

Diseño y validación de un instrumento para evaluar limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los ancianos*

Design and validation of an instrument for assessing activity limitations and participation restrictions of elderly people

Giovana Marcella Rosas Estrada

Resumen

Objetivo: Diseñar y validar un instrumento para evaluar las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los ancianos, tomando como referencia el CIF. **Materiales y método:** Tipo de estudio: evaluativo. **Muestra:** para la validez de contenido y apariencia, se seleccionó un grupo de expertos, en las pruebas de confiabilidad se realizaron 278 evaluaciones a 40 ancianos. **Técnicas y procedimientos:** los expertos seleccionaron ítemes más relevantes para los ancianos con base en la lista corta de la CIF. Para las pruebas de confiabilidad el instrumento fue aplicado por cinco evaluadores entrenados.

Análisis: se elaboró una base de datos en EPI INFO y en EPI DATA se realizaron las pruebas de concordancia. **Resultados:** se seleccionaron cuarenta y siete ítemes, las pruebas de confiabilidad mostraron valores Kappa superiores a 0,40 en la mayoría de los ítemes. **Conclusión:** el instrumento alcanzó niveles de validez y confiabilidad esperados, excepto en algunos ítemes de los capítulos II, VI y VIII. Es necesario utilizarlo a largo plazo y a mayor escala para evaluar su aplicabilidad y valor predictivo estándar a cualquier población geriátrica.

Palabras clave: Anciano, limitaciones en la actividad, restricciones en la

• Fecha de recepción del artículo: 15 de abril de 2009 • Fecha de aceptación: 21 de agosto de 2009.

GIOVANA MARCELLA ROSAS ESTRADA. Fisioterapeuta. Esp. En Intervención Integral en el Deportista, Universidad Autónoma de Manizales; Magíster en Gerontología, Envejecimiento y Vejez, Universidad de Caldas. Docente asistente y coordinadora de posgrado en Intervención fisioterapéutica en ortopedia y traumatología de la Universidad Autónoma de Manizales - Colombia. giovamre@autonoma.edu.co.

* Este artículo es producto del proyecto de investigación: Diseño y validación de un instrumento para la evaluación de la discapacidad de los ancianos.

participación, validez, confiabilidad, clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y la salud.

Abstract

Objective: To design and validate an instrument for assessing activity limitations and participation restrictions of elderly people, with reference to the CIF. **Materials and methods:** Type of study: evaluative. **Sample:** A group of experts was selected in order to validate content and appearance. For reliability tests, 278 evaluations were made to 40 elderly. **Techniques and procedures:** Some experts selected the most relevant items for the elderly, based on the short list of the CIF. For reliability testing, the instrument was administered by five trained testers. **Analysis:** A database was developed in EPI INFO and concordance tests were performed in EPI DATA. **Results:** Forty-seven items were selected. The reliability tests showed Kappa values exceeding 0.40 in most items. **Conclusion:** The instrument reached the levels of validity and reliability expected, except for certain items of Chapters II, VI, and VIII. It is necessary to use it in the long-term and at a higher level in order to assess its applicability and standard predictive value to any geriatric population.

Keywords: Elderly, activity limitations, participation restrictions, validity, reliability, international classification of the functioning of disabilities and health.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2001 aprobó la última versión de la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF), la cual presenta como uno de sus objetivos principales brindar un lenguaje unificado, estandarizado y

un marco conceptual para la descripción de la salud y los estados “relacionados con la salud”. Esta clasificación se compone de dos constructos: funcionamiento y discapacidad y factores contextuales. El primero se divide, a su vez, en el componente de funciones y estructuras corporales (discapacidad corporal) y en el componente de actividad y participación (discapacidad individual). El segundo constructo se divide en factores ambientales y factores personales.

En el componente de actividad y participación la primera se refiere a la realización de una tarea o acción por parte de un individuo; representa la perspectiva del individuo respecto al funcionamiento. En la segunda la participación se define como el acto de involucrarse en una situación vital; representa la perspectiva de la sociedad respecto al funcionamiento. Las limitaciones en la actividad son dificultades que una persona puede tener en el desempeño o la realización de las actividades. Las restricciones en la participación son problemas que una persona puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales. Esta clasificación permite la evaluación del componente de actividad y participación a través de dos calificadores: la capacidad y el desempeño. El primer calificador hace referencia a la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción y tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar; para su evaluación se requiere disponer de un entorno normalizado que neutralice el efecto de los contextos en la capacidad del individuo. El desempeño como otro de los calificadores describe lo que una persona hace en su entorno actual e incluye el contexto social; puede ser entendido como la experiencia de las personas en el contexto real en que viven (Organización Mundial de la Salud, *et al.*, 2001).

Las categorías de la CIF están agrupadas de tal manera que la definición más amplia de ellas contiene incluye subcategorías más detalladas que las situadas en un nivel superior; así, el componente de actividad y participación consta de nueve capítulos, los cuales a su vez cubren dos niveles más de evaluación para la lista corta y cuatro niveles para la versión completa.

Los códigos de la CIF sólo están completos en presencia de un calificador que indique la magnitud del nivel de salud (p.e. gravedad del problema); estos se codifican con uno o más números después del punto decimal. Un ejemplo de estos códigos es a115.2, el cual significa que la persona tiene una dificultad o una limitación moderada para mirar.

