumen de coeficiente de concordancia de Kendall de muestras relacionadas

Estadísticos de prueba	
N	6
W de Kendall^a	0,253
Chi-cuadrado	363,332
gl	239
Sig. asintótica	0,000

a. Coeficiente de concordancia de Kendall

Tabla 2

Coeficiente de concordancia de Kendall de muestras relacionadas para cada uno de los ítems valorando congruencia, calidad e importancia.

ITEM	W de Kendall	Sg. Asintótica
ITEM 1-A	0,333	0,112
ITEM 1-B	0,333	0,135
ITEM 1-C	0,167	0,368
ITEM 1-D	0,5	0,05
ITEM 2-A	0,167	0,368
ITEM 2-B	0,333	0,135
ITEM 2-C	0,5	0,05
ITEM 2-D	0,333	0,135
ITEM 3-A	.	.
ITEM 3-B	0,5	0,05
ITEM 3-C	0,167	0,368
ITEM 3-D	0,167	0,368
ITEM 4-A	.	.
ITEM 4-B	0,167	0,368
ITEM 4-C	0,167	0,368
ITEM 4-D	0,167	0,368
ITEM 5-A	0,167	0,368
ITEM 5-B	0,333	0,135
ITEM 5-C	0,167	0,368

ITEM 5-D	0,333	0,135
ITEM 6-A	0	1
ITEM 6-B	0,5	0,05
ITEM 6-C	.	.
ITEM 6-D	0,167	0,368
ITEM 7-A	0,167	0,368
ITEM 7-B	.	.
ITEM 7-C	.	.
ITEM 7-D	.	.
ITEM 8-A	.	.
ITEM 8-B	0,167	0,368
ITEM 8-C	0,167	0,368
ITEM 8-D	0	1
ITEM 9-A	0,167	0,368
ITEM 9-B	.	.
ITEM 9-C	.	.
ITEM 9-D	.	.
ITEM 10-A	.	.
ITEM 10-B	0,167	0,368
ITEM 10-C	.	.
ITEM 10-D	.	.
ITEM 11-A	0,167	0,368
ITEM 11-B	.	2
ITEM 11-C	.	.
ITEM 11-D	0,167	0,368
ITEM 12-A	0,083	0,607
ITEM 12-B	.	.
ITEM 12-C	.	.
ITEM 12-D	.	.
ITEM 13-A	0,222	0,264
ITEM 13-B	0,167	0,368
ITEM 13-C	0,167	0,368
ITEM 13-D	0,083	0,607
ITEM 14-A	.	.
ITEM 14-B	.	.
ITEM 14-C	.	.
ITEM 14-D	.	.
ITEM 15-A	.	.
ITEM 15-B	0,167	0,368
ITEM 15-C	.	.
ITEM 15-D	0,167	0,368

ITEM 16-A	.	.
ITEM 16-B	0,167	0,368
ITEM 16-C	0,333	0,135
ITEM 16-D	.	.
ITEM 17-A	0,167	0,368
ITEM 17-B	.	.
ITEM 17-C	.	.
ITEM 17-D	0,167	0,368
ITEM 18-A	0,167	0,368
ITEM 18-B	0,5	0,05
ITEM 18-C	.	.
ITEM 18-D	0,167	0,368
ITEM 19-A	.	.
ITEM 19-B	.	.
ITEM 19-C	0,167	0,368
ITEM 19-D	.	.
ITEM 20-A	0,167	0,368
ITEM 20-B	.	.
ITEM 20-C	.	.
ITEM 20-D	0,167	0,368

Los ítems que en la tabla se muestran sin resultados corresponden a aquellos que han sido valorados por los seis jueces con respuesta 1 en los tres criterios.

Por último y en relación a la independencia de género los jueces estuvieron de acuerdo respecto a la ausencia de sesgos en torno a este criterio.

Resultados

La escala quedó conformada por 21 ítems con cuatro opciones de respuesta según la conformidad del acuerdo entre jueces. Siguiendo sus sugerencias se volvieron a redactar algunos ítems utilizando palabras más simples o pertinentes en función de la congruencia conceptual, considerando las tres dimensiones abordadas: AVD-B, AVD-I y AVD-A.

Además se incorporó un nuevo ítem que indaga acerca de la autonomía en torno a la toma de medicación, congruente con la dimensión AVD-I.

Tabla 4

Ítems incluidos en la escala global y actualizada de actividades de la vida diaria, agrupados en función de las tres dimensiones teóricas.

AVD BÁSICAS
Comer
Vestirse
Uso del Baño
Movilidad dentro del hogar o residencia
AVD INSTRUMENTALES
Movilidad y traslado fuera del hogar
Hacer compras
Preparación de la comida
Mantener o cuidar la vivienda
Usos de electrodomésticos
Usar transportes
Toma de la medicación
Manejar dinero
AVD AVANZADAS
Usar un celular
Usar dispositivos electrónicos
Manejar tarjetas de débito/crédito
Participación en reuniones o eventos sociales
Manejo de información
Actividades de ocio o recreación
Lectura
Riesgos en el hogar
Capacidad de expresión

Confiabilidad

Al analizar los coeficientes de consistencia interna se obtuvieron puntajes aceptables ya que todos los factores mostraron puntajes que oscilan entre 0.75 y 0.88 en coeficiente Alfa de Cronbach y 0.79 a 0.93 para el Coeficiente Omega. El coeficiente Alfa

de Cronbach para los ítems correspondientes a las AVD Básicas, Instrumentales y Avanzadas es de 0.88, de 0.81 y 0.69 respectivamente.

