

Determinación de la situación de dependencia funcional. Revisión sobre los instrumentos de evaluación más utilizados

Determination upon functional dependence situation. Reviewing the most used evaluation tools

Rubén González-Rodríguez¹
Manuel Gandoy-Crego²
Miguel Clemente Díaz³

1. Profesor ayudante doctor. Departamento de Análisis e intervención psicosocioeducativa. Universidad de Vigo (UVigo). Ourense. España.
2. Titular de universidad. Departamento de Enfermería. Universidad de Santiago de Compostela (USC). Santiago de Compostela. A Coruña. España.
3. Catedrático de Psicología Social. Departamento de Psicología. Universidad de A Coruña (UDC). A Coruña. España.

Correspondencia:

Rubén González Rodríguez
Facultad de Ciencias de la Educación
Rúa do Doutor Temes s/n. Campus das Lagoas
32004 Ourense (España)
Tel.: +34 988 387 128
Correo electrónico: rubgonzalez@uvigo.es

Recibido el 11 de enero de 2017; aceptado el 14 de marzo de 2017

RESUMEN

Introducción: la medición de la situación de dependencia es un acto fundamental para las diferentes administraciones públicas con competencias en el campo de la salud y de los servicios sociales, para así poder planificar de forma idónea las políticas encaminadas a la atención e intervención en este ámbito.

Objetivo: el objetivo del presente trabajo es analizar los instrumentos de valoración de la situación de dependencia más utilizados en España, informando de su contenido y sus campos de aplicación más relevantes. Del mismo modo, conocer en qué se diferencian estas escalas de medida, del baremo de valoración de dependencia utilizado como puerta de acceso al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Método: este estudio se lleva a cabo mediante una revisión bibliográfica en las siguientes bases de datos: Dialnet, Scopus, SciELO y Fistera.com.

Conclusiones: Tras la pertinente revisión de la literatura existente, los resultados apuntan a que, a causa de la variabilidad de contextos en los que se enmarcan las situaciones de dependencia, existen una gran variedad de instrumentos de medida.

PALABRAS CLAVE: evaluación de la discapacidad, personas con discapacidad, actividades de la vida diaria, Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud; España.

ABSTRACT

Background: the measure of the dependence situation is a fundamental act for the different public administration, which are concerned with the health and also the social services; therefore appropriate way to plan the policies toward the assistance and procedure as well at this field.

Objective: the aim of the present work is analyzing the most used valuation tools in Spain about the dependence situation. Reporting upon its content and its outstanding application fields is the goal. Knowing about the differences between these measurement scales, in relation to the dependence evaluation rate, is other goal as well. These scales are used to access to the System for Autonomy and Assistance to Dependence.

Method: this study is made through a bibliographic review in the following database: Dialnet, Scopus, SciELO and Fistera.com.

Conclusion: after the appropriate reviewing of currently literature, the results indicate a wide variety of measure tools in spite of the fact that there are a huge variety of possible contexts inner dependence.

KEYWORDS: disability evaluation, disabled persons, activities of daily living, International Classification of Functioning, Disability and Health; Spain.

■ INTRODUCCIÓN

La edad y la situación de dependencia tienen una relación directa entre sí, en tanto que con el aumento de la edad se observa una mayor limitación en la capacidad funcional⁽¹⁾; sin embargo, también existen otras situaciones que ocasionan dependencia, como por ejemplo las situaciones de discapacidad y las enfermedades de tipo crónico.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) aprobó en el año 2001 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). La CIF clasifica cualquier estado funcional asociado

con los estados de salud y se organiza en dos partes. La parte 1, denominada *Funcionamiento y Discapacidad*, consta de los siguientes componentes: Funciones y estructuras corporales, y Actividades y participación. La parte 2, denominada *Factores Contextuales*, consta de los siguientes componentes: Factores ambientales y Factores personales⁽²⁾.