La CIF cuenta con dos versiones: la versión completa consta de cuatro niveles de evaluación, con 1 424 códigos compuestos por una letra y cuatro dígitos. La otra versión consiste en una lista corta en la cual cada código contiene una letra y tres dígitos que indican dos niveles de evaluación. Esta última versión está compuesta de 382 ítemes. El componente de actividad y participación de la lista corta está conformado por 117 códigos.

La complejidad de la aplicación clínica e investigativa de esta clasificación sustenta la necesidad de seleccionar algunos componentes y códigos que, de acuerdo con las necesidades particulares de los profesionales que intervienen en las diversas situaciones, logren evaluar las limitaciones en la actividad y las restricciones en la participación. La lista corta –The ICF checklist– y –The ICF core-sets–, es una muestra de lo que algunos países desarrollados vienen adelantando para la utilización de la CIF.

Se detectaron, entonces, varios aspectos que evidencian la importancia de realizar este estudio, entre los cuales

*Con voz enferma y lastimada
dijo “¡Señor Don Quijote! ¡Ah
Señor Don Quijote!”*



se resaltan: la ausencia de instrumentos para evaluar la discapacidad en ancianos basados en la CIF; las recomendaciones dadas por la OMS frente a la utilización de la CIF como complemento de la CIE-10; la ausencia de una herramienta clínica basada en el modelo bio-psico-social de la salud; las tendencias demográficas actuales, tales como el crecimiento de la población geriátrica con un ritmo mucho más acelerado que la población general; la alta prevalencia de ancianos discapacitados en esta ciudad según datos arrojados por un estudio realizado en el año 2005 por la Universidad Autónoma de Manizales y la Secretaría de Salud de Manizales y la inexistencia de políticas de prevención y promoción de la discapacidad en los ancianos en esta ciudad. Vale la pena resaltar que aunque la CIF ya está validada en español, no se cuenta con un instrumento específico para su aplicación en la población geriátrica.

El estudio busca, por tanto, diseñar y validar un instrumento que permita la evaluación de las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación de los ancianos de Manizales en el año 2007.

Materiales y métodos

La validez de constructo de la CIF fue realizada por la OMS en el proceso de revisión de la CIDDMII entre los años 1993 y 2001. En esta investigación se tomó este tipo de validez como base para la construcción del instrumento y se tuvo como referencia el componente de actividad y participación de la lista corta. Los materiales y métodos se describirán por fases.

Tipo de estudio

Evaluativo.

Población de estudio

Fase I. Validez de contenido, apariencia y diseño del instrumento

Se tomaron los 117 ítemes del componente de actividad y participación de la lista corta de la CIF.

Fase II. Confiabilidad inter evaluador y test retest

Los evaluadores participantes en esta fase del estudio fueron personas diferentes al grupo de expertos de la fase I: cuatro estudiantes de VIII y IX semestre del Programa de Fisioterapia de la Universidad Autónoma de Manizales y una Fisioterapeuta, quienes recibieron entrenamiento previo en la aplicación del instrumento diseñado.

Para la selección del grupo de ancianos se tuvieron en cuenta los siguientes criterios de inclusión: personas mayores de sesenta años que presentaban algún tipo de discapacidad asociada con la condición de salud y que se encontraban clínica y hemodinámicamente estables.

Para los ancianos de la comunidad se tomaron como referencia los resultados del estudio realizado por la Alcaldía de Manizales y la Universidad Autónoma

de Manizales (2006). Para los ancianos institucionalizados, dado que no existe un estudio que describa la situación de discapacidad en ellos, se tomó como referencia la información suministrada en evaluaciones geriátricas multidimensionales, en la cual se evidenciaba que el anciano presentaba limitaciones en la realización de algunas actividades (discapacidad individual). Las instituciones de las cuales se tomó la población fueron el Hospital Geriátrico San Isidro, el Hogar San Vicente de Paul y el Hogar de Ancianos de Asoviejos. Todas estas instituciones se encuentran ubicadas en la zona urbana de la ciudad de Manizales. De esta forma, la muestra de los ancianos participantes en el estudio fue una muestra seleccionada por conveniencia.

Variables

Fase I. Validez de contenido, apariencia y diseño del instrumento

Se constituyen en cada uno de los ítemes del componente de actividad y participación de la lista corta.

Fase II. Confiabilidad inter evaluador y test retest

Se estudiaron los ítemes seleccionados por los expertos en la fase uno y variables demográficas y de condiciones de salud del anciano.

Técnicas y procedimientos

Fase I. Validez de contenido, apariencia y diseño del instrumento

Para esta primera fase se recurrió en dos momentos al juicio de expertos. Este grupo estuvo conformado por médicos geriatras, enfermeras y fisioterapeutas con experiencia en atención y cuidado de los ancianos.

En la primera evaluación los expertos, de manera individual, seleccionaron 51 ítemes mediante un formulario en el cual analizaron la pertinencia de cada uno de los puntos para ser incluidos en el instrumento. La segunda evaluación se realizó en una sesión grupal con los expertos, en la cual a partir de los primeros resultados se incluyeron algunos nuevos ítemes, se hizo una comparación con los antecedentes y finalmente fueron seleccionados 47 ítemes de los 55 iniciales.

