



Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria

Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Domiciliaria



2004

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2004.

© de los textos: los autores.

Coordinación: Juan Gallud; Josep Adolf Guirao Goris

Secretaria Autonòmica per a la Agència Valenciana de la Salut.

D.G. de Assistència Sanitària. Servei de protocolització i integració assistencial.

Depósito legal: V-3785-2004

Imprime: Gráficas Marí Montañana, s.l. – Santo Cáliz, 7 - Tel. 96 391 23 04* - VALENCIA

Sugerencia de cita bibliográfica: Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2004

Profesionales que han participado en el consenso.

Miembro	Profesión	GEM - Area Trabajo	Centro
Juan Antonio Avellana	Médico	Geriatría - GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Hospital La Ribera A 10
J. Javier Blanquer	Médico	Medicina de familia. GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Unidad de Calidad y Formación Alicante Área 18
Fermin García	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	
José Manuel Iranzo	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	UHD Hospital General
Lorenzo Pascual	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	CS Manises
Lola Rosales	Médica	Geriatría - GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	UHD La Fe Valencia A 6

Eduardo Zafrá Galán	Médico	GEM de consenso de instrumentos de valoración multidimensional	Conselleria de Sanitat
Nelly Carrasco	Psicóloga	Psicología - GEM Cuidador	Conselleria
Rosana Mayor	Enfermera	Enfermería - GEM Cuidador	UHD Arnau de Vilanova
Amparo Coscollá	Enfermera	Enfermería - GEM Cuidador	CS Nazaret
Asunción Bayo	Médico	GEM Cuidador	
J. Vicente Cardona	Enfermero	GEM Metodología de Enfermería en AD	C.S. Pobla Vallbona
Francisco Mas-Magro	Médico	Geriatría	C.S. San Blas Alicante A 18
Victoriano Borreguero	Médico	Geriatría	C.S. Hospital Alicante A 16
Carmina Wanden-Berghe	Médica	Geriatría	UHD Alcoi
Silvia Forcano	Médica	Geriatría	UHD Clinico Valencia A 4

Antonio Muñoz	Médico	Paliativos	UHD General Alicante A 18
Victoria De Zárate	Médica	Paliativos	C.S. San Blas Alicante A 18
Vicente Gimeno	Médico	Paliativos	UHD Clinico Valencia A 4
Amparo Gisbert	Médica	Paliativos	U.Cuid.Pal Hosp. Malvarrosa
Adolf Guirao	Enfermero	Coordinación Enfermería iMAD	Consellería
Juan Gallud	Médico	Coordinación iMAD	Conselleria

PRESENTACIÓN

El presente documento es resultado de varios grupos de consenso desarrollados al amparo del Plan de Mejora de la Atención Domiciliaria.

Las escalas que se exponen en este documento son las que seleccionó el grupo de consenso de instrumentos de valoración multidimensional. A las escalas seleccionadas se añadieron las sugeridas por el Grupo de Elaboración de Mejoras (GEM) del Cuidador y el GEM de Metodología de Cuidados en Atención Domiciliaria.

Las escalas aquí sugeridas son un conjunto de mínimos, se considera que dependiendo del dispositivo asistencial concreto pueden además utilizarse otros instrumentos para la valoración.

Las escalas se encuentran clasificadas por áreas de valoración y patrones funcionales de salud¹.

¹ GORDON, M. Diagnóstico Enfermero. Mosby/Doyma Libros. 3ª Ed. Madrid 1996.

I. Introducción.

II. Escalas para la valoración general.

Nutricional metabólico

NSI- Conozca Su Salud Nutricional..... 25

NORTON – Valoración del riesgo de úlceras por presión..... 27

Actividad – ejercicio

Barthel – Escala de actividades básicas de la vida diaria 29

Lawton – Escala de actividades instrumentales de la vida diaria..... 33

Cognitivo-Perceptivo

SPSMQ -Pfeiffer – Valoración mental del área cognitiva 36

TIN corto – Test del informador 39

Rol relaciones

Apgar familiar – Funcionamiento familiar 42

Test de Zarit – Escala de sobrecarga del cuidador 44

Duke- UNK – Cuestionario de apoyo social funcional	47
Riesgo social - Gijón	53
Autopercepción autoconcepto	
Escala de Ansiedad – depresión Goldberg	57
Escala de Autoestima de Rosemberg	61
III. Valoración específica del paciente geriátrico	
MNA – Evaluación del estado nutricional	67
Mini Mental State Examination	71
GDS – Global Deterioration Scale	75
Criterios diagnósticos DSM-IV de depresión mayor	81
IV. Valoración específica del paciente paliativo	
Escala de sedación de RAMSAY – RAMSAY Sedation Score	87
STAS – Support Team Assessment Schedule	89

Introducción

Grupo de consenso de instrumentos de valoración multidimensional

Juan Avellana, José Javier Blanquer, Fermín García, José Manuel Iranzo, Lorenzo Pascual, Lola Rosales, Eduardo Zafra Galán

La aparición de la geriatría y de la medicina paliativa ha contribuido de manera clara a cambiar el paradigma asistencial. Frente a un punto de vista casi exclusivamente biológico de la medicina actual, con un proceso de especialización muy importante, pero cada vez más limitado al conocimiento exhaustivo de un órgano o sistema o de partes de él, tanto la geriatría como los cuidados paliativos han aportado una visión global y han tenido en cuenta no solo la enfermedad física con su cortejo de complicaciones, sino además la funcionalidad, el estado cognitivo y emocional y la situación social que las sustenta.

