

actividades de la vida diaria (AVD) – activities of daily living (ADLs)

Authored by
memjavad

October 19, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *actividades de la vida diaria (AVD) – activities of daily living (ADLs)*. Spanish Psychological Databases. Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=759>

Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Primary Disciplinary Field(s): Geriátría, Terapia Ocupacional, Rehabilitación, Salud Pública

1. Definición y Alcance Conceptual

El concepto de **Actividades de la Vida Diaria (AVD)** se establece como un constructo fundamental dentro de las ciencias de la salud, particularmente en la geriatría y la rehabilitación, refiriéndose al conjunto de tareas esenciales y rutinarias que una persona realiza diariamente para cuidar de sí misma y mantener una vida independiente dentro de su entorno. Estas actividades son indicadores directos de la capacidad funcional de un individuo y, por ende, de su grado de autonomía y calidad de vida. La evaluación de las AVD permite a los profesionales determinar el nivel de apoyo que requiere un paciente, pronosticar su trayectoria de recuperación o declive, y planificar intervenciones terapéuticas específicas. No se trata simplemente de la realización física de una tarea, sino de la integración de componentes motores, cognitivos y perceptuales necesarios para completar la acción de manera efectiva.

Conceptualizar las AVD implica reconocer su naturaleza jerárquica y secuencial. Las AVD se estructuran desde las funciones más básicas e instintivas relacionadas con la supervivencia (como comer o vestirse) hasta las funciones más complejas que requieren interacción social y manejo ambiental (como administrar finanzas o usar el transporte público). Esta clasificación dual --en AVD Básicas e Instrumentales-- es crucial para la evaluación clínica, ya que el deterioro funcional generalmente sigue un patrón predecible, afectando primero las tareas más complejas (Instrumentales) y, posteriormente, las más básicas (Básicas). La pérdida de la capacidad para realizar las AVD no solo impacta la salud física, sino que conlleva profundas consecuencias psicológicas y sociales, incluyendo la pérdida de la identidad, la autoestima y la participación comunitaria.

Desde una perspectiva de salud pública, la medición de las AVD trasciende el ámbito individual para convertirse en un parámetro epidemiológico clave. Las tasas de dependencia en las AVD en una población son utilizadas para estimar la carga de enfermedad crónica, la necesidad de servicios de atención a largo plazo y la planificación de recursos sanitarios y sociales. Por lo tanto, el concepto de AVD actúa como un puente entre la evaluación clínica individualizada y la formulación de políticas sociosanitarias a gran escala. La capacidad funcional, medida a través de las AVD, se considera un marcador de salud más predictivo de los resultados a largo plazo que la simple presencia de comorbilidades médicas, enfatizando la importancia de la funcionalidad sobre el diagnóstico.

2. Desarrollo Histórico y Contexto Geriátrico

El origen formal de la evaluación de las AVD se sitúa en la posguerra, durante el auge de la

medicina de rehabilitación en la década de 1950. Inicialmente, el enfoque estaba en medir la recuperación funcional de veteranos y pacientes con lesiones traumáticas o discapacidades físicas severas. Sin embargo, fue en el contexto de la creciente población geriátrica y el aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles (como el accidente cerebrovascular y las demencias) donde el concepto adquirió su relevancia central. Los profesionales de la salud se dieron cuenta de que el éxito de la intervención no podía medirse únicamente por la supervivencia o la curación de una enfermedad aguda, sino por la capacidad del individuo para reintegrarse y funcionar de manera autónoma en su vida diaria.

Un hito fundamental en la estandarización de este concepto fue la publicación del **Índice de Katz** en 1963 por el Dr. Sidney Katz y su equipo. Este índice fue pionero al proporcionar una herramienta simple y replicable para medir la independencia en seis funciones básicas (baño, vestido, uso del inodoro, transferencia, continencia y alimentación). Al centrarse en la jerarquía de la pérdida funcional, Katz estableció un marco que permitió a los clínicos y a los investigadores cuantificar el grado de dependencia de manera objetiva, facilitando así la comunicación entre diferentes disciplinas y la comparación de resultados de tratamiento. Antes de Katz, la evaluación funcional era subjetiva y carecía de la rigurosidad necesaria para la investigación epidemiológica.

