

questionarios
tests e índices

para la valoración

del paciente



JUNTA DE ANDALUCÍA

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

enfermer@s

del Servicio Andaluz de Salud

**cuestionarios, tests e índices
para la valoración del paciente**

enfermer@s del Servicio Andaluz de Salud



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Andalucía en familia
Apoyo a las familias andaluzas

Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Avda. de la Constitución 18. 41071 Sevilla.
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
revison.cuestionarios.sspa@juntadeandalucia.es

© 2004. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Autores de la revisión de la primera edición 2002:
Gonzalo Duarte Climents y Susana Rodríguez Gómez

Autores de la ampliación y actualización de la segunda edición 2004:
Sergio R. López Alonso, Manuela Lacida Baro y Susana Rodríguez Gómez

Depósito legal: SE-487/04
Diseño y maquetación: Orbis Pictus
Impresión: Tecnographic, S.L.

El Servicio Andaluz de Salud ha puesto a disposición de sus enfermeras, la segunda edición de este Manual de Cuestionarios, test e índices para la valoración, con el fin de facilitar la valoración de necesidades de los pacientes a la vez que respalda a las enfermeras en el uso de instrumentos homogéneos.

Disponer de un documento que recopile cuestionarios, índices y test para la valoración de paciente y cuidadoras familiares es necesario para conocer la situación de cada persona valorada con respecto a un estándar de salud, pero también persigue el objetivo de facilitar la continuidad asistencial entre los profesionales de Atención Primaria y Atención Especializada.

Los instrumentos aquí recogidos son interprofesionales, es decir, de uso compartido por los distintos profesionales de ambos niveles de atención. Son herramientas a disposición de los profesionales para su aplicación e interpretación y con necesidad de utilizarlos para conocer mejor la situación de los pacientes con respecto a un problema real o potencial de salud.

La elección de estos cuestionarios se ha basado en la medición de parámetros clínicos de calidad, en particular los referentes a la validez, fiabilidad, sensibilidad y adaptación transcultural. Como la primera edición, esta nueva recopilación no busca ser exhaustiva, su principal objetivo es ser útil. En esta nueva edición, además de la revisión de los cuestionarios, test e índices contenidos en el documento anterior, se han incluido nuevos cuestionarios, test e índices a partir de las nuevas necesidades de valoración detectadas, de las aportaciones derivadas del uso por los profesionales y del conocimiento de nuevas pruebas científicas, con el fin de continuar ampliando y mejorando este documento. Para futuras ediciones, esperamos contar con la participación y colaboración de todas las enfermeras y de todos aquellos profesionales que los utilicen.

El Servicio Andaluz de Salud en el marco del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas ha realizado un importante esfuerzo en la formación de enfermeras, para el uso de los instrumentos de valoración clínica aquí recopilados, de forma que faciliten y mejoren el seguimiento del paciente.

La incorporación de estos instrumentos a la práctica habitual va a aportar más rigor en la metodología empleada en el cuidado de los pacientes y en el apoyo al cuidador familiar.

Juan Carlos Castro Alvarez

Director Gerente
Servicio Andaluz de Salud



questionarios, tests e índices para la valoración del paciente

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfuncion social) y D (depresión grave).

Como instrumento de cribado sugerido para detectar problemas de nueva aparición, la puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems positivos y 1, 1, 0, 0 para los ítems negativos.

Como instrumento de cribado sugerido para identificar problemas crónicos, la puntuación (CGHQ) de los ítems positivos se puntúan 0, 0, 1, 1; y los negativos 0,1,1,1. Entonces, el punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso).

Los ítems positivos son A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7, y los ítems negativos son el resto

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.
Es importante intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias.

ÚLTIMAMENTE:

A. Síntomas Somáticos.

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B. Ansiedad e insomnio.

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

C. Disfunción social.

C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Bastante menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Menos tiempo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Más tiempo que lo habitual
- Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos satisfecho que lo habitual
- Mucho menos satisfecho que lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

D. Depresión grave.

D.1. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente, lo he pensado

PUNTUACIÓN	GHQ	CGHQ
Síntomas somáticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad-insomnio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfunción social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ESCALA DE KARNOFSKY

Población diana: Población oncológica. Se trata de una escala heteroadministrada que valora la calidad de vida en las personas que sufren cáncer. No responde a puntos de corte. A mayor puntuación, menor calidad de vida.

Categorías generales	Grado	
Capaz de realizar actividades normales, no requiere cuidados especiales	100	Actividad normal. Sin evidencia de enfermedad
	90	Actividad normal. Signos y síntomas leves de enfermedad
	80	Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas de enfermedad
Incapaz de trabajar, puede vivir en casa y autocuidarse con ayuda variable	70	Cuida de sí mismo pero es incapaz de llevar a cabo una actividad o trabajo normal
	60	Necesita ayuda ocasional de otros pero es capaz de cuidar de sí mismo para la mayor parte de sus necesidades
	50	Requiere ayuda considerable de otros y cuidados especiales frecuentes
Incapaz de autocuidarse. Requiere cuidados especiales, susceptible de hospitalización. Probable avance rápido de enfermedad	40	Incapacitado. Requiere cuidados especiales
	30	Severamente incapacitado. Indicación de hospitalización aunque no hay indicios de muerte inminente
	20	Gravemente enfermo. Necesita asistencia activa de soporte
	10	Moribundo
	0	Fallecido



DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM -

Preguntas	Respuestas	Puntos
¿Cuánto tiempo pasa entre que se levanta y fuma su primer cigarrillo?	hasta 5 minutos	3
	entre 6 y 30 minutos	2
	31 - 60 minutos	1
	más de 60 minutos	0
¿Encuentra difícil no fumar en lugares donde está prohibido, como la biblioteca o el cine?	Sí	1
	No	0
¿Qué cigarrillo le molesta más dejar de fumar?	El primero de la mañana.	1
	Cualquier otro	0
¿Cuántos cigarrillos fuma cada día?	10 ó menos	0
	11 - 20	1
	21 - 30	2
	31 o más	3
¿Fuma con más frecuencia durante las primeras horas después de levantarse que durante el resto del día?	Sí	1
	No	0
¿Fuma aunque esté tan enfermo que tenga que guardar cama la mayor parte del día?	Sí	1
	No	0

Valoración:	Menos de 4	- Dependencia baja.
	Entre 4 y 7	- Dependencia moderada
	Más de 7	- Dependencia alta.



TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR -RICHMOND-

Población diana: Población general fumadora. Se trata de un test heteroadministrado con 4 ítems que permite valorar el grado de motivación para dejar de fumar. El rango de puntuación oscila entre 0 y 10, donde el ítem 1 puntúa de 0 a 1 y el resto de 0 a 3. Los puntos de corte detectados sobre la asociación del nivel de motivación y el cese del hábito tabáquico son de 0 a 3: nulo o bajo, de 4 a 5: dudoso, de 6 a 7: moderado (con necesidad de ayuda), y de 8 a 10: Alto.

1. ¿Le gustaría dejar de fumar si pudiera hacerlo fácilmente?

No Sí

2. ¿Con qué ganas de 0 a 3 quiere dejarlo?

Nada Poca Bastante Mucha

3. ¿Intentará dejar de fumar en las próximas dos semanas?

No Dudoso Probable Sí

4. ¿Cree que dentro de 6 meses no fumará?

No Dudoso Probable Sí



DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO -

- | | |
|---|--------------------------|
| ¿Piensa usted que come demasiados dulces? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le han ofrecido alguna vez un "porro" o una dosis de cocaína? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca? | <input type="checkbox"/> |
| ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación? | <input type="checkbox"/> |

Este cuestionario consta de las cuatro preguntas recogidas en la anterior encuesta -marcadas en negrita -. El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas. Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo. Cada pregunta debe intercalarse durante la entrevista.



DETECCION ALCOHOLISMO - CUESTIONARIO MALT -

A cumplimentar por el paciente:

Marque con una cruz la respuesta que mejor se adapte a su situación personal durante los últimos meses

MALT-S

1	En los últimos tiempos me tiemblan a menudo las manos.	SÍ	NO
2	A temporadas, sobre todo por la mañana, tengo una sensación nauseosa o ganas de vomitar	SÍ	NO
3	Alguna vez he intentado calmar "la resaca", el temblor o la náusea matutina con alcohol	SÍ	NO
4	Actualmente, me siento amargado/a por mis problemas y dificultades	SÍ	NO
5	No es raro que beba alcohol antes del desayuno o el almuerzo	SÍ	NO
6	Tras los primeros vasos de una bebida alcohólica, a veces, siento la necesidad irresistible de seguir bebiendo	SÍ	NO
7	A menudo pienso en el alcohol	SÍ	NO
8	A veces he bebido alcohol, incluso cuando el médico/a me lo había prohibido	SÍ	NO
9	En las temporadas en que bebo más, como menos	SÍ	NO
10	En el trabajo, me han llamado ya la atención por mis ingestas de alcohol y/o alguna vez he faltado al trabajo por haber bebido demasiado la víspera	SÍ	NO
11	Últimamente prefiero beber el alcohol a solas (y sin que me vean)	SÍ	NO
11 Bis	Bebo de un trago y más de prisa que los demás	SÍ	NO
12	Desde que bebo más, soy menos activo/a	SÍ	NO
13	A menudo me remuerde la conciencia (sentimiento de culpa) después de haber bebido	SÍ	NO
14	He ensayado un sistema para beber (p.ej. no beber antes de determinadas horas)	SÍ	NO

15	Creo que debería limitar mis ingestas de alcohol	SÍ	NO
16	Sin alcohol, no tendría tantos problemas	SÍ	NO
17	Cuando estoy excitado/a, bebo alcohol para calmarme	SÍ	NO
18	Creo que el alcohol está destruyendo mi vida		
19	Tan pronto quiero dejar de beber como cambio de idea y vuelvo a pensar que no	SÍ	NO
20	Otras personas no pueden comprender por qué bebo	SÍ	NO
21	Si yo no bebiera, me llevaría mejor con mi esposa o pareja	SÍ	NO
22	Ya he probado pasar temporadas sin alcohol	SÍ	NO
23	Si no bebiera, estaría contento conmigo mismo/a	SÍ	NO
24	Repetidamente me han mencionado mi "aliento alcohólico"	SÍ	NO
25	Aguanto cantidades importantes de alcohol sin apenas notarlo	SÍ	NO
26	A veces, al despertar después de un día de haber bebido mucho, aunque sin embriagarme, no recuerdo en absoluto las cosas que ocurrieron la víspera	SÍ	NO