Tabla 5

Estadísticas de fiabilidad		
Ítems	Alfa de Cronbach	N de elementos
AVD Total	.881	21
AVD básicas	.880	4
AVD Instrumentales	.810	8
AVD Avanzadas	.690	9

Validez Interna

Se realizó un análisis factorial exploratorio con el fin de conocer la estructura interna y los factores generados a partir de la correlación entre los ítems seleccionados.

Tabla 6

Matriz de componente rotado^a

	Componente					
	1	2	3	4	5	6
Comer	,721	,041	-,132	,049	,037	,001
Baño	,866	-,065	-,071	,025	,009	,004
Vestir	,852	,037	-,034	,116	-,035	,084
Movidad en hogar	,951	,020	-,071	,032	,055	,036
Movilidad afuera	,838	,043	,328	,219	,058	,000
Compras	,649	,435	,298	,120	,070	-,038
Preparación Comida	,716	,502	-,117	-,112	,018	-,027
Casa	,539	,133	,215	,052	,096	,267
Electrodomésticos	,617	,221	,241	-,020	,018	,147
Transportes	,392	,033	,205	,679	,022	,026
Dinero	,868	,085	,309	,154	,068	,072
Medicación	-,049	,000	-,100	-,001	,104	,904
Celular	-,060	,116	,012	,889	-,005	-,018
Dispositivos	,670	,210	,033	,111	,050	-,112
Tarjetas	,045	,084	,873	,189	,135	,010

Reuniones	,263	,496	,307	,441	,193	,030
Información	,241	,352	,350	,006	-,027	,608
Ocio	,174	,780	-,130	,234	,019	,126
Lectura	-,045	,648	,413	-,061	,108	,073
Riesgo	,582	,126	-,213	-,017	,659	,151
Expresión	-,058	,079	,267	,048	,904	,046

Método de extracción: análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax

Los resultados del análisis factorial exploratorio indican la presencia de seis factores que podría sugerir la revisión de algunos ítems. El coeficiente de Kaiser-Meyer-Olkin ofreció un valor de .652 indicando una correlación aceptable entre ellos.

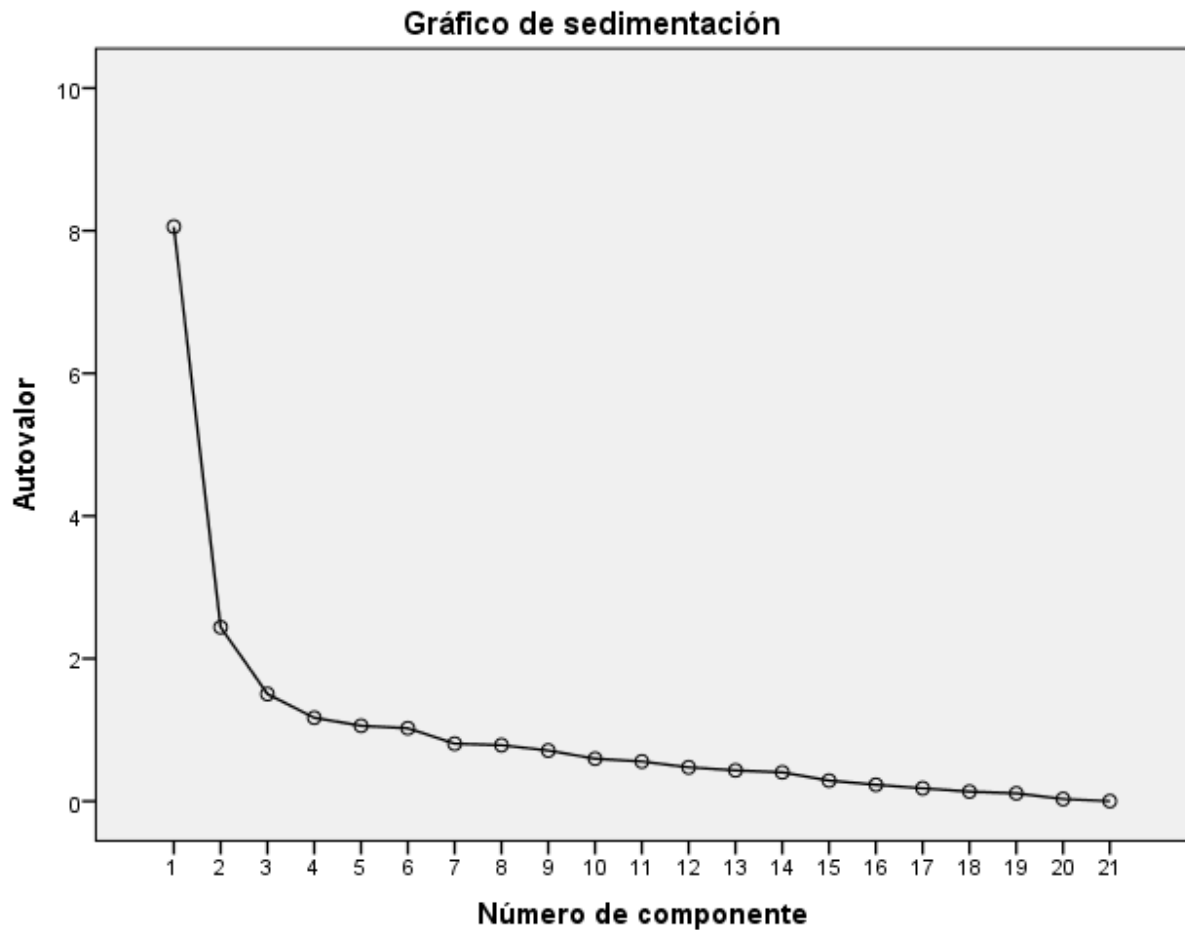
A continuación se presentan los resultados del análisis de la varianza del cuestionario aplicado a la prueba piloto. Se observa que el porcentaje del primer componente explica un 33.69% de la varianza.