La evolución del concepto continuó con la introducción de las AVD Instrumentales (AVDI) por parte de **Lawton y Brody** en la década de 1960. Reconocieron que, si bien el Índice de Katz era excelente para medir la dependencia física avanzada, no captaba el deterioro funcional temprano, especialmente en personas mayores que vivían solas o que presentaban declive cognitivo incipiente. Las AVDI, al incluir tareas como el manejo del dinero y la compra, reflejaban mejor las habilidades cognitivas y organizativas necesarias para mantener la independencia comunitaria. Esta distinción fue crucial, ya que permitió la detección precoz de la fragilidad y el riesgo de institucionalización, trasladando el enfoque de la rehabilitación física a la terapia ocupacional y la preservación cognitiva.

3. Clasificación Principal: AVD Básicas (AVDB)

Las **Actividades de la Vida Diaria Básicas (AVDB)**, a menudo denominadas actividades de autocuidado, representan las funciones más elementales y universales necesarias para la supervivencia física y el mantenimiento de la salud personal. Son tareas que, en condiciones normales, se aprenden en la infancia y se realizan de manera automática durante la vida adulta. La independencia en las AVDB es el estándar mínimo requerido para evitar la dependencia total de terceros en la atención personal. El deterioro en esta área indica una afectación funcional severa, generalmente asociada a enfermedades neurológicas avanzadas, lesiones traumáticas graves o etapas finales de la fragilidad.

Las AVDB clásicamente reconocidas, siguiendo el modelo del Índice de Katz, incluyen: **Baño** (la

capacidad de limpiar el cuerpo, ya sea en ducha o tina); **Vestido** (la habilidad de ponerse y quitarse la ropa, incluyendo la manipulación de cierres y botones); **Uso del inodoro** (la capacidad de ir al baño, limpiarse y vestirse después); **Transferencia** (el movimiento entre superficies, como pasar de la cama a una silla o viceversa); **Continencia** (el control voluntario de los esfínteres vesical y anal); y **Alimentación** (la habilidad de llevar la comida a la boca y deglutir, excluyendo la preparación de alimentos). Cada una de estas actividades requiere una compleja coordinación de habilidades motoras gruesas y finas, junto con un grado suficiente de capacidad de planificación y orientación espacial.

El patrón de pérdida de las AVDB suele ser inverso al patrón de adquisición en la infancia, lo que refuerza su jerarquía biológica. Por ejemplo, la continencia y la alimentación suelen ser las últimas funciones en perderse, mientras que las actividades que requieren mayor equilibrio o coordinación motora fina (como el baño o el vestido) son a menudo las primeras en verse afectadas. La evaluación de las AVDB es esencial en entornos hospitalarios y de cuidados a largo plazo, ya que el número de AVDB que un paciente puede realizar de forma independiente se correlaciona directamente con las horas de asistencia requeridas y es un predictor robusto de la necesidad de ingreso en una residencia geriátrica o centro de atención especializada.

4. Clasificación Complementaria: AVD Instrumentales (AVDI)

Las **Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI)** son tareas más complejas que las AVDB y requieren habilidades cognitivas superiores, organización, planificación y la capacidad de interactuar con el entorno social y económico. Estas actividades son cruciales para la vida independiente en la comunidad y son altamente sensibles a deterioros cognitivos leves o moderados, siendo un indicador temprano de enfermedades como el Alzheimer u otras demencias, incluso antes de que se manifieste una dependencia física significativa en las AVDB. La capacidad para realizar las AVDI refleja la competencia de un individuo para manejar su vida diaria de manera autónoma y segura fuera del entorno inmediato del hogar.

El conjunto de AVDI, popularizado por la Escala de Lawton y Brody, incluye típicamente: **Uso del teléfono** (capacidad de marcar, recibir y realizar llamadas); **Compras** (planificar y ejecutar la adquisición de bienes, especialmente alimentos); **Preparación de alimentos** (planificar, cocinar y servir comidas adecuadas); **Manejo de las finanzas** (administrar el dinero, pagar cuentas y presupuestar); **Manejo de la medicación** (dosificar, recordar y tomar los medicamentos correctamente); **Uso de transporte** (conducir o utilizar el transporte público); y **Cuidado del hogar** (limpieza y mantenimiento básico de la vivienda). Estas actividades no son universales en todas las culturas o contextos socioeconómicos, lo que introduce una limitación importante en su aplicación transcultural.

La pérdida de la capacidad para ejecutar las AVDI a menudo marca el punto de inflexión en la vida

de una persona mayor o con discapacidad, señalando la necesidad de apoyo formal o informal. Por ejemplo, un individuo puede ser perfectamente capaz de vestirse (AVDB), pero incapaz de recordar cuándo tomar su medicación (AVDI). En el ámbito clínico, la evaluación de las AVDI es fundamental en la atención primaria y en la valoración geriátrica integral, ya que permite identificar riesgos como el mal manejo financiero, la desnutrición o el abandono del tratamiento médico. La preservación de las AVDI es un objetivo primario en la terapia ocupacional y en los programas de estimulación cognitiva destinados a mantener a los adultos mayores en sus hogares por el mayor tiempo posible.