En este marco, de la necesidad de comprender los problemas y de aplicar soluciones globales es de donde surgen los instrumentos de valoración multidimensional. La utilización de los instrumentos de valoración multidimensional constituye un cambio importante no solo en la atención geriátrica sino en la atención sociosanitaria en su conjunto.

Su implantación en la práctica asistencial, siendo aún escasa, es progresiva y proporciona una visión global de las necesidades de salud y sociales de los pacientes a los que se aplica. Los

beneficios de la valoración multidimensional, referidos más concretamente a la valoración geriátrica integral en los distintos niveles asistenciales, han sido demostrados en diversos metanálisis^{1,2} y múltiples ensayos clínicos⁵⁻¹⁴. Podemos resumirlos en:

- Mejora la exactitud diagnóstica^{3, 4}
- Mejora la situación funcional y retrasa la incapacidad^{1, 2, 5, 7}
- Mejora la función cognitiva^{1, 2}
- Mejora la calidad de vida y el bienestar⁶
- Mejora el uso de fármacos, disminuyendo la polifarmacia^{7, 8}
- Reduce la estancia hospitalaria^{1, 9, 10, 11}
- Disminuye la institucionalización^{1, 2, 5, 7}
- Disminuye la mortalidad^{1, 2, 12, 13, 14}
- Mayor satisfacción del usuario con la intervención^{14, 15}
- Disminución de costes económicos globales o beneficio coste-efectividad^{14, 16, 17, 18}

Estos beneficios han sido consensuados¹⁹ y revisados por distintos expertos en la literatura médica^{20,21,22} y en el ámbito nacional por las Sociedades Españolas de Medicina Geriátrica^{23,24,25,26} y de Medicina Familiar y Comunitaria²⁷, entre otras. Dichos resultados positivos se han obtenido en estudios realizados en distintos niveles asistenciales (unidades de agudos hospitalarias, unidades de recuperación funcional geriátrica o de media estancia, unidades de larga estancia, unidades de hospitalización a domicilio, residencias asistidas y atención primaria) y además se ha demostrado en parte de ellos su permanencia en el tiempo.

Sin embargo, si la valoración multidimensional no va acompañada de un plan integrado y dinámico de tratamiento y seguimiento de los problemas detectados, su utilidad quedará limitada al conocimiento de su existencia y no se obtendrá eficiencia alguna^{1, 18}.

Los objetivos del grupo de trabajo han sido:

- Consensuar la adopción de instrumentos de valoración multidimensional

- Diseñar las estrategias para su implantación en todo el ámbito de la atención sociosanitaria tanto en el ámbito de la Sanidad como de Servicios Sociales.

El trabajo del grupo ha consistido, a la luz de los estudios científicos realizados y de la realidad asistencial en nuestra comunidad, en definir qué instrumentos de valoración son las más adecuados.

Para decidir que escala es la más apropiadas en cada dimensión se han tenido en cuenta una serie de variables además de las estrictamente científicas y que a continuación exponemos:

- El recurso donde se aplica: Atención Primaria, Atención Especializada (Unidades de Hospital a Domicilio, Unidad Médica de Corta Estancia, Unidad de Geriátría, Hospital de Crónicos y Larga Estancia), Residencias Asistidas o Centros Sociosanitarios. En el Domicilio o de forma ambulatoria.

- Quien aplica la escala: indistintamente por los componentes del Equipo Multidisciplinar (EMD), siempre que exista una formación adecuada.
- En que momento se aplica: A demanda. Sistemáticamente para una población dada.
- Características del instrumento:
 - Mayor validez y fiabilidad
 - Sencillos y rápidos de aplicar
 - Fácilmente reproducibles (factibilidad)
 - Que permitan conocer la evolución
 - Más utilizados
 - Validados en nuestro país y en castellano o valenciano
- Para que pacientes o grupo de pacientes se aplica: Sin menoscabo de las circunstancias concretas en la utilización de cada una de las escalas y por tanto de forma general se recomienda la realización **Una Valoración Integral** en los siguientes casos:

- **Sistemáticamente a todos los mayores de 80 años que contacten con el sistema sanitario.**
- **A los menores de 80 años que además reúnan uno o más de los siguientes criterios:**
 - **Deterioro Funcional**
 - **Deterioro Cognitivo**
 - **Problema Social**
 - **Comorbilidad (2)**
 - **Paciente post-alta hospitalaria**

- **Pacientes en estadio terminal de su enfermedad sean oncológicos o no.**

² Se acuerda definir morbilidad como tres o más diagnósticos de enfermedad presentes, siempre que al menos uno de ellos sea alguno de los siguientes: Enfermedad Coronaria, Insuficiencia Cardíaca, AVC, Arteriopatía Periférica, Cáncer, Diabetes, OCFA, Neumonía, Demencia, Fractura de cadera, Cirrosis.