Tabla 7

Varianza total explicada			
Componente	Sumas de rotación de cargas al cuadrado		
	Total	% de varianza	% acumulado
1	7,075	33,693	33,693
2	2,011	9,574	43,267
3	1,774	8,448	51,715
4	1,674	7,97	59,685
5	1,362	6,488	66,173
6	1,355	6,452	72,625

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Por último, el gráfico de sedimentación demuestra que los primeros seis factores son los que explican la mayor parte de la variabilidad en los datos.



Discusión

La evaluación de las actividades de la vida diaria en adultos mayores que cursan procesos de envejecimiento patológico resulta fundamental para esclarecer el diagnóstico de los diferentes estadios de deterioro cognitivo y tomar las decisiones preventivas y tratamentales pertinentes. En el contexto clínico, resulta importante aumentar las escalas o cuestionarios de valoración de los pacientes y esto se debe a diferentes motivos. Entre los

principales Mías y Tornimbeni (2020) destacan: a) considerar variables que no han sido contempladas con anterioridad b) las escalas mayormente utilizadas se han construido para evaluar demencias por lo que carecen de sensibilidad para evaluar lo que sucede en el DCL c) hay muchas escalas que por ser antiguas no tienen en cuenta cambios culturales y de época, así como posibles sesgos de género d) hay poca consideración en relación a aspectos socioculturales o socioeconómicos que influyen en las percepciones de los pacientes sobre lo que consideran normal e) se necesita evaluar constructos actuales o que requieren mayor demanda cognitiva f) es importante considerar nuevas perspectivas de las variables a evaluar g) para mejorar los cuestionarios construidos en otros lugares del mundo y h) para desarrollar escalas de administración breve, sencilla y económica.

En el presente estudio se realizó un proceso de actualización y adaptación de las escalas más utilizadas en nuestro medio para la valoración de las AVD y se buscó generar un único instrumento que incluya las dimensiones teóricas que componen a este constructo considerando la independencia de sesgos culturales y de género. Si bien en el análisis factorial se observa la presencia de seis componentes -lo que sugeriría la necesidad de revisar la inclusión de ciertos ítems-, es importante resaltar que las dimensiones evaluadas cumplen con criterios de validez de constructo suficientes, es decir con el sustento conceptual adecuado, más allá de los criterios estadísticos. El punto de inicio en la construcción de un instrumento y de los ítems correspondientes, es el constructo teórico que lo respalda, que luego es analizado por los jueces de expertos y por los estadísticos para determinar su validez, de manera que el resultado sea una herramienta que posibilite la obtención de información válida y una adecuada toma de decisiones posterior. Aún más, la validación es un proceso en desarrollo constante que implica permanentes comprobaciones:

es imposible afirmar que una prueba es totalmente válida, sino que se puede asumir que presenta una validez en grados aceptables para determinada población y objetivo (Soriano, 2019).

Por otra parte se destaca que la administración de la escala en la prueba piloto ha sido a una muestra de población no clínica, por lo que eventualmente se sugiere aplicarla a una muestra de pacientes con deterioro cognitivo y correlacionarla con otros cuestionarios similares para indagar la validez de criterio. En pocas palabras, lo realizado hasta aquí sugiere que la Escala Global y Actualizada de la Vida Diaria permite evaluar la funcionalidad de los pacientes superando los sesgos de género y culturales con los que cuentan escalas anteriores y, al incluir las tres dimensiones teóricas consideradas en las AVD, adquiere la característica de ser de administración rápida y sencilla.

Referencias Bibliográficas

- Abizanda Soler, P., & Romero Rizos, L. (2006). Innovación en valoración funcional. *Revista española de gerontología*, 41, 27-35.
- Ahn, I. S., Kim, J. H., Kim, S., Chung, J. W., Kim, H., Kang, H. S., & Kim, D., K. (2009). Impairment of Instrumental Activities of Daily Living in Patients with Mild Cognitive Impairment. *Psychiatry investigation*, 6, 180- 184.
- Alvarado García, A. M. & Salazar Maya, A. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25 (2), 57-62.
- Alzheimer's Disease International (ADI) (2009). World Alzheimer Report 2009. Executive Summary. London: ADI
- Alzheimer's Disease International. World Alzheimer Report 2016: The global impact of dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: ADI.
- American Psychiatric Association (APA) (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (IV-TR), 4ª ed., texto revisado, Washington, DC.<
- Arango-Lasprilla, J. C. Fernández-Guinea, S. & Ardila, A. (2003). *Las demencias*. México: El Manual Moderno.
- Ardila, A. & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. Recuperado el 1 de marzo de 2017 de http://ineuro.cucba.udg.mx/libros/bv_guia_para_el_diagnostico_neuropsicologico.pdf
- Ardila, A., Ostrosky-Solis, F., Roselli, M. & Gómez, C. (2000). Age- related cognitive decline during normal-aging: the complex effect of education. *Archives of clinical neuropsychology*, 15, 495-513.
- Ardila, A. & Roselli, M. (2007). *Neuropsicología clínica. Envejecimiento sano y patológico*. México: Manual Moderno

