

VALIDACIÓN TRANSCULTURAL Y CONFIABILIDAD TELEFÓNICA DEL CUESTIONARIO “VIDA DIARIA DEL ANCIANO” MODIFICADO

GABRIELA F. SOLER-KÖNIG¹, VICTORIA P. SÁENZ¹, DIEGO CARUSO¹, MARÍA L. REYES-TOSO¹,
CRISTINA M. ELIZONDO², IÑAKI M. LESENDE³

¹Servicio de Medicina Interna, Unidad Asistencial Dr. César Milstein, Buenos Aires, Argentina,

²Área de Investigación en Medicina Interna, Hospital Italiano, Buenos Aires, Argentina,

³Centro de Salud de San Ignacio, Organización Sanitaria Integrada (OSI) Bilbao-Basurto, Osakidetza Servicio Vasco de Salud, País Vasco, España

Resumen Las escalas que evalúan las actividades instrumentales de la vida diaria permiten la valoración del estado funcional de los ancianos; sin embargo, las utilizadas habitualmente presentan sesgo de género e insuficiente validación transcultural. El objetivo principal de este estudio fue efectuar la validación transcultural del “Cuestionario VIDA: Vida Diaria del anciano” modificado, creado en España, al castellano de habla usual en la Ciudad de Buenos Aires y la evaluación de su confiabilidad en forma telefónica. Como objetivo secundario, evaluamos su validez concurrente con respecto a la escala de Lawton y Brody, tanto en forma presencial como telefónica. El grupo de discusión de expertos evaluó el vocabulario original del cuestionario y propuso modificaciones de acuerdo a la cultura local. Realizamos una prueba piloto para valorar el vocabulario, su comprensión y su longitud. Posteriormente encuestamos pacientes de manera presencial y a los 14 días de manera telefónica. Analizamos la confiabilidad global, inter e intraobservador, del cuestionario presencial y re-test telefónico, obteniéndose coeficientes de correlación intraclase de 0.95 (IC 95% 0.91 - 0.99), 0.99 (IC 95% 0.97-1.00) y 0.94 (IC 95% 0.87-1.00) respectivamente. Adicionalmente, obtuvimos muy buena correlación en ambas modalidades entre el cuestionario VIDA modificado y la escala de Lawton y Brody, sin diferencias en cuanto al género de los pacientes. En conclusión, el cuestionario VIDA modificado fue adaptado transculturalmente en la Ciudad de Buenos Aires. Su implementación es confiable y válida tanto de manera presencial como telefónica.

Palabras clave: cuestionario, ancianos, actividades instrumentales de la vida diaria, estado funcional, confiabilidad, estudio de validación

Abstract *Cross-cultural validation and telephonic reliability of modified “VIDA” questionnaire.* Instrumental activities scales allow the assessment of the functional status of the elderly; however, those currently used have gender bias and insufficient cross-cultural validation. The main objectives of this study were to perform the cross-cultural validation of the modified “VIDA: Daily living of the elderly questionnaire”, created in Spain, into the Spanish spoken language in the City of Buenos Aires, and to evaluate its telephonic reliability. The secondary objective was to assess the concurrent validity of the modified VIDA questionnaire with the Lawton and Brody scale. The experts discussion group assessed the questionnaire vocabulary and proposed modifications according to the local language. We performed a pilot study to evaluate its comprehension, vocabulary and length. Afterwards we interviewed patients in person and after 14 days by telephone. We analyzed the global, inter and intra-observer reliability in both, the in person and the telephonic questionnaire, obtaining intra-class correlation coefficients of 0.95 (CI 95% 0.91-0.99), 0.99 (CI 95% 0.97-1.00) and 0.94 (CI 95% 0.87-1.00) respectively. Additionally, we obtained a very good correlation in both modalities between the modified VIDA questionnaire and the Lawton and Brody scale, with no differences regarding the patient’s gender. In conclusion, the modified VIDA questionnaire was cross-culturally adapted in Buenos Aires City. Its implementation is reliable and valid both in person and by telephone.