Se procedió entonces a la redacción de las preguntas para cada uno de los ítemes seleccionados, para lo cual se tomó como referencia el instrumento World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO-DAS II) (2000). Es importante aclarar que en el diseño del instrumento las preguntas se redactaron con base en el concepto de actividad, y para los códigos se utilizó el sistema alfanumérico descrito en la CIF de la siguiente manera: la primera letra de los códigos de actividad fue la "a". Para evaluar la participación se redactó una pregunta global al final de cada capítulo. La primera letra de estos códigos fue la "p". Se realizó la evaluación del desempeño. Por lo tanto los calificadores del código se ubicaron inmediatamente después del punto que va posterior a los tres dígitos, por ejemplo, a 150.1. Estos calificadores evaluaron el grado de la dificultad en la realización de las actividades, para lo cual se utilizó la escala descrita por la CIF, que va de cero a cuatro en la cual cero significa ninguna dificultad; uno, ligera dificultad; dos, moderada dificultad; tres, grave dificultad y cuatro, completa dificultad. Al instrumento diseñado se le realizó una prueba piloto que estuvo a cargo de un grupo de profesionales de la salud con experiencia en la atención de los ancianos, los cuales recibieron previo entrenamiento en la aplicación de la CIF. Este grupo estuvo conformado por un médico general, dos fisioterapeutas, una enfermera y una

terapeuta ocupacional. Para esta prueba se aplicó el instrumento a diez ancianos discapacitados del Hospital Geriátrico San Isidro; cinco de ellos adscritos al servicio del Centro de Bienestar del Anciano, quienes contaban con buenos niveles de funcionamiento; y los otros cinco, a los servicios de cuidado crónico (psicogeriatría y larga estancia), pues presentaban bajos niveles de funcionamiento.

En la prueba se analizaron aspectos como comprensión y ambigüedad de las preguntas; tiempo de diligenciamiento del instrumento, que fue de aproximadamente 25 minutos; características del formato; necesidad de entrenamiento y facilidad de calificación. Para la aplicación se diseñó un instructivo con ilustraciones para cada uno de los ítemes teniendo en cuenta un estudio previo que menciona que estas ilustraciones incrementan la confiabilidad de los instrumentos (Hardon, DC. *et al.*, 1992). Además, el instructivo contenía el referente teórico necesario para un adecuado diligenciamiento del instrumento por parte del evaluador. Posterior a la prueba piloto se realizaron los ajustes y se aprobó la versión final del instrumento, la cual fue revisada por el grupo de investigación en Geriatria y Gerontología de la Universidad de Caldas.

Fase II. Confiabilidad inter evaluador y test retest

Para la confiabilidad inter evaluador cada uno de los evaluadores aplicó el instrumento en los cuarenta ancianos seleccionados, para un total de doscientas evaluaciones. Los instrumentos fueron codificados por evaluador y por paciente para su respectiva digitación en la base de datos.

Para evaluar la confiabilidad test-retest el instrumento se aplicó en el mismo grupo de ancianos ($n = 39$ un

paciente menos porque fue hospitalizado por reagudización de enfermedad crónica). La aplicación del instrumento en un segundo momento (retest) se realizó cinco días después a la primera evaluación (test).

Análisis de la información y software

Fase I. Validez de contenido, apariencia y diseño del instrumento

Se llevó a cabo una comparación de las proporciones de cada uno de los capítulos de la versión de la lista corta con la proporción de los capítulos escogidos por los expertos con la prueba Chi 2 y se aceptó como significativa toda $p < 0.05$.

Fase II. Confiabilidad inter evaluador y test retest

Se elaboró una base de datos en EPI INFO 6.0 en la cual se incluyeron los datos recogidos de cada uno de los evaluadores. Los resultados de este proceso se digitaron en el programa EPI DATA, en el que se realizaron las pruebas de concordancia para cada uno de los ítemes con el estimador estadístico Kappa. La fuerza de la concordancia se evaluó con base en la clasificación de Landis y Koch de 1977 (Ruiz, A. *et al.*, 2004), con los siguientes criterios: puntajes < 0 concordancia pobre; 0-0.20, concordancia leve; 0.21 a 0.40, concordancia baja; 0.41 a 0.60, concordancia moderada; 0.61 a 0.80, concordancia buena; y $>$ de 0.81, concordancia casi perfecta. Para cada ítem se realizó un cálculo de concordancia entre todos los evaluadores con más de dos categorías. De cada una de estas relaciones se obtuvo un valor Kappa, para un total de 10 valores Kappa para cada ítem. Por último, se calculó con estos 10 datos un Kappa Global (homogeneidad de los valores Kappa determinada por una

$P > 0,05$). Para la determinación del peso de las clasificaciones de cada una de las categorías se utilizó el sistema de pesos cuadráticos (Ruiz, A. *et al.*, 2004). Se llevó a cabo un análisis posterior, en el cual se evaluó la concordancia entre los resultados obtenidos para cada categoría.