- Artero, S., Petersen, R., Touchon, J. & Ritchie, K. (2006). Revised Criteria for Mild Cognitive Impairment: Validation within a Longitudinal Population Study. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 22, 465-470.
- Bowling, A. & Dieppe, P. (2005). What is successful ageing and should define it? *BMJ*, 331, 1548-1551.
- Butman, J., Allegri, R. F., Harris, P., & Drake, M. (2000). Fluencia verbal en español: datos normativos en Argentina. *Medicina*, 60, 561-564
- Butman, J., Arizaga, R., Harris, P., Drake, M., Baumann, D., Pascale, A., Allegri, R., & Mangone Ollari, P. (2001). El "Mini - mental state examination" en español. *Normas para Buenos Aires. Revista Neurológica Argentina*, 26, 11-15.
- Cacho- Gutierrez, L. J., García, R., Arcaya Navarro, J., Vicente Villardón, J., & Lantada Puebla, N. (1999). Una propuesta de aplicación y puntuación del test del reloj en la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 28, 648-655.
- Carrasco Calzada, A., Barahona Esteban, M. N., Sánchez Cabaco A. & Fernández Mateos, L. M. (2016). El papel de la reserva cognitiva en el proceso de envejecimiento. *Revista de Psicología*. 19, (1), 160-170.
- Casanova-Sotolongo, P., Casanova-Carrillo, P., & Casanova-Carrillo, C. (2004). La memoria. Introducción al estudio de los trastornos cognitivos en el envejecimiento normal y patológico. *Revista de Neurología*, 38, 469-472.
- Colmenarejo, J. C., Calle Cabada, B., & Sánchez Jiménez, J. (2000). Valoración geriátrica exhaustiva: Abordaje desde atención primaria. Una revisión actualizada. *Medicina General*, Madrid, 31-34.
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. & Bendezú, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la facultad de medicina*, 73, 321-330.
- Custodio, N., Montesinos, R., Alva-Díaz, C., Mejía-Rojas, K., Becerra-Becerra, Y. & Lira, D. (2016). Nuevos términos clínicos, prevención y tratamiento del trastorno cognitivo

vascular:revisión de literatura basada en la evidencia. *Revista de Neuropsiquiatría*, 79 (3), 152-165.

Depp, C. A. & Jeste, D. V. (2006). Definitions and predictors of successful ageing: A comprehensive review of larger quantitative studies. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 14: 6–20.

Drake, M. A. (2007). Introducción a la evaluación Neuropsicológica. En Burin, I., Drake, M. A. y Harris, P.(Eds.). *Evaluación Neuropsicológica en adultos*(pp.27-58). Buenos Aires: Paidós.

Duque-Parra, J. E. (2003). Relaciones neurobiológicas y el envejecimiento. *Revista de Neurología*, 36, 549-554

Fernandez-Ballesteros, R., Schettini, R., Sanatacreu, M. & Molina, A. M. (2012). Lay concept of aging well according to age: A reanalysis. *JAGS*, 60: 2172–2173.

Gale, S. A., Acar, D., & Daffner, K. R. (2018). Dementia. *The American Journal of Medicine*, 131 (10), 1161-1169.

García-Ptaceka, S., Eriksson, M., Jelic, V., Porta-Etessama, J., Kåreholt, I. & Manzano Palomo, S. (2013). Quejas cognitivas subjetivas: hacia una identificación precoz de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*, 31, 562-571.

Gifford, K. A., Liu, D., Lu, Z., Tripodis, Y., Cantwell, N. G., Palmisano, J., ... Jefferson, L. A. (2014). The source of cognitive complaints predicts diagnostic conversion differentially among nondemented older adults. *Alzheimer's & Dementia*, 10, 319-327.

Goldstein, L. H. & McNeil, J. E. (2004). *Clinical Neuropsychology. A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians*, Sussex, John Wiley & Sons.

González Palau, F., Buonanotte, F. & Cáceres. M. M. (2014). Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*.7 (1), 51-58.

Guralnik, J. M. & Ferrucci, L. (2003). Assessing the building blocks of function. Utilizing measures of functional limitation. *American Journal of preventive medicine*, 25, 112-125.

- Huenchuan, S. (2018). *Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el desarrollo sostenible. Perspectiva regional y de derechos humanos*. Capítulo 1. Comisión Económica para América Latina y el Caribe: *CEPAL*.
- Infante, L. & Mías, C. (2009). MMSE: normas para la región litoral argentina. *Revista Argentina de Neuropsicología*, 14, 33-53.
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J. ... Frolich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: a systematic review. *Alzheimer's Research & Therapy*, 7, 17-37.
- Lawton M. P., & Brody E. M. (1969). Assessment of Older People: Self- maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 179.
- Lesende, M. I., Quintana Cantero, S., Urzay Atucha, V., Ganzarain Oyarbide, E., Aguirre Minaña, T. & Pedrero Jocano, J. E. (2011). Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) en personas mayores. *Atención primaria*, 44, 309-319.
- Linn, M. W. & Linn, B. S. (1982). The Rapid Disability Rating Scale-2. *Journal of the American Geriatrics Society*, 30, 378-382.
- Martínez Martínez, B., Durán Carrillo, P., Escudero Bonet, R. & Arraráz Urdáñiz, J. I. (2017). Valoración de las actividades de la vida diaria en personas con deterioro cognitivo, estudio psicométrico de la escala VAVDI. *Revista TOG*. 15, 29-36.
- Martorell Aroca, M. C., & Romero Ayuso, D. M. (2003). Actividades básicas de la vida diaria o cuidado personal. En D. M. Romero Ayuso y Moruno Miralles, P. (Eds.), *Terapia ocupacional. Teoría y técnicas* (pp. 319-358). Madrid: Masson.
- Matellanes, B., Díaz, U., & Montero, J. M. (2010). *El proceso de envejecer. Una perspectiva integradora: evaluación e intervención biopsicosocial*. Bilbao: Deusto publicaciones.
- Matilla-Mora, R., Martínez- Piédrola, R. M. & Fernández Huete, J. (2015). Eficacia de la terapia ocupacional y otras terapias no farmacológicas en el deterioro cognitivo y la enfermedad de Alzheimer. *Revista española de geriatría y gerontología*, 51, 349-356.

