



REVISTA MÉDICA CLÍNICA LAS CONDES

<https://www.journals.elsevier.com/revista-medica-clinica-las-condes>

Herramientas de evaluación de actividades de la vida diaria instrumentales en población adulta: revisión sistemática

Tools for the evaluation of daily life activities instrumental in adults: systematic review

Antonia Echeverría^a, Rosario Cauas^b, Bárbara Díaz^b, Constanza Sáez^b, Marcela Cárcamo^c✉

^a Terapeuta Ocupacional. Magíster en Administración y Gestión en Salud. Escuela de Terapia Ocupacional, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

^b Terapeutas Ocupacionales.

^c Médico Veterinario. Magíster en Salud Pública, Magíster en Bioestadística, Magíster en Administración y Gestión en Salud. Departamento de Epidemiología y Estudios en Salud, Facultad de Medicina, Universidad de los Andes.

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del Artículo:

Recibido: 26 02 2020.

Aceptado: 07 01 2021.

Palabras clave:

Herramientas de Evaluación; Instrumentos; AVDI; AVDI; Capacidad Funcional; Funcionalidad; Terapia Ocupacional.

Key words:

Assessment Tools; Instruments; IADL; Functional Capacity; Functionality; Occupational Therapy.

RESUMEN

Introducción: La transición al modelo biopsicosocial implica que las herramientas de evaluación se adapten a esta nueva visión de la salud. Las herramientas usadas en Chile para medir la funcionalidad en las actividades de la vida diaria instrumentales (AVDI) son las mismas desde los años 50, por lo que se requiere hacer una revisión de la literatura a fin de conocer nuevas metodologías de evaluación en la materia.

Objetivo: Identificar las herramientas de evaluación en AVDI, qué ítems son considerados, metodología de puntuación (rangos, puntajes, categorización de resultados), tiempo y contexto de aplicación, creadores de las herramientas y propiedades psicométricas de los mismos.

Diseño: Revisión sistemática. Fuentes de datos: PubMed, BIREME y Epistemonikos. Se realizaron tres búsquedas: dos el 2018 (marzo y septiembre) y una el 2020 (diciembre).

Selección de estudios: Estudios observacionales (estudios de cohorte y estudios de corte transversal) y revisiones sistemáticas que contemplaron la valoración de AVDI en mayores de 18 años, en inglés o español, publicados desde 1998 y de libre acceso.

Extracción de datos: Se realizó lectura de títulos y resúmenes como primer filtro, y posteriormente el texto completo.

Una vez seleccionados los estudios que cumplen con los criterios de inclusión, se les aplicó la pauta "Strengthening The Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)" y la pauta "Critical Appraisal Skills Programme Spanish (CASPe)" para evaluar la calidad metodológica. Se estableció, a través de un consenso de las investigadoras, que cada estudio seleccionado debía cumplir con al menos 13 de los 22 ítems de la pauta STROBE.

Resultados: De los 27.606 artículos encontrados, 15 cumplieron con los criterios de inclusión y el punto de corte establecido de la pauta. Sólo un artículo era en idioma español y 14 en inglés; y fueron publicados principalmente en EE.UU. y España. De los 20 instrumentos encontrados en los artículos seleccionados, el 60% corresponde a la "Escala Lawton y Brody", el 10% a la de "The Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS)" y el porcentaje restante otras herramientas.

Conclusiones: A nivel internacional se han creado nuevas herramientas de evaluación de AVDI en respuesta a necesidades locales, dificultando la posibilidad de ser generalizadas a otros contextos sin contar previamente con un proceso de validación transcultural y estadística que resguarde la confiabilidad de su aplicación y data. La "Escala de Lawton y Brody", pese a las limitaciones ni sesgos, sigue siendo un patrón de oro a nivel internacional.

✉ Autor para correspondencia

Correo electrónico: mcarcamo@uandes.cl

<https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.01.012>

e-ISSN: 2531-0186/ ISSN: 0716-8640/© 2019 Revista Médica Clínica Las Condes.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND

(<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



SUMMARY

Background: The transition to the biopsychosocial model implies that the assessment tools are adapted to this new vision of health. In Chile, the evaluations to measure functionality on Instrumental Activities of Daily Living (IADL), have been the same since the 1950s, so a review of the literature is required to know new evaluation tools in the matter.

Aim: To identify the evaluation tools that exist to assess the functionality in AVDI, what items are considered, scoring methodology (rank, score, categorization of results), time and in which contexts they are applied, assessment creators and psychometric properties.

Design: Systematic review. *Data sources:* PubMed, BIREME and Epistemonikos. Three searches were carried out: two in 2018 (March and September) and one in 2020 (December).

Study selection: Observational studies (cohort studies and cross-sectional studies) and Systematic Reviews that contemplated the assessment of IADL in people over 18 years of age, in English or Spanish, published since 1998 and open access.

Data extraction: Titles and abstracts were read as a first filter, followed by the full text. Once the studies that met the inclusion criteria had been selected, the "Strengthening The Reporting of Observational studies in Epidemiology (STROBE)" and "Critical Appraisal Skills Programme Spanish (CASPe)" guideline was applied to assess methodological quality. It was established, through a consensus of the researchers, that each selected study had to comply with at least 13 of the 22 items of STROBE guideline.

Results: Of the 27.606 articles found, 15 met the inclusion criteria and the established cut-off point of the guideline. One article was written in Spanish and 14 in English, which were carried out mainly in the United States and Spain (3 out of 15 respectively). Of the 20 instruments found in the selected articles, 60% correspond to "Lawton & Brody Scale", 10% to "The Performance Assessment of Self-Care Skills (PASS)" and the remaining percentage other tools.

Conclusions: At an international level, new IADL assessment tools have been created in response to local needs, making it difficult to generalize to other contexts without previously having a cross-cultural and statistical validation process that safeguards the reliability of its application and data. The "Lawton s Brody Scale", despite its limitations and biases, remains an international gold standard.

INTRODUCCIÓN

El cambio de paradigma en salud, desde el modelo biomédico al modelo biopsicosocial, ha demandado una serie de transformaciones en las estrategias de evaluación e intervención en salud¹. El principal desafío ha estado en mirar a la persona de manera integral, considerando que su condición de salud está influenciada no sólo por las funciones y estructuras corporales, sino también por las posibilidades de participar e involucrarse en actividades; oportunidades que brinda el ambiente². Esta mirada que, gracias a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)³ ha ido permeando las políticas públicas, explica la importancia que tiene al día de hoy que los equipos profesionales evalúen la capacidad funcional de la persona más allá de las funciones y estructuras corporales afectadas. A su vez, el aumento sostenido de la población adulta y las personas mayores en el país y la proyección de sus tasas de crecimiento en las futuras décadas⁴, releva la importancia de contar con herramientas que permitan monitorear la capacidad funcional de este segmento a través de los programas y servicios focalizados para ellos. Un ejemplo de esto es el Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM) aplicado de manera sistemática por la Atención Primaria de Salud (APS) a todas las personas mayores de 60 años que contempla la Evaluación de la Funcionalidad del Adulto Mayor (EFAM), instrumento que busca detectar los factores de riesgo a los cuales está expuesta una persona autovalente que vive en la comunidad⁵. Según

la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ la capacidad funcional es el resultado de: la capacidad intrínseca (combinación de capacidades físicas y mentales que posee una persona para desempeñarse), las características del entorno (factores externos que marcan el contexto desde el nivel micro al nivel macro, es decir, desde el hogar, la comunidad a la sociedad en general) y las interacciones entre estos dos elementos, lo cual define el vínculo que generará la persona con el ambiente; en otras palabras, la presencia y participación en la comunidad. Lo anterior, determina que la pérdida de la funcionalidad no es únicamente una alteración en la condición de salud de la persona sino un reflejo de la participación socio comunitaria de ésta. Desde ese punto de vista, la funcionalidad es una condición que abarca desde la autovalencia máxima de una persona hasta su dependencia, lo que ha determinado la creación de la política de *Continuidad de Cuidados* en Chile. Este principio, se compromete a brindar y resguardar la salud con el propósito de evitar o enlentecer la progresión de la dependencia, para lo cual existe una oferta pública integrada y coordinada que va desde el contexto asistencial, al comunitario y domiciliario, según las necesidades particulares de cada persona otorgando continuidad clínica, funcional y profesional; todo esto para mantener su participación y vínculo con la comunidad¹. Lo anterior, debido a que la dependencia es considerada como un concepto complejo y multidimensional, entendida como un proceso continuo y dinámico⁷ que puede impactar indistintamente funciones cognitivas, motoras, emocionales y

psicosociales que impactan en el desempeño cotidiano⁸. De ahí que comprender el fenómeno de la dependencia permite conocer la historia natural del envejecimiento poblacional que inicia con los primeros signos de deterioro funcional detectados a partir de las AVDI, pasando por limitaciones más significativas al afectar las AVDB, para terminar con la muerte⁷.