- **En los Centros Sociosanitarios se decide realizar una Valoración Integral en los siguientes casos:**
 - **Una vez al año en los residentes válidos**
 - **Cada seis meses a los asistidos**
 - **Siempre que se detecte un cambio en la situación basal del anciano**

Por último en el grupo se ha manifestado la necesidad de que la introducción de los instrumentos de valoración multidimensional suponga:

- Un cambio en la cultura asistencial de los recursos sanitarios y sociosanitarios

- Que la utilización de escalas de valoración suponga el punto de partida, para posteriormente implantar un adecuado Plan de Cuidados y los Protocolos Asistenciales específicos de cada caso.
- Una mayor coordinación entre equipos asistenciales

No obstante el grupo de consenso quiere remarcar que lo importante no es pasar instrumentos de valoración sino saber realizar una adecuada valoración integral que abarque aspectos clínicos, funcionales, cognitivos y sociales. Esta valoración integral se facilita con la correcta utilización de los instrumentos de valoración objeto de este consenso.

I.- INSTRUMENTOS Y ESCALAS PARA LA VALORACIÓN GENERAL

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE - “CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL”

Indicación: Personas mayores de 65 años. Detección del riesgo de malnutrición.

Administración: autoadministrado.

Interpretación y reevaluación:

0 a 2: **Bueno** >> Reevaluar la puntuación nutricional en 6 meses

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

6 o más: **Riesgo nutricional alto** >> Lleve el cuestionario a su médico y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

Propiedades psicométricas: Se trata de un instrumento de cribaje muy sensible pero no específico (Mitchell, 2002).

NUTRITIONAL SCREENING INITIATIVE	Si	No	
1.- ¿Tiene una enfermedad o malestar que le haya hecho cambiar el tipo o cantidad de alimento que come?	2	0	
2.- ¿Realiza menos de 2 comidas al día?	3	0	
3.- ¿Come pocas frutas, verduras o productos lácteos?	2	0	
4.- ¿Toma 3 vasos o más de vino, cerveza o licor al día?	2	0	
5.- ¿Tiene problemas en la boca o dentadura que le causen dificultad al comer?	2	0	
6.- ¿En ocasiones le falta dinero para comprar la comida que necesita?	4	0	
7.- ¿Come solo la mayor parte del tiempo?	1	0	
8.- ¿Toma 3 o más fármacos prescritos al día?	1	0	
9.- Sin pretenderlo ¿ha perdido o ganado 5 kg en los últimos 6 meses?	2	0	TOTAL
10.- En ocasiones ¿es incapaz físicamente de comprar, cocinar o alimentarse a sí mismo?	2	0	

ESCALA NORTON MODIFICADA – VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea y de la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP)

Administración: Heteroadministrado.

Interpretación y reevaluación:

De 5 a 9 puntos :	Riesgo muy alto
De 10 a 12 puntos:	Riesgo alto
De 13 a 14 puntos:	Riesgo medio
> de 14 puntos:	Riesgo mínimo / sin riesgo

Cuanto más baja se la puntuación mayor será el riesgo.

Reevaluación: Anualmente o cuando la situación del paciente cambie.

Propiedades psicométricas: Sensibilidad 95% (Pang, 1998). Coeficiente de Interrelación Intraclase : 0.91 (Bermejo Caja, 1998)

ESCALA NORTON MODIFICADA – VALORACIÓN DEL RIESGO DE UPP

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	
4- Bueno	4- Alerta	4- Ambulante	4-Total	4-Ninguna	
3- Mediano	3- Apático	3-Disminuida	3-Camina con ayuda	3-Ocasional	
2- Regular	2- Confuso	2-Muy limitada	2-Sentado	2-Urinaria o fecal	
1- Muy malo	1- Estuporoso comatoso	1-Inmóvil	1-Encamado	1-Urinaria y fecal	TOTAL

ÍNDICE DE BARTHEL- Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Administración: Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda?. Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calcula los puntos que no realiza y se resta de 100.

Interpretación:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: ≤ 20

Dependiente Grave: 20 – 40

Dependiente Moderado: 45 - 55

Dependiente Leve: ≥ 60

Reevaluación: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas: Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0.97 ;

Consistencia interna: 0.86 – 0.92 ;

Escala de Actividades Básicas de la Vida Diaria		Ptos
Lavarse	▪ Independiente. Entra y sale solo al baño	5
Baño	▪ Dependiente	0
Arreglarse Aseo	▪ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
	▪ Dependiente	0
Vestirse	▪ Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	▪ Necesita ayuda	5
	▪ Dependiente	0
Comer	▪ Totalmente independiente	10
	▪ Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	▪ Dependiente	0
Usar el retrete	▪ Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	▪ Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	▪ Dependiente	0
Trasladarse	▪ Independiente para ir del sillón a la cama	15
	▪ Mínima ayuda física o supervisión	10
	▪ Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	▪ Dependiente	0