TOTAL PUNTOS

A cumplimentar por el profesional:

MALT-O

- | | | | |
|---|--|----|----|
| 1 | Enfermedad hepática (mínimo un síntoma clínico; p.ej. consistencia aumentada, hepatomegalia, dolor a la presión, etc, y al menos un valor de laboratorio patológico: p.ej. GOT, GPT o GGT). (Sólo procede cuando se trata de una hepatopatía alcohólica o de origen desconocido: descarta, pues, hepatitis vírica, hepatomegalia de cardiopatía congestiva, etc) | SÍ | NO |
| 2 | Polineuropatía (sólo procede cuando no existen otras causas conocidas, p.ej. diabetes mellitus o intoxicaciones crónicas específicas) | SÍ | NO |
| 3 | Delirium tremens (actual o en la anamnesis) | SÍ | NO |
| 4 | Consumo alcohólico superior a los 150 ml (en la mujer, 120 ml) de alcohol puro al día, al menos durante unos meses | SÍ | NO |
| 5 | Consumo alcohólico superior a los 300 ml (en la mujer, 240 ml) de alcohol puro, una o más veces al mes | SÍ | NO |
| 6 | Fetor alcohólico (en el momento de la exploración médica) | SÍ | NO |
| 7 | Los familiares o allegados ya han buscado, en una ocasión, consejo acerca del problema alcohólico del paciente (al médico/a, trabajador/a social o instituciones pertinentes) | SÍ | NO |

TOTAL PUNTOS

Las preguntas del apartado MALT-S serán cumplimentadas por el/la paciente; por ejemplo, mientras aguarda para ser visitado. Cada respuesta afirmativa tiene un valor de un punto.

Las preguntas del apartado MALT-O serán cumplimentadas por el profesional. En ese caso cada respuesta afirmativa tiene un valor de cuatro puntos.

Total MALT-S	<input type="text"/>	0-5 puntos: no alcoholismo 6-10 puntos: sospecha de alcoholismo > 11 puntos: alcoholismo
Total MALT-O	<input type="text"/>	
Total	<input type="text"/>	

ESCALA DE NORTON. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR DECÚBITO

Población diana: población general hospitalizada y que vive en la comunidad. Se trata de un cuestionario heteroadministrado de 5 ítems (estado físico general, el estado mental, la actividad, la movilidad y la incontinencia) cuya puntuación oscila de 1 a 4 para cada uno, con un rango total de la escala 1-20. Un total de 14 puntos o más bajo nos indica que el paciente es de riesgo y deben adoptarse medidas preventivas (Cuanto más bajo sea el total de puntos, el riesgo es mayor).

Punt.	ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
1	<p>Muy malo</p> <p>Nutrición: persona que realiza una comida diaria. Toma un tercio del menú Hidratación: edemas generalizados, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Persistencia de pliegues cutáneos por pinzamiento Temperatura corporal: >38,5°C y < 35,5°C Ingesta de líquidos: <500 ml/día (< de 3 vasos)</p>	<p>Estuporoso y/o comatoso</p> <p>Desorientación en tiempo, lugar y personas. Despierta sólo a estímulos dolorosos, pero no hay respuesta verbal. Nunca está totalmente despierto Comatoso: ausencia total de respuesta, incluso la respuesta refleja</p>	<p>Encamado</p> <p>Dependiente para todos sus movimientos (dependencia total) Precisa de ayuda humana para conseguir cualquier objetivo (comer, asearse, etc)</p>	<p>Inmóvil</p> <p>Es incapaz de cambiar de postura por si mismo, mantener la posición corporal o sustentarla</p>	<p>Urinaria y fecal</p> <p>No controla ninguno de sus esfínteres</p>

2	<p>Pobre</p> <p>Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú. Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa. Lengua seca y pastosa. Temperatura corporal: 37,5°C a 38°C Ingesta de líquidos: 500 a 1... ml día(3-4 vasos)</p>	<p>Confuso</p> <p>Inquieto, agresivo, irritable, dormido Respuesta lenta a fuertes estímulos dolorosos Cuando despierta responde verbalmente pero con discurso breve e inconexo Si no hay estímulos fuertes vuelve a dormirse Intermitente desorientación en tiempo, lugar y personas</p>	<p>Sentado</p> <p>La persona no puede caminar, no puede mantenerse de pie, es capaz de mantenerse sentado o puede movilizarse en una silla o sillón. La persona precisa de ayuda humana y/o mecánica</p>	<p>Muy limitada</p> <p>Sólo inicia movilizaciones voluntarias con escasa frecuencia y necesita ayuda para finalizar todos los movimientos</p>	<p>Urinaria o fecal</p> <p>No controla uno de los esfínteres permanentemente</p>
3	<p>Mediano</p> <p>Nutrición: persona que realiza dos comidas diarias. Toma la mitad del menú Hidratación: ligeros edemas, piel seca y escamosa. Lengua seca y pastosa Temperatura corporal: 37°C a 37,5°C Ingesta de líquidos: 1000 a 1.500 ml/día (5-7 vasos)</p>	<p>Apático</p> <p>Aletargado, olvidadizo, somnoliento, pasivo, torpe, perezoso. Ante un estímulo despierta sin dificultad y permanece orientado. Obedece órdenes sencillas Posible desorientación en el tiempo y respuesta verbal lenta, vacilante.</p>	<p>Camina con ayuda</p> <p>La persona es capaz de caminar con ayuda o supervisión de otra persona o de medios mecánicos, como aparatos con más de un punto de apoyo (bastones de tres puntos de apoyo, bastón cuádruple, andadores, muletas).</p>	<p>Disminuida</p> <p>Inicia movimientos voluntarios con bastante frecuencia, pero requiere ayuda para realizar, completar o mantener alguno de ellos.</p>	<p>Ocasional</p> <p>No controla esporádicamente uno o ambos esfínteres en 24 horas.</p>

**NUTRICIONAL
METABÓLICO**

4	Bueno	Alerta	Ambulante	Total	Ninguna
	<p>Nutrición: persona que realiza cuatro comidas diarias. Toma todo el menú Hidratación: peso mantenido con relleno capilar rápido, mucosas húmedas, rosadas y recuperación rápida del pliegue cutáneo por pinzamiento Temperatura corporal: 36°C a 37°C Ingesta de líquidos: 1.500 a 2.000 ml/día (8-10 vasos)</p>	<p>Paciente orientado en tiempo, lugar y personas Responde adecuadamente a estímulos visuales, auditivos y táctiles Comprende la información</p>	<p>Independiente total No necesita depender de otra persona Capaz de caminar solo, aunque se ayude de aparatos con más de un punto de apoyo o leve prótesis</p>	<p>Es totalmente capaz de cambiar de postura corporal de forma autónoma, mantenerla o sustentarla</p>	<p>Control de ambos esfínteres Implantación de una sonda vesical y control de esfínter anal</p>
	○	○	○	○	○
					<p>TOTAL ○</p>



ESCALA DE BRADEN

Población diana: Población general hospitalizada. Se trata de un cuestionario heteroadministrado que consta de 6 ítems. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem "Fricción y rozamiento" que puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23. Una puntuación de 16 o inferior indica un mayor riesgo de úlceras por presión. Los autores sugieren tener en cuenta también otros factores como la edad y el estado funcional.

ESCALA DE BRADEN

Percepción sensorial. Capacidad para responder significativamente al disconfor relacionado con la presión.

1. Completamente limitada. No responde (no se queja, no se defiende ni se agarra) ante estímulos dolorosos, por un nivel disminuido de conciencia o sedación o capacidad limitada para sentir dolor sobre la mayoría de la superficie corporal.
2. Muy limitada. Responde solamente a estímulos dolorosos. No puede comunicar el disconfor excepto por quejido o agitación o tiene un deterioro sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfor sobre la mitad del cuerpo.
3. Levemente limitada. Responde a órdenes verbales pero no siempre puede comunicar el disconfor o la necesidad de ser volteado o tiene alguna alteración sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o disconfor en una o dos extremidades.
4. No alterada. Responde a órdenes verbales. No tiene déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o disconfort.

Humedad. Grado en el cual la piel está expuesta a la humedad.

1. Constantemente húmeda. La piel permanece húmeda casi constantemente por sudoración, orina o líquidos corporales. Cada vez que es movilizado o girado, se encuentra mojado.
2. Muy húmeda. La piel está frecuentemente húmeda, las sábanas deben cambiarse por lo menos una vez en el turno (cada ocho horas).
3. Ocasionalmente húmeda. La piel está ocasionalmente húmeda, requiere un cambio extra de sábanas aproximadamente una vez al día (cada 12 horas).
4. Rara vez húmeda. La piel está usualmente seca, las sábanas requieren cambio con intervalos de rutina (cada 24 horas).

Actividad. Grado de actividad física.

1. En cama. Confinado a la cama
2. En silla. Capacidad para caminar severamente limitada o inexistente. No puede soportar su propio peso o debe ser asistido en la silla común o silla de ruedas.
3. Camina ocasionalmente. Camina ocasionalmente durante el día pero muy cortas distancias con o sin asistencia. Pasa la mayor parte del turno (8 horas) en la silla o en la cama.
4. Camina con frecuencia. Camina fuera del cuarto por lo menos dos veces en el día y dentro de él por lo menos una vez cada dos horas.

Movilidad. Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.

1. Completamente inmóvil. No realiza ni ligeros cambios en la posición del cuerpo o las extremidades sin asistencia.
2. Muy limitada. Realiza cambios mínimos y ocasionales de la posición del cuerpo o las extremidades, pero es incapaz de realizar en forma independiente, cambios frecuentes o significativos.
3. Ligeramente limitada. Realiza frecuentes aunque ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades en forma independiente.
4. Sin limitaciones. Realiza cambios mayores y frecuentes en la posición sin asistencia.

Nutrición. Patrón usual de consumo alimentario.