- Menéndez González, M., Martínez Rivera, M., Fernández, B. & López-Muñiz, A. (2011). Estilo de vida y riesgo de padecer demencia. *iMedPubJournals* ,7, 1.
- Mías, CD., Sassi, M. & Masih, M. E. (2004). Estudio multicéntrico evaluación y prevención del deterioro cognitivo. Cátedra de Neuropsicología, Facultad de Psicología; Servicio Psicopatología, Hospital Nacional de Clínicas; Servicio de Neurología, Hospital Córdoba.
- Mias, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro Cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Neurología*, 44, 733-738.
- Mias, C. D., Luque, L., Bastida, M., & Correche, M.S. (2015). Quejas Subjetivas de Memoria, Olvidos de Riesgo y Dimensiones psicopatológicas: Aspectos Diferenciales entre el Declive y Deterioro Cognitivo Leve. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15, 53-70.
- Mias, C.D., Tornimbeni, S. (2020). *Metodología de Investigación, estadística aplicada e instrumentos en Neuropsicología*. Córdoba: Encuentro Grupo Editor.
- Mishara, B. L. & Riedel, R. G. (2000). *El proceso de envejecimiento*. Madrid: Ediciones Morata S. L.
- Moreno Moreno, J. (2004). Mayores y calidad de vida. *Portularia* 4, 187-198.
- León, O. G. & Montero, I. (2002). Clasificación y descripción de las metodologías de investigación en Psicología. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 2, 503-508.
- Millán, J. C. (2011). Envejecimiento y calidad de vida. *Revista Galega de Economía*, 20, 1-13.
- Mitrushina, M. N., Boone, K. B. & D'Elia, L. F. (1999). *Handbook of Normative Data for Neuropsychological Assessment*, Nueva York, Oxford University Press.
- Montine, T. J. & Larson, E. B (2009). Late-Life dementias Does This Unyielding Global Challenge Require a Broader View? *JAMA*, 302 (23), 2593-2594.
- Mosey, A. C. (1996). *Psychosocial components of occupational therapy*. Philadelphia: Lippincott-Raven.

- Nygård, L. (2003). Instrumental activities of daily living: a stepping-stone towards Alzheimer's disease diagnosis in subjects with mild cognitive impairment? *Acta Neurológica Scandinavica*, 107, 42- 46.
- Organización Mundial de la Salud y Organización Panamericana de la Salud (2001). Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud CIF. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Organización Mundial de la Salud (2002). *Active ageing: a policy framework*. Geneva: World Health Organization.
- Organización Mundial de la Salud. (2015). Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. Estados Unidos: World Health Organization.
- Pagés Larraya, F., Grasso, L. & Mari, G. (2004). Prevalencia de las Demencias de tipo Alzheimer, Demencias Vasculares y otras Demencias del DSM-IV y del ICD-10 en la República Argentina. *Revista Neurológica Argentina*, 29, 148-153.
- Paolinelli, C. G., González, P. H., Doniez, M. E., Donoso, T. D. & Salinas, V. R. (2001). Instrumento de evaluación funcional de la discapacidad en rehabilitación. Estudio de confiabilidad y experiencia clínica con el uso del Funcional Independence Measure. *Revista médica de Chile*, 129, 23-31.
- Pedretti, L. M. (1981). *Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction*. St. Louis: Mosby.
- Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C. & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de geriatría y gerontología*, 51 (4), 229-241.
- Pernecky, R., Pohl, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Alexopoulos, P., ... Kurz, A. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: conceptual and diagnostic issues. *Age and Ageing*, 35, 240-245
- Peña-Casanova, J. (1998). Escalas funcionales e instrumentales de las actividades de la vida diaria. *Revista de Neurología*; 27, 27-29.

- Prince, M., Bryce, R., Albanese, E., Wimo, A., Ribeiro, W., & Ferri, C. P. (2013). The global prevalence of dementia: a systematic review and metaanalysis. *Alzheimer's & Dementia*, 9(1), 63–75.
- Ribera Casado, J. M., Milán Vegas, A., & Ruiz Ruiz, M. (2006). Conceptos esenciales del envejecimiento. *Medicine*, 9 (62), 4003-4010.
- Ríos, C., Pascual, L.F., Santos, S., López, E., Fernández, T., Navas, I., ... Morales, F. (2001). Memoria de trabajo y actividades complejas de la vida diaria en el estadio inicial de la enfermedad de Alzheimer. *Revista de Neurología*. 33, 719-722.
- Romero Ayuso, D. M. (2007). Actividades de la vida diaria. *Anales de psicología*: 23, 264-271.
- Rowe, J., & Kahn, R. (1987). Human aging: usual and successful. *Science*, 237, 143–149.
- Reed, K. L. & Sanderson, S. (1980). *Concepts of Occupational Therapy*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Sakari-Rantala. R., Era, P., Rantanen, T., & Heikkinen, E. (1998). Associations of sensory-motor functions with poor mobility in 75- and 80-year-old people. *Rehabil Med*, 30, 121-7.
- Salvador-DOI, A., Almela, M., Pulpulos, M. M., Villada, C., & Hidalgo, V. (2014). Estrés y cambios cognitivos asociados al envejecimiento. *Información Psicológica*, 105, 14-2.
- Sanchez – Rodriguez, J. L., & Torrellas- Morales, C. (2011). Revisión del constructo deterioro cognitivo leve: aspectos generales. *Revista de Neurología*, 52, 300-3005.
- Sarabia Cobo, C. M. (2009). Envejecimiento exitoso y calidad de vida. Su papel en las teorías del envejecimiento. *Gerokomos*, 20 (4), 172-174.
- Shellkey, M. & Wallace, M. (1999). Katz index of Independence in activities of daily living. *Journal of gerontological nursing*, 25 (3), 8-9.
- Sloane, P. D., Zimmerman, S., Suchindran, C., Reed, P., Wang, L., Boustani, M., & Sudha, S. (2002). The Public Health Impact of Alzheimer's Disease, 2000–2050: Potential Implication of Treatment Advances. *Annual Review of Public Health*, 23(1), 213–231.