En relación con el ámbito de la discapacidad y de la dependencia, que son el contexto donde se enmarca nuestra investigación, y teniendo en cuenta la problemática en cuanto al proceso de valoración en estos ámbitos, la CIF va a ser utilizada como una herramienta útil, práctica y precisa, reconocida a nivel internacional y que va a ayudar en el diag-

nóstico, valoración, planificación e investigación del funcionamiento de la discapacidad asociadas a las condiciones de salud del ser humano⁽³⁾.

En la propuesta conceptual de la OMS, a través de la CIF se “contempla el problema de la discapacidad, entendida globalmente, como una interacción multidireccional entre la persona y el contexto socioambiental en el que se desarrolla, es decir, entre las funciones y las estructuras alteradas del cuerpo, la capacidad para realizar diversas actividades como persona, su participación o desempeño real en las mismas, y las interacciones con los factores tanto personales como ambientales, que pueden actuar como barreras o ayudas”⁽⁴⁾. La discapacidad pasa a representar un concepto amplio respecto de su significado, y no solo como anteriormente, que solo definía las limitaciones para la realización de actividades.

Tal y como acabamos de examinar, la CIF considera la discapacidad como una interrelación de diferentes componentes. Tomaremos nota de tres de ellos (la globalidad supera el cometido de esta revisión), que son los más vinculados al procedimiento de medición de la situación de dependencia. Se aglutinan en tres grandes grupos que tienen características comunes a la hora de su medición y graduación, y dentro de estos nos limitaremos a tres de sus componentes: la deficiencia, la limitación para las actividades y la ayuda personal⁽⁴⁾.

El cuerpo - La deficiencia

Las deficiencias son problemas en las funciones o estructuras corporales tales como una desviación significativa o una “pérdida”. Las funciones corporales son las funciones fisiológicas de los sistemas corporales (incluyendo también las funciones psicológicas). Las estructuras corporales son las partes anatómicas del cuerpo tales como los órganos, las extremidades y sus componentes⁽²⁾.

La valoración de la deficiencia fue, y sigue siendo, el método más empleado por las administraciones públicas para la valoración de problemas de discapacidad, puesto que ofrece un sistema de medición más específico, objetivo y estandarizable⁽⁴⁾. Sin embargo, no es el método más empleado en las mediciones de dependencia, puesto que no tiene en cuenta las limitaciones que presenta la persona valorada en la realización de actividades y los apoyos que requiere para la realización de las mismas, aspectos fundamentales como se podrá comprobar.

Las actividades - La limitación para realizar actividades

El término actividad describe una clase general de acciones humanas dirigidas a una meta⁽⁵⁾. Según la OMS, la actividad es la realización de una tarea o acción por parte de un individuo⁽²⁾. Reed & Sanderson definen actividad como una acción específica, función o esfera de acción que implica aprender o hacer por experiencia directa⁽⁶⁾. Querejeta define las actividades de la vida diaria (AVD) como “aquellas que ejecuta una persona con frecuencia habitual, las cuales le permiten vivir de forma autónoma, integrada en su entorno habitual y cumpliendo su rol social”⁽³⁾. En este sentido, se trataría de observar el funcionamiento de la persona valorada a la hora de realizar diferentes actividades (independientemente de la etiología y gravedad de su discapacidad).

Fuera del marco de la CIF, las AVD acostumburan a clasificarse en tres tipos: básicas, instrumentales y avanzadas^(7,8):

- AVD básicas (ABVD): son aquellas actividades funcionales esenciales para el autocuidado, tales como la alimentación, aseo personal, vestido, movilidad, bañarse y control de esfínteres.
- AVD instrumentales (AIVD): son actividades más complejas que las ABVD. Son actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente al entorno donde vive la persona y requieren de ma-

yor destreza, tales como la preparación de alimentos, hacer compras, usar el teléfono, realizar gestiones administrativas y bancarias, manejo de la medicación, uso de transportes públicos, etc.