Deambular	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independiente, camina solo 50 m. ▪ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m. ▪ Independiente en silla de ruedas sin ayuda ▪ Dependiente 	15
		10
		5
		0
Escalones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Independiente para subir y bajar escaleras ▪ Necesita ayuda física o supervisión ▪ Dependiente 	10
		5
		0
Micción	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continente o es capaz de cuidarse de la sonda ▪ Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda ▪ Incontinente 	10
		5
		0
Deposiciones	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Continente ▪ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas ▪ Incontinente 	10
		5
		0
TOTAL		

INDICE DE LAWTON - Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Indicación: Valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria. Cuando el índice de Barthel puntúe 100 o sólo haya dependencia en continencia urinaria y fecal

Administración: Heteroadministrada

Interpretación:

Mujeres

Dependencia 0-1 **Total** 2-3 **Grave** 4-5 **Moderada** 6-7 **Leve** 8 **Autónoma**

Hombres

Dependencia 0 **Total** 1 **Grave** 2-3 **Moderada** 4 **Leve** 5 **Autónomo**

Dependencia en alguna de las actividades instrumentales nos indica riesgo de deterioro. No resulta adecuada para evaluar respuesta al tratamiento o cambios funcionales a lo largo del tiempo.

Reevaluación: con carácter anual cuando el índice de Barthel puntúe 100 o sólo haya dependencia en continencia urinaria y fecal.

Propiedades psicométricas: No validada en español y en nuestro medio.

ESCALA DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA INSTRUMENTALES - LAWTON		Varón	Mujer
Capacidad para usar el teléfono	- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	1
	- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1	1
	- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1	1
	- No utiliza el teléfono	0	0
Compras	- Realiza independientemente las compras necesarias	1	1
	- Realiza independientemente pequeñas compras	0	0
	- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0	0
	- Totalmente incapaz de comprar	0	0
Preparación de la comida	- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo 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 sirvan las comidas		0
Cuidado de la casa	- Mantiene solo la casa o con ayuda ocasional para trabajos pesados		1
	- Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas		1
	- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
	- Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
	- No participa en ninguna labor de la casa		0

Lavado de ropa	- Lava por sí solo toda su ropa		1
	- Lava por sí solo prendas pequeñas		1
	- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
Uso de medios de transporte	- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche	1	1
	- Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1	1
	- Viaja en transporte público, cuando va acompañado de otra persona	1	1
	- Utiliza el taxi o el automóvil, pero solo con ayuda de otros	0	0
	- No viaja en absoluto	0	0
Responsabilidad respecto a su medicación	- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1	1
	- Toma su medicación si la dosis está previamente preparada	0	0
	- No es capaz de administrarse su medicación	0	0
Manejo de asuntos económicos	- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1	1
	- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y bancos	1	1
	- Incapaz de manejar dinero	0	0
TOTAL			

PFEIFER - SPMSQ – Valoración Mental Área Cognitiva

Indicación: Cuestionario de rastreo validado para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos.

Administración: Consta de 10 ítems, que puntúan cuatro parámetros: la memoria a corto plazo, la memoria a largo plazo, la orientación, la información para hechos cotidianos, y la capacidad de cálculo. Se permite un error de más si el entrevistado no tiene educación primaria, y un error de menos, si el entrevistado tiene estudios superiores. Se puntúan los errores. Heteroadministrada.

Interpretación:

Punto de corte: 5 o más errores.

* 0-3 errores: Funcionamiento intelectual normal

* 4-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro

* 8-10 errores: Déficit intelectual severo

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más; si el nivel es superior un error menos

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano, obteniendo una sensibilidad que varía según los autores, desde el 100% de unos, hasta el 68 % de otros. Su especificidad, sin embargo, coincide en todos ellos, siendo de un 90 a un 96%, para un punto de corte de 5.

SPMSQ – Valoración Mental Área Cognitiva	Error
• ¿Qué día es hoy? (día, mes y año)	
• ¿Qué día de la semana es hoy?	
• ¿Cuál es el nombre de este lugar?	
• ¿Cuál es su número de teléfono?(si no tfno, preguntar dirección)	
• ¿Qué edad tiene?	
• ¿Cuándo nació?	
• ¿Quién es ahora el Presidente del Gobierno?	
• ¿Quién fue el Presidente anterior?	
• ¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
• Reste de 3 en 3 a partir de 20.	
TOTAL	

Punto de corte: 5 o más errores.

* 0-3 errores: Funcionamiento intelectual normal

* 4-7 errores: Funcionamiento intelectual deficitario. Sospecha de deterioro

* 8-10 errores: Déficit intelectual severo

En los individuos con nivel de estudios primarios se permite un error más; si el nivel es superior un error menos

TIN – TEST DEL INFORMADOR

Indicación: Cuestionario de rastreo validado para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos a través del cuidador principal.

Administración: En este cuestionario se valoran, la memoria, la funcionalidad y la capacidad ejecutiva y de juicio. Consta de 17 ítems, con escala de 1 a 5 puntos, con una máxima puntuación de 85 puntos. Se administra a un informador fidedigno, que conoce al paciente y puede valorar el cambio sucedido en los últimos 5 a 10 años. Heteroadministrada.