- Soberanes Fernández, S., González Pedrasa Avilés, A., & Moreno Castillo, Y. C. (2009). Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 14, 161-72.
- Soler- König, G.F., Sáñez, V., Caruso, D., Reyes-Toso, M.L., Elizondo, C. M., & Lesende, I. M. (2016). Validación transcultural y confiabilidad telefónica del cuestionario “Vida diaria del anciano” modificado. *Medicina*, 76, 153-158.
- Soriano, A. (2015). Diseño y validación de instrumentos de medición. *Diálogos*, 14, 19-40.
- Subirana, J., Bruna, O., Puyuelo, M. & Virgili, C. (2009). Lenguaje y funciones ejecutivas en la valoración inicial del deterioro cognitivo leve y la demencia tipo Alzheimer. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29, 13-20.
- Teunisse, S. & Derix, M. M. (1997). The interview for deterioration in daily living activities in dementia: agreement between primary and secondary carers. *International Psychogeriatrics*, 9, 155–162.
- Trigas- Ferrín, M., Ferreira-González, L. & Meijide-Míguez, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicin*, 72, 11-16.
- Trombly, C.A. & Radomski, M. (2007). *Occupational therapy for physical dysfunction*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins.
- Uniform Data System for medical rehabilitation. (2012). *The FIM instrument: its background, Structure, and usefulness*. Buffalo: UDSmr.
- Wechsler, D. (2003). *Test de Inteligencia para adultos*. Tercera Edición. Buenos Aires: Paidós.
- Yesavage, J., Brink, T. & Rose, T. (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report. *J Psychiatr Res*, 17, 37-49.
- Zuriqúe Sánchez, C., Cadena Sanabria, M. O., Zuriqúe Sánchez, M., Camacho López, P. A., Sánchez Sanabria, M., Hernández- Hernández, S., Velázquez Vanegas, K., & Ustate Valera, A. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54, 346-354.

ANEXO

Escala Global de Actividades de la Vida Diaria para adultos mayores

Autores: Fernandez Constanza y Mias Carlos D.

Tipo de instrumento: Escala administrada a sujetos en evaluación y familiar informante.

Tiempo estimado de resolución: 10 a 15 minutos.

Población destinataria: Adultos mayores de 50 años

Objetivo del instrumento: Valorar la realización y cambios de actividades de la vida diaria, frecuentes en el amplio segmento social de clase media (Clases extremas o invisibilizadas pueden requerir instrumentos específicos).

Áreas de aplicación: Investigación en la detección de cambios funcionales de asociación posible con deterioro cognitivo, sensible a deterioro leves.

AVD BÁSICAS

Comer

1. Come con independencia manipulado todos los utensilios y accionando como lo hace habitualmente (utiliza platos, cubiertos y vasos sin dificultad).
2. Come con independencia (utiliza platos, cubiertos y vasos sin dificultad) pero requiere algún señalamiento en el uso de utensilios o acciones
3. Necesita ayuda para manipular algunos utensilios o para las acciones que requieren (p.e. cortar alimento, mantener la comida en el plato, etc.)
4. Necesita ayuda general para comer, con escasa manipulación de elementos o acciones necesarias

Usar el Baño

1. Usa el baño con todos sus componentes (lavado, inodoro, ducha, cepillos, jabones, etc) sin ninguna dificultad
2. Necesita alguna ayuda para el uso de algunos de sus componentes o acciones que requieren (p.e. Lavarse, bañarse, peinarse, etc).
3. Necesita ayuda para el uso de dos o más de sus componentes o acciones que requieren (p.e. Lavado, inodoro, ducha, cepillos, jabones, maquillaje, afeitadora, etc).
4. Necesita supervisión y acompañamiento para el uso del baño con todos sus componentes.

Vestirse

1. Es independiente para seleccionar, ponerse y quitarse la ropa, abotonarse y atarse los zapatos.
2. Selecciona su ropa, pero necesita alguna ayuda con algunas prendas de exigencia fina (botones, cierres, cremalleras, etc)
3. Necesita ayuda para seleccionar alguna prenda, o en acciones para vestirse correctamente (p.e. ponerse la ropa, abotonarse, atar cordones, seguir la secuencia correcta).
4. Requiere franca ayuda o acciones externas para vestirse correctamente.

Movilidad dentro del hogar o residencia

1. Es capaz de moverse dentro del hogar con independencia (camina, abre y cierra puertas, sube y baja escalones)
2. Es capaz movilizarse dentro del hogar, pero tiene dificultades para acciones finas, como utilizar

llaves, picaportes, subir y bajar escalones.