- AVD avanzadas (AAVD): no son indispensables para una vida independiente. Son actividades referidas al estilo de vida propio de la persona, es decir, actividades relacionadas con la ocupación laboral, prácticas religiosas, el tiempo de ocio, etc., tales como emplear internet, practicar alguna actividad deportiva, etc.

La CIF considera que los dominios para el componente Actividades y Participación estarían conformados por las siguientes áreas vitales: Aprendizaje y aplicación de conocimientos; Tareas y demandas generales; Comunicación; Movilidad; Autocuidado; Vida doméstica; Interacciones y relaciones interpersonales; Áreas principales de la vida; Vida comunitaria, cívica y social⁽²⁾.

El contexto - La necesidad de ayuda de otra persona

Cuando la persona va a tener limitaciones en el desempeño de ciertas actividades a causa de un déficit que presenta en su estado de salud, puede precisar de la ayuda de una tercera persona para conseguir ejecutarlas.

Esta ayuda o apoyo por parte de otra persona se clasifica como un factor ambiental y se define como “la cantidad de ayuda o apoyo que puede proporcionar otra persona, tanto en el plano físico como emocional, en aspectos relacionados con la nutrición, limpieza, protección, asistencia y relaciones, en sus casas, en sus entornos laborales, en la escuela, en el juego o en cualquier otro aspecto de sus actividades diarias”⁽³⁾.

Parafraseando a Caballer y Ramiro, consideramos que la ayuda de otra persona está condicionada por una serie de factores contextuales ambientales y personales que harán que el nivel de ayuda pueda ser muy variable, en cantidad y en calidad, lo que requiere medir la intensidad, identificar quién es la persona que la presta, el nivel de satisfacción y las preferencias, y la variabilidad⁽⁹⁾.

A modo de síntesis, podemos concluir que, en la actualidad, para determinar una situación de dependencia es necesario valorar el desempeño de la persona en la realización de las AVD, así como el grado de apoyo (personal y/o técnico) que se necesita. Esta valoración debe hacerse teniendo en cuenta las deficiencias que presenta la persona valorada, así como el contexto ambiental en el que desarrolla su vida y, por tanto, sus ocupaciones.

■ OBJETIVOS

El objetivo de esta disertación es:

- Conocer el contenido y la metodología aplicada en los instrumentos de valoración de la situación de dependencia más utilizados en España en el ámbito sociosanitario.
- Analizar de modo crítico, si bien de forma más breve, las diferencias más significativas de estas escalas, respecto al baremo utilizado para el reconocimiento administrativo legal de la dependencia en España para personas mayores de tres años: el Baremo de valoración de dependencia (BVD).

■ METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos, que incluyesen investigaciones del ámbito social y sanitario, en concreto: Dialnet, Scopus, SciELO y Fisterra.com.

Para la estrategia de búsqueda se combinaron los vocablos que se recogen como palabras clave en el presente trabajo (o bien sus correspondientes términos en inglés) añadiendo además el descriptor “persona en situación de dependencia”. Igualmente, se usaron como operadores booleanos *and* y *or* para relacionar y combinar dichos términos.

Tras la búsqueda inicial, se procedió a realizar una selección de los trabajos que verificasen los siguientes criterios de inclusión:

1. Investigaciones sobre las situaciones de dependencia y diversidad funcional.
2. Trabajos realizados en España en el ámbito de la salud y sociosanitario.
3. Se seleccionaron del extranjero los artículos que recogen la propia publicación de la confección de instrumentos de valoración específicos.
4. No se realizó ninguna acotación temporal.
5. Artículos con acceso al texto completo (no solo al resumen), bien desde una red libre o bien desde la red universitaria de la Universidad de Vigo.
6. Investigaciones publicadas en español o inglés, excluyendo el resto de idiomas.
7. Se excluyeron cartas al director, artículos de opinión y editoriales.

■ RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Como resultado de la búsqueda, se obtuvo un total de 93 referencias de publicaciones, de las cuales finalmente, tras aplicar los criterios de inclusión, seleccionamos un total de 23 artículos.

Por el contenido principalmente teórico de este estudio de revisión se han despreciado aquellas investigaciones en las que solamente se utilizaba el instrumento como material, prestando especial interés a todas aquellas que profundizaban en su contenido y procedimiento de aplicación, así como estudios concretos de validez y fiabilidad de las escalas.

Por la variabilidad de contextos en los que se enmarcan las situaciones de dependencia, existe una gran variedad de instrumentos de medida. En España, se ha recurrido tradicionalmente a escoger entre los baremos clásicos ya presentes, usados y/o reconocidos oficialmente para cada área, como son el Barthel, Katz, Lawton, Mini Mental, etc.⁽⁴⁾

Tomaremos como referencia los instrumentos más utilizados para la valoración de la dependencia en España^(3,4,9). Indicaremos las especialidades donde se emplean con más frecuencia, así como los parámetros (actividades o funciones corporales) que evalúan.

Índice de Katz

La escala de valoración conocida como Índice de Katz fue publicada en el año 1963, siendo elaborada en 1958 por un grupo multidisciplinar dirigido por el Dr. Sidney Katz, del The Benjamin Rose Hospital de Cleveland, para enfermos hospitalizados afectos de fractura de cadera⁽¹⁰⁾.

En la actualidad, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría. Recoge seis apartados a valorar que incluyen cinco grupos de actividades (baño, vestido, uso de retrete, transferencias y alimentación) y una función corporal (continencia), dando la posibilidad de añadir otro no especificado.

El resultado no se recoge de forma numérica como sucede con otras escalas de valoración (si bien hay versiones con equivalencias numéricas). Se realiza una graduación en ocho niveles desde el A (mínima independencia) hasta el G (máxima dependencia), especificando que el nivel mínimo no significa independencia, sino una situación de dependencia ligera.

Índice de Barthel

Publicada por Mahoney y Barthel (1965)⁽¹¹⁾, este instrumento de evaluación funcional se convirtió en la escala más ampliamente divulgada y utilizada en la medición de la incapacidad física en pacientes geriátricos⁽¹²⁾. En la actualidad es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para la evaluación de las ABVD en la persona mayor. Esta escala de valoración se utiliza principalmente en el campo de la Rehabilitación y de la Geriatría, así como en el ámbito de los ingresos residenciales.

Recoge 10 ítems a valorar que incluyen ocho grupos de actividades (alimentación, lavado, vestirse, aseo personal, uso de retrete, transferencias del cuerpo, deambulación y dificultad para subir y bajar escaleras) y dos funciones corporales (deposición y micción).

Cada ítem puntúa 0, 5 o 10 puntos en función del desempeño de la persona valorada. La escala varía entre cero puntos (dependencia máxima) y 100 puntos (independencia). Un valor en la puntuación por debajo de 60 indica que la persona necesita supervisión o ayuda. Una puntuación de 35 o menor indica que hay incapacidad funcional importante.

A partir de la versión original aparecieron otras versiones, existiendo una versión de 20 puntos y una de 10, incluso una versión del Índice de Barthel de tres ítems⁽¹²⁾.

En alguna de la bibliografía consultada aparece referenciado como Índice de Maryland.

Índice de Lawton y Brody o de AVD instrumentales

Construida por Lawton y Brody (1969)⁽¹³⁾, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la geriatría, así como en el ámbito de los ingresos residenciales.

Así como el Índice de Barthel recoge la valoración de las ABVD, este instrumento se usa para complementar esa valoración, en los aspectos referidos a las actividades de tipo instrumental.

Los ítems de los que consta esta escala recogen ocho grupos de actividades en el caso de que la persona sea mujer y cinco para los varones. Las actividades a considerar serían las siguientes: uso de teléfono, compras, preparación de comida, trabajos domésticos, lavado de ropa, transporte, control de su medicación y capacidad de encargarse de sus finanzas.