Para el test retest se realizó un análisis a los 78 instrumentos aplicados y se creó una base de datos en EPI INFO 6.0, en la cual se incluyeron los datos recogidos en los dos momentos de aplicación del instrumento. Los resultados de este proceso se digitaron en el programa EPI DATA, en el cual se realizaron las pruebas de concordancia para las dos aplicaciones, cada uno de los ítemes se analizó con el estimador estadístico Kappa. La concordancia se evaluó con base en la clasificación de Landis y Koch (1977), con los criterios ya descritos.

Resultados

Fase I. Validez de contenido, apariencia y diseño del instrumento

La Tabla 1 muestra los ítemes seleccionados por los expertos en cada uno de los capítulos de la CIF. El total de ítemes seleccionados por los expertos fue de 47 como parte de la evaluación del componente de actividad. En la evaluación del componente de participación se incluyó una pregunta que evaluó de forma global cada uno de los capítulos. De esta forma el instrumento quedó compuesto por 56 ítemes.

Fase II. Confiabilidad inter evaluador y test retest

En la Tabla 2 se presentan las características sociodemográficas de los ancianos en quienes se aplicó el instrumento diseñado. Se observa que predominaron las mujeres.

Tabla 1
Ítems seleccionados en el juicio de expertos

Capítulo	Porcentaje de selección
Capítulo 1. APRENDIZAJE Y APLICACIÓN DEL CONOCIMIENTO	
d110 Mirar	85.7
d115 Escuchar	85.7
d120 Otras experiencias sensoriales intencionadas	85.7
d155 Adquisición de habilidades	57.1
d160 Centrar la atención	100
d163 Pensar	100
d177 Tomar decisiones	100
Capítulo 2. TAREAS Y DEMANDAS GENERALES	
d210 Llevar a cabo una única tarea	100
d230 Llevar a cabo rutinas diarias	85.7
Capítulo 3. COMUNICACIÓN	
d310 Comunicación-recepción de mensajes hablados	100
d315 Comunicación-recepción de mensajes no verbales	100
d330 Hablar	85
d350 Conversación	100
d355 Discusión	85
d360 Utilización de dispositivos y técnicas de comunicación	85
Capítulo 4. MOVILIDAD	
d410 Cambiar las posturas corporales básicas	100
d415 Mantener la posición del cuerpo	100
d420 "Transferir el propio cuerpo"	85.7
d430 Levantar y llevar objetos	85.7
d440 Uso fino de la mano	100
d445 Uso de la mano y del brazo	100
d450 Andar	71.4
d460 Desplazarse por distintos lugares	85.7
d465 Desplazarse utilizando algún tipo de equipamiento	71.4
d470 Utilización de medios de transporte	85.7
Capítulo 5. AUTOCUIDADO	
d510 Lavarse	100
d520 Cuidado de las partes del cuerpo	85.7
d530 Higiene personal relacionada con procesos de excreción	100
d540 Vestirse	85.7
d550 Comer	100
d560 Beber	85.7
d570 Cuidado de la propia salud	85.7
Capítulo 6. VIDA DOMÉSTICA	
d630 Preparar comidas	57.1
d640 Realizar los quehaceres de la casa	57.1
Capítulo 7. INTERACCIÓN Y RELACIONES INTERPERSONALES	
d710 Interacciones interpersonales básicas	100
d740 Relaciones formales	85
d750 Relaciones sociales informales	100
d760 Relaciones familiares	100
d770 Relaciones íntimas	85%
Capítulo 8. ÁREAS PRINCIPALES DE LA VIDA	
d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo	85
d850 Trabajo remunerado	100
d855 Trabajo no remunerado	85
Capítulo 9. VIDA COMUNITARIA, SOCIAL Y CÍVICA	
d910 Vida comunitaria	100
d920 Tiempo libre y ocio	100
d930 Religión y espiritualidad	100
d940 Derechos humanos	100
d950 Vida política y ciudadanía	85.7

Tabla 2
Características de los ancianos a quienes se les aplicó el instrumento para las pruebas de confiabilidad