En Chile, el Modelo Integral de Atención en Salud⁹ ha determinado la aplicación de ciertas herramientas de evaluación que miden la funcionalidad de la persona a partir de su desempeño en actividades de la vida diaria básicas (AVDB o ABVD) e instrumentales (AVDI o AIVD). Las AVDB se caracterizan por ser universales; están ligadas a la supervivencia del ser humano, por tanto, son actividades que están dirigidas al autocuidado y auto mantenimiento de uno mismo como, por ejemplo: alimentarse y la realizar el aseo e higiene diario. Por lo mismo se realizan cotidianamente y corresponden a praxis automatizadas, donde ni la cultura ni el género influyen. Las AVDI son actividades que suponen una mayor complejidad en el desempeño pues implican una interacción con el contexto, por tanto, su ejecución depende de las características del ambiente en el cual se llevan a cabo. Un ejemplo de éstas sería hacer compras o movilizarse en la comunidad¹⁰. Así como existe un orden jerárquico en la adquisición de éstas durante el ciclo vital, también se encuentra una relación jerárquica, en términos de cómo se ven afectadas en la vejez, perdiéndose primero las instrumentales y finalmente las básicas⁶. Es por ello por lo que la comunidad científica ha denominado a las AVDI como el principal indicador y predictor de salud de personas mayores en relación con la morbilidad, mortalidad, riesgo de institucionalización y necesidad de cuidados, los cuales aumentan en cantidad y calidad ante la progresión natural del envejecimiento, por ende están correlacionados con el aumento en el costo en salud y en una afectación de la calidad de vida¹¹ y el motivo por el cual han enfatizado en la necesidad e importancia de contar con herramientas de evaluación que permitan detectar los primeros signos de deterioro funcional, como una estrategia para potenciar la prevención de la dependencia y su progresión⁷.

En Chile se han utilizado instrumentos validados internacionalmente para evaluar y monitorear la capacidad funcional en la población en general, siendo la Escala de Lawton & Brody¹² y Cuestionario de Actividad Funcional Pfeffer¹³ las principales herramientas de valoración de las AVDI.

Revisando los instrumentos aplicados por la red sociosanitaria para monitorear la capacidad funcional, se evidencia que no se dispone de una herramienta ni metodología unificada para evaluar y hacer seguimiento de ésta en las personas mayores (considerando que durante el envejecimiento se acentúa la pérdida de la capacidad funcional)¹⁴⁻²⁰ (Tabla 1).

Tabla 1. Herramientas de evaluación funcional utilizadas en los programas asociados a la dependencia

Programas en Chile	Metodología de evaluación	Unidad de medida
Más Adulto Mayor Autovalente – EFAM	Instrumento Cuestionario Pfeffer	AVDI
	Pruebas de Ejecución	Capacidad de movimiento
Centro de Día del Adulto Mayor	Escala de Lawton y Brody	AVDI
Cuidados Domiciliarios	Escala de Lawton y Brody	AVDI
Establecimiento de Larga Estadía	No evalúa AVDI	
Atención Domiciliaria para personas Dependientes Severos	No evalúa AVDI	

Fuente: Elaboración propia en base a información del Ministerio de Desarrollo Social y Familia (2019).

Numerosos autores refieren que la falta de validación transcultural y estadística al aplicar un instrumento creado en otro país hace que los resultados obtenidos no sean reales ni confiables²¹, influyendo en el proceso diagnóstico y de intervención²² puesto que las conclusiones que tras la aplicación de éste se obtengan, estén directamente relacionadas al constructo, contexto y población para el cual fue construido el instrumento²³. Situación que se complejiza aún más al constatar que los instrumentos utilizados para medir la capacidad funcional a través de las AVDI (por ser las primeras en verse afectadas), poseen importantes limitaciones que la literatura académica científica a nivel internacional y nacional ha reconocido y documentado; además de las diferencias significativas que poseen entre los mismos en relación con constructo a medir, ítems (tipo y cantidad) y escala de puntuación (tipo, rango y valorización de indicadores)²⁴⁻²⁹.

El impacto de esto radica en un problema epidemiológico fundamental para la salud pública: conocer con real exactitud la trayectoria de envejecimiento poblacional desde la capacidad funcional, pues de dicha data depende el diseño de políticas públicas³⁰ acordes a las necesidades particulares en pos de enlentecer la progresión de la dependencia. Consecuencia que podemos constatar al día de hoy (Tabla 2), al evidenciar que para las personas mayores dependientes leves, la oferta es la misma que para una personas mayores con dependencia moderada³¹; más aun considerando que la dependencia con intervenciones adecuadas puede ser prevenida, enlentecida, revertida^{6,25}; puede evitar mayores eventos adversos o la progresión de la morbilidad y discapacidad, lo que permitiría disminuir el gasto en salud de las personas mayores o bien, disponer de mayores

Tabla 2. Oferta pública de MINSAL y SENAMA en la Continuidad de Cuidados

NIVEL DE APOYO SOCIAL Y/O FAMILIAR	NIVEL O GRADO DE CAPACIDAD FUNCIONAL		
	<i>Autovalente</i>	<i>Dependiente Leve a Moderado</i>	<i>Dependiente Severo</i>
Con apoyo	Más Adulto Mayor Autovalente	Centro Diurno del Adulto Mayor	Atención Domiciliaria para dependientes severos
	Envejecimiento Activo		
Desde escaso a sin apoyo	Condominio de Vivienda Tutelada	Establecimiento de Larga Estadía - ELEAM (subvencionados y estatales)	Cuidados Domiciliarios
			ELEAM

ELEAM. Establecimiento Larga Estadía de Adultos Mayores.

Fuente: Elaboración propia a partir de información del Ministerio de Desarrollo Social y Familia y del Ministerio de Salud de Chile (2020).

recursos para abordar sus demandas, pues la proporción de la dependencia no sólo aumenta con la edad, sino también aumenta su severidad³² y por ende, la calidad y cantidad de cuidados requeridos¹². Todo esto ha incitado la modificación de las herramientas a la hora de evaluar la capacidad funcional, ajustando los requerimientos de evaluación a la población objetivo y al contexto de atención.

A partir de todo lo anteriormente mencionado, surge la inquietud de realizar una revisión de literatura que permita conocer las herramientas de evaluación existentes para valorar la capacidad funcional a través de las AVDI en la población adulta. Secundariamente conocer qué dimensiones o ítems consideran dichos instrumentos; metodología de puntuación (rangos, puntajes, categorización de resultados), tiempo y contexto de aplicación; profesionales que crean las herramientas y quiénes las aplican; además de sus propiedades psicométricas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo y diseño de investigación: Estudio secundario, Revisión Sistemática⁹ guiando la estructura mediante el método PRISMA 2009 Checklist³³.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Se incluyeron estudios observacionales (estudios de cohorte y estudios de corte transversal) y revisiones sistemáticas, que contemplaran la valoración de funcionalidad en AVDI en personas mayores de 18 años, en idiomas inglés o español, realizados desde el año 1998 en adelante y de libre acceso. También se consideraron estudios descriptivos en caso de que contestaran la pregunta de investigación planteada.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información utilizadas fueron las bases de datos electrónicas PubMed, BIREME y Epistemonikos. La búsqueda de

literatura la realizaron (R.C., B.D. y C.S.) durante los meses de marzo y septiembre del 2018 y (M.C.) en diciembre del 2020.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

Se llevó a cabo una búsqueda individual e independiente siguiendo un mismo protocolo de búsqueda para las evaluadoras. Ese protocolo consistió en la utilización de términos libres y Tesoros (MeSH) en PubMed, términos libres y Tesoros (MeSH y DeCS) en BIREME y términos libres en Epistemonikos, para desarrollar una búsqueda amplia en cada una de las bases de datos. Para la obtención de los artículos, se utilizaron las siguientes palabras claves: "People over 18 years old", "Adults", "Evaluation of Daily Activities", "Assessment of functionality", "Measurement of IADL", "Assessment of IADL", "Personas mayores de 18 años", "Adultos", "AVD", "Evaluación de AVD", "Herramientas de funcionalidad", y "Valoración de AVDI", "Instrumentos de AVDI". Dichos términos seleccionados fueron combinados con el operador booleano "AND" y "OR", en aquellas bases de datos que los requirieron. Para dichas estrategias, se contó con el apoyo y supervisión de la bio-referencista en salud de la Universidad de los Andes.

SELECCIÓN DE LOS ESTUDIOS

En primera instancia, se realizó la lectura de los títulos y resúmenes con el objetivo de detectar que estos cumplieran con los criterios de elegibilidad previamente definidos. Aquellos que cumplieran, fueron revisados en extenso para corroborar si la información que incluía era atinente a la investigación, es decir, que incluyera la descripción necesaria para dar respuesta a los objetivos del presente estudio. Aquellos estudios seleccionados fueron registrados en una planilla Excel, considerando la siguiente información: autor, año de publicación, idioma/país de origen, población objetivo, instrumento de valoración de AVDI y tipo de estudio. Las variables evaluadas de los instrumentos fueron: ítems del instrumento, contexto aplicación, rango de puntuación, puntajes (mínimo y máximo) categorización de resultados, tiempo aplicación, profesio-

nales que aplican la evaluación y quienes la crearon; además de sus propiedades psicométricas. Se eliminaron aquellos artículos que evaluaban AVD en general, es decir, instrumentos que incluyen AVDB y AVDI o estudios que sólo evaluaron AVD básicas; tampoco fueron contemplados aquellos instrumentos que contemplaban dentro de las dimensiones las AVDI pero que no constituyen herramientas de evaluación específicas de AVDI y aquellas herramientas que evalúan sintomatología de una determinada patología a partir de las AVD, como en el caso de la Revisión Sistemática para personas con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Además, se realizó una

tabla resumen de los artículos encontrados, con el año de publicación, idioma y país de origen del artículo, nombre de la herramienta de evaluación y tipo de estudio (Tabla 3).