Cada ítem puntúa 0 o 1 punto en función del desempeño de la persona valorada. La puntuación total de la escala varía entre cero (dependencia máxima) y ocho o cinco puntos (independencia total) dependiendo de la persona.

Escala de incapacidad física de la Cruz Roja

Elaborada por el Servicio de Geriatría del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid (1972)⁽¹⁴⁾, esta escala de valoración es utilizada principalmente en el ámbito de los ingresos residenciales.

Recoge dos grupos de actividades (la marcha y los actos de la vida diaria), la función corporal de la continencia y la necesidad de cuidados de enfermería.

La escala gradúa la puntuación en seis niveles, de cero a cinco. El valor cero (0) representa una situación de independencia y el valor cinco (5) una situación de dependencia máxima.

Medida de independencia funcional

Esta escala de valoración⁽¹⁵⁾ es utilizada principalmente en el campo de la rehabilitación y de la neurología, sobre todo en pacientes afectos de lesión medular.

Mucho más amplia y compleja que los índices de Katz y Barthel, recoge 18 ítems que se dividen en seis categorías denominadas: cuidado personal, control de esfínteres, movilidad, locomoción, comunicación y cognición social. Cada uno de los 18 ítems valorará de uno a siete de acuerdo con el nivel de ayuda, representando el valor 7 la independencia total y el valor 1 la asistencia máxima.

A partir de esta escala de valoración, se desarrolló la Medida de Evaluación Funcional que amplía los ítems relacionados con problemas cognitivos y psicosociales.

Baremo de necesidad de ayuda de tercera persona

A pesar de no ser una escala validada a nivel mundial como ocurre con las anteriores, creemos importante recoger su contenido puesto que formaba parte del instrumento utilizado para determinar la condición legal de persona con discapacidad en España (en concreto, en lo concerniente a valorar la necesidad de ayuda de terceros). Viene recogida en el Anexo 2 del Real Decreto 1971/1999, de 23 de diciembre, de procedimiento para el reconocimiento, declaración y calificación del grado de discapacidad⁽¹⁶⁾ y mantuvo vigencia en su aplicación hasta el 17 de febrero de 2012.

Consta de unos 40 ítems distribuidos en 5 grupos de actividades: 1.º De autocuidado (vestido, lavado e higiene de las partes del cuerpo, higiene de la excreción, comer, beber y cuidado de la propia salud); 2.º De movilidad (marcha y desplazamientos, con ayudas técnicas o personales, cambiar y mantener la posición del cuerpo, mover y usar objetos); 3.º De comunicación; 4.º De interrelaciones personales; 5.º De tareas generales; y un 6.º grupo, de necesidad de ayudas personales o técnicas especiales.

El Baremo de valoración de dependencia

Se trata de un instrumento creado *ex profeso* para determinar la situación de dependencia funcional a nivel administrativo y legal en España. Constituye, por tanto, la puerta de entrada para el acceso al Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. La versión actual⁽¹⁷⁾ tiene vigencia desde el 18 de febrero de 2012, y existe una versión anterior del año 2007⁽¹⁸⁾.

De acuerdo con la CIF, en el BVD se consideran las actividades de *autocuidado, movilidad y tareas domésticas*. Del mismo modo, para las personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental se valorará su capacidad para *tomar decisiones*.

El BVD recoge 11 actividades subdivididas en 59 tareas que se valoran de forma individual y de acuerdo con los criterios de aplicación del mismo.

A diferencia de otros instrumentos de medida donde solo se tiene en cuenta la valoración positiva o negativa del desempeño, el BVD contempla la consideración de tres variables: 1) *el nivel de desempeño* que el paciente presenta respecto de la tarea concreta que se evalúa (positivo o negativo); 2) *el problema en el desempeño* (físico, mental o de ambos tipos), y 3) los apoyos personales por parte de otra persona que el paciente necesita. Para considerar este último aspecto, el/la técnico/a debe considerar, a su vez, dos nuevas variables: el *tipo de apoyo* que la persona necesita (supervisión, ayuda física parcial, sustitución máxima o apoyo especial), y la *frecuencia* en la que necesita ese apoyo por parte de terceros (casi nunca, algunas veces, bastantes veces, mayoría de las veces o siempre).