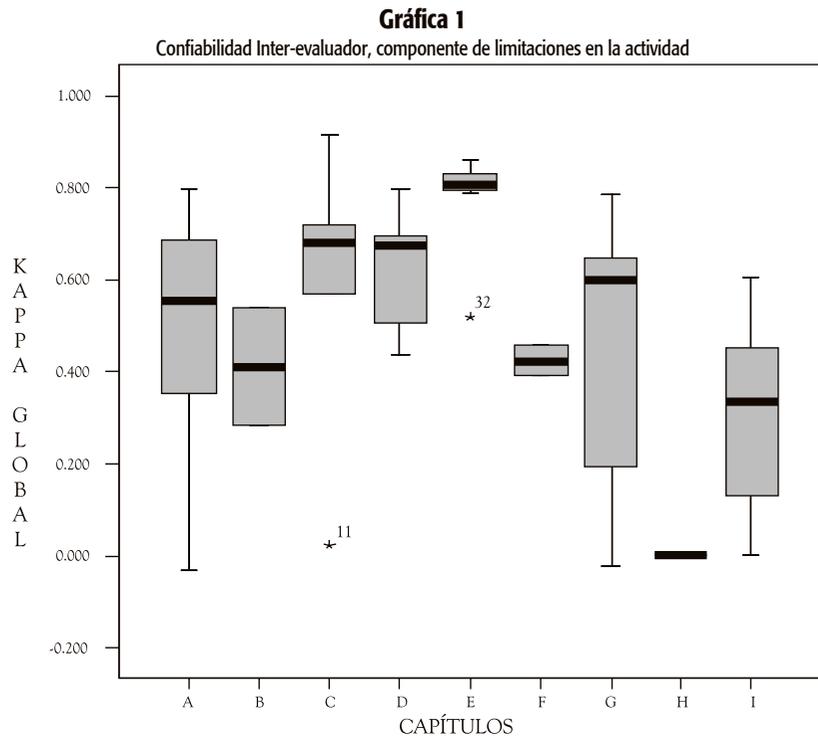
CARACTERÍSTICA	MUJERES (n,%)	HOMBRES (n,%)	Total (n,%)
SEXO	23 (57.5%)	17 (42.5%)	40 (100)
COMUNIDAD	11 (61,1%)	7 (38,9%)	18 (100)
INSTITUCIONALIZADOS	12 (54,5%)	10 (45,5%)	22 (100)
CASADOS	7 (50%)	7 (50%)	14 (100)
SEPARADOS	0	1 (100%)	1 (100)
SOLTEROS	10 (62,5%)	6 (37,5)	16 (100)
VIUDOS	6 (66,7%)	3 (33,3%)	9 (100)
Total	23	17	40

La Gráfica 1 muestra los resultados de las pruebas de confiabilidad inter evaluador en el componente de limitaciones en la actividad de cada capítulo con los respectivos valores Kappa. En ella se observa cómo los ítemes correspondientes a los capítulos II, VII, VIII y IX muestran una menor concordancia y los correspondientes a los capítulos V, III y IV evidenciaron mejor concordancia (mayor percentil 50).

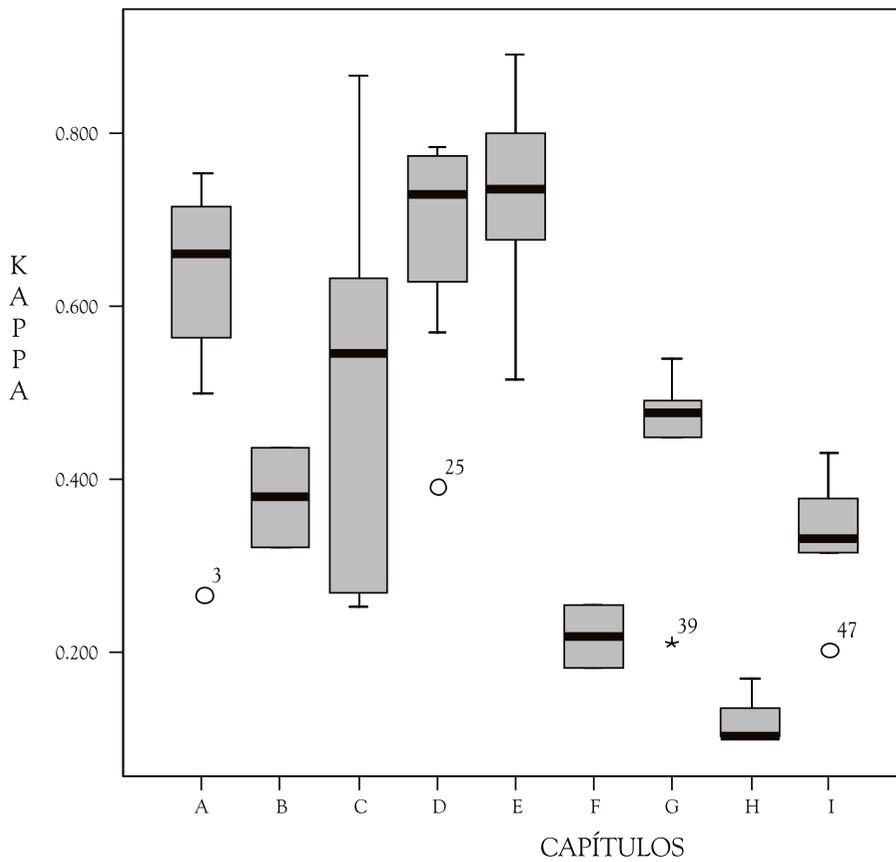
La Gráfica 2 muestra los resultados de las pruebas de confiabilidad test retest en el componente de limitaciones en la actividad de cada capítulo con los

respectivos valores Kappa. En ella se observa cómo los ítemes correspondientes a los capítulos VIII, VI y IX muestran una menor concordancia y los correspondientes a los capítulos IV y V tienen mejor concordancia.