RIESGO DE SESGO EN LOS ESTUDIOS INDIVIDUALES

Una vez seleccionados los estudios, se les aplicó la pauta "Strengthening The Reporting of Observational studies in Epidemiology" (STROBE)³⁴ y la pauta "Critical Appraisal Skills Programme Spanish" (CASPe)³⁵ para evaluar los ítems que debía incluir cada uno de los diseños considerados dentro de los criterios de elegibilidad.

Tabla 3. Criterios de elegibilidad de los artículos

N°	Autores	Año de publicación	Idioma/País de origen	Población objetivo	AVD Instrumentales	Tipo de estudio
1	Hilgenkamp TIM et al.	2011	Inglés/Holanda	50	Escala de Lawton y Brody	Observacional Transversal
2	Chen, HM et al.	2015	Inglés/Taiwán	72	Escala de Lawton y Brody, Taiwan Performance-Based Instrumental ADL (TPIADL)	Observacional Cohorte
3	Reppermund S et al.	2016	Inglés/Australia	> 76	Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM)	Observacional Cohorte
4	Siriwardhana DD et al.	2015	Inglés/Sri Lanka	65 - 95	Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala	Observacional Cohorte
5	Doroszkiwicz H et al.	2018	Inglés/Polonia	≥ 60	Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS)	Observacional Transversal
6	Vergara I et al.	2012	Inglés/España	> 65	Escala de Lawton y Brody Validación al español de España	Observacional de cohorte
7	Mansbach WE et al.	2011	Inglés/EE.UU.	> 60	Escala de Lawton y Brody	Observacional de cohorte
8	Ciro CA et al.	2015	Inglés/EE.UU.	> 60	Escala de Lawton y Brody, Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)	Observacional Transversal
9	Huertas Hoyas E et al.	2013	Español/España	> 47	Functional Assessment Measure (FAM)	Observacional Transversal
10	Ahn JY et al.	2018	Inglés/Corea	> 20	Escala de Lawton y Brody	Observacional de cohorte
11	Millán-Calenti JC et al.	2009	Inglés/España	> 65	Escala de Lawton y Brody	Estudio descriptivo
12	Marzieh Pashmdarfard AA	2020	Inglés/Irán	Población mayor	Escala de Lawton y Brody, Performance Assessment of Self-care Skills (PASS) y Texas Functional Living Scale (TFLS).	Revisión sistemática
13	Quirien O et al.	2019	Inglés/Holanda	> 18	Escala de Lawton y Brody	Revisión sistemática
14	Janaudis-Ferreir et al.	2014	Inglés/Canadá	No específica población	Escala de Lawton y Brody	Revisión sistemática
15	Ramona O et al.	2017	Inglés/EE.UU.	Adultos	Escala de Lawton y Brody, Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ)	Revisión sistemática

Se estableció, a través de un consenso de las investigadoras, que cada estudio seleccionado debía cumplir con al menos 13 de los 22 ítems (59,1%) para la pauta STROBE. Para la pauta CASPe, se aplicó de acuerdo con las instrucciones que establece la guía. Para evaluar la concordancia de lectura entre las evaluadoras, se seleccionaron 5 artículos aleatoriamente, a los cuales cada investigadora aplicó la pauta correspondiente. Al comparar posteriormente las puntuaciones entre el equipo, se comprobó que los criterios de evaluación eran congruentes o no. En los casos de que no hubiera congruencia, se solicitó la lectura por un tercer revisor. Los artículos incluidos en el estudio fueron clasificados según nivel de evidencia y de recomendación.

SÍNTESIS DE RESULTADOS

Se realizó un diagrama de flujo de acuerdo con PRISMA 2009³⁶.

Variables

Tipo de estudio y año de publicación, idioma/país de origen, población objetivo, instrumento de valoración de AVDI, ítems del instrumento, contexto aplicación, rango de puntuación, puntajes (mínimo y máximo) categorización de resultados, tiempo aplicación, profesionales que aplican la evaluación y que crearon la herramienta; además de las propiedades psicométricas de los mismos.

Análisis de los artículos

Se calculó el puntaje obtenido por cada artículo y se estableció la moda entre la cantidad de ítems presentes de la pauta STROBE. Para la pauta CASPe, se aplicaron los criterios establecidos por esta guía. Se reportó la información de cada uno de los artículos de acuerdo con las variables mencionadas anteriormente. Para establecer el grado de evidencia de los artículos analizados, se utilizaron los criterios de *National Guideline Clearinghouse Levels of Evidence and Grades of Recommendations*³⁷.

Respaldo de la información

Los artículos recopilados fueron almacenados en una carpeta Google Drive, compartida entre las tres investigadoras que realizan la búsqueda. Dentro de esta carpeta, se crearon subcarpetas con los estudios seleccionados por cada una, siendo grabados con el título del estudio, por tanto, no se utilizaron códigos. A su vez, los estudios incluidos fueron respaldados en los computadores personales de cada una. Se utilizó como administrador de referencia Zotero³⁸.

RESULTADOS

Se encontraron 27.606 artículos, de los cuales 15.463 corresponden a PubMed, 11.989 a BIREME y 154 a Epistemonikos. El resumen de las estrategias utilizadas se muestra en el Anexo

1. De estos artículos, 130 fueron seleccionados tras la lectura del título y resumen. 33 fueron excluidos por corresponder a artículos pagados. De los 97 artículos restantes, 48 presentaron otro tipo de diseño de estudio, 30 no se encontraban relacionados con la investigación y 4 eran artículos duplicados. Finalmente, se seleccionaron 15 artículos para la revisión (Figura 1).

Los artículos seleccionados corresponden un 40% (6 de 15) a estudios observacionales de cohorte, 27% (4 de 15) a observacionales transversales, 27% (4 de 15) a revisiones sistemáticas y 6,7% (1 de 15) a un estudio descriptivo. El nivel de evidencia de los artículos fue tipo III, con un grado de recomendación C. Sólo un artículo era en idioma español y los restantes en inglés; y fueron publicados principalmente en EE. UU. (20%, es decir, 3 de 15) y España (20% también), siendo un 20% (2 de 15) en Holanda. Los restantes pertenecen a Taiwán, Australia, Sri Lanka, Polonia, Corea, Irán y Canadá, lo cual permite conocer realidades culturalmente diversas. La muestra, desde el punto de vista de años de publicación posee un rango de 11 años, con artículos publicados desde el año 2009 hasta el 2020; siendo el año 2015 el que posee mayor cantidad de artículos en la materia (20%). El 67% de los estudios definen su población objetivo como personas de 60 años o más (10 de 15) y 13% población adulta en general. Sólo un artículo no especifica la población.

De los 15 artículos seleccionados, 11 fueron analizados con la pauta STROBE y 4 con la pauta CASPe. En el caso de los estudios observacionales todos cumplieron con la cantidad de ítems establecidos como corte para esta investigación. Se obtuvo una moda de 16 puntos¹³⁻¹⁷, lo que corresponde a 11 artículos. De esta selección, dos artículos cumplieron con el puntaje mínimo de punto de corte³⁹⁻⁴¹ y tres artículos obtuvieron un puntaje de 17⁴²⁻⁴⁴ (Tabla 4). Para las revisiones sistemáticas analizadas, tres de ellas obtuvieron el puntaje completo⁴⁵⁻⁴⁷ y solo una obtuvo el puntaje de 7⁴⁸ (Tabla 5).

De los 20 instrumentos encontrados en los artículos seleccionados, el 60% (12 de 20) corresponde a la Escala Lawton y Brody (Art. 1, 2, 4, 6, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15 - Tabla 5). Dos corresponden a sus validaciones transculturales una al Sinhala (Art. 4 Tabla 3) y la otra al español de España (Art. 6 Tabla 3). El 10% (2 de 20) al *Performance Assessment of Self-Care Skills* (PASS) (Art. 8 y 12 Tabla 3) y el porcentaje restante a otras herramientas, entre las cuales se encuentran: *Taiwan Performance-Based Instrumental ADL (TPIADL)* (Art. 2 Tabla 3); *Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM)* (Art. 3 Tabla 3); *Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS)* (Art. 5 Tabla 3); *Functional Assessment Measure (FAM)* (Art. 9 Tabla 3); *Texas Functional Living Scale (TFLS)* (Art. 12 Tabla 3) y *Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ)* (Art. 15 Tabla 3). La crea-

Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA 2009

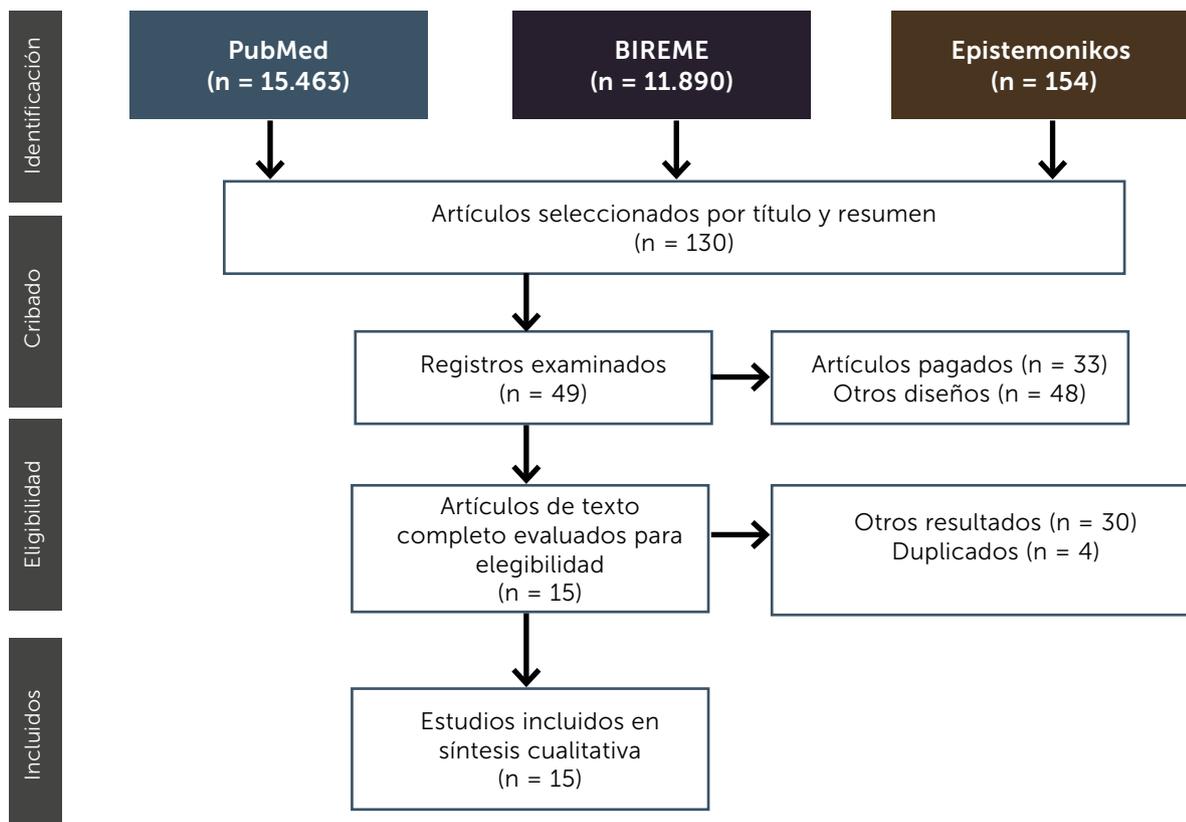


Tabla 4. Criterios de calidad de acuerdo con la pauta STROBE

Artículo	Ítems STROBE																						Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	
1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	1	13
2	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	16
3	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	16
4	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	17
5	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	16
6	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	17
7	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	17
8	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	16
9	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	13
10	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	0	0	16
11	0	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	13

Tabla 5. Criterios de calidad de acuerdo con la pauta CASPe

Artículo	Ítems CASPe										Total
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
12	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
13	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	7
14	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10
15	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	10

ción de dichas herramientas de evaluación se puede agrupar en dos: aquellos creados antes de la década de los 90 entre los cuales están: Escala L&B, OARS, FAM y FAQ; y aquellos creados posterior al año 2000 que son: TPIADL, STAM, TFLS y PASS (Tabla 6).

Los ítems que contemplan los instrumentos, por orden tenemos manejo de dinero (9 artículos), compras y manejo de medicamentos (8 artículos), uso del teléfono y preparación de comidas (7 artículos); trabajo doméstico (4 artículos); lavar ropa, usar transporte, comprobar seguridad del domicilio, memoria y comunicación (3 artículos); enviar carta/cuenta/estampilla, movilidad comunitaria y atención (2 artículos); siendo los restantes ítems presentes en sólo un artículo: vestuario, obtener información crítica de medios visuales y audiovisuales, realizar reparaciones en el hogar, jugar bingo, tragar, transferencia a auto, leer, escribir, interacción social, estado emocional, ajuste a limitaciones, empleabilidad, orientación, orientación temporal y contacto con vecinos (Tabla 7).

Tabla 6. Abreviaciones Herramientas de evaluación AVDI

Instrumento	Abreviación
<i>Escala de Lawton y Brody</i>	Escala L&B
<i>Taiwan Performance Based Instrumental Activities of Daily Living</i>	TPIADL
<i>Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders</i>	STAM
<i>Duke Older Americans Resources and Service Assessment</i>	OARS
<i>Performance Assessment of Self-Care Skills</i>	PASS
<i>Functional Assessment Measure</i>	FAM
<i>Texas Functional Living Scale</i>	TFLS
<i>Pfeiffer Functional Activities Questionnaire</i>	FAQ

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a puntuación de las herramientas, el 50% de éstas (Escala L&B, OARS, FAM, FAQ) poseen rangos de puntuación que van desde la dependencia a la independencia, considerando niveles de asistencia y apoyo entre los extremos a excepción de la Escala L&B que es dicotómica. Los instrumentos TPIADL, STAM y PASS puntúan el desempeño no sólo considerando lo anterior sino también variables como tiempo de ejecución, desempeño efectivo, seguridad y calidad de ejecución de la tarea. El OARS es el único que no especifica cuál es su rango de puntuación por ítem. Ahora bien, el 75% (6 de 8 instrumentos) categorizan sus resultados acordes a la capacidad funcional de la persona en el desempeño de sus AVDI; no así el FAQ, el cual categoriza en relación con la sospecha de deterioro cognitivo.

En lo que se refiere al tiempo de aplicación: siete evaluaciones especifican este aspecto. Los rangos son: 5 minutos (Escala L&B y TPIADL), 10 minutos FAQ; 15 a 20 minutos STAM y TFLS; 45 minutos el FAM y 2 a 3 horas The PASS, lo cual estaría asociado a la forma de puntuar cada uno de los ítems en relación con el nivel de independencia, seguridad y adecuación en el desempeño (Tabla 8).

Estas evaluaciones son aplicadas en contextos asistenciales (TPIADL, OARS, FAM, TFLS) y comunitarios (STAM, PASS) siendo tres instrumentos aplicados tanto en el ámbito asistencial como comunitario (Escala Lawton y Brody, TFLS y FAQ). En dichos contextos, los instrumentos son aplicados por diversos profesionales del área de la salud, siendo los terapeutas ocupacionales quienes más se reconocen en la aplicación de éstos (57%), en segundo lugar, personal de enfermería (29%). Cabe destacar que hay dos artículos que no especifican este aspecto (Tabla 8).

Ahora bien, al analizar los profesionales que participan en su creación, nos encontramos con los profesionales más prevalentes son médicos de APS, psiquiatras y neurólogos (3 instrumentos); le siguen los terapeutas ocupacionales (2 instrumentos). Los profesionales restantes son psicólogos (1 instrumento) y trabajador social (1 instrumento). Tres de las 8 herramientas analizadas no mencionan qué profesiones tienen sus creadores; y en el caso de *The Pass* es un instrumento creado únicamente por terapeutas ocupacionales (Tabla 8).

A continuación, se muestran las diferentes propiedades psicométricas de los instrumentos que evalúan herramientas de evaluación AVDI^{42,49-55}(Tabla 9).

La consistencia interna de las escalas es alta prácticamente en todas las escalas, salvo en la OARS, en donde se obtuvo un α de Cronbach de 0,20. Tanto la validez convergente como la de constructo presenta rangos de cifras más amplios e incluso en algunos casos no fue posible obtener la información.

Tabla 7. Ítems incluidos

Actividad	Incluido en # de evaluaciones	Evaluaciones
Usar teléfono	7	Escala de Lawton & Brody, Taiwan Performance-Based Instrumental ADL (TPIADL), Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM), Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS), Escala de Lawton y Brody Validación al español de España, Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)
Compras	8	Escala de Lawton & Brody, Taiwan Performance-Based Instrumental ADL (TPIADL), Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM), Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS), Escala de Lawton y Brody Validación al español de España, Performance Assessment of Self-care Skills (PASS), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Preparar comida	7	Escala de Lawton & Brody, Taiwan Performance-Based Instrumental ADL (TPIADL), Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS), Escala de Lawton y Brody Validación al español de España, Performance Assessment of Self-care Skills (PASS), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Trabajo doméstico	4	Escala de Lawton & Brody, Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS), Escala de Lawton y Brody Validación al español de España
Lavar la ropa	3	Escala de Lawton & Brody, Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Escala de Lawton y Brody Validación al español de España
Usar transporte	3	Escala de Lawton & Brody, Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Escala de Lawton y Brody Validación al español de España
Manejo medicamentos	8	Escala de Lawton & Brody, Taiwan Performance-Based Instrumental ADL (TPIADL), Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM), Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS), Escala de Lawton y Brody Validación al español de España, Performance Assessment of Self-care Skills (PASS), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Manejo de dinero	9	Escala de Lawton & Brody, Taiwan Performance-Based Instrumental ADL (TPIADL), Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM), Escala de Lawton y Brody Validación al Sinhala, Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS), Escala de Lawton y Brody Validación al español de España, Performance Assessment of Self-care Skills (PASS), Texas Functional Living Scale (TFLS), Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Comprobar seguridad en el hogar	3	Performance Assessment of Self-care Skills (PASS), Functional Assessment Measure (FAM), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Vestuario	1	Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM)
Enviar carta/ cuenta/ estampilla	2	Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM), Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)
Uso de reloj	1	Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM)
Memoria	3	Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM), Texas Functional Living Scale (TFLS), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Obtener información crítica de los medios visuales	1	Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)
Obtener información crítica de los audiovisuales	1	Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)
Realizar reparaciones en el hogar	1	Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)
Jugar bingo	1	Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)
Tragar	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Transferencia a auto	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Movilidad comunitaria	2	Functional Assessment Measure (FAM), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Leer	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Escribir	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Comunicación	3	Functional Assessment Measure (FAM), Texas Functional Living Scale (TFLS), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Interacción social	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Estado emocional	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Ajuste a limitaciones	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Empleabilidad	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Orientación	1	Functional Assessment Measure (FAM)
Atención	2	Functional Assessment Measure (FAM), Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Orientación temporal	1	Texas Functional Living Scale (TFLS)
Contacto con vecinos	1	Functional Activities Questionnaire (FAQ)
Contacto con vecinos	1	Functional Activities Questionnaire (FAQ)