1. Muy pobre. Nunca come una comida completa. Rara vez come más de un tercio de cualquier comida ofrecida. Come dos porciones o menos de proteínas (carne o lácteos) por día. Toma poco líquido. No toma un suplemento alimenticio líquido o está sin vía oral o con dieta líquida clara o intravenosa por más de cinco días.
2. Probablemente inadecuada. Rara vez come una comida completa y generalmente come solo la mitad de cualquier comida ofrecida. La ingesta de proteínas incluye solamente tres porciones de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento alimenticio o recibe menos de la cantidad óptima de dieta líquida o alimentación por sonda.

3. Adecuada. Come más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come el total de cuatro porciones de proteína por día. Ocasionalmente rechaza una comida pero usualmente toma un suplemento alimenticio si se la ofrece o está siendo alimentado por sonda o nutrición parenteral.
4. Excelente. Come la mayoría de todas las comidas, nunca rechaza una comida, usualmente come un total de cuatro o más porciones de carne y productos lácteos, ocasionalmente come entre comidas. No requiere suplemento alimenticio.

Fricción y deslizamiento

1. Es un problema. Requiere asistencia de moderada a máxima al movilizarlo. Levantarlo completamente sin deslizarlo sobre las sábanas es imposible. Frecuentemente se desliza en la cama o en la silla y requiere constantes cambios de posición con un máximo de asistencia. La espasticidad y contracturas llevan a fricción casi constante.
2. Es un problema potencial. Se mueve torpemente o requiere mínima asistencia. Durante un movimiento, la piel probablemente se desliza en algún grado contra las sábanas, la silla o los objetos de restricción. Mantiene relativamente buena posición en la silla o en la cama la mayoría del tiempo, pero ocasionalmente se desliza hacia abajo.
3. Sin problema aparente. Se mueve en la cama o en la silla y tiene suficiente fuerza muscular para sostenerse completamente durante el movimiento. Mantiene buena posición en la cama o en la silla en todo momento.

RIESGO NUTRICIONAL -CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"-

Afirmación	Sí	No
He tenido una enfermedad o afección que me ha hecho cambiar el tipo y/o cantidad de alimento que como	2	0
Tomo menos de dos comidas al día	3	0
Como poca fruta, vegetales o productos lácteos	2	0
Tomo más de tres vasos de cerveza, licor o vino, casi a diario	2	0
Tengo problemas dentales que hacen difícil comer	2	0
No siempre tengo suficiente dinero para comprar la comida que necesito	4	0
Como solo la mayoría de las veces	1	0
Tomo a diario tres o más fármacos recetados o por mi cuenta	1	0
Sin quererlo, he perdido o ganado 5 kg de peso en los últimos seis meses	2	0
No siempre puedo comprar, cocinar y/o comer por mí mismo por problemas físicos	2	0

Interpretación:

0 a 2: **Bueno.** Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.

3 a 5: **Riesgo nutricional moderado.** Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Reevaluar en tres meses

6 o más: **Riesgo nutricional alto.** Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.



EVALUACIÓN ESTADO NUTRICIONAL -MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT "MNA"-

Población diana: Población general geriátrica. Se trata de una escala heteroadministrada para la evaluación del estado nutricional de una persona. Si la suma de las respuestas de la primera parte -Test de cribaje- es igual o inferior a 10, es necesario completar el - test de evaluación- para obtener una apreciación precisa del estado nutricional del paciente. La puntuación global del Test de evaluación resulta de la suma de todos los ítems del Test de cribaje y de los del Test de evaluación. Los puntos de corte del Test de evaluación son de 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición, y menos de 17 puntos: malnutrición.

Test de cribaje

A. ¿Ha perdido el apetito? ¿Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

- 0 = anorexia grave
- 1 = anorexia moderada
- 2= sin anorexia

B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

- 0 = pérdida de peso > 3 kg
- 1 = no lo sabe
- 2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
- 3 = no ha habido pérdida de peso

C. Movilidad

- 0 = de la cama al sillón
- 1 = autonomía en el interior
- 2= sale del domicilio

D. ¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos tres meses?

- 0 = sí
- 1 = no

E. Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión grave
- 1 = demencia o depresión moderada
- 2 = sin problemas psicológicos

F. Índice de masa corporal (IMC = peso / (talla)² en kg/m²)

0 = IMC < 19

1 = 19 < ó = IMC < 21

2 = 21 < ó = IMC < 23

3 = IMC > ó = 23

Evaluación del cribaje (subtotal máximo 14 puntos)

➤ 11 puntos o más: normal, no es necesario continuar.

➤ 10 puntos o menos: posible malnutrición, continuar la evaluación.

Test de evaluación

G. ¿El paciente vive independiente en su domicilio?

0 = no

1 = sí

H. ¿Toma más de 3 medicamentos al día?

0 = no

1 = sí

I. ¿Úlceras o lesiones cutáneas?

0 = no

1 = sí

J. ¿Cuántas comidas completas toma al día? (Equivalentes a dos platos y postre)

0 = 1 comida

1 = 2 comidas

2 = 3 comidas

K. (Sí o no) ¿Consume el paciente

▪ **productos lácteos al menos una vez al día?**

▪ **huevos o legumbres 1 ó 2 veces a la semana?**

▪ **carne, pescado o aves, diariamente?**

0 = 0 ó 1 síes

0,5 = 2 síes

1 = 3 síes

L. ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?

0 = no

1 = sí

M. ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (Agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza)

0 = menos de 3 vasos

0,5 = de 3 a 5 vasos

1 = más de 5 vasos

N. Forma de alimentarse

- 0 = necesita ayuda
- 1 = se alimenta solo con dificultad
- 2 = se alimenta solo sin dificultad

O. ¿Considera el paciente que está bien nutrido? (problemas nutricionales)

- 0 = malnutrición grave
- 1 = no lo sabe o malnutrición moderada
- 2 = sin problemas de nutrición

P. En comparación con las personas de su edad, ¿cómo encuentra el paciente su estado de salud?

- 0 = peor
- 0,5 = no lo sabe
- 1 = igual
- 2 = mejor

Q. Circunferencia braquial (CB en cm)

- 0 = CB < 21
- 0,5 = 21 < ó = CB < ó = 22
- 1 = CB > 22

R. Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)

- 0 = CP < 31
- 1 = CP > ó = 31
- 3 = IMC > ó = 23

Evaluación global (cribaje + evaluación, máximo 30 puntos)

- o De 17 a 23,5 puntos: riesgo de malnutrición.
- o Menos de 17 puntos: malnutrición.



CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

Mujeres:

- | | | |
|---|----|----|
| a.- ¿Tiene sensación de peso en la zona genital ? | Sí | No |
| b.- ¿Al subir o bajar escaleras se le escapa la orina ? | Sí | No |
| c.- ¿Cuando ríe se le escapa la orina ? | Sí | No |
| d.- ¿Si estornuda se le escapa la orina ? | Sí | No |
| e.- ¿Al toser se le escapa la orina ? | Sí | No |

La respuesta afirmativa de al menos 4 de estas preguntas tiene un valor predictivo en la mujer para incontinencia de esfuerzo del 77,2%

- | | | |
|---|----|----|
| f.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿ entra en un bar y, si el servicio está ocupado, se le escapa la orina ? | Sí | No |
| g.- Cuando abre la puerta de casa ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina? | Sí | No |
| h.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo? | Sí | No |
| i.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina? | Sí | No |

La respuesta afirmativa de al menos 3 de estas preguntas tiene un valor predictivo positivo en la mujer para incontinencia de urgencia del 57,6%

Hombres:

a.- Si oye ruido de agua o pone las manos en el agua fría, ¿nota ganas de orinar? Sí No

b.- Si está en la calle y tiene ganas de orinar ¿entra en un bar y si el servicio está ocupado se le escapa la orina? Sí No

c.- Cuando abre la puerta de casa, ¿ha de correr al servicio y alguna vez se le escapa la orina? Sí No

d.- Si tiene ganas de orinar, ¿tiene sensación de que es urgente y ha de ir corriendo? Sí No

e.- Cuando sale del ascensor, ¿tiene que ir de prisa al servicio porque se le escapa la orina? Sí No

La respuesta afirmativa de estas 5 preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia de urgencia del 30,4%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 77%.

f.- Cuando acaba de orinar ¿tiene la sensación que tendría que continuar y no puede? Sí No

g.- ¿Tiene poca fuerza el chorro de la orina? Sí No

h.- ¿Va a menudo al servicio y orina poca cantidad? Sí No

La respuesta afirmativa de estas 3 preguntas tiene un valor predictivo positivo en el hombre para incontinencia por obstrucción prostática del 66.7%, la respuesta negativa tiene un valor predictivo negativo del 80%.

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- INDICE DE BARTHEL -

Comer

10	Independiente	capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	necesita ser alimentado por otra persona

Lavarse - bañarse

5	Independiente	capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo bragero, corsé, etc) sin ayuda
5	Necesita ayuda	pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa -

10	Continente	ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15 Independiente.	sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y se tumba y puede volver a la silla sin ayuda
10 Mínima ayuda	incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5 Gran ayuda	capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0 Dependiente	necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15 Independiente	puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo
10 Necesita ayuda	supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5 Independiente en silla de ruedas	en 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0 Dependiente	si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión,. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	supervisión física o verbal
0	Dependiente	incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)



INDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT.

Indice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Indice de movilidad	Independencia	Con ayuda	Dependencia
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original, Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia. El IB original puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías - las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos - resultando un rango global entre 0 y 20.

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación, con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas. La interpretación sugerida sobre la puntuación del Índice es:

0-20 dependencia total
21-60 dependencia severa
61-90 dependencia moderada
91-99 dependencia escasa
100 independencia

La versión de Granger contempla dos índices diferentes como componentes de Barthel: el índice de autoayuda, con una puntuación máxima de 53 puntos y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es similar al Barthel original.

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

- 1. Baño** **Independiente.** Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).
Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.
- 2. Vestido** **Independiente.** Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.
Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.
- 3. Uso del W.C.** **Independiente:** Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.
Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C.
- 4. Movilidad** **Independiente.** Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.
Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.

5. Continencia Independiente. Control completo de micción y defecación.

Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

6. Alimentación Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente.

Se excluye cortar la carne.

Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.