Como puede comprobarse, tanto el número de actividades y tareas como el número de variables a considerar es mucho más amplio que el de los anteriores instrumentos de medida.

El BVD determina, con una posición que oscila de cero a cien puntos, la capacidad de la persona para realizar las AVD. Una puntuación de

cero puntos informaría de una situación de autonomía funcional y cien puntos representaría una situación de dependencia máxima (la graduación es inversa al Índice de Barthel).

CONCLUSIONES

El mayor número de entradas obtenidas en nuestro proceso de revisión corresponden a los índices de Barthel y de Katz. Ambos siguen siendo dos de las escalas de valoración más utilizadas en el ámbito de la Geriátrica y no es previsible que se abandone su uso a corto plazo⁽¹⁹⁾.

Al igual que el BVD, el índice de Barthel es uno de los instrumentos más utilizados para realizar estimaciones de la necesidad de cuidados personales o para la organización de ayudas a domicilio⁽²⁰⁾. De los estudios en relación con su fiabilidad, se deduce una buena fiabilidad interobservador con índices Kappa entre 0,47 y 1,00. Al respecto de la fiabilidad intraobservador, se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97⁽²¹⁾. Según Cid & Damián existen evidencias indirectas que permiten realizar valoraciones de la validez de constructo⁽²²⁾.

Del mismo modo que el Índice de Barthel, el Índice de Katz resultó ser otro cuestionario con alta fiabilidad. Posee una buena reproducibilidad interobservador, encontrándose en numerosos estudios coeficientes de correlación (*r*) entre 0,73 y 0,98^(23,24). Los mismos valores son recogidos en España en una versión simplificada del Índice de Katz⁽²⁵⁾. Los coeficientes alcanzados, en todos los casos, se encuentran por encima de 0,70 y en el test-retest por encima de 0,90⁽²⁵⁾.

Sobre el BVD existen escasos estudios sobre sus propiedades como instrumento de medida. Los resultados de una investigación sobre la primera versión de esta escala, utilizando como método el índice de correlación de Pearson, indican una alta fiabilidad tanto intra (0,97) como interobservador (0,96)^(26,27).

Como podemos comprobar, por su contenido y criterios de aplicación, la escala más completa desde el punto de vista funcional es el BVD, que considera 11 actividades subdivididas en 59 tareas. Hay que matizar, sin embargo, que no tiene en cuenta como tales las funciones corporales de micción y defecación que sí estiman los índices de Katz y Barthel.

Respecto a la metodología aplicada en el proceso de valoración, todas ellas utilizan, en mayor o menor grado, la observación directa, así como técnicas de entrevista y/o cuestionario.

Como puede comprobarse, la mayor parte de los instrumentos se utilizan en el campo sociosanitario, especialmente en áreas de atención a personas mayores. Los datos de nuestro estudio coinciden con otros trabajos tales como el realizado por Fernández y Estévez respecto del anciano frágil hospitalizado en el que, dentro de la valoración geriátrica integral utilizan para evaluar las ABVD y las AIVD las mismas escalas que se recogen en esta revisión (índices de Barthel y Katz y Escala de Cruz Roja para básicas, e Índice de Lawton & Brody para instrumentales)⁽²⁸⁾.