Tabla 9. Propiedades psicométricas de los instrumentos que evalúan herramientas de evaluación AVDI

Instrumento	Consistencia interna ¹	Validez Convergente ²	Validez Constructo ^{3,4}
Escala L&B	0,918	0,61	0,660 - 0,958
TPIADL	0,84	0,385	-
STAM	0,69	0,832	-
OARS	0,20	-	0,93 - 0,99
PASS	0,70 - 0,90	-	0,924 - 0,944
FAM	0,98	0,92	0,64
TFLS	0,83 - 0,92	0,34	> 1 (en 8 factores)
FAQ	0,91	0,448 - 0,939	-

1 = α de Cronbach; 2 = coeficiente de correlación de Spearman; 3,4: análisis confirmatorio (CFA), análisis factorial.

DISCUSIÓN

Tras la búsqueda y análisis de la literatura podemos constatar que la Escala de Lawton y Brody corresponde al instrumento más utilizado para evaluar las AVDI en población adulta, convirtiéndose en el patrón de oro para la comunidad académico - científica. Sin embargo, desde su creación se le ha criticado el sesgo de género, cultura y nivel socioeconómico^{7,56}, lo cual afecta directamente la puntuación y por ende, la categorización del nivel de dependencia. Sus rangos de puntuación (0 o 1 punto), por el hecho de ser dicotómicos (aspecto criticado por ser la escala y método más básico de puntuación²⁷, no reflejan la pérdida progresiva de la capacidad funcional sino los extremos entre la autovalencia y la dependencia, imposibilitando conocer el nivel de apoyo requerido en fases intermedias²⁹. Aun sabiendo lo anterior, no deja de inquietar el por qué sigue siendo el instrumento de evaluación más utilizado para evaluar AVDI, pese a los sesgos culturales y de puntuación que se han evidenciado tanto a nivel nacional como internacional, siendo que el impacto de lo anteriormente expuesto radica en el diseño, planificación e implementación de políticas públicas a la base de información poco fidedigna. Esta contradicción entre el uso y la desaprobación podría explicarse por las características de utilidad y factibilidad que posee en términos de la accesibilidad de la herramienta, tiempo de administración breve que facilita la aplicación en organismos y servicios de salud pública y en la facilidad de su administración, la cual no exige una capacitación ni profesión en particular. Es probable que dichas ventajas hagan que, a pesar de no estar validada en Chile, sea una herramienta de evaluación recomendada por los organismos sociosanitarios, como por ejemplo en las orientaciones técnicas del Programa MÁS¹⁵ y altamente utilizada en los principales centros ambulatorios como CESFAM y hospitalarios^{14,57} y Establecimientos de Larga Estadía de Adultos Mayores¹⁸.

A raíz de esto, se vuelve interesante conocer nuevas metodologías de evaluación que han surgido con mayor fuerza desde el año 2000 y que buscan responder a las necesidades locales, anali-

zando los ítems que evalúan, su sistema de puntuación (rangos, categorización de resultados) y tiempo de administración. En términos generales, los instrumentos recientemente creados abarcan un mayor número de ítems y una mayor operacionalización de éstos, incluyendo, además, rangos de puntuación más amplios, lo cual permite conocer niveles intermedios de la capacidad funcional de una persona.

Un estudio en el cual se analizaron los instrumentos de evaluación de AVDI, menciona la relevancia que posee la metodología de aplicación en relación con las ventajas y beneficios que posee una herramienta autoadministrada, por reporte directo de la persona, reporte indirecto (tercer persona o informante) y/o pruebas de desempeño que exigen la ejecución de la actividad⁸. La conclusión del estudio dice que si bien las pruebas de autoreporte son recomendables cuando la persona posee indemnidad de su funcionamiento cognitivo, las evaluaciones de desempeño permiten recabar información más certera y objetiva, lo cual sería un aspecto a considerar al momento de evaluar las AVDI, más tienden a requerir capacitación para su administración en comparación con el auto reporte o reporte indirecto. En respuesta a esto los autores recomiendan que una óptima evaluación debería registrar la percepción de desempeño de la persona por medio del auto reporte y la observación del desempeño.

Respecto a los ítems que incluyen las herramientas analizadas, es importante considerar que éstas han de ser coherentes al constructo evaluado, que en este caso corresponde a las AVDI impidiendo ponderar la real capacidad funcional del individuo; en otras palabras, cómo se desempeña e interactúa la persona en sus contextos de participación. Dicho esto, los instrumentos STAM, TFLS, FAM y FAQ no evalúan únicamente la capacidad funcional sino además otras dimensiones, como AVDI básicas (como, por ejemplo, vestirse y tragar) y avanzadas (como la empleabilidad y uso del tiempo libre a través de la actividad de jugar bingo) e incluso en algunos casos funciones corporales como la memoria, orientación, atención, entre otros.

En Europa, un referente mundial en materia de envejecimiento y políticas públicas, se han enfrentado a las mismas problemáticas sociosanitarias que actualmente existen en el país. Un estudio longitudinal realizado durante 24 años en Francia⁷ en el cual se investiga sobre la historia natural de la dependencia en la vejez, constató que la Escala de Lawton y Brody no es lo suficientemente sensible para detectar el riesgo de pérdida de la capacidad funcional, evidenciando que los primeros signos estaban asociados al uso del transporte y realizar compras, denominando a estas actividades el punto de entrada al proceso de la dependencia. Luego les siguen el manejo de finanzas y uso de medios de comunicación. El mismo artículo hace referencia a la importancia que poseen los indicadores de una herramienta al evaluar un ítem, en término de la importancia de disponer de etapas intermedias en el desempeño entre la autovalencia y dependencia en un mismo ítem. Siguiendo esta misma línea, un estudio longitudinal realizado en Alemania durante 1997 a 2007 a 1.500 personas mayores de 75 años y más, que vivían en la comunidad, reportó que la principal limitación eran las actividades relacionadas a la movilidad (hacer compras, realizar visitas y el aseo del hogar); sin embargo, las actividades de mayor complejidad para el desempeño fueron: el uso de transporte público, la preparación de comidas y realizar trámites personales haciendo la distinción entre el desempeño intradomiciliario y extradomiciliario¹¹. Dicho estudio afirma que la capacidad funcional se deteriora con mayor rapidez en personas institucionalizadas, sugiriendo asumir el desafío de mantener a las personas en la comunidad evitando la progresión de la dependencia.

El valor y calidad en la medición de un instrumento, depende de cuán fidedigno es el resultado en relación con el constructo en estudio según el contexto sociocultural en donde se aplica pues de esto depende la posibilidad de determinar un correcto diagnóstico. Solo así se pueden garantizar acciones oportunas y eficaces para mejorar el diseño y desarrollo de intervenciones en salud²³. Otro elemento crucial al momento de elegir un instrumento que pueda sustituir al actual patrón de oro en materia de salud pública radica en el tiempo de administración (el cual a su vez depende de la cantidad de ítems y sistema de puntuación), sencillez del instrumento en términos de la aplicación de éste y la necesidad o no de contar con un proceso de capacitación previo a su administración. Pero adicionalmente a esto, la nueva herramienta ha de someterse a un proceso de validación transcultural (en caso de aplicarse un instrumento creado en el extranjero) y de validación estadística, de esta forma se tendrá una real exactitud de los datos levantados en relación con la trayectoria epidemiológica del envejecimiento poblacional en el país, desde la Continuidad de Cuidados, concepto que abarca desde la autovalencia a la dependencia.

En Chile, dadas las limitaciones encontradas desde el ámbito de la intervención para medir el desempeño de la población adulta en las AVDI, tras la aplicación de la Escala de Lawton y Brody; en el 2016, dos terapeutas ocupacionales, crearon el instrumento llamado "Hernández y Neumann"²⁹, el cual evalúa el desempeño de AVDI mediante 9 ítems. Su administración sería exclusivamente para terapeutas ocupacionales, lo cual restringe la posibilidad de ser aplicada como herramienta desde la salud pública por parte de cualquier profesional del área de la salud.