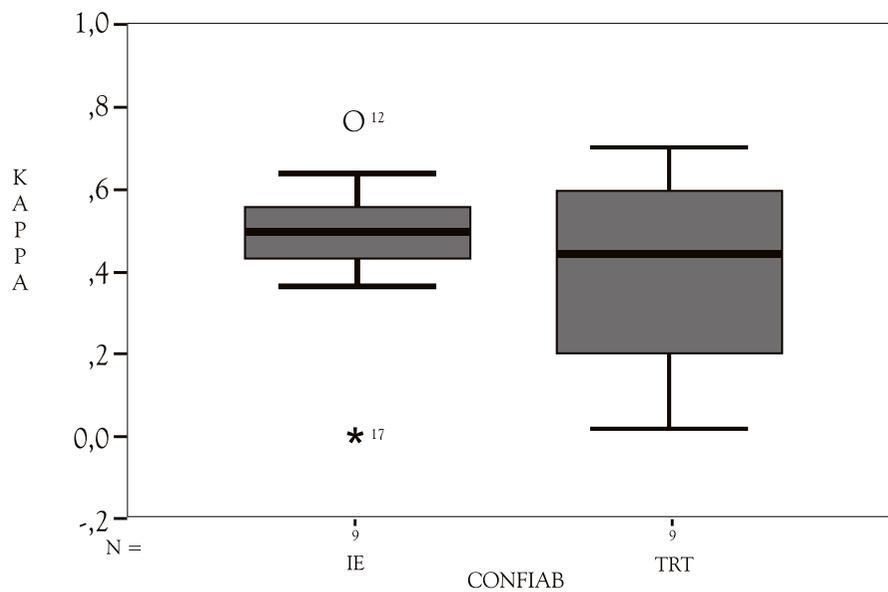
La Gráfica 3 muestra los valores Kappa para la confiabilidad inter evaluador y test retest para el componente de participación. Vemos en esta cómo para los ítemes de participación se encontró la mejor concordancia y la mayor confiabilidad inter evaluador.



Gráfica 2
Confiabilidad Test Retest componente de limitaciones en la actividad



Gráfica 3
Confiabilidad interevaluador y test retest, componente de restricciones en la participación



Discusión

La CIF es una clasificación validada a nivel internacional; no obstante, se hace necesario evaluar el grado de aplicabilidad clínica y epidemiológica de algunos de sus ítemes en poblaciones específicas. En diferentes partes del mundo se han realizado investigaciones tendientes a seleccionar códigos específicos para algunas condiciones (Stucki, G. *et al.*, 2004). En este caso el interés investigativo pretende seleccionar los ítemes relevantes para la evaluación de la población geriátrica y de la misma manera diseñar un instrumento para aplicarlos.

Los resultados de esta investigación son comparables con los del estudio ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities, publicado en 2005 (Eva, G. *et al.*). En este se realizó una validez de contenido y se seleccionó un grupo de ítemes para ser aplicados a la población geriátrica en sus procesos de evaluación y rehabilitación. Se estudiaron todos los componentes de la CIF y en el de actividad y participación se seleccionaron menos ítemes ($n=30$) que en nuestro estudio, aunque éstos quedaron incluidos en nuestra propuesta.

En el estudio mencionado (Eva, G. *et al.*, 2005), los capítulos con mayor representación son los de movilidad (con ocho ítemes) y los de autocuidado (con siete ítemes). Vale la pena resaltar que esto concuerda con nuestros resultados, dado que en el capítulo de movilidad se seleccionaron diez ítemes y en el de autocuidado siete ítemes; esto corresponde, de la misma manera, a los capítulos más representativos. En dicho estudio (Eva, G. *et al.*, 2005) no se seleccionó ningún ítem correspondiente al capítulo de vida doméstica, lo cual concuerda con los resultados de la primera evaluación realizada por los expertos de este estudio. Los ítemes que finalmente se incluyen de este capítulo se seleccionaron en la sesión grupal con

argumentos basados en el papel que cumplen muchos de los ancianos como cuidadores de otras personas y de sí mismos; de manera similar, los expertos tuvieron en cuenta el concepto de feminización del envejecimiento (Organización Mundial de la Salud, *et al.*, 2002); este fenómeno implica la necesidad de evaluar las limitaciones y restricciones en actividades que tradicionalmente han sido desarrolladas por mujeres pero que a medida que pasa el tiempo se vuelven frecuentes en los hombres.

Otro aspecto importante para resaltar es que algunos de los ítemes seleccionados se relacionan con aspectos de la evaluación geriátrica multidimensional, que evalúa la capacidad funcional (Gómez, JF, *et al.*, 2002); por tanto, el instrumento propuesto se puede utilizar como complemento de esta evaluación, pues aporta un conocimiento del grado de dificultad en la realización de cada una de las actividades descritas por los ítemes. Una vez que al instrumento se le realicen pruebas de capacidad predictiva al cambio en las limitaciones en la actividad y restricciones en la participación será posible llevar a cabo investigaciones de tipo experimental que permitan hacer seguimiento y validación de intervenciones terapéuticas, de promoción, prevención y rehabilitación que propendan a la mejoría de las condiciones de salud de los ancianos.

Otra ventaja adicional del instrumento propuesto se basa en que está elaborado en un lenguaje común y estandarizado entre los diferentes profesionales de la salud, investigadores, diseñadores de políticas de salud y la población en general así como para personas en situación de discapacidad.

A pesar de que un estudio previo (Bussing, A. *et al.*, 2005) concluyó que la evaluación de las actividades religiosas o espirituales tiene implicaciones multidimensionales subjetivas y que van

más allá de un simple código. Nuestros expertos argumentaron la importancia de que este ítem se incluyera en el instrumento. Lo anterior concuerda con lo publicado en el estudio japonés (11).