Interpretación:

A partir de 57, es indicativo de deterioro cognitivo

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de deterioro cognitivo.

Propiedades psicométricas La sensibilidad, en los casos de demencia leve, es del 86%, con una especificidad del 91%.

TEST DEL INFORMADOR (TIN) CORTO	
Capacidad para recordar los nombres de las personas más allegadas (parientes, amigos).	
Recordar cosas que han sucedido recientemente, en los últimos 2 ó 3 meses (noticias, cosas propias o de sus familiares)	
Recordar lo que se habló en una conversación mantenida unos días atrás	
Olvidar lo que se ha dicho unos minutos antes, pararse en la mitad de la frase y o saber lo que iba a decir, repetir lo que ha dicho hace un rato	
Recordar la fecha en que vive	
Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas	
Saber dónde se coloca una cosa que se ha encontrado descolocada	
Capacidad para aprender a hacer funcionar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio...)	
Recordar las cosas que han sucedido recientemente (en general)	
Aprender cosas nuevas (en general)	
Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, televisión, conversaciones)	

Entender artículos de los periódicos o revistas en los que está interesado	
Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la televisión	
Tomar decisiones en cuestiones cotidianas (qué traje ponerse, qué comida preparar) y en asuntos a más largo plazo (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)	
Manejar los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, tratar con el banco)	
Manejar otros problemas aritméticos cotidianos (tiempo entre visitas de los familiares, cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados)	
¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	
TOTAL	

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

PUNTUACIÓN: Puntuación total 85 puntos. A partir de 57 puntos, probable deterioro cognitivo

APGAR FAMILIAR – FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

Indicación: Cuestionario para explorar el impacto de la función familiar en la salud de sus miembros y para conocer hasta qué punto la familia y su comportamiento como tal frente a la salud y a la atención sanitaria puede considerarse un recurso para sus integrantes, o si por el contrario influye empeorando la situación.

Administración: Consta de 5 preguntas que se corresponden con un área diferente de la función familiar: Adaptabilidad, Cooperación, Desarrollo, Afectividad y Capacidad resolutive. Autoadministrado o administrado mediante entrevista.

Interpretación:

- normofuncionales de 7 - 10 puntos
- disfunción leve de 4 - 6 puntos
- disfunción grave de 0 - 3 puntos

Reevaluación: Cuando la situación familiar cambie o se sospeche disfunción familiar

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano, se ha estudiado la validez de constructo, la validez factorial. La consistencia interna de la escalas es de 0,81 y la fiabilidad test –retest es de 0.81

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
TOTAL			

ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR - TEST DE ZARIT

Indicación: Medir el grado de sobrecarga subjetiva de los cuidadores de ancianos afectados de trastornos mentales.

Administración: consta de 22 ítems relacionados con las sensaciones del cuidador cuando cuidan a otra persona, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 (nunca) a 5 (casi siempre). Autoadministrada.

Interpretación:

- <47: No sobrecarga
- 47 a 55: Sobrecarga leve
- >55: Sobrecarga intensa

Reevaluación: Cuando la situación del paciente cambie o se sospeche aparición de sobrecarga en el cuidador. De forma genérica con carácter anual.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la fiabilidad test-retest es de 0.86

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita?	
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.?	
¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	
¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	
¿Piensa que su familiar depende de Vd.?	
¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?	
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	

¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	
¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	
TOTAL	

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5=Casi siempre

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

Indicación: Evaluación cuantitativa del apoyo social percibido en relación a dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y persona que expresan sentimientos positivos de empatía. Esta indicada en el cuidador si no existe ningún apoyo en la red sociofamiliar.

Administración: Autoadministrada.

Interpretación: Recoge valores referidos al Apoyo Confidencial (ítems, 1, 4, 6, 7, 8 y 10) y referidos al Apoyo Afectivo (ítems, 2,3, 5, 9 y 11). Cada aspecto se evalúa mediante una escala Likert con 5 opciones.

Apoyo total percibido	≤ 33 puntos – Escaso apoyo
Apoyo Afectivo	≤15 Escaso apoyo
Apoyo confidencial	≤ 18 Escaso apoyo

Reevaluación: En el cuidador cuando la situación sociofamiliar cambie.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de concepto y la validez de constructo. La consistencia interna se ha estudiado obteniéndose un valor alfa de 0,90 para el total de la escala y de 0,88 y 0,79 para las escalas de apoyo confidencial y afectivo, respectivamente

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DUKE-UNK

	1. Tanto como deseo		5. Mucho menos de lo que deseo
1c. Recibo visitas de mis amigos y familiares			
2a. Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa			
3a. Recibo elogios o reconocimiento cuando hago bien mi trabajo			
4c. Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede			
5a. Recibo amor y afecto			
6c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo y/o casa			

	1. Tanto como deseo		5. Mucho menos de lo que deseo
7c. Tengo posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares			
8c. Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos			
9a. Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas			
10c. Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida			
11a. Recibo ayuda cuando estoy enferma/o en la cama			

TOTAL c

TOTAL a

TOTAL

ESCALA “GIJÓN” DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

Indicación: valoración inicial sociofamiliar en el anciano para la detección de riesgo social.