5. Métodos de Evaluación y Medición (Escala)

La medición estandarizada de las AVD es imprescindible para la investigación, la práctica clínica y la gestión de recursos. Las escalas de medición buscan cuantificar el nivel de independencia funcional, permitiendo la comparación a lo largo del tiempo y entre diferentes poblaciones. Estas herramientas se clasifican, generalmente, según si miden las AVDB o las AVDI, aunque algunas escalas más amplias intentan abarcar ambos dominios. La elección de la escala depende del objetivo de la evaluación (cribado rápido, rehabilitación detallada o pronóstico a largo plazo) y del entorno en el que se aplica.

El **Índice de Katz** es la herramienta de referencia para las AVDB. Es una escala de tipo dicotómico (independiente o dependiente) o de tres niveles (independiente, requiere ayuda, dependiente) aplicada a las seis funciones básicas. Su principal fortaleza reside en su simplicidad, rapidez de administración y alta fiabilidad interobservador, lo que lo hace ideal para el cribado en entornos de atención primaria y para la monitorización de pacientes hospitalizados. Sin embargo, su limitación es que es menos sensible a los cambios sutiles o a los deterioros iniciales, ya que solo mide las actividades más básicas, y no incorpora la calidad de la ejecución de la tarea.

Para medir las AVDI, la **Escala de Lawton y Brody** es la más utilizada. Esta escala evalúa ocho funciones instrumentales y asigna una puntuación que refleja el grado de complejidad que el individuo puede manejar. A diferencia del Índice de Katz, la Escala de Lawton a menudo se basa en el informe del propio paciente o de un cuidador, lo que puede introducir sesgos, pero es fundamental para evaluar la capacidad de funcionamiento en el entorno comunitario. Otra herramienta crucial, especialmente en el ámbito de la rehabilitación, es el **Índice de Barthel**, que ofrece una medición más detallada de las AVDB y algunas funciones de movilidad, utilizando un sistema de puntuación más granular (generalmente de 0 a 100) que lo hace altamente sensible a las mejoras funcionales durante un proceso de rehabilitación intensiva.

Más allá de estas escalas clásicas, han surgido herramientas más específicas y detalladas, como la Medida de Independencia Funcional (**MIF**), que evalúa tanto la función motora como la cognitiva en 18 ítems, utilizando una escala de 7 niveles para describir el nivel de asistencia requerido. La

proliferación de estas herramientas subraya la necesidad de una evaluación multifacética que considere no solo lo que el paciente puede hacer, sino cómo lo hace, cuánto tiempo tarda y si necesita asistencia humana o dispositivos de apoyo.

6. Implicaciones Clínicas y Socioeconómicas

La independencia funcional en las AVD tiene profundas implicaciones clínicas, actuando como un poderoso pronosticador de resultados adversos en salud. La dependencia en una o más AVDB se asocia consistentemente con un aumento en la mortalidad, una mayor probabilidad de reingreso hospitalario y un riesgo significativamente elevado de necesitar cuidados a largo plazo y de ser institucionalizado. En la práctica clínica, la monitorización de las AVD es una parte estándar de la valoración geriátrica integral, permitiendo la detección temprana de síndromes geriátricos como la fragilidad y el deterioro cognitivo, incluso en ausencia de síntomas médicos agudos.

Desde una perspectiva socioeconómica, la dependencia en las AVD impone una carga económica masiva tanto a las familias como a los sistemas de salud. La necesidad de asistencia para las AVD incrementa los costos directos (cuidados formales, adaptaciones del hogar, productos de apoyo) e indirectos (pérdida de productividad laboral de los cuidadores informales). La dependencia funcional es el principal motor de la demanda de servicios de atención domiciliar y de plazas en residencias. En muchos países, los sistemas de seguridad social y los seguros de dependencia utilizan la puntuación en las escalas de AVD (como el Índice de Barthel o el Índice de Katz) como criterio fundamental para determinar la elegibilidad para subsidios o servicios de apoyo.