Por otra parte, cuando se realiza la comparación proporcional de participación de los capítulos resultantes con aquella de los capítulos de la lista corta de la CIF, no existe una diferencia entre estos, lo que sugiere que la selección hecha por los expertos conserva la conformación original de la CIF.

Frente a las pruebas de confiabilidad se tendrán en cuenta varios antecedentes, entre los cuales uno de los más importantes es el denominado Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care, publicado en el año 2005 (Jiro, O. *et al.*, 2005), que evaluó la confiabilidad test retest para todos los componentes de la CIF en la totalidad de ítems de la lista corta. En este estudio se concluye que la confiabilidad test retest de los ítems de la CIF aplicados en ancianos es relativamente baja teniendo como parámetro valores Kappa por debajo de 0.40, y que la confiabilidad aumenta cuando quien realiza la evaluación tiene mayor experiencia en el manejo de los ancianos. Esto se debe analizar a la luz del estudio, que indicó que la confiabilidad no dependía de la experiencia de los evaluadores (Okochi, J. *et al.*, 2005).

Otra conclusión importante del estudio mencionado (Jiro, O. *et al.*, 2005) es que los autores consideran que esta baja confiabilidad se debe a que la lista corta posee algunos ítems que no son aplicables en ancianos, por lo que recomiendan que antes de evaluar la confiabilidad se debe validar el contenido de esta lista, tal y como se efectuó en la primera fase de nuestra investigación.



*Donde se da fin al cuento
de la pastora Marcela,
con otros sucesos.*

En los resultados de nuestro estudio se puede evidenciar que los capítulos que mostraron mayor concordancia tanto inter evaluador como test retest con altos valores Kappa son los de movilidad y autocuidado, lo cual concuerda con el antecedente que se ha venido nombrando (Jiro, O. *et al.*, 2005) y con otro estudio en donde se evaluó la confiabilidad inter evaluador de los ítems de autocuidado de una escala diseñada para la evaluación de ancianos (Kucukdeveci, AA., *et al.*, 2004). Esto probablemente se debe a que estos capítulos contienen ítems que se han manejado a nivel mundial tradicionalmente en la población geriátrica como parte del Índice de Barthel y Lawton (Mahoney, FL., *et al.*, 1965), entre otros, una herramienta muy utilizada en procesos clínicos e investigativos durante mucho tiempo (Gómez, JF., *et al.*, 2002).

Es probable que los niveles más bajos de concordancia encontrados en los capítulos de “tareas y demandas generales”, “vida doméstica” y “áreas principales de la vida” se explique porque más de la mitad de los ancianos evaluados estaban institucionalizados en sitios en los cuales los cuidadores son

los que se encargan de estas funciones aún si los ancianos discapacitados tienen la capacidad para hacerlas, en muchas ocasiones por ahorrar tiempo en la ejecución como cuidadores, situación que puede inducir a respuestas discordantes entre las entrevistas. Nuestros hallazgos fueron concordantes con los resultados del antecedente nombrado (Jiro, O. *et al.*, 2005) que mostró que los capítulos con más baja confiabilidad fueron “áreas principales de la vida” y “vida comunitaria social y cívica”.

Respecto al capítulo IX, “áreas principales de la vida”, que evalúa aspectos como trabajo remunerado y no remunerado, se puede decir que los resultados de confiabilidad concuerdan también con el antecedente (Jiro, O. *et al.*, 2005) ya que en este estudio utilizaron en la escala de evaluación las categorías ocho y nueve de la CIF que corresponden a “sin especificar” y “no aplicable”, respectivamente, las más utilizadas en este capítulo, con lo cual los autores concluyen que los ítems de este capítulo son de difícil aplicación en los ancianos.

Además de las situaciones expuestas con anterioridad en el análisis, se debe mencionar que las condiciones de desarrollo económico de este país brindan pocas oportunidades para que una persona mayor de 65 años continúe siendo productiva, tal como aparece en un informe publicado por el programa de las Naciones Unidas en el 2004 (Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, 2004): “El proceso de envejecimiento poblacional en Latinoamérica transcurre en un escenario social, económico y cultural caracterizado por una alta incidencia de pobreza, una persistente inequidad social, una baja cobertura de la seguridad social y una probable tendencia hacia el deterioro de las estructuras familiares de apoyo a los adultos mayores”.

El proceso de jubilación en muchas ocasiones genera en el anciano depresión, frustración y abandono de los roles que le permitían tener una calidad de vida satisfactoria. A todo esto se le puede agregar que en esta sociedad existen estereotipos sociales frente a las personas en situación de discapacidad (Agamez, T.J. *et al.*, 2002), los que probablemente generan confusión en la percepción de la realización o no de una de las actividades evaluadas; es decir, se dificulta definir si cuando se pretende encontrar si el problema está en la discapacidad o lo determina la condición de ser viejo en una sociedad en donde la visión senilista discrimina y subvalora la capacidad y el desempeño del anciano como un ser activo en una sociedad que envejece (Red Latinoamericana de Gerontología, 2002).

La debilidad de este estudio radica en que la población a la que se aplicó el instrumento no fue seleccionada de manera aleatoria ni probabilística, lo cual no permite hacer inferencias a la población general.