Key words: questionnaire, elderly, instrumental daily life activities, functional status, reliability, validation studies

En la República Argentina y a nivel mundial se ha producido un cambio demográfico con inversión de la

pirámide poblacional¹. La práctica médica ha debido adecuarse al envejecimiento poblacional, virando su mirada hacia una valoración clínica integral que incluya la esfera física, psíquica, funcional y social. Consecuentemente, la medición de desenlaces tradicionales utilizados en investigación clínica, como mortalidad, es cuestionable para esta población de edad creciente, siendo importante evaluar la capacidad funcional como evento de especial interés².

Recibido: 15-I-2016

Aceptado: 4-IV-2016

Dirección postal: Dra. Gabriela F. Soler König, Unidad Asistencial Dr. César Milstein, La Rioja 951, 1221 Buenos Aires, Argentina
e-mail: g.solerkonig@gmail.com

La estimación del estado funcional permite valorar globalmente el estado de salud de los pacientes³. Esto puede realizarse a través de escalas como el Índice de Barthel para la evaluación de las actividades básicas (ABVD)⁴ y el Índice de Lawton y Brody para la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)⁵. Las AIVD reflejan la autonomía del adulto mayor en la sociedad y proveen una mejor evaluación del estado de salud global en personas ancianas. A diferencia de las ABVD, las AIVD involucran tareas más complejas, las cuales tienden a perderse más precozmente⁶. A esto se denomina *declinación funcional* y su correcta evaluación es de máxima importancia, dada su íntima relación con el concepto de fragilidad. Su prevalencia alcanza hasta un 25% de los pacientes en el primer año luego de una hospitalización⁷⁻⁹.

No obstante, las escalas utilizadas actualmente para valorar AIVD presentan ciertas limitaciones tales como sesgo de género, insuficiente validación transcultural y rangos de puntuación de cada ítem poco discriminatorios¹⁰. Por estas razones, se creó un nuevo cuestionario en España "Cuestionario VIDA: Vida Diaria del Anciano" que evalúa diez actividades, seleccionadas a través del panel de expertos multidisciplinares que participaron en un estudio Delphi inicial¹¹. La valoración de cada actividad es puntuada mediante una escala de *Likert* de 3 o 4 puntos, obteniendo un puntaje total mínimo de 10 y un máximo de 38 puntos. Posteriormente, Martín Lesende y col. demostraron una buena fiabilidad inter e intraobservador, ausencia de sesgo de género y buena validez concurrente comparada con la "prueba de levántate y anda" ("*Timed Up and Go test*")¹². Asimismo, el cuestionario VIDA se ha integrado al estudio *Kosfragil* de cohorte, permitiendo así continuar con la valoración de su utilidad y su validez predictiva en comparación con otros instrumentos para detectar fragilidad. Al momento, el cuestionario se ha empleado únicamente en entrevistas presenciales. La posibilidad de realizar este cuestionario de manera telefónica implicaría una alternativa de seguimiento aun más sencilla y añadiría factibilidad en contextos sociales desfavorables. El objetivo principal de este estudio fue efectuar la validación transcultural del "Cuestionario VIDA: Vida Diaria del anciano" modificado, creado en España, al castellano de habla en la Ciudad de Buenos Aires y la evaluación de su confiabilidad en forma telefónica para facilitar el seguimiento de estos pacientes. Como objetivo secundario, evaluamos su validez concurrente en forma presencial como telefónica con respecto a la escala de Lawton y Brody en diferentes estratos de funcionalidad.