El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:

- A. Independiente en todas sus funciones.
- B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
- C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera,
- D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
- E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c. y otra cualquiera.
- F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
- G. Dependiente en todas las funciones.
- H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

El índice de Katz se puede puntuar de dos formas. Una considerando los ítems individualmente, de manera que se den 0 puntos cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza. Si es independiente en cuatro de las seis actividades, 2 puntos. Otra manera de puntuar es la descrita por los autores en la versión original, considerando los ítems agrupados para obtener grados A, B, C, etc, de independencia. Si nos atenemos al orden jerárquico del Índice de Katz y comparamos ambas puntuaciones, veremos que 0 puntos equivale al grado A, 1 punto al grado B, 2 puntos al grado C, 3 puntos al grado D y así sucesivamente.

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:

- Grados A-B o 0 - 1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
- Grados C-D o 2 - 3 puntos = incapacidad moderada.
- Grados E-G o 4 - 6 puntos = incapacidad severa.



ACTIVIDADES INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA - ESCALA DE LAWTON Y BRODY-

A. Capacidad de usar el teléfono	Puntos
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
B. Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
C. Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0

D. Cuidado de la Casa

Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0

E. Lavado de la ropa

Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0

F. Uso de medios de transporte

Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0

G. Responsabilidad respecto a su medicación

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0

H. Manejo de asuntos económicos

Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ...	1
Incapaz de manejar dinero.	0

Total

Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos.



ESCALA DE DISNEA -MRC MODIFICADA-

Población diana: Población general.

Grado 0 = Ausencia de disnea excepto al realizar ejercicio intenso.

Grado 1 = Disnea al andar deprisa en llano, o al andar subiendo una pendiente poco pronunciada.

Grado 2 = La disnea le produce una incapacidad de mantener el paso de otras personas de la misma edad caminando en llano o tener que parar a descansar al andar en llano al propio paso.

Grado 3 = La disnea hace que tenga que parar a descansar al andar unos 100 metros o después de pocos minutos de andar en llano.

Grado 4 = La disnea impide al paciente salir de casa o aparece con actividades como vestirse o desvestirse.



ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MÚLTIPLES

Población diana: Población de 65 años o más en el ámbito comunitario. El ítem "caídas previas" se presenta cuando se han presentado caídas en los últimos 12 meses, el ítem "problemas visuales" se considera presente cuando la persona es capaz de reconocer una cara a cuatro metros de distancia, con gafas o lentillas si las usan, y el ítem "Limitación funcional" se considera presente cuando la persona manifiesta dificultades para realizar 2 de las siguientes actividades: subir escaleras, uso de vehículo propio o público, y/o cortarse las uñas de los pies. El rango de puntuaciones oscila entre 0 y 15 puntos. El punto de corte se sitúa en 7, donde 7 o más puntos indican un riesgo mayor de caídas múltiples.

Factores Predictivos	Valor	Puntos
Caídas previas	5	
Incontinencia urinaria	3	
Problemas visuales	4	
Limitación funcional	3	
Total		



CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7. La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

- 1) Muy satisfecho
- 2) Bastante satisfecho
- 3) Insatisfecho
- 4) Término medio
- 5) Satisfecho
- 6) Bastante satisfecho
- 7) Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para:

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1 Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2 Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3 Lograr un sueño reparado	1	2	3	4	5
2.4 Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5 Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

- 1) 0-15 minutos
- 2) 16-30 minutos
- 3) 31-45 minutos
- 4) 46-60 minutos
- 5) más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

- 1) Ninguna vez
- 2) 1 vez
- 3) 2 veces
- 4) 3 veces
- 5) más de 3 veces

Si se despertó Vd., piensa que normalmente se debe a... (Información clínica, no puntúa)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

- 1) Se ha despertado como siempre
- 2) Media hora antes
- 3) 1 hora antes
- 4) Entre 1 y 2 horas antes
- 5) Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama)

Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____

¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

- 1) 91-100%
- 2) 81-90%
- 3) 71-80%
- 4) 61-70%
- 5) 60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 d/s
- 3) 3 d/s
- 4) 4-5 d/s
- 5) 6-7 d/s

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 d/s
- 3) 3 d/s
- 4) 4-5 d/s
- 5) 6-7 d/s

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 d/s
- 3) 3 d/s
- 4) 4-5 d/s
- 5) 6-7 d/s

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...? (Información clínica, no puntúa)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica, no puntúa)

a) Ningún día b) 1-2 d/s c) 3 d/s d) 4-5 d/s e) 6-7 d/s

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

1. ¿Qué día es hoy? -día, mes, año-
2. ¿Qué día de la semana es hoy?
3. ¿Dónde estamos ahora?
4. ¿Cuál es su número de teléfono?
4.A ¿cuál es su dirección? -preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-
5. ¿Cuántos años tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-
7. ¿Quién es ahora el presidente del gobierno?
8. ¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?
9. ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?
10. Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.

El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.



CRIBADO DE DEMENCIAS -SET-TEST DE ISAACS-

Se pide al paciente que nombre sin parar hasta que se le diga basta una serie de colores, de animales, de frutas y de ciudades. Se le da un minuto para cada serie y cambiaremos a la siguiente cuando haya hecho 10 elementos de la misma sin repetir ninguno aunque no haya agotado el minuto de tiempo.

Colores

Animales

Frutas

Ciudades

Errores / repeticiones:

Total:

Se le pide al paciente que diga tantos nombres -ítems- como pueda recordar de cada una de 4 categorías -set-: colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene 1 punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de 1 minuto. Las repeticiones o los nombres que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante hacer constar el número de ellos. Siempre anotaremos en la hoja los nombres que dice ya que ayudará a valorar la evolución de los pacientes. La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos.

El punto de corte que propone Pascual en su trabajo corresponde en los adultos a igual o menor de 29 y en los ancianos igual o menor a 27. El mismo autor, propone un punto de corte de 25 para considerar como probable demencia tipo Alzheimer, obteniendo una sensibilidad del 87% y una especificidad del 67%, con un índice de mal clasificados del 24%.

En el trabajo de Isaacs y Kennie, los autores concluían que una puntuación en el set-test inferior a 15 estaba siempre asociada a demencia, mientras que ninguno de los pacientes con más de 25 estaba demenciado.

Especialmente indicado en pacientes con un grado de instrucción bajo o pacientes con déficits sensoriales.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC

Invitar al entrevistado a colaborar e indicar al acompañante que debe mantenerse en silencio. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los ítems del MEC.

-Orientación: no se permite la Comunidad Autónoma respectiva como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).

-Fijación: repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repite las tres palabras correctamente, hasta que las aprenda. Están permitidos 6 intentos para que las repita correctamente.

-Concentración y cálculo: sustracción de 3 en 3. Si no lo entiende se puede reformular la pregunta. "Si tiene 30 pesetas y me da tres, ¿cuántas le quedan?", y seguir pero sin repetir la cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta. Repetir los dígitos 5-9-2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

-Memoria: dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. Un punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

-Lenguaje y construcción: el entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra es 0 puntos en el ítem:

·**Semejanzas:** en la semejanza perro-gato las respuestas correctas son animales o animales de "x" características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.

·**Lectura, escritura y dibujo:** si utiliza gafas habitualmente le pediremos que se las ponga.

·**Frase:** advertir al sujeto que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir alguna cosa diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.

·**Figura:** cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC-35 puntos

ORIENTACIÓN:

¿En qué año estamos?	0	1
¿En qué estación del año estamos?	0	1
¿En qué día de la semana estamos?	0	1
¿Qué día (número) es hoy?	0	1
¿En qué mes estamos?	0	1
¿En qué provincia estamos?	0	1
¿En qué país estamos?	0	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	0	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	0	1
¿Se trata de un piso o una planta baja?	0	1

MEMORIA DE FIJACIÓN:

Repita estas 3 palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA	0	1	2	3
---	---	---	---	---

(1 punto por cada respuesta correcta). Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

ATENCIÓN Y CÁLCULO:

Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan?, y si me

da 3 (hasta 5 restas)

0 1 2 3 4 5

Repita estos números: 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda)

Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en número y orden)

0 1 2 3

MEMORIA A CORTO PLAZO:

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?

0 1 2 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?

0 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?

0 1

Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS"

0 1

Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son un gato y un perro?

0 1

¿Y el rojo y el verde?

0 1

Ahora haga lo que le digo: *COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA,*

DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA

0 1 2 3

(1 punto por cada acción correcta)

Haga lo que aquí le escribo

(en un papel y con mayúsculas escribimos: *CIERRE LOS OJOS*)

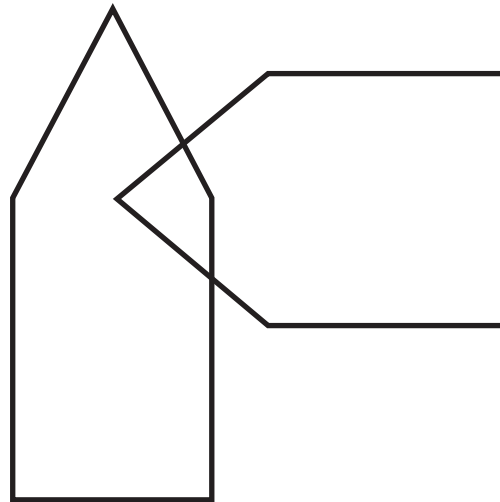
0 1

Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)

0 1

Copie este dibujo (anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados)

0 1



La puntuación total máxima es 35. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre los 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación ($20 \times 35 / 31$) de 22.5 (redondearemos al número entero más próximo, en este caso 23).

Rango de puntuación 0-35. Lobo et al. proponen:

- pacientes geriátricos (> 65 años), punto de corte 23/24 (es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más igual a "no caso").
- pacientes no geriátricos, punto de corte 27/28 (es decir, 27 o menos igual a "caso" y 28 o más igual a "no caso").

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC-30 puntos

Es igual en todo a la versión de 35 puntos, únicamente se han suprimido 2 ítems: repetir tres números al revés, después de memorizarlos (0-3 puntos); y el de semejanzas (0-2 puntos).