Investigaciones realizadas en España desde el año 2006, lideradas por un médico de atención primaria, se han enfocado a la detección temprana del riesgo y/o deterioro de la capacidad funcional. De acuerdo con Martín-Lesende et al. (2010)⁵⁶ la falta de instrumentos de valoración de AVDI específicamente para personas mayores desde la atención primaria, que respondan a las necesidades actuales y que provean datos fidedignos, es una situación insostenible, dado que son éstas AVD las que pueden detectar los primeros cambios en el desempeño por sutiles que sean en la capacidad funcional; lo cual, con las intervenciones pertinentes para las etapas correspondientes de la dependencia podrían enlentecer su curso natural. En ese contexto se crea el Cuestionario Vida Diaria del Anciano (VIDA), dirigido a población mayor autovalente que vive y participa en la comunidad, con el objetivo de pesquisar los primeros signos de deterioro funcional. Su aplicación y evidencia ha demostrado ser una herramienta fiable, con muy buenos índices de fiabilidad inter e intra-observador; no presenta sesgo de género, y su puntaje presenta asociación con otras herramientas para medir la funcionalidad: Test «Levántate y Anda» e Índice de Barthel; y con factores de fragilidad en el adulto mayor⁵⁶. En el año 2016, el Cuestionario VIDA, fue validado transculturalmente en Argentina, proceso que derivó en algunas modificaciones que aseguran su equivalencia semántica en relación con el original, demostrando ser estadísticamente una herramienta válida y confiable²⁸. Aun cuando el Cuestionario VIDA posee un ítem relacionado con la participación social de la persona mayor, lo cual, en estricto rigor no constituye una AVDI, las recomendaciones clínicas sobre herramientas de evaluación de AVD, refiere la importancia y relevancia que posee la dimensión social en la pérdida de la capacidad funcional⁸, incitando a fomentar dichas actividades socialmente significativas fuera del contexto domiciliario.

En relación con las propiedades psicométricas de las escalas, se observa que la consistencia interna es bastante elevada, sin embargo, la validez convergente y de constructo varía, inclusive habiendo escalas en donde la información no fue encontrada. La variación entre valores podría deberse a los diferentes métodos estadísticos que se utilizaron en el cálculo de los indicadores o bien las diferentes poblaciones de estudio utilizadas para la validación. En relación a la información no encontrada, existe una variabilidad amplia en lo que se refiere a la validez de los

instrumentos, por lo que no todas las validaciones estadísticas apuntan al mismo objetivo⁵⁹.

LIMITACIONES

Dentro de las limitaciones de esta investigación se puede indicar que: a. se seleccionaron únicamente artículos de libre acceso y b. no se utilizaron todos los operadores booleanos (sólo se utilizó el operador AND y OR), disminuyendo la sensibilidad de la búsqueda, implicando un sesgo importante ya que la búsqueda fue más bien específica.

CONCLUSIONES

La OMS en su rol de otorgar lineamientos globales en salud, hace años que está anticipando el fenómeno epidemiológico al que se deberá ser enfrentado ante el aumento sostenido y exponencial de la población mayor, volviéndose este tema en prioridad a partir de los Objetivos de Desarrollo Sostenible del Milenio y ahora, en la Agenda de la Década 2030⁶⁰.

En el último Informe Mundial de Envejecimiento (2015)⁶, la OMS incentiva mejorar los sistemas de monitoreo y seguimiento en salud de las personas mayores, a fin de disponer de datos fidedignos que permitan a las naciones conocer la trayectoria poblacional de envejecimiento y con ello, discutir soluciones intersectoriales a nivel local; situación que se declara como un desafío en la Estrategia Nacional de Salud en la cual se compromete con mejorar la calidad de vida de las personas mayores en los años de sobrevida que disponen, y con ello, su funcionalidad, previniendo la dependencia de cuidados⁶¹. Más la selección de contar con una nueva metodología de evaluación dispone de ciertas condiciones: ha de fácil y rápida administración, con un formato de registro de datos sencillo, su aplicabilidad no ha de requerir capacitación; el costo del instrumento ha de ser bajo, entre otras para que sea considerada factible de aplicar por la salud pública. El costo-beneficio de no hacerlo, implica un aumento exponencial y sostenido de los gastos que demanda la dependencia a lo largo de su ciclo evolutivo cuando ésta carece de intervenciones específicas y oportunas. Según una proyección hecha al año 2030 el gasto estatal directo de los programas y servicios para personas mayores aumentará en un 40% respecto al 2018^{4,31}. Una de las propuestas hechas por el organismo es el ICOPE, sigla que en español significa: Atención Integrada para Personas Mayores⁶² la cual propone la evaluación

de la capacidad intrínseca de la persona mayor aplicada a nivel comunitario. Para la salud pública, disponer de dicho registro permite conocer el aspecto biológico del envejecimiento, por medio de variables latentes no observables directamente, que se asocian con la pérdida de la capacidad funcional. Dicho esto, el ICOPE si bien puede relacionarse con una alteración de la autovalencia no determina la detección precoz de ésta, por tanto, tampoco es la solución que se necesita aun cuando aporta desde la perspectiva fisiológica.

Al conocer la situación demográfica y epidemiológica del país y el impacto que implica mantener la administración de los instrumentos actualmente aplicados en el país a pesar de las limitaciones ya descritas por la comunidad científica, supone desconocer una necesidad con carácter de urgencia en un segmento poblacional con crecimiento exponencial y sostenido. Más aún, la incapacidad de las herramientas actuales por realizar la detección precoz del deterioro funcional y pesquisar oportunamente niveles intermedios en la progresión de la dependencia ha imposibilitado al Estado diseñar intervenciones específicas para las personas con dependencia moderada, quienes poseen necesidades de atención en sociosanitarias distintas a la dependencia leve (Tabla 2) y que, hoy, no han sido cubiertas. Todo esto confirma la necesidad de disponer de una herramienta única provista por la oferta pública en coherencia al Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria, que desde la Continuidad de Cuidados asegure el cumplimiento de su principio declarado como irrenunciable¹⁵.

Finalmente, una herramienta de evaluación local, acorde a las características y necesidades de la población chilena, permitirá hacer más específica la valoración de la funcionalidad en adultos, permitiendo un acceso oportuno a la atención en salud, además de constituir una estrategia de seguimiento de la capacidad funcional y con ello, conocer la trayectoria epidemiológica del envejecimiento en el país, y en consecuencia mejorar las políticas públicas a partir de datos más sensibles, confiables y específicos.

Agradecimientos:

A Paola Cabrera, bioreferencista en salud de la Universidad de los Andes, Chile.

Declaración de conflicto de interés

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Tabla 8. Variables de los instrumentos

Herramienta	Año de creación	Ítems evaluados	Contextos aplicación	Rangos de puntuación	Puntajes (mín y máx)	Categorización de resultados	Tiempo de aplicación	Profesionales que aplican la evaluación	Creadores
Escala de Lawton y Brody	1969	Capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, transporte, responsabilidad sobre la medicación, manejo de dinero.	Asistencial: unidades de cuidados intensivos, hospitalario ambulatorio. Comunitario como domicilios y residencias de adultos mayores.	0 a 1 Independiente para desempeñar la actividad (1). Requiere apoyo o es dependiente (0).	0 a 8 puntos	Independiente, semi dependiente, dependiente.	5 minutos	Terapeutas ocupacionales, enfermeras, cuidadoras y personal de la salud.	Psicólogo(a) y trabajador(a) social.
<i>Taiwan Performance-Based Instrumental Activity of Daily Living (TPIADL)</i>	2014	Buscar un número de teléfono, calcular la cantidad correcta de cambio (dinero), leer los ingredientes en una lata de alimentos, encontrar alimentos en un estante y leer instrucciones en un recipiente de medicamentos.	Unidades ambulatorias de un Hospital Universitario	1 a 3 Logra desempeñar la actividad en el tiempo establecido y sin error (1). Presenta una respuesta errónea dentro del límite de tiempo, la cual logra corregir tras el apoyo verbal (2). No logra completar la tarea en el límite de tiempo ni a pesar del apoyo verbal (3).	5 a 15 puntos	A mayor puntaje menor capacidad funcional en el desempeño de las AVDI.	Si bien no se especifica el tiempo total, se estima que el tiempo de aplicación serían 5 minutos, valor que se obtiene de: 5 tareas por 30 segundos (1,5 min.), más tiempo adicional por tarea mal realizada: 5 tareas por 5 segundos (0,5 min.) Más tiempo para dar las instrucciones de cada tarea (3 min.).	Enfermeras, terapeutas ocupacionales	Psiquiatras, Médico APs, Terapeutas Ocupacionales
<i>Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM)</i>	2016	Comunicación (hacer una llamada telefónica), vestirse (ponerse una camisa), manejo de dinero (pagar una cuenta con cheque), manejo de actividades cotidianas (preparar un cheque para enviarlo correo), orientación (temporal, ver la hora, poner una alarma), administración de medicamentos (organización de medicamentos en pastillero), compras (elegir ingredientes para hacer una receta simple), contar dinero (calcular un costo y contar el dinero), memoria (mencionar actividades realizadas).	Domiciliarios y centros de atención geriátrica ambulatorios.	1 a 4 Por cada indicador logrado correctamente se le asigna 1 punto.	9 a 36 puntos	A mayor puntaje mejor desempeño en las AVDI.	El tiempo estimado de administración es de 16 minutos (puede variar según el nivel cognitivo de la persona).	Psiquiatras	Neuropsiquiatras