Materiales y métodos

La validación transcultural del cuestionario VIDA modificado requirió la conformación de un grupo de discusión de expertos integrado por médicos internistas con amplia experiencia

en geriatría, médicos especialistas en cuidados paliativos e integrantes del comité de bioética. Todos ellos pertenecen al plantel médico de la Unidad Asistencial Por Más Salud Dr. César Milstein, hospital universitario de tercer nivel del Programa de Atención Médica Integral (PAMI), destinado a la atención casi exclusiva de pacientes geriátricos. Este grupo evaluó durante 4 reuniones el lenguaje utilizado en el cuestionario original, identificando palabras características o típicas de la lengua en España con menor aceptación en Argentina. Cada uno de los integrantes propuso diversos sinónimos y definieron los términos definitivos por consenso en un lenguaje que permitiera la comprensión a una persona con instrucción escolar básica. Teniendo en cuenta que el cuestionario se realizaría de manera telefónica por múltiples encuestadores, incorporaron ejemplos para facilitar la comprensión de las tareas mencionadas en algunas preguntas, pero sin modificar el significado de las mismas. Adicionalmente estructuramos los encabezados de cada una de las preguntas de manera unívoca, facilitando y homogeneizando la labor de los encuestadores. Para comprobar la comprensión general y longitud del cuestionario con las modificaciones realizadas, llevamos a cabo un estudio piloto de manera presencial en 10 pacientes en donde adicionalmente se realizó una pregunta abierta para cambios y sugerencias de cada una de las preguntas. De este proceso surgió nuestra versión final del cuestionario VIDA modificado.

Durante los meses de marzo-abril 2015 efectuamos el reclutamiento, invitando a participar por muestreo no probabilístico de conveniencia a pacientes mayores de 65 años o sus interlocutores, que concurrieran a los consultorios externos de la U. A. Dr. César Milstein. Incluimos al estudio aquellos que aceptaron participar y firmaron el consentimiento informado. Excluimos a aquellos con alguna limitación en la comprensión (dificultades idiomáticas, cognitivas, auditivas u otras) y/o cuyo interlocutor no pudiera brindar la información necesaria y a quienes no podrían ser contactados telefónicamente.

En primer lugar administramos el cuestionario de forma presencial y posteriormente contactamos telefónicamente a los participantes dentro de los 7 a 14 días, para evaluar la fiabilidad de la modalidad telefónica.

Recabamos datos demográficos como la edad, género, nivel máximo de educación alcanzado, el número telefónico de contacto y el horario para ser contactado. Se utilizó el puntaje del cuestionario VIDA modificado presencial y telefónico y también administramos el cuestionario de Lawton y Brody en ambas oportunidades.

Describimos las variables cuantitativas de acuerdo a su distribución como medias con su desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartil (RIC), y las categóricas con *n* y porcentaje.

En ambas modalidades del cuestionario evaluamos la consistencia interna a través del alfa de Cronbach y la confiabilidad del cuestionario con el coeficiente de correlación intraclase. Analizamos la correlación entre el cuestionario VIDA modificado y la escala de Lawton y Brody a través del test de Spearman.

Comparamos la validez concurrente del cuestionario VIDA modificado con la escala de Lawton y Brody en los diferentes estratos de funcionalidad.

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética Institucional y por el Comité de Ética y Protocolos de Investigación del Hospital Italiano de Buenos Aires.

Para el análisis estadístico se utilizó el software STATA 14.0® (Stata Corporation, Texas, USA 2015).

Resultados

En primer lugar, en relación a la validación transcultural, durante las reuniones del grupo de discusión de expertos,

así como del estudio piloto de 10 pacientes, surgieron las modificaciones finales. Estas pueden ser agrupadas en cinco categorías: redacción del encabezado de la pregunta, agregado de ejemplos que no existían previamente, clarificación de la sintaxis mediante la utilización de verbos o sustantivos, sustitución de palabras por sinónimos de uso frecuente en la Ciudad de Buenos Aires y agregado de una opción que no existía previamente (Tabla 1).