Conclusión

El instrumento construido presenta buenos niveles de validez y confiabilidad para su aplicación (De acuerdo con la clasificación de Landis y Koch), excepto para los capítulos II, “tareas y demandas generales”; VI, “vida doméstica” y VIII; “áreas principales de la vida”. Es necesario utilizarlo a largo plazo y a mayor escala para evaluar su aplicabilidad y determinar su valor predictivo estándar a cualquier población geriátrica.

Recomendaciones

Realizarle al instrumento estudios posteriores tales como pruebas de sensibilidad al cambio y validez predictiva

en población seleccionada de manera aleatoria.

Realizar estudios similares con los otros componentes de la CIF tales como estructuras y funciones corporales y factores ambientales.

Realizar estudios similares y ampliados en los cuales se tome como base el instrumento diseñado y se seleccionen ítemes para patologías específicas relacionadas con el envejecimiento tales como enfermedad cerebrovascular y artritis reumatoide.

Consentimiento informado

El protocolo de esta investigación fue aprobado por los comités de ética de la Universidad de Caldas, de la Universidad Autónoma de Manizales y de las instituciones de las cuales se tomó la muestra. Los participantes firmaron el consentimiento informado, el cual incluyó los principios éticos para las investigaciones (Rickham PP. *Human Experimentation, Code of Ethics...*, 1964).

Bibliografía

- AGAMEZ, TJ.; ARENAS, QB. y otros. (2002). *Cuerpo movimiento, perspectiva funcional y fenomenológica*. Manizales: Universidad Autónoma de Manizales. Facultad de Fisioterapia.
- BUSSING, A.; OSTERMANN, T.; MATTHIESSEN, PF. (2005). *Role of religion and spirituality in medical patients: Confirmatory results with the SpREUK questionnaire*. *Health Qual Life Outcomes*. 3(1):10.).
- Code of Ethics of the World Medical Association. (1964). *Declaration of Helsinki*. *Br Med J* 2(5402):177.).
- EVA, G. et. al. (2005). *ICF Core Set for geriatric patients in early post-acute rehabilitation facilities*. *Disability and Rehabilitation*, 27(7/8): 411-417.
- GÓMEZ JF, CURCIO CL. (2002). *Valoración Integral de la salud de los ancianos*. Manizales: Gráficas Tizan. Primera edición.
- HADORN, DC. et. al. (1992). *Improving task comprehension in the measurement of health state preferences: A trial of informational cartoon figures and a paired-comparison task*. *Journal of Clinical Epidemiology*. 45(3):233-243.).
- JIRO, O.; SAKIKO, U. y TAI, T. (2005). *Health measurement using the ICF: Test-retest reliability study of ICF codes and qualifiers in geriatric care*. *Health and Quality of Life Outcomes*. 3:46 doi: 10.1186/1477-7525-3-46.
- KUCUKDEVECI, AA. et. al. (2004). *Issues in cross-cultural validity: example from the adaptation, reliability, and validity testing of a turkish version of the Stanford Health Assessment Questionnaire*. *Arthritis Rheum*. 51(1):14-19.).
- MAHONEY, FI.; BARTHEL, DW. (1965). *Functional evaluation: The Barthel index*. *Maryland State Med J*. 14:61-65.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO). NIPO: 209-01-063-8. D.L.: BI-2222-01. 2001.
- MUO, R. et. al. (2005). *Disabil Rehabil. Clinician Form for International Classification of Functioning, Disability and Health (Alzheimer's disease-associated disability: an ICF approach*. Dec 15;27(23):1405-13).

- OKOCHI, J. et. al. (2005). *Reliability of a geriatric assessment instrument with illustrations*. *Geriatr Gerontol Int.* 5(1):37-47.
- OMS. ICF CHECKLIST Version 2.1^a
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría General de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IM-SERSO). *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, 2001.
- Organización Mundial de la Salud. Grupo Orgánico de Enfermedades no Transmisibles y Salud Mental. Departamento de Prevención de las Enfermedades no Transmisibles y Promoción de la Salud. *Envejecimiento y Ciclo Vital*. (2002). *Envejecimiento activo: un marco político*. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 37(S2):74-105.
- Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. (2004). *Informe sobre el desarrollo humano*. Madrid: Ediciones Mundi-Prensa.
- Red Latinoamericana de Gerontología. *Agenda sobre envejecimiento Colombia siglo XXI - II parte*. Febrero de 2002.
- RUIZ, A.; MURILLO, L. (2004). *Epidemiología Clínica*. Bogotá: Editorial Panamericana.
- Secretaría de Salud de Manizales. (2006). *Documento de trabajo*.
- STUCKI G, y GRIMBY G. (2004). *ICF core sets for chronic conditions*. *J Rehabil Med*, 44:5-14).
- Universidad Autónoma de Manizales, Programa de Fisioterapia, Comunidad Académica Cuerpo Movimiento, Secretaría de Salud y Seguridad Social. Alcaldía de Manizales. *Situación de discapacidad en la población del municipio de Manizales 2005-2006*. Manizales, febrero de 2006.
- World Health Organization Disability Assessment Schedule. WHODAS II Phase 2 Field Trials-Health Services Research 36-Item Interviewer Administered, Proxy Informant Version February, 2000.