3. Requiere algún acompañamiento o ayuda para la movilidad libre en el hogar o residencia

4. No es capaz de moverse correctamente sin ayuda externa

AVD INSTRUMENTALES

Movilidad y traslado fuera del hogar

1. Se moviliza con independencia en la cuadra, barrio y ciudad.

2. Se moviliza con independencia en la cuadra y el barrio, y requiere algún acompañamiento fuera de sus límites

3. Puede moverse en la vereda o la cuadra, pero requiere ayuda para manejarse por el barrio o ciudad.

4. Requiere ayuda, acompañamiento o supervisión cuando sale de la casa para su movilidad en general

Hacer compras

a) Nunca ha realizado las compras cotidianas o generales que necesita (víveres, ropa, elementos de la casa, etc)

b) Realiza o ha realizado compras familiares o propias:

1. Realiza las compras que necesita y concurre a los negocios específicos de manera independiente (almacenes, negocios, supermercados).

2. Realiza compras globales sin mucho detalle sobre lo que necesita.

3. Requiere alguna supervisión para las compras generales.

4. No es capaz de realizar las compras en general

Preparación de la comida

a) Nunca ha participado en la preparación de la comida cotidiana

b) Participa o ha participado en la preparación de la comida:

1. Es capaz de organizar, preparar y cocinar las comidas autónomamente.

2. Prepara las comidas con supervisión (condimentos, tiempo de cocción, usos de elementos de cocina).

3. Requiere ayuda para la elaboración de las comidas o para el uso de elementos de cocina, sin la cual no podría hacerlo adecuadamente.

4. No es capaz de cocinar como lo hacía antes, requiere lo haga un tercero.

Mantener o cuidar la vivienda

a) Nunca ha realizado o ha sido su función hacer tareas de mantenimiento o cuidado de la casa

b) Realiza o ha realizado tareas de mantenimiento o cuidado de la casa (limpieza, reparaciones, jardinería, ordenamientos):

1. Identifica y ejecuta tareas de mantenimiento o cuidado de modo independiente

2. Requiere alguna indicación para identificar o ejecutar acciones de mantener o cuidar la casa.

3. Requiere alguna ayuda o supervisión en tareas de mantenimiento o cuidado de la casa.

4. Requiere significativa ayuda o supervisión, o no es confiable en la ejecución de acciones de mantenimiento o cuidado.

Usar electrodomésticos

a) No tiene o no es de usar electrodomésticos en casa (Lavarropas, microondas, cocina, cafeteras, pava eléctrica, etc)

b) Tiene y usa algunos electrodomésticos en casa:

1. Utiliza por sí solo los electrodomésticos que necesita

2. Utiliza los electrodomésticos, pero tiene dificultades en sus procedimientos.
3. Utiliza los electrodomésticos con alguna ayuda supervisión, tiene equivocaciones frecuentes
4. No es capaz de utilizar electrodomésticos de manera autónoma.

Usar Transportes

1. Emplea algún medio de transporte cuando necesita en forma independiente (auto, taxis, colectivos, etc).
2. Requiere asistencia o compañía ocasional para manejarse con los medios de transporte
3. A menudo necesita ser acompañado para emplear medios de transporte
4. Es dependiente para manejarse con cualquier medio de transporte

Manejar dinero

1. Utiliza y maneja el dinero de manera autónoma
2. Utiliza y maneja el dinero, pero puede equivocarse en algunas cuentas o cifras
3. Requiere ayuda o supervisión en el manejo del dinero
4. No utiliza o no es confiable con el dinero por cómo lo maneja

AVD AVANZADAS

Usar un celular

- a) No utiliza nunca un celular o no necesita.
- b) Usa celular hace más de un año:
 1. Utiliza el celular en distintas funciones básicas (buscar contacto, marcar, llamar, recibir llamados, enviar mensajes, etc)
 2. Utiliza el celular sólo para llamar o recibir llamados de manera programada.
 3. Requiere ayuda frecuente o reiterada en el uso de las funciones básicas (llamar, contestar)
 4. No puede usar el celular de modo autónoma, por lo que prescinde de su uso

Usar dispositivos electrónicos

- a) No tiene o nunca usa dispositivos electrónicos (tv, computadora, tablet, cafeteras, maquinas, etc)
- b) Tiene y usa dispositivos electrónicos del hogar:
 1. Puede utilizar dispositivos electrónicos de manera autónoma
 2. Requiere asistencia ocasional para el manejo de dispositivos conocidos
 3. Requiere asistencia frecuente para su empleo
 4. Ha dejado de usar cualquier dispositivo electrónico del hogar

Manejar tarjetas de crédito/débito

- a) No tiene o no se maneja tarjetas bancarias
- b) Tiene y maneja alguna tarjeta bancaria:
 1. Utiliza tarjetas de crédito y/o débito cuando es necesario y de manera autónoma
 2. Utiliza la tarjeta de débito y dinero con dudas o con alguna supervisión
 3. Utiliza alguna tarjeta solo con compañía o supervisión
 4. Ha dejado de usar las tarjetas por desconfianza en su uso adecuado

Participación en reuniones o eventos sociales

- a) No participa de reuniones o eventos sociales porque nunca lo ha hecho.
- b) Participa de reuniones y eventos sociales:
 1. Participa de eventos sociales y reuniones con diferentes grupos de personas.
 2. Frecuenta solos familiares y amigos cercanos.