Hubo consenso en que la longitud del cuestionario era adecuada, con una duración máxima de 5 minutos. Para ampliar la aplicabilidad del cuestionario a pacientes postrados, el grupo de expertos propuso la incorporación de una opción a la pregunta 6 relacionada con el desplazamiento fuera del domicilio, siendo aceptada por unanimidad e incorporada de manera definitiva. Esta modificación implicó un ascenso del puntaje total del cuestionario de 38 a 39 puntos. En relación a la comprensión del lenguaje propuesto en el cuestionario VIDA modificado, todos los participantes del estudio piloto concluyeron que las preguntas eran claras y respondieron que la longitud era adecuada. No hubo sugerencias de cambios. La versión final se encuentra en el Anexo I.

Analizamos la consistencia interna global del cuestionario VIDA modificado para las 10 preguntas a través del coeficiente alfa de Cronbach que fue de 0.91 para la modalidad presencial y de 0.92 para la modalidad telefónica.

Evaluamos la confiabilidad a través de 55 pares de cuestionarios de manera presencial y telefónica, de los cuales 56% (n = 31) fueron llevados a cabo por el mismo encuestador. Administramos el cuestionario a los pacientes en el 78% (n = 43) de los casos y al interlocutor en el 22% (n = 12) restante. La mediana de la edad en los pacientes fue de 74 años (RIC 70-83) y la proporción de género femenino fue el 65% (n = 28); mientras que si el

encuestado fue el interlocutor, la mediana de edad fue de 57 (RIC 45-63) y la proporción de género femenino fue el 83% (n = 10). Globalmente para ambos grupos el grado máximo de escolaridad alcanzado correspondió a un 44% primaria, 40% secundaria y 16% estudios terciarios-universitarios.

El puntaje total del cuestionario VIDA modificado obtenido de manera presencial tuvo una mediana de 36.5 (RIC 27-38) y 35 (RIC 26-39), mientras que telefónicamente las medianas fueron de 36.5 (RIC 28-39) y 36 (RIC 27-38) en género masculino y femenino respectivamente. Para ambas modalidades, el valor mínimo obtenido fue de 16 puntos en hombres y 17 puntos en mujeres.

Para la evaluación de la confiabilidad telefónica global, inter e intraobservador del cuestionario VIDA modificado analizamos los datos mediante el coeficiente de correlación intraclass (CCI) del test presencial y re-test telefónico con resultados de 0.95 (IC 95% 0.91-0.99), 0.99 (IC 95% 0.97-1.00) y 0.94 (IC 95% 0.87-1.00) respectivamente. El resultado global en los distintos estratos de escolaridad máxima alcanzada fue CCI 0.97 (IC 95% 0.93-1.00), 0.90 (IC 95% 0.78-1.00) y 0.93 (IC 95% 0.81-1.00), para primaria, secundaria y terciaria-universitaria respectivamente.

Adicionalmente, con el objetivo de evaluar el desempeño del cuestionario en diferentes estratos de funcionalidad, utilizamos como referencia la escala de Lawton y Brody. Categorizamos a los pacientes en dos grupos, uno correspondiente a los pacientes más deteriorados (dependencia total, grave y moderada) y otro a los funcionalmente más conservados (dependencia ligera y autónomos). Observamos una buena confiabilidad en ambos grupos (Tabla 2).

Finalmente, a fin de evaluar la validez concurrente, analizamos la correlación entre el cuestionario VIDA y la

TABLA 1.– Ejemplos de las modificaciones realizadas al cuestionario VIDA original agrupados por categoría de cambio

Categoría	Versión original	Versión modificada
Encabezado de pregunta	Manejo de asuntos económicos	Respecto del dinero y la economía del hogar, ¿cuánto se ocupa el paciente del manejo del dinero y la economía de la casa?
Agregado de ejemplos	Amplia relación y actos sociales	Concorre a reuniones sociales (por ejemplo cumpleaños, casamientos) y/o se relaciona con variados grupos de personas
Clarificación de sintaxis	Complejas (electrodomésticos, plancha, cocina, taladro, enchufes,...)	Realiza tareas complejas como por ejemplo usar electrodomésticos (microondas, lavarropas), planchar la ropa, cocinar, utilizar herramientas eléctricas (utilizar un taladro, arreglar enchufes o aparatos)
Cambio de palabras por sinónimos	Puertas con manilla o pomo, pero sin llaves	Abre puertas con picaporte pero sin llaves
Agregado de opciones	—	Paciente postrado, no se desplaza fuera del domicilio