Administración: Heteroadministrada.

Interpretación: Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales.

De 5 a 9	Buena/aceptable situación social
De 10 a 14	Existe riesgo social
Más de 15	Problema social

Reevaluación: Cuando las condiciones sociales cambien o se sospeche riesgo social.

Propiedades psicométricas Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto. No se ha estudiado ni la validez de contenido ni la validez de constructo. La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de kappa de 0,957). La consistencia interna es muy baja (alfa de Crombach 0,142).

ESCALA “GIJÓN” DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR EN EL ANCIANO

A- SITUACIÓN FAMILIAR <ol style="list-style-type: none">1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica.2. Vive con cónyuge de similar edad.3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia.4. Vive solo y tiene hijos próximos.5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.	
B- SITUACION ECONOMICA¹: <ol style="list-style-type: none">1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive.3. Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva.4. L.I.S.M.I. – F.A.S. – Pensión no contributiva.5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.	
C- VIVIENDA: <ol style="list-style-type: none">1. Adecuada a necesidades.2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas, estrechas, baños..)3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto, ausencia de agua caliente, calefacción).4. Ausencia ascensor, teléfono.5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).	

D - RELACIONES SOCIALES: 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale del domicilio, recibe visitas. 5. No sale y no recibe visitas.	
E- APOYOS DE LA RED SOCIAL: 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en Residencia Geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.	
TOTAL	

OBSERVACIONES:

DIAGNÓSTICO SOCIAL:

1.- El cálculo individual de los ingresos, en el caso de matrimonios se obtendrá de la suma de las pensiones de ambos más 1/3 del SMI. dividiendo el resultado entre 2

ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG (E.A.D.G)

Indicación: instrumento de cribaje para detectar la ansiedad y la depresión.

Administración: Su aplicación es hetero-administrada, intercalada en el contexto de la entrevista clínica, en la que se interroga al paciente sobre si ha presentado en las últimas dos semanas alguno de los síntomas a los que hacen referencia los ítems; no se puntúan los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de leve intensidad.

Interpretación: 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 subescala de ansiedad, y ≥ 2 para la de depresión. el instrumento está diseñado para detectar “probables casos”, no para diagnosticarlos

Propiedades psicométricas La escala global tiene una sensibilidad del 83 % y una especificidad del 82 %. La subescala de depresión muestra una alta sensibilidad para captar los pacientes diagnosticados de trastornos depresivos (85.7 %), con una capacidad discriminante para los trastornos de ansiedad algo baja (captó el 66 % de los pacientes con trastornos de ansiedad). La de ansiedad tiene una sensibilidad algo menor (72 %), pero mayor capacidad discriminante (sólo detecta un 42 % de los trastornos depresivos).

Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión)	Si/No
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 dificultades para relajarse?	
Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando Subtotal	
5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	
6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nunca?	
7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	
8. ¿Ha estado preocupado por su salud?	
9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido?	
TOTAL ANSIEDAD	

≥ 4 : Ansiedad probable

Subescala de depresión	Si/No
1. ¿Se ha sentido con poca energía?	
2. ¿Ha perdido el interés por las cosas?	
3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo?	
4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas?	
Si hay 2 o + respuestas afirmativas, continuar preguntando	
Subtotal	
5. ¿a 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?	
TOTAL DEPRESIÓN	

≥ 2 : Depresión probable

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo.

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

De 30 a 40 puntos: Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.

De 26 a 29 puntos: Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.

Menos de 25 puntos: Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de la escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de si misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás.				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas.				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mi mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mi mismo/a				

	A	B	C	D
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mi mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil.				
10. A veces creo que no soy buena persona				

III.- INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN COMPLEMENTARIA DEL PACIENTE GERIÁTRICO

MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT – EVALUACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL

Indicación: Personas mayores de 80 años. Detección de malnutrición. En residencias de ancianos. Cuando el NSI sea positivo.

Administración: Heteroadministrado.

Interpretación:

≥ 24 puntos :	Estado nutricional satisfactorio
De 17 a 23,5 puntos:	Riesgo de malnutrición
< 17 puntos:	Mal estado nutricional

Reevaluación: Con carácter anual en los casos con riesgo nutricional obtenido en cuestionario NSI. Excepción: cuando esté identificado como problema el mal estado nutricional.