Herramienta	Año de creación	Ítems evaluados	Contextos aplicación	Rangos de puntuación	Puntajes (mín y máx)	Categorización de resultados	Tiempo de aplicación	Profesionales que aplican la evaluación	Creadores
<i>Duke Older Americans Resources and Services Assessment (OARS)</i>	1988 Actualizaciones 2005 y 2007	Limpieza de pisos y otras tareas, utilización de teléfono, cocinar, manejo de dinero, compras y manejo de medicamentos.	Unidad geriátrica	No se especifica.	0 a 12 puntos (a menor puntaje menor capacidad funcional).	El puntaje de corte entre los 9 a 12 puntos determina independencia.	No se especifica.	No se especifica.	No se especifica.
<i>Performance Assessment of Self-care Skills (PASS)</i>	2002 Actualizaciones 2004, 2009, 2014.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Obtener información crítica de los medios visuales (leyendo un artículo de periódico simulado y respondiendo preguntas). 2. Obtener información crítica de los audiovisuales (escuchando una grabación que simula una radio o anuncios de televisión y responder preguntas). 3. Realizar reparaciones en el hogar (identificar por qué una linterna no funciona y la solución de problemas es la batería). 4. Jugar bingo. 5. Pagar dos cuentas con cheque (utilizando extractos de facturas para escribir cheques con precisión). 6. Administración del presupuesto (agregar un depósito y restar las dos cuentas pagadas). 7. Envío de cuentas o facturas (preparar sobres para envío y solicitar estampillas para el envío). 8. Usar un teléfono fijo (ubicar el número de una farmacia específica en una guía telefónica, marcando el número y preguntar por los horarios de atención). 9. Gestión de medicamentos (organización de medicamentos según tiempo de administración). 10. Compras (seleccionar artículos específicos de una lista de compras usando dinero real). 11. Comprobar la seguridad del hogar (identificar visualmente potenciales riesgos, como una alfombra arrugada en el suelo, y resolver cómo solucionarlo). 12. Usar la cocina (preparar una sopa enlatada). 13. Usar un horno (hornear muffins). 14. Usar cuchillos (cortar una manzana en ocho pedazos). 	Domiciliario.	<p>0 a 3 puntos en los siguientes dominios: independencia (frecuencia y tipo de apoyo), seguridad en el desempeño y/o riesgos y adecuación en el desempeño en relación con la calidad de ejecución de la tarea. Se debe puntuar cada tarea según cada uno de los dominios, pudiendo calificar con número distintos una misma tarea según el dominio evaluado en el desempeño.</p> <p>0: Asistencia total; alto riesgo de seguridad; o desempeño inaceptable.</p> <p>1: Asistencia física y/o verbal; necesidad de supervisión por riesgo; desempeño poco aceptable en relación con los estándares de calidad y/o falta de precisión en la secuencia de los pasos.</p>	0 a 42 puntos	No se especifica.	2 a 3 horas.	Terapeutas ocupacionales	Terapeutas ocupacionales.

Herramienta	Año de creación	Ítems evaluados	Contextos aplicación	Rangos de puntuación	Puntajes (mín y máx)	Categorización de resultados	Tiempo de aplicación	Profesionales que aplican la evaluación	Creadores
		<p>2: No requiere asistencia física para desempeñar la tarea pero sí de claves verbales ocasionales y/o apoyos ambientales para completarla de manera exitosa; no quiere asistencia para lograr un desempeño seguro; tiene un margen de mejora en relación con la calidad; y falta de un esfuerzo ocasional para completar precisamente la tarea.</p> <p>3: Independencia total, sin necesidad de pistas para iniciar ni completar la tarea; la realización de la tarea es segura; el cumplimiento de estándares o normas de calidad en todo el proceso.</p>							
<i>Functional Assessment Measure (FAM)</i>	1980 Actualizaciones 1995 (Inglaterra)	Corresponde a 12 ítems entre los cuales se encuentran: tragar, transferencia a auto, movilidad comunitaria, leer, escribir, inteligibilidad del discurso, interacción social, estado emocional, ajuste a limitaciones, empleabilidad, orientación, atención y juicio de seguridad.	Centros médicos	1 a 7 puntos. 1: asistencia total. 2: máxima asistencia. 3: asistencia moderada. 4: asistencia con mínimo contacto. 5: necesidad de supervisión. 6: independencia modificada. 7: independencia total.	12 a 84 puntos.	A menor puntuación mayor dependencia.	45 minutos.	Terapeuta ocupacional	No específica.
<i>Texas Functional Living Scale (TFLS)</i>	2001	24 ítems en 4 áreas: tiempo, dinero/cálculo, comunicación. y memoria. Incluye usar reloj análogo, calendario, talonario de cheques, teléfono y programar microondas.	16-90 años. Centros médicos y establecimientos de larga estadia (ELEAM)	0 a 5 por actividad.	0 - 52 puntos.	A mayor puntaje, mejor desempeño en AVDI.	15 - 20 minutos.	Neuropsicólogos, psicólogos, trabajadores sociales, entre otros.	No específica.
<i>Pfeffer Functional Activities Questionnaire (FAQ)</i>	1982	Manejo de dinero, comprar, calentar agua/ apagar cocina, preparar una comida, mantenerse actualizado/ contacto con vecinos, poner atención/ entender/ discutir, recordar compromisos/ fechas importantes, manejo de medicamentos, pasear por vecindario/ volver a casa, saludar adecuadamente a amigos y ser dejado en casa de forma segura.	Clinico y comunitario	0: independiente. 1: lo realiza independiente pero con dificultad. 2: requiere de asistencia. 3: dependiente.	0 - 33 puntos.	Más de 6 puntos sugiere deterioro cognitivo.	10 minutos.	No se especifica.	Neurólogo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral. Disponible en: <http://buenaspracticaps.cl/recursos/orientaciones-para-la-implementacion-del-modelo-de-atencion-integral/>
2. OPS/OMS El Salvador - Implementación del modelo Biopsicosocial para la atención integral de las personas con discapacidad. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=document&layout=default&alias=1544-implementacion-del-modelo-biopsicosocial-para-la-atencion-integral-de-las-personas-con-discapaci-1&category_slug=publicaciones-destacadas&Itemid=364
3. Chaná C P, Alburquerque D. La clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) y la práctica neurológica. *Rev Chil Neuro-Psiquiatr.* 2006;44(2):89-97.
4. Censo Chile 2017. Disponible en: <https://www.censo2017.cl/>
5. Ministerio de Salud de Chile. Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor (EMPAM). 2013.
6. OMS | Informe Mundial sobre el envejecimiento y la salud. WHO. World Health Organization. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
7. Edjolo A, Proust-Lima C, Delva F, Dartigues J-F, Peres K. Natural History of Dependency in the Elderly: A 24-Year Population-Based Study Using a Longitudinal Item Response Theory Model. *Am J Epidemiol.* 2016;183(4):277-85.
8. Mlinac ME, Feng MC. Assessment of Activities of Daily Living, Self-Care, and Independence. *Arch Clin Neuropsychol Off J Natl Acad Neuropsychol.* 2016;31(6):506-16.
9. Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud. 2005.
10. Actividades Instrumentales de la Vida Diaria en Personas Mayores atendidas en la red de Atención Primaria de Salud en la comuna de Chillán Viejo-Chile [Internet]. [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962012000100006
11. Wilms H-U, Riedel-Heller SG, Angermeyer MC. Limitations in activities of daily living and instrumental activities of daily living capacity in a representative sample: disentangling dementia- and mobility-related effects. *Compr Psychiatry.* 2007;48(1):95-101.
12. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *The Gerontologist.* 1969;9(3):179-86.
13. Pfeffer RI, Kurosaki TT, Harrah CH, Chance JM, Filos S. Measurement of functional activities in older adults in the community. *J Gerontol.* 1982;37(3):323-9.
14. PDF Examen de Medicina Preventiva del Adulto Mayor.pdf [Internet]. [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PDF%20Examen%20de%20Medicina%20Preventiva%20del%20Adulto%20Mayor.pdf>
15. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Orientación Técnica Programa Más Adultos Mayores Autovalentes. Santiago de Chile. 2015 p. 67.
16. Servicio Nacional del Adulto Mayor - SENAMA. Guía de Operaciones Condominio de Viviendas Tuteladas (2012). Disponible en: <http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GUIA-OPERACIONES-VIV-TUTELADAS.pdf>
17. Servicio Nacional del Adulto Mayor - SENAMA. Guía de Operaciones Centros Diurnos (2012). http://www.senama.gob.cl/storage/docs/GUIA_PROGRAMA_CENTROS_DIURNOS.pdf
18. DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf. [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/DTO-14_05-AGO-2010_ELEAM.pdf
19. OOTT-dependencia-severa-final-2018.pdf. [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: [https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/07/OOTT-dependencia-severa-](https://www.araucaniasur.cl/wp-content/uploads/2019/07/OOTT-dependencia-severa-final-2018.pdf)
20. [final-2018.pdf](http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_Orientaciones_Tecnicas_PCD_VERSION_RESOLUCION_09_08_2017_-_copia.pdf) [Internet]. [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: http://www.senama.gob.cl/storage/docs/Guia_de_Orientaciones_Tecnicas_PCD_VERSION_RESOLUCION_09_08_2017_-_copia.pdf
21. Almansreh E, Moles R, Chen TF. Evaluation of methods used for estimating content validity. *Res Soc Adm Pharm RSAP.* 2019;15(2):214-21.
22. Hanskamp-Sebregts M, Zegers M, Vincent C, van Gorp PJ, de Vet HCW, Wollersheim H. Measurement of patient safety: a systematic review of the reliability and validity of adverse event detection with record review. *BMJ Open.* 2016;6(8):e011078.
23. Salamanca-Ramos E. The lifestyles of people attached to Villavicencio's social programmes working as women's health promoters. 2015;19(2):7.
24. Villarejo A, Puertas-Martín V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología.* 2011;26(7):425-33.
25. Martín Lesende I, Mendibil Crespo LI, Martínez Blanco I, Porto Hormaza B, Maray Gondra B, Aguirre Basaras N. Validez predictiva del cuestionario VIDA considerando pérdida funcional, institucionalización o muerte en pacientes pluripatológicos. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 2020;55(1):25-8.
26. Cauas R, Díaz, B, Sáez, C, Echeverría, A. Herramientas de evaluación de Actividades de la Vida Diaria Instrumentales en adultos (AVDI) desde la salud. [Santiago de Chile]: U de los Andes; 2018.
27. Vittengl JR, White CN, McGovern RJ, Morton BJ. Comparative validity of seven scoring systems for the instrumental activities of daily living scale in rural elders. *Aging Ment Health.* 2006;10(1):40-7.
28. Soler-König GF, Sáenz VP, Caruso D, Reyes-Toso ML, Elizondo CM, Lesende IM. Validación transcultural y confiabilidad telefónica del cuestionario "vida diaria del anciano", modificado. *Med BAires.* 2016;153-8.
29. Hernández K, Neumann V. Análisis de instrumento para evaluación del desempeño en actividades de la vida diaria instrumentales lawton y brody. *Rev Chil Ter Ocupacional.* 2016;16(2):55-62.
30. Ramada-Rodilla JM, Serra-Pujadas C, Delclós-Clanchet GL. Adaptación cultural y validación de cuestionarios de salud: revisión y recomendaciones metodológicas. *Salud Pública México.* 2013;55(1):57-66.
31. Guía de Programas Sociales del Estado de Chile. [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <https://programassociales.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/programas>
32. Villalobos Dintrans P. Panorama de la dependencia en Chile: avances y desafíos. *Rev Méd Chile.* 2019;147(1):83-90.
33. PRISMA Statement. Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) [Internet]. 2009. Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/Checklist>
34. Strengthening the Reporting of OBservational studies in Epidemiology. STROBE Statement: Available checklists. 2009. Disponible en: <https://www.strobe-statement.org/index.php?id=available-checklists>
35. Cabello López JB. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier España; 2015.
36. PRISMA Flow Diagram [Internet]. [citado 28 de febrero de 2019]. Disponible en: <http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram>
37. National Guideline Clearinghouse. Levels of Evidence and Grades of Recommendations | Health Sciences Libraries. 1999. Disponible en: <https://hsl.lib.umn.edu/biomed/help/levels-evidence-and-grades-recommendations>
38. Zotero | Your personal research assistant. [citado 3 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.zotero.org/>