TABLA 2.– Resultados de la comparación entre el cuestionario VIDA modificado presencial y re-test telefónico, estratificados por funcionalidad

	Mediana	Cuestionario VIDA	
		Rango intercuartil	CCI (IC 95%)
Funcionalidad deteriorada (n = 18)			
Dependencia total	18	17.0-18.5	0.83 (0.57-1.00)
Dependencia grave	20	18-21	
Dependencia moderada	27	22.0-28.5	
Funcionalidad conservada (n = 37)			
Dependencia leve	30	28-33	0.85 (0.68-1.00)
Autónomo	38	37-39	

Nota: La comparación se realizó usando el Coeficiente de Correlación Intraclase (CCI). Para categorizar a los pacientes en dos grupos de funcionalidad, se utilizaron los puntajes de la escala de Lawton y Brody recomendados para cada género de acuerdo a las instrucciones del autor. Para mujeres: dependencia total 0-1, dependencia grave 2-3, dependencia moderada 4-5, dependencia leve 6-7, autónomas 8. Para hombres: dependencia total 0, dependencia grave 1, dependencia moderada 2-3, dependencia ligera 4, autónomos 5⁵

escala de Lawton y Brody. La mediana de los puntajes de esta última escala obtenidos en forma presencial fue de 5 (RIC 2-5) y 7 (RIC 5-8) en género masculino y femenino respectivamente, mientras que telefónicamente fue de 5 (RIC 1-5) y 8 (RIC 5-8). En forma presencial obtuvimos un coeficiente de correlación de Spearman global en hombres de 0.90 y en mujeres de 0.92, de manera similar en la modalidad telefónica los resultados fueron de 0.91 y 0.88 respectivamente.

Discusión

Realizamos la adaptación transcultural del cuestionario VIDA modificado y evaluamos su confiabilidad para la utilización telefónica. El cuestionario VIDA ha demostrado ser una herramienta válida y confiable para medir la capacidad funcional, que además se asocia a otras medidas de fragilidad en el anciano¹³. El presente trabajo enfatiza la importancia de la disponibilidad de este instrumento, teniendo como objeto su validación transcultural, la cual permite su implementación en nuestra población de referencia. Consideramos enriquecedor haber continuado el camino de análisis y utilización del cuestionario VIDA, que sigue mostrando buena confiabilidad y adaptabilidad en otro ámbito y tipología de pacientes, a través de su utilización por vía telefónica.

En nuestro estudio los coeficientes de correlación intraclase obtenidos de 0.99 interobservador y de 0.94 intraobservador demuestran una alta reproducibilidad test-retest en la modalidad telefónica, siendo estos valores similares a los obtenidos por los creadores del cuestionario VIDA de 0.94 y de 0.96 respectivamente¹⁴. Hay que considerar que estos valores son muy elevados.

Nuestra investigación demostró una alta correlación entre el cuestionario VIDA modificado y la escala de Lawton y Brody tanto de manera presencial como telefónica, lo que es concordante con estudios previos en los que se evalúa la validez concurrente del cuestionario VIDA con otras escalas¹⁴.

En los medios socio-culturales desfavorables, el seguimiento de los pacientes suele encontrarse amenazado. La implementación telefónica de este cuestionario, así como la incorporación de una opción de respuesta relacionada con la imposibilidad de desplazarse fuera del domicilio, permiten representar una población más deteriorada funcionalmente y su realización en forma remota permitiría un seguimiento acorde a sus necesidades. Ambas características constituyen las mayores fortalezas de nuestro trabajo.