Propiedades psicométricas: El MNA se correlaciona fuertemente con las valoraciones clínicas e indicadores objetivos del nivel nutricional, Nivel de albúmina, IMC, Ingesta de energía, y estado vitamínico. Consistencia interna: 0.83. Fiabilidad test-retest medida con el coeficiente de correlación intraclase : 0,89. (Bleda, 2002)

EVALUACIÓN	G.- ¿El paciente vive en su domicilio?	0 = Sí	1 = No		
	H.- ¿Toma más de 3 medicamentos al día?	0 = Sí	1 = No		
	I.- ¿Úlceras o lesiones cutáneas?	0 = Sí	1 = No		
	J.- ¿Cuántas comidas completas realiza al día? (Equivalentes a dos platos y postre)	0 = 1 comida	1 = 2 comidas	2 = 3 comidas	
	K.- ¿El paciente consume? ¿Productos lácteos al menos una vez al día? ¿Huevos o legumbres 1 ó 2 veces por semana? ¿Carne, pescado o aves diariamente?	0,0 = Si responde 0-1 veces Sí	0,5 = Si responde 2 veces Sí	1,0 = Si responde 3 veces Sí	,
	L.- ¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?	0 = Sí	1 = No		
	M.- ¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza, ...)	0,0 = Menos de 3 vasos	0,5 = De 3 a 5 vasos	1,0 = Más de 5 vasos	,
	N.- Forma de alimentarse	0 = Necesita ayuda	1 = Se alimenta solo con dificultad	2 = Se alimenta solo sin dificultad	
	O.- ¿El paciente se considera a sí mismo bien nutrido? (Problemas nutricionales)	0 = Malnutrición severa	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 nutricional?	0 = Peor	0.5 = No lo sabe	1 = Igual	2 = Mejor
	Q.- Circunferencia Braquial (CB en cm)	0,0 = CB < 21	0,5 = 21 ≤ CB ≤ 22	1 = CB > 22	
	R.- Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)	0 = CP < 31	1 = CP ≥ 31		
	TOTAL (CRIBAJE + EVALUACIÓN max 30 puntos)		EVALUACIÓN (max. 16 puntos)		

MINI MENTAL STATE EXAMINATION - LOBO

Indicación: Valoración del estado cognitivo

Administración: Heteroadministrado. No se debe influir en el entrevistado ni corregirle ni ayudarle, simplemente valorar. El test debe repetirse en tres ocasiones diferentes y valorar la media, para descartar factores externos que puedan influir, además debe contarse con un familiar y/o cuidador para valorar la veracidad de los datos.

Interpretación: la puntuación total es de 30 y el punto de corte 23-24

Deterioro cognitivo leve: 19-23

Deterioro cognitivo moderado: 14-18

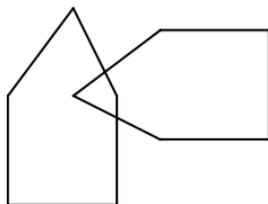
Deterioro cognitivo severo: < 14

Propiedades psicométricas: Sensibilidad (87%)y especificidad(92%) para puntuaciones inferiores a 24. Posee un valor predictivo positivo de 69% en mayores de 74 años.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION - LOBO

ORIENTACIÓN		
• Dígame el día.....fecha.....mes.....estación.....año.....	5	
• Dígame el Hospital.....planta.....ciudad..... provincia..... nación.....	5	
MEMORIA DE FIJACIÓN		
• Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana (repetir hasta que las aprenda)	3	
CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO		
• Si tiene 30 pesetas, y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? (anote 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, hasta un máximo de 5 puntos)	5	
• Repita estas tres cifras: "5-9-2" Ahora repítalas hacia atrás (anotar 1 punto por cada cifra en orden correcta)	3	
MEMORIA (REPETICIÓN)		
• ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes?	3	
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN		
• Mostrar un bolígrafo: "¿Qué es esto?". Repetir con un reloj	2	
• Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros"	1	
• Una manzana y una pera son frutas, "¿verdad?"		

“¿Qué son el rojo y el verde? y ¿un perro y un gato?”	2	
• “Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” (anote un punto por movimiento correcto)	3	
• Lea esto y haga lo que dice: “CIERRE LOS OJOS”	1	
• Escriba una frase completa cualquiera (la frase debe tener sujeto, real o implícito, y verbo)	1	
• “Copie este dibujo” (cada pentágono debe tener cinco lados y cinco vértices, y la intersección formar un diamante)	1	
TOTAL		



Punto de corte 23-24

Deterioro cognitivo: 19-23 leve; 14-18 moderado; < 14 severo

GLOBAL DETERIORATION SCALE

Indicación: Es útil para seguir de una forma global la evolución de la Demencia del anciano y para definir sus etapas, suave, moderada y demencia severa incluyendo los límites entre la demencia propiamente dicha y el deterioro fisiológico senil

Administración: Se aplica mediante entrevista, a partir de datos observacionales, de cuestiones planteadas al propio enfermo, a sus cuidadores o a las personas que estén en contacto con él.