ORIENTACIÓN:

¿En qué año estamos?	0	1
¿En qué estación del año estamos?	0	1
¿En qué día de la semana estamos?	0	1
¿Qué día (número) es hoy?	0	1
¿En qué mes estamos?	0	1
¿En qué provincia estamos?	0	1
¿En qué país estamos?	0	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	0	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	0	1
¿Se trata de un piso o una planta baja?	0	1

MEMORIA DE FIJACIÓN:

Repita estas 3 palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA	0	1	2	3
---	---	---	---	---

(1 punto por cada respuesta correcta). Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuérdesse de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

ATENCIÓN Y CÁLCULO:

Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan?, y si me da 3 (hasta 5 restas) 0 1 2 3 4 5

MEMORIA A CORTO PLAZO:

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? 0 1 2 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 0 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 0 1

Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS" 0 1

Ahora haga lo que le digo: *COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA* 0 1 2 3

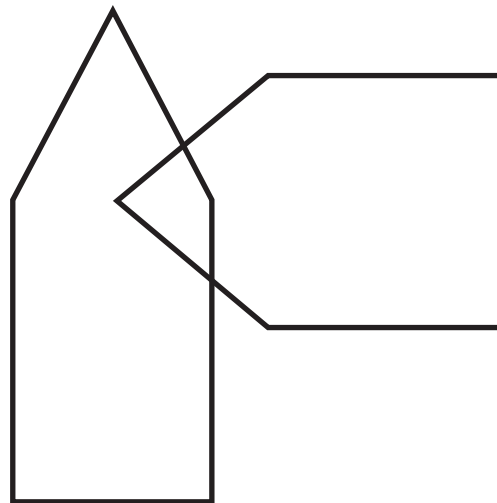
(1 punto por cada acción correcta)

Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: *CIERRE LOS OJOS*) 0 1

Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel (le da un papel) 0 1

Copie este dibujo (anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados)

0 1



La puntuación total máxima es 30 puntos. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 30 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre los 26 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 30 / 26)$ de 23.07 (redondearemos al número entero más próximo, en este caso 23).

Rango de puntuación 0-30. En la última revisión de Lobo et al proponen:

- pacientes geriátricos (> 65 años), punto de corte 22/23 (es decir, 22 ó menos igual a "caso" y 23 ó más igual a "no caso").
- pacientes no geriátricos, punto de corte 27/28 (es decir, 27 o menos igual a "caso" y 28 o más igual a "no caso").

CRIBADO DE DEMENCIAS - TEST DEL INFORMADOR -

Recuerde, por favor, cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compare cómo es él en este momento. Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la capacidad de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos.

Puntúe con los siguientes criterios:

- ① Ha mejorado mucho ② Ha mejorado un poco ③ Casi sin cambios
④ Ha empeorado un poco ⑤ Ha empeorado mucho

1. Capacidad para reconocer las caras de sus personas más íntimas (parientes, amigos)
2. Capacidad para recordar los nombres de estas mismas personas
3. Recordar las cosas de esas personas (dónde viven, de qué viven, cuándo es su cumpleaños)
4. Recordar cosas que han ocurrido recientemente, en los últimos 2 o 3 meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares)
5. Recordar lo que habló en una conversación unos días antes

6. Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse a la mitad de una frase y no saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho antes
7. Recordar su propia dirección o número de teléfono
8. Recordar la fecha en que vive
9. Conocer el sitio exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas
10. Saber dónde se pone una cosa que se ha encontrado descolocada
11. Adaptarse a la situación cuando su rutina diaria se ve alterada (ir de visita, en alguna celebración, de vacaciones)
12. Saber manejar los aparatos de la casa (teléfono, coche, lavadora, máquina de afeitar, etc.)
13. Capacidad para aprender a manejar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, secador de pelo, etc.)
14. Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)
15. Aprender cosas nuevas (en general)

16. Capacidad para recordar cosas que ocurrieron o que aprendió cuando era joven
17. Comprender el significado de palabras poco corrientes (del periódico, televisión, conversación)
18. Entender artículos de periódicos o revistas en las que está interesado
19. Seguir una historia del libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión
20. Redactar cartas a parientes o amigos o cartas de negocios
21. Recordar gentes y hechos históricos del pasado (guerra civil, república, etc.)
22. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) como en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)
23. Manejar asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar la renta o los impuestos, tratar con el banco)
24. Manejar dinero para la compra (cuánto dinero dar, calcular el cambio)

25. Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de parientes, cuánta comida comprar y preparar, especialmente si hay invitados)

26. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado en algo durante los últimos 10 años?

Los resultados son independientes de la inteligencia previa del paciente, el nivel de escolarización y de la edad. En la escala de 26 una puntuación superior a 85 es indicativa de probable deterioro cognitivo.

CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL - CDE -

Es un cuestionario autoadministrado. El cuestionario presenta varias dimensiones tal y como se presenta en la tabla siguiente:

CLASES	Sensorial	Afectiva	Evaluativa
SUBCLASES	Temporal 1	Temor	Temporal 2
	Térmica	Autonómica / vegetativa	Intensidad
	Presión constrictiva	Castigo	
	Presión puntiforme / incisiva	Tensión / cansancio	
	Presión de tracción gravativa	Cólera / disgusto	
	Espacial	Pena / ansiedad	
	Viveza.		

El cuestionario obtiene tres resultados: Valor de intensidad total, valor de intensidad actual y Escala visual analógica.

- El valor de intensidad total se obtiene de la suma de los valores de cada clase: valor de intensidad de dolor sensorial, afectiva y evaluativa. El valor de cada clase se valora marcando los descriptores que se encuentran dentro de sus subclases, donde el paciente debe marcar uno o ningún descriptor. Si marca uno puntúa 1 y si no marca ninguno puntúa 0. El valor de intensidad sensorial se obtiene sumando y estará, por tanto, entre 0 y 7. El valor de intensidad afectivo oscila entre 0 y 6. El valor de intensidad evaluativo será 0 o 1. De la suma de estas tres dimensiones se obtiene la puntuación del valor de intensidad total, que se comprenderá entre 0 y 14.
- El valor de intensidad actual se obtiene de una escala tipo Likert de 0 a 5
- El valor de la Escala Visual Analógica se puntúa de 0 a 10.

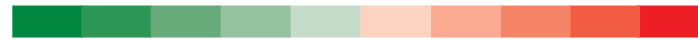
RESULTADOS	
Valor de intensidad sensorial	7/7
Valor de intensidad afectiva	6/6
Valor de intensidad evaluativa	1/1
Valor de intensidad total	14/14
Valor de intensidad actual	5/5
Escala Visual Analógica	10/10

CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL - CDE -

VALOR DE INTENSIDAD SENSORIAL		
Temporal 1	Presión puntiforme / incisiva	Viveza
<input type="checkbox"/> Como pulsaciones <input type="checkbox"/> Como una sacudida <input type="checkbox"/> Como un latigazo	<input type="checkbox"/> Pinchazo <input type="checkbox"/> Punzante <input type="checkbox"/> Penetrante <input type="checkbox"/> Agudo	<input type="checkbox"/> Adormecido <input type="checkbox"/> Picor <input type="checkbox"/> Hormigueo <input type="checkbox"/> Como agujetas <input type="checkbox"/> Escozor <input type="checkbox"/> Como una corriente
Térmica	Presión de tracción gravativa	
<input type="checkbox"/> Frío <input type="checkbox"/> Caliente <input type="checkbox"/> Ardiente	<input type="checkbox"/> Pesado <input type="checkbox"/> Tirante <input type="checkbox"/> Como un desgarro <input type="checkbox"/> Tenso	
Presión constrictiva	Espacial	
<input type="checkbox"/> Entumecimiento <input type="checkbox"/> Como un pellizco <input type="checkbox"/> Agarrotamiento <input type="checkbox"/> Calambre <input type="checkbox"/> Espasmo <input type="checkbox"/> Retortijón <input type="checkbox"/> Opresivo	<input type="checkbox"/> Superficial <input type="checkbox"/> Difuso <input type="checkbox"/> Que se irradia <input type="checkbox"/> Fijo <input type="checkbox"/> Interno <input type="checkbox"/> Profundo	

VALOR DE INTENSIDAD AFECTIVA		VALOR DE INTENSIDAD EVALUATIVA
Temor	Tensión / Cansancio	Temporal 2
<input type="checkbox"/> Temible <input type="checkbox"/> Espantoso <input type="checkbox"/> Horrible	<input type="checkbox"/> Extenuante <input type="checkbox"/> Agotador <input type="checkbox"/> Incapacitante	<input type="checkbox"/> Momentáneo <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/> Creciente <input type="checkbox"/> Constante <input type="checkbox"/> Persistente
Autonómica / Vegetativa	Cólera / Disgusto	VALOR INTENSIDAD ACTUAL
<input type="checkbox"/> Que marea <input type="checkbox"/> Sofocante	<input type="checkbox"/> Incómodo <input type="checkbox"/> Que irrita <input type="checkbox"/> Que consume	Intensidad
Castigo	Pena / Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sin dolor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Molesto <input type="checkbox"/> Intenso <input type="checkbox"/> Fuerte <input type="checkbox"/> Insoportable
<input type="checkbox"/> Que atormenta <input type="checkbox"/> Mortificante <input type="checkbox"/> Violento	<input type="checkbox"/> Deprimente <input type="checkbox"/> Agobiante <input type="checkbox"/> Que angustia <input type="checkbox"/> Que obsesiona <input type="checkbox"/> Desesperante	

Escala visual analógica



Sin dolor

Dolor insoportable



Sombree las áreas
donde siente dolor



CRIBADO ANSIEDAD DEPRESION - ESCALA DE GOLDBERG -

“A continuación, si no le importa, me gustaría hacerle unas preguntas para saber si ha tenido en las dos últimas semanas alguno de los siguientes síntomas”.

No se puntuarán los síntomas de duración inferior a dos semanas o que sean de leve intensidad.

SUBESCALA DE ANSIEDAD

- 1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?
- 2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?
- 3.- ¿Se ha sentido muy irritable?
- 4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?

Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando

- 5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?
- 6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?
- 7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea ? (síntomas vegetativos)
- 8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?
- 9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?

SUBESCALA DE DEPRESIÓN

- 1.- ¿Se ha sentido con poca energía?
- 2.- ¿Ha perdido usted su interés por las cosas?
- 3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?
- 4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?

(Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando)

- 5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?
 - 6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)
 - 7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?
 - 8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?
 - 9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?
-

Cada una de las subescalas se estructura en 4 ítems iniciales de despistaje para determinar si es o no probable que exista un trastorno mental, y un segundo grupo de 5 ítems que se formulan sólo si se obtienen respuestas positivas a las preguntas de despistaje (2 o más en la subescala de ansiedad, 1 o más en la subescala de depresión).

Los puntos de corte son ≥ 4 para la escala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. En población geriátrica se ha propuesto su uso como escala única, con un punto de corte ≥ 6 .