3. Solo participa de reuniones familiares cuando lo/la acompañan o recibe visitas pero no las hace por propia iniciativa.

4. No participa de reuniones o eventos sociales.

Manejo de Información

1. Se mantiene informado acerca de diferentes temas (política, deporte, realidad, familia, cultura, otros temas) a través de diferentes medios.

2. Se informa de determinados temas utilizando siempre los mismos medios de comunicación o información

3. No se informa de manera independiente, requiere que le cuenten lo que está sucediendo.

4. No se informa de ningún tema.

Actividades de ocio o recreación

a) No realiza actividades de ocio o recreación porque nunca lo ha hecho

b) Realiza actividades de ocio o recreación

1. Realiza actividades recreativas con frecuencia (viajes, cine, conciertos, talleres recreativos, juegos, etc.)

2. Realiza actividades recreativas ocasionalmente.

3. Las actividades recreativas que realiza son poco frecuentes.

4. No realiza ninguna actividad recreativa.

Lectura

1. Puede leer libros, revistas o medios electrónicos sin ningún problema.

2. Puede mantener alguna lectura breve o se dispersa mucho

3. No es capaz de leer libros o revistas, sólo lee el diario.

4. No es capaz de leer.

Usos de riesgo en el hogar

1. Utiliza el gas, la electricidad, el agua, elementos cortantes, sube escaleras sin dificultad.

2. Utiliza solo interruptores de luz y canillas. Sube escaleras y utiliza elementos cortantes con supervisión.

3. Utiliza interruptores de luz y canillas aunque a veces olvida cerrarlas o apagarlas.

4. Ya no realiza acciones que puedan significar un riesgo para su seguridad.

Capacidad de Expresión

1. Puede expresar sus deseos, solicitudes y pensamientos utilizando las palabras correctas en el momento en el que lo necesita.

2. Puede expresar sus deseos, solicitudes y pensamientos en el momento en el que lo necesita con algunas dificultades para encontrar las palabras correctas.

3. Expresa deseos, solicitudes y pensamientos de manera acotada.

4. Tiene severas dificultades para utilizar palabras precisas y expresar pensamientos, deseos o solicitudes extensas.

Juicio de expertos

MODO DE VALORACION

Para conocer su opinión sobre las AVD propuestas (no es necesario hacerlo en sus opciones), solicitamos su valoración considerando los siguientes indicadores y escala.:

1) Congruencia: Se le solicita que utilice la escala que figura a continuación para determinar según su criterio el grado de congruencia de los ítems en relación con el marco teórico de actividades de la vida diaria indicadoras de la funcionalidad de adultos mayores normales y del amplio segmento social de clases medias (los segmentos sociales extremos o invisibilizados pueden requerir escalas específicas).

1 = totalmente pertinente

2 = moderadamente pertinente

3 = No es una avd pertinente

2) Importancia del reactivo: Se solicita valorar la importancia de la AVD propuesta, como actividad relevante en adultos mayores (mayores de 50 años), considerando la siguiente escala:

1 = importante de incluir

2 = medianamente importante

3 = No es importante su consideración

3) Calidad del enunciado: Indique la calidad formal de cada ítem y sus opciones de respuesta (claridad, gramática, facilidad de comprensión, etc.) utilizando la siguiente escala:

1 = calidad aceptable

2 = calidad mejorable

3 = calidad de redacción no aceptable.

4) Independencia de género: Indique si la actividad puede ser independiente de la diversidad de género, o considera tiene sesgo en relación al mismo, utilizando las siguientes opciones.

1 = es independiente de la diversidad de genero

2 = es dependiente de una forma de genero (sea por cultura o funcionalidad, etc).

5) Observaciones generales: Realice todas las observaciones y sugerencias que desee con la finalidad de mejorar la calidad y/o congruencia teórica de cada ítem. También puede indicar aquí si ud. considera necesario incluir algunas actividades de la vida diaria no contempladas, tanto como prescindir de algunas de las propuestas.

A continuación, se presenta a modo ilustrativo una tabla con el formato enviado a los jueces expertos. No se incluyen en ella los ítems originales.

AVD BÁSICAS	<i>Congruencia con marco teórico de AVD en AM Escala 1 a 3</i>	<i>Importancia del ítem Escala 1 a 3</i>	<i>Calidad del enunciado Escala 1 a 3</i>	<i>Independencia de genero 1 Si – 2 No</i>	<i>Observaciones o sugerencias del ítem o sus opciones internas</i>
<i>Comer</i>					
Opción de respuesta A					
Opción de respuesta B					
Opción de respuesta C					
Opción de respuesta D					
AVD INSTRUMENTALES	<i>Congruencia con marco teórico de AVD en AM Escala 1 a 3</i>	<i>Importancia del ítem Escala 1 a 3</i>	<i>Calidad del enunciado Escala 1 a 3</i>	<i>Independencia de genero 1 Si – 2 No</i>	<i>Observaciones o sugerencias del ítem o sus opciones internas</i>
<i>Hacer compras</i>					
Opción de respuesta A					
Opción de respuesta B					
Opción de respuesta C					
Opción de respuesta D					
AVD AVANZADAS	<i>Congruencia con marco teórico de AVD en AM Escala 1 a 3</i>	<i>Importancia del ítem Escala 1 a 3</i>	<i>Calidad del enunciado Escala 1 a 3</i>	<i>Independencia de genero 1 Si – 2 No</i>	<i>Observaciones o sugerencias del ítem o sus opciones internas</i>
<i>Usar el celular</i>					
Opción de respuesta A					
Opción de respuesta B					
Opción de respuesta C					
Opción de respuesta D					