En relación a las posibles limitaciones de nuestro estudio, los pacientes más deteriorados resultaron menos representados; no obstante, las características métricas del cuestionario se mantuvieron en este grupo. Adicionalmente, la realización en un solo centro asistencial puede suponer reservas a la generalización de nuestros resultados.

En conclusión, el cuestionario VIDA modificado fue adaptado transculturalmente para la evaluación de pacientes en la Ciudad de Buenos Aires. Su implementación es confiable y válida tanto de manera presencial como telefónica.

Agradecimientos: Al Departamento de Medicina Interna de la U. A. Dr. César Milstein, especialmente a los doctores: Mariano Ghirlanda, Fernando Ross, Tomás Lagos y Gustavo Starosiliz, como integrantes del grupo de discusión de expertos. A los residentes del servicio de Clínica Médica: Andrea Giro, Carolina Prado, Victoria López Rodil, Mariano Biagioni, Mauricio Tournour, Natalia Areas, Natalia Pioli, Verónica Gar-

cía y Mariana Ayala, por su colaboración en el reclutamiento de los participantes y la recolección de los datos.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar

Bibliografía

1. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 Censo del Bicentenario República Argentina. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; 2010. En: <http://www.indec.gov.ar>; consultado el 24/08/2015.
2. Watts G. Why the exclusion of older people from clinical research must stop. *BMJ* 2012; 344: e3445.
3. Version F. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Handicaps. 1980. En: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/41003>, consultado el 09/09/2015.
4. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md State Med J* 1965; 14: 61-5.
5. Lawton MP, Brody EM. Assessment of Older People: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9 (3-Part 1): 179-86.
6. Jette AM. Disentangling the process of disablement. *Soc Sci Med* 1999; 48: 471-2
7. Buurman BM, Hoogerduijn JG, van Gemert E, de Haan RJ, Schuurmans MJ, de Rooij SE. Clinical characteristics and outcomes of hospitalized older patients with distinct risk profiles for functional decline: a prospective cohort study. *PLoS One* 2012; 7: e29621.
8. Buurman BM, Hoogerduijn JG, de Haan RJ, et al. Geriatric conditions in acutely hospitalized older patients: prevalence and one-year survival and functional decline. *PLoS One* 2011; 6: e26951.
9. Hoogerduijn JG, Schuurmans MJ, Korevaar JC, Buurman BM, de Rooij SE. Identification of older hospitalised patients at risk for functional decline, a study to compare the predictive values of three screening instruments. *J Clin Nurs* 2010; 19: 1219-25.
10. Abizanda P, Rizo R. Innovación en valoración funcional. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2006; 41(Supl 1): 27-35.
11. Martín-Lesende I, Ortiz-Lebaniegos I, Montalvillo-Delgado E, Pérez-Abad M, Sánchez-Junquera P, Rodríguez-Andrés C. Identificación de ítems para la creación de un cuestionario de valoración de actividades instrumentales de la vida diaria en personas mayores. *Aten Primaria* 2006; 37: 313-8.
12. Lesende IM. Design and Validation of the VIDA Questionnaire, for assessing instrumental activities of daily living in elderly people. *J Gerontol Geriatr Res* 2015; 04(02).
13. Martín-Lesende I, Iturbe AG, Olivas MM, Soler PA. Frail elderly people: Detection and management in primary care. *Eur Geriatr Med* 2015; 6: 447-455.
14. 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: 309-19.

Anexo I: CUESTIONARIO VIDA (“VIDA DIARIA DEL ANCIANO”) modificado:**1) PREPARACIÓN Y TOMA DE MEDICAMENTOS (habituales o casuales)**

El paciente, ¿Cómo prepara y toma los medicamentos?

- Los consigue, los prepara y los toma por sí mismo (4)
- Otros los consiguen, lo supervisan o le anotan cuando tomarlos (3)
- Se limita a tomar los medicamentos que otros le han preparado (2)
- Otros se encargan de todo, incluso de dárselos (1)

2) UTILIZACIÓN DEL TELÉFONO

Sobre el uso del teléfono, el paciente...