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE-

Rodear con un círculo la respuesta.

- | | | |
|---|--|--|
| 1- ¿Está básicamente satisfecho con su vida? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 2- ¿Ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 4- ¿Se siente a menudo aburrido? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 5- ¿Está de buen talante la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 6- ¿Tiene miedo de que le suceda algo malo? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | <input type="checkbox"/> SÍ | <input checked="" type="checkbox"/> NO |
| 8- ¿Se siente a menudo sin esperanza? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 9- ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |
| 10- ¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría? | <input checked="" type="checkbox"/> SÍ | <input type="checkbox"/> NO |

- 11- ¿Cree que es maravilloso estar vivo? SÍ NO
- 12- ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? SÍ NO
- 13- ¿Piensa que su situación es desesperada? SÍ NO
- 14- ¿Se siente lleno de energía? SÍ NO
- 15- ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted? SÍ NO

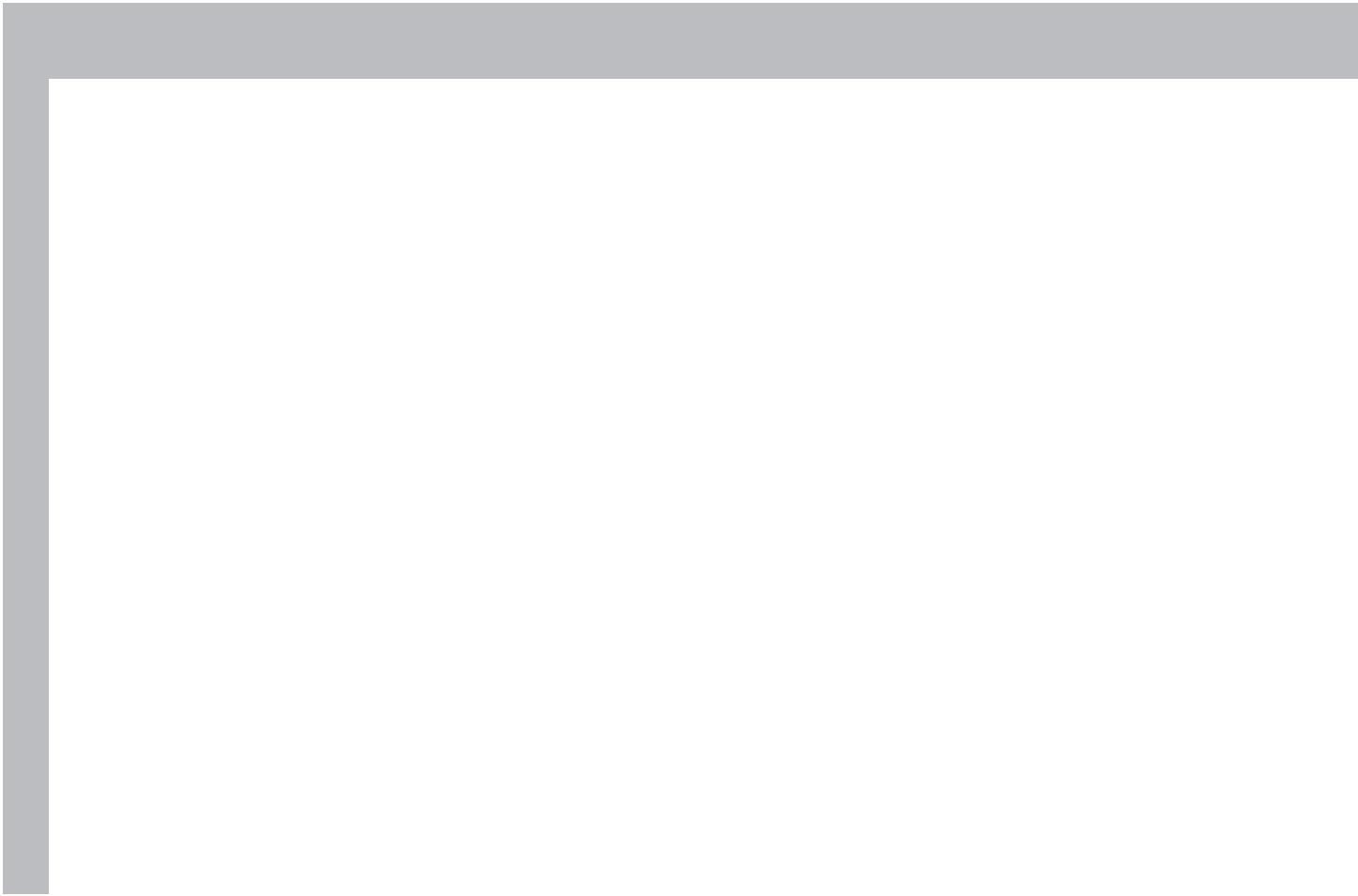
Las respuestas marcadas con una "X" son las que se contabilizan como erróneas y en función del nº de respuestas erróneas, la valoración sería (es decir nº de respuestas marcadas con una "X" y rodeadas con un círculo):

0 - 5 :	Normal
6 - 10 :	Depresión moderada
+ 10 :	Depresión severa

CUESTIONARIO PARA CRIBADO DE ANOREXIA Y BULIMIA -SCOFF-

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems con respuestas dicotómica (SI - NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 2. ¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 Kgs en un periodo de tres meses? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 4. ¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 5. ¿Diría que la comida domina su vida? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |



ESCALA DE EVALUACIÓN DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES -EEICA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado dirigido a una población entre 12 y 19 años, que consta de 32 ítems. Dichos ítems responden a la siguiente forma de puntuación en los ítems positivos (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31): 3= Siempre, 2= Casi siempre, 1= Algunas veces, 0= A veces, 0= Casi nunca y 0= Nunca; y al revés en los ítems negativos (6, 10, 18, 21, 27, 29, 32): 3= Nunca, 2= Casi nunca, 1= a veces, 0= Algunas veces, 0= Casi siempre y 0= Siempre. El punto de corte sugerido se sitúa en 39 puntos.

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
1. ¿Con qué frecuencia crees que tus amigo/as, en general, tiene un cuerpo más bonito que el tuyo?											
2. ¿Con qué frecuencia piensas que te verías mejor si pudieras ponerte una talla menos de ropa?											
3. ¿Con qué frecuencia consideras que la cirugía estética es una opción para mejorar tu aspecto físico en el futuro?											
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido rechazado/a y/o ridiculizado/a por los demás por culpa de tu apariencia.											

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
5. ¿Con qué frecuencia analizas la composición de calorías de los alimentos para controlar lo que engordan?											
6. ¿Con qué frecuencia piensas que la forma de tu cuerpo es la que ahora se considera atractiva?											
7. ¿Con qué frecuencia tu imagen corporal te ha hecho estar triste?											
8. ¿Con qué frecuencia el pesarte te genera ansiedad?											
9. ¿Con qué frecuencia llevas ropas que disimulan la forma de tu cuerpo?											
10. ¿Con qué frecuencia piensas que lo más importante para mejorar tu aspecto sería ganar peso?											
11. ¿Con qué frecuencia después de comer te sientes gorda?											
12. ¿Con qué frecuencia has considerado la posibilidad de tomar algún tipo de pastillas o medicamento que te ayude a perder peso?											
13. ¿Con qué frecuencia temes perder el control y convertirte en un/a gordo/a?											
14. ¿Con qué frecuencia inventas excusas para evitar comer delante de otras personas (familia, amigos, etc) y así controlar lo que comes?											
15. ¿Con qué frecuencia piensas que te gustaría tener más fuerza de voluntad para controlar lo que comes?											

AUTOPERCEPCIÓN
AUTOCONCEPTO

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
16. ¿Con qué frecuencia sientes rechazo hacia alguna parte de tu cuerpo que no te gusta (trasero, muslo, vientre, etc)?											
17. ¿Con qué frecuencia dejas de hacer cosas porque te sientes gordo/a?											
18. ¿Con qué frecuencia piensas que los/ las hombres/mujeres de tu edad parecen estar más gordos/as que tú?											
19. ¿Con qué frecuencia dedicas tiempo en pensar cómo mejorar tu imagen?											
20. ¿Con qué frecuencia crees que si tu aspecto físico no mejora, tendrás problemas en el futuro para relacionarte?											
21. ¿Con qué frecuencia te sientes muy bien al probarte ropa antes de comprarla (sobre todo pantalones)?											
22. ¿Con qué frecuencia te pesas en tu casa?											
23. ¿Con qué frecuencia piensas que la ropa de hoy día no está hecha para gente con el cuerpo como el tuyo?											
24. ¿Con qué frecuencia has llegado a sentir envidia del cuerpo de modelos o artistas famosas?											

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
25. ¿Con qué frecuencia evitas salir en fotos en las que se vea todo el cuerpo?											
26. ¿Con qué frecuencia piensas que los demás ven tu cuerpo diferente de cómo tú lo ves?											
27. ¿Con qué frecuencia te sientes delgada?											
28. ¿Con qué frecuencia te has sentido mal porque los demás han visto tu cuerpo desnudo o en bañador (vestuarios, playa, piscina, etc.)?											
29. ¿Con qué frecuencia te sientes satisfecha con tu aspecto físico?											
30. ¿Con qué frecuencia te has sentido inferior a los demás por culpa de tu físico?											
31. ¿Con qué frecuencia cuando te ves todo el cuerpo en el espejo, no te gusta?											
32. ¿Con qué frecuencia sientes que te gustaría estar más gorda?											

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

Población diana: Población general, trastorno de la personalidad antisocial y tipo límite. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. En los ítems positivos (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20), cada respuesta afirmativa puntúa 1, mientras que en los ítems negativos (El resto) la respuesta negativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos.

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SÍ" o "NO".

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?

SÍ

NO

9. ¿Está deprimido/a ahora?

10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?

11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?

12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?

13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?

14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?

15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

SÍ

NO

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema ?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿ Siente que su familia le quiere ?	0	1	2

Los individuos se clasifican en:

- normofuncionales de 7 - 10 puntos
- disfuncionales de 0 - 6
- graves de 0 - 2
- leves de 3 - 6



APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO DUKE-UNC -

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

- 1: mucho menos de lo que deseo
- 2: menos de lo que deseo
- 3: ni mucho ni poco
- 4: casi como deseo
- 5: tanto como deseo

- 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- 5.- Recibo amor y afecto
- 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32 , para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo).

RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -

A. Situación familiar

Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	1
Vive con cónyuge de similar edad	2
Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3
Vive solo y tiene hijos próximos	4
Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5

B Situación económica

Más de 1.5 veces el salario mínimo	1
Desde 1.5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI - FAS - Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5

C Vivienda

Adecuada a necesidades	1
Barreras arquitectónicas en vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños,...)	2
Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción,...)	3
Ausencia de ascensor, teléfono	4
Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	5

D Relaciones sociales

Relaciones sociales	1
Relación social sólo con familia y vecinos	2
Relación social sólo con familia o vecinos	3
No sale del domicilio, recibe visitas	4
No sale y no recibe visitas	5

E Apoyo de la red social

Con apoyo familiar y vecinal	1
Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2
No tiene apoyo	3
Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4
Necesita cuidados permanentes	5

Total

El punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

Punto de corte	Probabilidad de riesgo	Sensibilidad	Especificidad
16	78	15.50	99.80

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR -CUESTIONARIO DE ZARIT-

A continuación se presenta una lista de afirmaciones, en las cuales se refleja cómo se sienten, a veces, las personas que cuidan a otra persona. Después de leer cada afirmación, debe indicar con que frecuencia se siente Vd. así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

0=Nunca 1=Rara vez 2=Algunas veces 3=Bastantes veces 4=Casi siempre

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

11. ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
12. ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?	0	1	2	3	4
13. ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	0	1	2	3	4
14. ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	0	1	2	3	4
15. ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	0	1	2	3	4
16. ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	0	1	2	3	4
17. ¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	0	1	2	3	4
18. ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	0	1	2	3	4
19. ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	0	1	2	3	4
20. ¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	0	1	2	3	4
21. ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	0	1	2	3	4
22. Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a tu familiar?	0	1	2	3	4

Puntos de corte:

< 46

No sobrecarga

46-47 a 55-56
> 55-56

Sobrecarga leve
Sobrecarga Intensa

INDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Población diana: Población cuidadora de personas dependientes en general. Se trata de una entrevista semiestructurada que consta de 13 ítems con respuesta dicotómica Verdadero - Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

Instrucciones para el profesional: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el Hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).

1. Tiene trastornos de sueño (Ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).
2. Es un inconveniente (Ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).
3. Representa un esfuerzo físico (Ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).
4. Supone una restricción (Ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).

SÍ

NO

5. Ha habido modificaciones en la familia (Ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad)
6. Ha habido cambios en los planes personales (Ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (Ej. por parte de otros miembros de la familia).
8. Ha habido cambios emocionales (Ej. causa de fuertes discusiones).
9. Algunos comportamientos son molestos (Ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas).
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (Ej. es un persona diferente de antes).
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (Ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).
12. Es una carga económica.
13. Nos ha desbordado totalmente (Ej. por la preocupación acerca de persona cuidada o preocupaciones sobre cómo continuar el tratamiento).

SÍ

NO

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.

Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9:139-145.

Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 1985;146:55-61.

Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986;16:135-140.

Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología* 1979;42:139-158.

ESCALA DE KARNOFSKY

Cuadras Lacasa F, Alcaraz Benavides M, Lloret Mateu M et al. Índice de Karnofsky para medir la calidad de vida. *Revista Rol de Enfermería* 1998; XXI (233): 18-20.

Karnofsky DA, Abelmann WH, Craver LF, Burchenal JH. The use of nitrogen mustard in the palliative treatment of carcinoma. *Cancer* 1948, 1: 634-656.

DEPENDENCIA DE LA NICOTINA - TEST DE FAGERSTRÖM -

Fagerstrom KO Measuring degree of physical dependence to tobacco smoking with reference to individualization of treatment. *Addict Behav* 1978;3(3-4):235-41

Carrasco, TJ Luna, M Vila, J Validez del Fagerstrom Tolerance Questionnaire como medida de dependencia física de la nicotina: una revisión. *Rev Esp Drogodependencias* 1994; 19(1):3-14

Lee EW, D'Alonzo GE. Cigarette smoking, nicotine addiction, and its pharmacologic treatment. *Arch Intern Med* 1993 Ene 11; 153(1):34-48.

Cordoba, R Martin, C Casas, R Barbera, C Botaya, M Hernández, A Jane, C Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Aten Primaria* 2000 Ene; 25(1):32-6

TEST DE MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR -RICHMOND-

Richmond RL, Kehoe LA, Webster IW. Multivariate models for predicting abstinence following intervention to stop smoking by general practitioners. *Addiction*. 1993; 88: 1127-1135.

Córdoba R, Martín C, Casas R, Barberá C, Botaya M, Hernández A & Jané C. Valor de los cuestionarios breves en la predicción del abandono del tabaco en atención primaria. *Atención Primaria* 2000; 25(1): 32-36.

DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO -

Mayfield D McLeod G Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974 oct; 131(10):1121-3

Ewing JA Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. JAMA 1984; 252: 1905-1907

Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C, Pérez R Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. Drogaalcohol 1986; 11:132-39

DíezS Martín JM, Altisent R, Aznar P, Cebrián C, Imaz FJ, Castillo M. Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en atención primaria. Aten Primaria 1991 may; 8(5):367-70

DETECCION ALCOHOLISMO - CUESTIONARIO MALT -

Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test - MALT-. MMW Munch Med Wochenschr 1977 oct 7; 119(40):1275-82

Feuerlin W, Ringer C, Kufner H, Antons K. Diagnosis of alcoholism. The Munich Alcoholism Test - MALT-. Curr Alcohol 1979 ;7: 137-47

Gorenc KD, Peredo S, Pacurucu S, Llanos R, Vincente B, Lopez R, Abreu LF, Paez E. Validation of the cross-cultural alcoholism screening test -CCAST-. Arch Med Res 1999 sep-oct; 30(5):339-410

ESCALA DE NORTON -VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERAS POR DECÚBITO-

Norton D, McLaren R, Exton-Smith AN. An Investigation of Geriatric Nursing Problems in Hospital. London: Churchill Livingstone; 1962:193-224.

Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. Decubitus 1989;2:24-31 (erratum 1989;2:10).

Quiralte C, Martínez RM, Fernández C. Estudio de validez de criterio de la escala de Norton modificada del hospital clínico San Carlos. Enf Clin 1998 jul 8(4);151-6

García AM Rosa G Garrido G Rodríguez P Escala de Norton: ¿es válida como método de predicción del desarrollo de úlceras por presión? Med Prev 1999, V(3):24-27

Subdirección General de Relaciones Internas. Insalud. Guía de cuidados enfermeros. Úlceras por presión. Madrid: Dirección General del Insalud. 1997.

ESCALA DE BRADEN

Braden B, Bergstrom N. Predictive validity of Braden scale for pressure sore risk in a nursing home population. Res Nurs Health 1994;17: 459-70.

Bernal MC, Curcio CL, Chacón JA, Gómez JF & Botero AM. Validez y fiabilidad de la escala de Braden para predecir riesgo de úlceras por presión en ancianos. Revista Española de Geriatria y Gerontología. 2001; 36(5): 281-286.

RIESGO NUTRICIONAL -CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"-

Dwyer JT Screeninig older american's nutritional health: current practices and future possibilities. Washington: Nutrition Screening Initiative, 1991

Posner BM, Jette Am, Smith KW, Miller DR. Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. Am J Public Health 1993 jul;83(7):972-8

Vickery CE, Camasso AE, Cotugna N. Nutrition screening practices in adult day care centers: a national survey. J Nutr Elder 1993;12(4):43-53

Vergeles-Blanca J.M., Arroyo-Fernández de Aguilar J., Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. FMC-Aten. Primaria 1998 Ene;1(5):27-36

EVALUACIÓN ESTADO NUTRICIONAL -MINI NUTRICIONAL ASSESSMENT "MNA"-

Guigoz Y Vellas B Garry PJ 1994. Mini Nutritional Assessment: a practical assesment tool for grading the nutritional state of elderly patienst. Facts Res Gerontol 1994;12 (supl 2):15-59

Vellas B Guigoz Y Garry PJ Nourhashemi F Bennahum D Lauqu S Albarede JL. The Mini Nutritional Assessment and its use in grading the nutritional state of elderly patients. Nutrition 1999 feb;15(2):116-22

Rubenstein LZ Harker JO Salva A Guigoz Y Vellas B. Screening for undernutrition in geriatric practice: developin the short-form mini nutritional assessment (MNA-SF). J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2001 jun;56(6):M366-72

Ramon JM Subira C. Prevalencia de malnutrición en la población anciana española. Med Clin (Barc) 2001 dec 15;117(20):766-70

Norton D. Calculating the risk: reflections on the Norton Scale. Decubitus 1989;2:24-31 (erratum 1989;2:10).

Quiralte C Martínez RM Fernández C Estudio de validez de criterio de la escala de Norton modificada del hospital clínico San Carlos. Enf Clin 1998 jul 8(4);151-6

García AM Rosa G Garrido G Rodríguez P Escala de Norton:¿es válida como método de predicción del desarrollo de úlceras por presión? Med Prev 1999, V(3):24-27

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE INCONTINENCIA URINARIA

Vila MA Fernández MJ Florensa E Orejas V Dalfó A Romea S Validación de un cuestionario para el diagnóstico de la incontinencia urinaria Aten Primaria 1997 feb 19(3):121-126

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - INDICE DE BARTHEL -

Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. *South Med J* 1958; 51: 605-609

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65

Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 14-17

Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. *Arch Phys Med Rehabil* 1979; 60: 145-154

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709

Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia I. Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1993; 28: 32-40

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, y cols. Studies of illness in the age: the index of ADL a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA* 1963, 185: 914-919

Katz S, Down TD, Cash HR y cols. Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist*, 1.970; 10(1): 20-30.

BIBLIOGRAFÍA

Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Prim 1992, 10: 812-815

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA DE LAWTON Y BRODY-

Lawton MP, Brody EM Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. Gerontologist. 1969 Autumn; 9(3):179-86

ESCALA DE DISNEA -MRC MODIFICADA-

Medical Research Council. Committee on research into chronic bronchitis: instruction for use on the questionnaire on respiratory symptoms. Devon: W J Holman. 1966

Task group on surveillance for respiratory hazards in the occupational setting, Brooks SM (Chairman). Surveillance for respiratory hazards. ATS News. 1982, 8:12-16.