La relevancia de las AVD se extiende a la planificación urbana y de infraestructuras. La dependencia funcional subraya la necesidad de entornos construidos que favorezcan la accesibilidad y la participación. Políticas de envejecimiento activo y saludable buscan no solo prevenir enfermedades, sino maximizar la capacidad funcional y la independencia en las AVD a través de la promoción de la actividad física, la nutrición adecuada y la estimulación cognitiva. Invertir en la preservación de las AVD a nivel poblacional se traduce en una reducción de los costos sanitarios a largo plazo y una mejora general en la calidad de vida de la población envejecida.

7. Intervención y Rehabilitación

La intervención dirigida a las AVD es el núcleo de la rehabilitación geriátrica y de la terapia ocupacional. El objetivo principal no es solo recuperar la función física perdida, sino maximizar la independencia del paciente en su entorno habitual. Los programas de rehabilitación se centran en dos estrategias principales: la restauración de la función y la adaptación del entorno o de la tarea. La restauración implica ejercicios terapéuticos para mejorar la fuerza, el equilibrio, la coordinación

y la resistencia necesarios para realizar las tareas de manera segura.

La adaptación es a menudo la estrategia más efectiva, especialmente cuando la recuperación completa de la función no es posible. Esto incluye la provisión y el entrenamiento en el uso de **productos de apoyo** o tecnología asistencial (como andadores, barras de agarre, asientos elevados para inodoros, o utensilios adaptados). La terapia ocupacional juega un papel crucial en este proceso, analizando las demandas específicas de cada AVD dentro del contexto del hogar del paciente y realizando **modificaciones ambientales** (p. ej., eliminar alfombras, instalar rampas, reordenar la cocina) para minimizar las barreras arquitectónicas y maximizar la seguridad.

La intervención no se limita al aspecto físico; también aborda la dimensión cognitiva y social de las AVD Instrumentales. Para pacientes con deterioro cognitivo, las estrategias incluyen la simplificación de tareas (dividir una tarea compleja como cocinar en pasos simples), el uso de ayudas de memoria (agendas, recordatorios electrónicos para la medicación) y el entrenamiento de los cuidadores para proporcionar el nivel de apoyo adecuado sin fomentar la dependencia innecesaria. El éxito de la rehabilitación en AVD se mide por la capacidad del paciente para reintegrarse en su vida diaria con el menor grado de asistencia posible, lo que requiere un enfoque interdisciplinario que involucre a médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, enfermeros y trabajadores sociales.

8. Críticas y Limitaciones del Modelo

A pesar de su utilidad innegable, el modelo de las AVD ha sido objeto de varias críticas académicas y clínicas. Una de las principales limitaciones es la tendencia de las escalas clásicas (Katz, Barthel) a ser excesivamente dicotómicas (dependiente/independiente), lo que no capta la complejidad de la función humana. Un paciente puede realizar una tarea con gran dificultad, dolor o consumiendo una cantidad desproporcionada de tiempo, pero la escala lo clasifica como "independiente". Esta falta de sensibilidad a la calidad del desempeño puede llevar a subestimar las necesidades reales de apoyo y el nivel de esfuerzo que el individuo debe invertir para mantener la autonomía.

Otra crítica importante se centra en el sesgo cultural y socioeconómico, especialmente en las AVDI. Las actividades como "manejar el dinero" o "usar el transporte público" no tienen el mismo significado o relevancia en todos los contextos culturales o niveles socioeconómicos. Por ejemplo, en comunidades rurales o en países en desarrollo, el manejo de las finanzas puede ser informal, o el transporte puede depender exclusivamente de la familia, haciendo que la aplicación universal de la escala Lawton sea cuestionable. Este sesgo puede resultar en una clasificación errónea de la dependencia en grupos minoritarios o en poblaciones con estilos de vida no occidentales.

Finalmente, el modelo tradicional ha sido criticado por no abordar las **Actividades de la Vida Diaria Avanzadas (AAVD)**. Las AAVD incluyen roles sociales, laborales, actividades de ocio

complejas y participación cívica (como viajar, practicar un deporte o ser voluntario). Estas actividades son fundamentales para el bienestar psicológico y la calidad de vida, pero no son capturadas por las escalas básicas o instrumentales. La necesidad de evaluar las AAVD ha llevado a los investigadores a desarrollar herramientas que miden la participación social y la calidad de vida, reconociendo que la función humana es inherentemente multidimensional y va más allá del simple autocuidado y el manejo del hogar.

Lecturas Adicionales

[Índice de Katz \(Wikipedia en español\)](#)

[Escala de Lawton y Brody \(Wikipedia en español\)](#)

[Medida de Independencia Funcional \(MIF\) \(Wikipedia en español\)](#)

[Terapia Ocupacional \(Wikipedia en español\)](#)

ARABPSYCHOLOGY.COM