- Llama y contesta sin problemas a cualquier número telefónico (4)
- Contesta y llama solamente a algunos números telefónicos (3)
- Solo contesta llamadas (2)
- No es capaz de usarlo (1)

3) REALIZACIÓN DE TAREAS Y MANTENIMIENTO DEL HOGAR

Ahora vamos a hablar sobre las actividades que realiza el paciente en su casa. ¿Cuáles de las siguientes tareas realiza?

- Realiza tareas complejas como por ejemplo usar electrodomésticos (microondas, lavarropas), planchar la ropa, cocinar, utilizar herramientas eléctricas (utilizar un taladro, arreglar enchufes o aparatos) (4)
- Realiza tareas habituales como por ejemplo limpiar, ordenar la casa, usar la aspiradora, hacer las camas, cambiar una lamparita, ajustar un tornillo (3)
- Realiza solo tareas sencillas como por ejemplo barrer o levantar cosas del piso (2)
- No realiza ninguna tarea en la casa (1)

4) MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS

Respecto del dinero y la economía del hogar, ¿cuánto se ocupa el paciente del manejo del dinero y la economía de la casa?

- Se ocupa de toda la economía del hogar como por ejemplo pagar facturas de servicios, expensas y alquiler, cobrar la jubilación, ir al cajero automático y realizar las compras en el supermercado (4)
- Necesita ayuda para la economía del hogar y manejo bancario (3)
- Realiza solamente gastos y compras sencillas (ir al kiosco, verdulería, panadería) (2)
- No maneja dinero (1)

5) DESPLAZAMIENTO FUERA DEL DOMICILIO

Respecto de la posibilidad del paciente de caminar y salir afuera de su domicilio, el paciente:

- Sale solo fuera del domicilio y camina sin ayuda (5)
- Sale solo fuera del domicilio y camina con ayuda de bastón, muletas o andador (4)
- Sale solo fuera del domicilio y se desplaza en silla de ruedas (3)
- Necesita siempre acompañante para salir de la casa (2)
- Paciente postrado, no se desplaza fuera del domicilio (1)

6) CONTROL DE RIESGOS EN EL DOMICILIO

En relación a la seguridad en su casa, el paciente:

- Utiliza el gas, la cocina, electricidad y agua sin problemas (3)
- Utiliza solo interruptores de luz y canillas (2)
- No realiza ninguna de las acciones anteriores (1)

7) REALIZACIÓN DE COMPRAS

El paciente realiza..

- Cualquier tipo de compra (ropa, regalos, supermercado) (4)
- Compras sencillas (verdulería, kiosco, almacén) (3)
- Necesita ayuda para realizar cualquier compra (2)
- No realiza ninguna compra (1)

8) USO DE PUERTAS

El paciente...

- Abre y cierra puertas con llave (3)
- Abre puertas con picaporte pero sin llaves (2)
- Es incapaz de abrir o cerrar puertas (1)

9) UTILIZACIÓN DE TRANSPORTES

El paciente:

- Usa cualquier medio de transporte (inclusive colectivo o subte) y/o conduce su auto, incluso fuera de la ciudad. (4)
- Hace viajes cortos o habituales (colectivo, subte o auto), pero requiere ayuda o acompañamiento para viajes no habituales o largos (3)
- Siempre viaja con acompañante o solo viaja en taxi (2)
- Solamente utiliza vehículos adaptados o ambulancia (1)

10) MANTENIMIENTO DE RELACIÓN SOCIAL

El paciente:

- Concorre a reuniones sociales (por ejemplo cumpleaños, casamientos) y/o se relaciona con variados grupos de personas (4)
- Solamente se relaciona con pocos amigos y familiares (3)
- Solamente se relaciona con familiares (2)
- No se relaciona con nadie (1)