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS MÚLTIPLES

Tromp AM et al. Fall-risk screening test: a prospective study on predictors for falls in community-dwelling elders. J Clinical Epidemiology 2001; 54: 837-844.

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saiz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. Psicothema 2000;12(1):107-112.

CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO -TEST DE PFEIFFER VERSIÓN ESPAÑOLA-

Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975 Oct;23(10):433-41

Erkinjuntti T, Sulkava R, Wikstrom J, Autio L. Short Portable Mental Status Questionnaire as a screening test for dementia and delirium among the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1987 May;35(5):412-6

Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferreira P, Wilson J, Pawluczyk S, Pfeiffer E, Thomas RG, Jin S, Schafer K, Schittini M, Grundman M, Ferris SH, Thal LJ. The Spanish Instrument Protocol: design and implementation of a study to evaluate treatment efficacy Instruments for Spanish-speaking patients with Alzheimer's disease. The Alzheimer's Disease Cooperative Study. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997;11 Suppl 2:S57-64

Martinez de la Iglesia J, Rubio Cuadrado MV, Espejo Espejo J, Aranda Lara JM, Enciso Berge I, Perula de Torres LA, Fonseca del Pozo FJ. Factores asociados a la alteración cognitiva en una población urbana. *Proyecto ANCO. Aten Primaria* 1997 Oct 31;20(7):345-53

Martinez de la Iglesia J, Duenas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001 Jun 30;117(4):129-34

CRIBADO DE DEMENCIAS -SET-TEST DE ISAACS-

Isaacs B, Akhtar AJ. The set Test: a rapid test of mental function in old people. *Age and Ageing* 1972; 1: 222-6.

BIBLIOGRAFÍA

Isaacs B, Kennie AT. The set-test as an aid to the detection of dementia in old people. *Br J Psychiatry* 1973; 123: 467-470.

Pascual LF, Martínez JV, Modrego P, Mostacero E, López del Val J, Morales F. El set-test en el diagnóstico de la demencia. *Neurología* 1990 Mar; 5 (3): 82-5.

Sellers MA, Pérez L, Cacabelos R. Evaluación neuropsicológica de la demencia senil en atención primaria. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 1997 Mar; 4(3): 150-173.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12 (3):189-98.

Lobo A, Ezquerro J. El "Mini Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1979; 3:189:202.

Lobo A, Ezquerro J. El "Mini Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Rev Psiq Psicol Med* 1980; 539-57.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Min-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin* 1999; 112: 767-774.

CRIBADO DE DEMENCIAS - TEST DEL INFORMADOR -

Jorm AF, Jacomb PA. The Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): socio-demographic correlates, reliability, validity and some norms. *Psychol Med* 1989; 19(4): 1015-22.

Jorm AF. A short form of the Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE): development and cross-validation [published erratum appears in *Psychol Med* 1995 Mar;25(2):437]. *Psychol Med* 1994; 24(1): 145-53.

Morales JM, González-Montalvo JI, Del Ser T, Bermejo F. Validation of the S-IQCODE: the Spanish version of the informant questionnaire on cognitive decline in the elderly. *Arch Neurobiol* 1992; 55(6): 262-6.

Morales JM, González-Montalvo JI, Bermejo F, Del Ser T. The screening of mild dementia with a shortened Spanish versión of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly". *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1995; 9(2): 105-11.

Del Ser T, Morales JM, Baquero MS, Cantón R, Bermejo F. Application of a Spanish versión of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly" in the clinical assessment of dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11(1): 3-8.

CUESTIONARIO DE DOLOR ESPAÑOL - CDE -

Melzack R. 1975. The Mc Gill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. *Pain*. 1: 277-299.

BIBLIOGRAFÍA

Ruiz López R, Pagerols M, Ferrer I. 1990. The spanish pain questionnaire. *Pain*. 5: 304S.

Ruiz López R, Pagerols M, Ferrer I. 1991a. El lenguaje del dolor. *Medicina clínica*. 96: 196.

Ruiz López R, Pagerols M, Ferrer I. 1991b. El cuestionario del dolor en español. *Pain*. 5: 110S.

Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. 1993. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. *Dolor*. 11S.

CRIBADO ANSIEDAD DEPRESIÓN -ESCALA DE GOLDBERG-

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detecting anxiety and depression in general medical settings. *Br Med J* 1988; 97: 897-899.

Goldberg D, Bridges K, Duncan-Jones P, et al. Detección de la ansiedad y la depresión en el marco de la medicina general. *Br Med J* (ed. esp.) 1989; 4(2): 49-53.

Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R, et al. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria* 1993; 12: 345-349.

Lobo A, Montón A, Campos R, et al. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica: el nuevo instrumento E.A.D.G. Zaragoza: Ed Luzán, 1993.

Buitrago F, Ciurana R, Chocron L, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. *Aten Primaria* 1999; 24 (Supl 1): 184-190.

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA -TEST DE YESAVAGE-

Brink TL, Yesavage JA, Lum O et al. Screening tests for geriatric depression. Clin Gerontol 1982; 1: 37-43.

Sheikh JI, Yesavage JA. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. En: Brink TL eds. Clinical Gerontology: A guide to assessment and intervention. New York: Haworth Press, 1986, p 165.

Ramos JA, Montejo I, Lafuente R et al. Valoración de la escala criba geriátrica para la depresión. Actas Luso Españolas Neurol Psiquiatr 1991; 19: 174-177.

Salamero M, Marcos T. Factor study of the Geriatric Depression Scale. Acta Psychiatr Scand 1992; 86: 283-286.

Aguado C, Martínez J, Onís MC et al. Adaptación y validación al castellano de la versión abreviada de la "Geriatric Depression Scale" (GDS) de Yesavage. Aten Primaria 2000; 26 (supl 1): 328.

Martí D, Miralles R, Lorach I, García-Palleiro P, Esperanza A, Guillem J, Cervera AM. Trastornos depresivos en una unidad de convalecencia: experiencia y validación de una versión española de 15 preguntas de la escala de depresión geriátrica de Yesavage. Rev Esp Geriatr Gerontol 2000;35(1):7-14

CUESTIONARIO PARA CRIBADO DE ANOREXIA Y BULIMIA -SCOFF-

García Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S & Solano V. Validation of the spanish version of the SCOFF Questionnaire for the detection of eating disorders in primary care. 2002. (Pendiente de publicación)

BIBLIOGRAFÍA

Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 1999; 319: 1467-8.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES (EEICA)

Ignacio Baile J, Guillén Grima F & Garrido Landívar E. Desarrollo y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. *Medicina Clínica*, 2003; 121: 173-177.

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

Plutchick R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): 143-52.

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9.

Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Aten Primaria* 1996;18 (6): 289-295.

APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. *Med Care* 1988; 26: 709-23.

De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria*, 1991; 8: 688-92.

Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.

RIESGO SOCIAL - ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR -

Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Acebal V, García JV, Díaz E, Salamea A. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23(7): 434-440

ENTREVISTA SOBRE LA CARGA DEL CUIDADOR -CUESTIONARIO DE ZARIT-

Zarit Sh, Reever KE, Bach-Peterson J. Relatives of the impaired elderly: correlates of feeling of burden. *Gerontologist* 1980; 20:649-654.

Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., Lanz y Taussing, M.I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.

BIBLIOGRAFÍA

Montorio, I, Izal, M., López, A. y Sánchez, M. (1998). La Entrevista de Carga del Cuidador. Utilidad y validez del concepto de carga. *Anales de Psicología*, 14(2), 229-248.

ÍNDICE DE ESFUERZO DEL CUIDADOR

Moral Seffano MS, Juan Ortega J, López Matoses MJ & Pellicer Magraner P. Perfil de riesgo de morbilidad psíquica en cuidadores de pacientes ingresados en su domicilio. *Atención Primaria*. 2003; 32(2) 77-85.

Proceso de validación en curso con datos preliminares satisfactorios



PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

- ◆ Cuestionario de salud general de Goldberg -GHQ28-
- ◆ Escala de Karnofsky. Calidad de vida en pacientes oncológicos
- ◆ Dependencia de la nicotina - Test de Fagerström -
- ◆ Test de motivación para dejar de fumar -Richmond-
- ◆ Detección consumo alcohol - Cuestionario Cage camuflado -
- ◆ Detección alcoholismo -Cuestionario Malt -

NUTRICIONAL - METABÓLICO

- ◆ Escala de Norton. Valoración del riesgo de úlceras por decúbito.
- ◆ Escala de Braden. Valoración del riesgo de úlceras por decúbito
- ◆ Riesgo nutricional -Cuestionario "Conozca su salud nutricional"-
- ◆ Evaluación estado nutricional -Mini nutricional assessment "MNA"-

ELIMINACIÓN

- ◆ Cuestionario de valoración de incontinencia urinaria

ACTIVIDAD - EJERCICIO

- ◆ Autonomía para las actividades de la vida diaria - Índice de Barthel -
- ◆ Valoración de las actividades de la vida diaria -Índice de Katz-
- ◆ Actividades instrumental de la vida diaria - Escala de Lawton y Brody-
- ◆ Escala de disnea -MRC modificada-
- ◆ Escala de riesgo de caídas múltiples

SUEÑO - DESCANSO

- ◆ Cuestionario de Oviedo del sueño

COGNITIVO - PERCEPTUAL

- ◆ Cribado de deterioro cognitivo -Test de Pfeiffer versión española-
- ◆ Cribado de deterioro cognitivo -test de Isaacs-
- ◆ Mini Examen Cognoscitivo -MEC-
- ◆ Cribado de demencias - Test del informador -
- ◆ Cuestionario de dolor español - CDE -

AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

- ◆ Cribado Ansiedad- Depresión - Escala de Goldberg -
- ◆ Escala de depresión geriátrica -Test de Yesavage-
- ◆ Cuestionario para cribado de anorexia y bulimia -SCOFF-
- ◆ Escala de evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes -EEICA-
- ◆ Escala de riesgo suicida de Plutchick

ROL - RELACIONES

- ◆ Percepción de la función familiar - cuestionario apgar familiar-
- ◆ Apoyo social percibido o funcional - cuestionario duke-unc -
- ◆ Riesgo social - escala de valoración sociofamiliar -
- ◆ Entrevista sobre la carga del cuidador -cuestionario de zarit-
- ◆ Índice de esfuerzo del cuidador



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Andalucía en familia
Apoyo a las **familias andaluzas**