39. Hilgenkamp TIM, van Wijck R, Evenhuis HM. (Instrumental) activities of daily living in older adults with intellectual disabilities. *Res Dev Disabil.* 2011;32(5):1977-87.
40. Huertas Hoyas E, Pedrero Pérez EJ, Águila Maturana AM, García López-Alberca S, González Alted C. Functionality predictors in acquired brain damage. *Neurol Engl Ed.* 2015;30(6):339-46.
41. Millán-Calenti JC, Tubío J, Pita-Fernández S, González-Abraldes I, Lorenzo T, Fernández-Arruty T, et al. Prevalence of functional disability in activities of daily living (ADL), instrumental activities of daily living (IADL) and associated factors, as predictors of morbidity and mortality. *Arch Gerontol Geriatr.* 2010;50(3):306-10.
42. Siriwardhana DD, Walters K, Rait G, Bazo-Alvarez JC, Weerasinghe MC. Cross-cultural adaptation and psychometric evaluation of the Sinhala version of Lawton Instrumental Activities of Daily Living Scale. *PLoS One.* 2018;13(6):e0199820.
43. Vergara I, Bilbao A, Orive M, Garcia-Gutierrez S, Navarro G, Quintana JM. Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:130.
44. Mansbach William E, MacDougall Elizabeth E, Rosenzweig AS. The Brief Cognitive Assessment Tool (BCAT): A new test emphasizing contextual memory, executive functions, attentional capacity, and the prediction of instrumental activities of daily living. *J Clin Exp Neuropsychol.* 2012;34(2):183-94.
45. Pashmdarfard M, Azad A. Assessment tools to evaluate Activities of Daily Living (ADL) and Instrumental Activities of Daily Living (IADL) in older adults: A systematic review. *Med J Islam Repub Iran.* 2020;34:33.
46. Janaudis-Ferreira T, Beauchamp MK, Robles PG, Goldstein RS, Brooks D. Measurement of activities of daily living in patients with COPD: a systematic review. *Chest.* 2014;145(2):253-71.
47. Hopkins RO, Suchyta MR, Kamdar BB, Darowski E, Jackson JC, Needham DM. Instrumental Activities of Daily Living after Critical Illness: A Systematic Review. *Ann Am Thorac Soc.* 2017;14(8):1332-43.
48. Oort Q, Taphoorn MJB, Sikkes SAM, Uitdehaag BMJ, Reijneveld JC, Dirven L. Evaluation of the content coverage of questionnaires containing basic and instrumental activities of daily living (ADL) used in adult patients with brain tumors. *J Neurooncol.* 2019;143(1):1-13.
49. Validation of Taiwan Performance-Based Instrumental Activities of Daily Living (TPIADL), a Performance-Based Measurement of Instrumental Activities of Daily Living for Patients with Vascular Cognitive Impairment. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0166546>
50. Reppermund S, Birch RC, Crawford JD, Wesson J, Draper B, Kochan NA, et al. Performance-Based Assessment of Instrumental Activities of Daily Living: Validation of the Sydney Test of Activities of Daily Living in Memory Disorders (STAM). *J Am Med Dir Assoc.* 2017;18(2):117-22.
51. Burholt V, Windle G, Ferring D, Balducci C, Fagerström C, Thissen F, et al. Reliability and Validity of the Older Americans Resources and Services (OARS) Social Resources Scale in Six European Countries. *J Gerontol Ser B.* 1 de noviembre de 2007;62(6):S371-9.
52. Ferreira P, Simoes A, Dourado M, Holm M, Rogers J. Validity and Reliability of the Portuguese-Performance Assessment of Self-Care Skills (P-Pass) for Portuguese Individuals with Disabilities. 2020. doi:10.21203/rs.3.rs-60570/v1
53. Turner-Stokes L, Siegert RJ. A comprehensive psychometric evaluation of the UK FIM+FAM. *Disabil Rehabil.* 2013;35(22):1885-95.
54. González DA, Soble JR, Marceaux JC, McCoy KJM. An Evaluation of the Texas Functional Living Scale's Latent Structure and Subscales. *Arch Clin Neuropsychol.* 2017;32(1):104-9.
55. Assis L de O, de Paula JJ, Assis MG, de Moraes EN, Malloy-Diniz LF. Psychometric properties of the Brazilian version of Pfeffer's Functional Activities Questionnaire. *Front Aging Neurosci.* 2014;6:255.
56. Martín Lesende I, Quintana Cantero S, Urzay Atucha V, Ganzarain Oyarbide E, Aguirre Minaña T, Pedrero Jocano JE. Fiabilidad del cuestionario VIDA, para valoración de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en personas mayores. *Aten Primaria.* 2012;44(6):309-17.
57. Araya AX, Herrera MS, Iriarte E, Rioja R, Araya AX, Herrera MS, et al. Evaluación de la funcionalidad y fragilidad de las personas mayores asistentes a centros de día. *Rev Médica Chile.* 2018;146(8):864-71.
58. Científica (SIIC) SI de I. Creación y validación de un cuestionario para valorar actividades instrumentales de la vida diaria en ancianos. [citado 3 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.siicsalud.com/dato/experto.php/97502>
59. Hopman-Rock M, van Hirtum H, de Vreede P, Freiberger E. Activities of daily living in older community-dwelling persons: a systematic review of psychometric properties of instruments. *Aging Clin Exp Res.* 2019;31(7):917-25.
60. agenda_2030_desarrollo_sostenible_cooperacion_espanola_12_ago_2015_es.pdf [Internet]. [citado 3 de enero de 2021]. Disponible en: https://cooperacion.espanola.es/sites/default/files/agenda_2030_desarrollo_sostenible_cooperacion_espanola_12_ago_2015_es.pdf
61. Gobierno de Chile. Estrategia Nacional de Salud 2011-2020. 2010.
62. WHO | WHO Guidelines on Integrated Care for Older People (ICOPE) [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 20 de octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.who.int/ageing/publications/guidelines-icope/en/>