Podemos concluir que los instrumentos de medida de la situación de dependencia más utilizados en España, excepto el confeccionado al amparo de la Ley de autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia⁽²⁹⁾, no han variado mucho en los últimos años. A pesar de que continúan existiendo muchos instrumentos de medida, parece que siguen utilizándose escalas de valoración ampliamente consolidadas y de uso conocido por todo el personal técnico ■

Conflicto de intereses

Esta investigación se ha realizado sin el apoyo financiero (becas, ayudas u otro soporte económico) de ninguna institución pública o privada. No existe, por lo tanto, ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Pereira C. Envelhecimento com dependência: responsabilidades e demandas da família. *Cad Saude Publica*. 2003;19(3):733-81. DOI 10.1590/S0102-311X2003000300009
- Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. Madrid: IMSERSO; 2001.
- Querejeta M. Discapacidad/Dependencia: unificación de criterios de valoración y clasificación. Madrid: IMSERSO; 2004.
- Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco de la Dependencia. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2005.
- Pierce D. Untangling occupation and activity. *Am J Occup Ther*. 2001;55:138-46.
- Reed K, Sanderson S. Concepts of occupational therapy. 3.ª ed. Baltimore: Lippincott-Williams & Wilkins; 1992.
- Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales. Temario general para oposiciones de terapeutas ocupacionales. Madrid: APETO; 2005.
- Alarcón MT. Valoración geriátrica: utilidad predictiva en el estudio y seguimiento del paciente geriátrico hospitalizado. (Tesis inédita de doctorado). Madrid: Universidad Complutense de Madrid; 1996.
- Caballer M, Ramiro P. La dependencia y su valoración. En: Caballer V, director. Valoración de la dependencia. Madrid: Pirámide; 2009. p. 121-62.
- Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The Index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*. 1963;185:914-19.
- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J*. 1965;14:61-5.
- Perlado F. Valoración geriátrica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2001;36(S5):25-31.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*. 1969;9:179-86.
- Guillén F, García MA. Ayuda a domicilio. Aspectos médicos en geriatría. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1972;7:339-46.
- Research Foundation State University of New York. Guide for use of the Uniform data set for Rehabilitation. New York: University of New York; 1991.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto de procedimiento para el reconocimiento, declaración y cualificación del grado de discapacidad. Real Decreto 1971/1999 de 23 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, 26.01.2000; 22:3317-410.
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Real Decreto por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 174/2011 de 11 de febrero. Boletín Oficial del Estado, 18.02.2011; 42:18567-691.
- Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Real Decreto 504/2007 de 20 de abril. Boletín Oficial del Estado, 21.04.2007; 96:17646-85.
- González JI, Alarcón T. Calidad de los instrumentos de valoración funcional en geriatría: del invento de la rueda a la era electrónica. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2008;43(5):265-67.
- Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano [versión electrónica]. *Galicia Clin*. 2011;72(1):11-6. Disponible en: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/gc72-1.pdf>
- Loewen SC, Anderson BA. Reliability of the Modified Motor Assessment Scale and the Barthel Index. *Physical Therapy*. 1988;68:1077-81. Disponible en: <http://ptjournal.apta.org/content/68/7/1077>
- Cid J, Damián J. Valoración de la discapacidad física: el Índice de Barthel. *Rev Esp Salud Publica*. 1997;71:127-37.
- Cruz AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1991;26(5):338-48.
- Valderrama E, Pérez J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1997;32(5):297-306.
- Álvarez M, Alaiz AT, Bru E, Cabañeros JJ, Calzón M, Cosío I, et al. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz: Fiabilidad del método. *Aten Primaria*. 1992;10:812-16.
- González-Rodríguez R, Gando-Crego M, Clemente M. Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007). *Revista de Servicios Sociales y Política Social*. 2012;99:91-108.
- González-Rodríguez R. Fiabilidad del instrumento para valorar la situación de dependencia en España (Real Decreto 504/2007). (Tesis inédita de doctorado). Santiago de Compostela. Universidade de Santiago de Compostela; 2012.
- Fernández E, Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos*. 2013;24(1):8-13.
- Jefatura del Estado. Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Ley 39/2006 de 14 de diciembre. Boletín Oficial del Estado, 15.12.2006;299:44142-56.