Interpretación: A partir de datos observacionales durante la entrevista o en base a cuestiones planteadas al propio enfermo y, según la gravedad al cuidador, se establece siete estadios posibles, que van desde la normalidad (GDS-1) hasta deterioro cognitivo muy grave (GDS-7):

Propiedades psicométricas: La GDS se ha comunicado un coeficiente kappa de 1.0 en pacientes psiquiátricamente sanos, un coeficiente kappa de 0.88 para pacientes con demencia, un coeficiente de correlación intraclase de 0.82 para pacientes con enfermedad de Alzheimer y un coeficiente de correlación de Pearson de 0.92 para pacientes con Alzheimer y pacientes con Parkinson

GLOBAL DETERIORATION SCALE

Estadio	Déficit cognitivo	Características clínicas
1	Inexistente	Normal
2	Muy leve	Olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy Grave	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

Descripción de cada estadio

GDS-1 (Ausencia de alteración cognitiva):

- Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria

GDS-2 (Disminución cognitiva muy leve):

- Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en:
 - a) Olvido de dónde ha colocado objetos familiares
 - b) Olvido de nombres previamente bien conocidos
- No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico
- No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales
- Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología

GDS-3 (Defecto cognitivo leve):

- Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas:
 - a) El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar
 - b) Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre
 - c) Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres
 - d) Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material

- e) Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos
- f) Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor
- g) Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica
- Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva
- Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes
- Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada

GDS-4 (Defecto cognitivo moderado):

- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes:
 - a) Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes
 - b) El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal
 - c) Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de siete
 - d) Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc.
- Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes:
 - a) Orientación en tiempo y persona
 - b) Reconocimiento de personas y caras familiares
 - c) Capacidad de desplazarse a lugares familiares
- Incapacidad para realizar las tareas complejas
- La negación es el mecanismo de defensa dominante
- Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes

GDS-5 (Defecto cognitivo moderado-grave):

- El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia
- No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc.
- Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc.
- Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2
- Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros
- Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos
- No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados

GDS-6 (Defecto cognitivo grave):

- Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir
- Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida
- Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario
- Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación, etc.
- Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante
- Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. Puede tener incontinencia o requerir

ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares

-El ritmo diurno está frecuentemente alterado

-Casi siempre recuerda su nombre

-Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno

-Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como:

a)Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo

b)Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza

c)Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente

d)Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo

GDS-7 (Defecto cognitivo muy grave):

- Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos

-Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación

-Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulaci3n

-El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y sntomas neurol3gicos generalizados y corticales

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV DE DEPRESIÓN MAYOR

Basándose en los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), se definen 8 síntomas y criterios, junto a la sugerencia de algunas preguntas para los pacientes (Tabla 1). Dependiendo de las respuestas a las preguntas y de la duración de los síntomas, la depresión puede ser mayor o menor, o puede indicar simplemente una distimia (Melancolía, Tabla 2).

TABLA 1: CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV Y PREGUNTAS SUGERIDAS

Síntomas	Criterios diagnósticos DSM-IV	Preguntas sugeridas
Ánimo depresivo	Estado de ánimo depresivo la mayor parte del día, casi todos los días	¿Cómo ha estado su ánimo últimamente?. ¿Con qué frecuencia ocurre esto?. ¿Cuánto dura?
Anhedonia	Marcada disminución del interés o placer en casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días.	¿Ha perdido interés en sus actividades habituales? ¿Obtiene menos placer en cosas con las que solía disfrutar?
Alteraciones del sueño	Insomnio o hipersomnia casi todos los días	¿Cómo ha estado durmiendo?. ¿Cómo lo compara con su sueño normal?
Cambios de peso o apetito	Cambios considerables en el apetito casi todos los días o pérdida no intencionada de peso o aumento de peso (>5% del peso corporal en un mes)	¿Ha tenido algún cambio en su apetito o peso?
Pérdida de energía	Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.	Ha detectado una pérdida en su nivel de energía?

Aumento o descenso en la actividad psicomotora	Agitación o enlentecimiento psicomotriz casi cada día	¿Se ha sentido inquieto o ha tenido problemas para sentarse tranquilo?. ¿Se siente enlentecido, como si se estuviera moviendo a cámara lenta o pesado?
Pérdida de concentración	Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o indecisión casi cada día	¿Ha tenido problemas para concentrarse? ¿Le cuesta más tomar decisiones que antes?
Sentimientos de culpa o de inutilidad	Sentimientos de inutilidad o excesiva culpa casi cada día	¿Se siente culpable o se culpabiliza por las cosas? ¿Cómo se describiría a sí mismo a alguien que nunca lo hubiera conocido antes?
Ideación suicida	Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio	¿Ha sentido que no merece la pena vivir o que estaría mejor muerto?. ¿Algunas veces cuando una persona se siente decaída o deprimida pueden pensar en morirse. ¿Ha tenido algún pensamiento como ese?

TABLA 2: CATEGORÍAS DIAGNÓSTICAS PARA LA DEPRESIÓN Y DISTIMIA (MELANCOLÍA) Y CRITERIOS PARA SU DIAGNÓSTICO

Categoría Diagnóstica	Criterios DSM-IV	Duración
Depresión Mayor	≥5 síntomas depresivos , incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras áreas importantes de funcionamiento	≥2 semanas
Depresión Menor	2 a 4 síntomas depresivos , incluyendo un estado de ánimo depresivo o anhedonia, que causan un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento	≥2 semanas
Distimia	3 ó 4 síntomas distímicos , incluyendo un estado de ánimo depresivo, que causa un deterioro significativo social, laboral o en otras importantes áreas de funcionamiento	≥2 años

IV.- INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN COMPLEMENTARIA DEL PACIENTE TERMINAL

ESCALA DE RAMSAY (RAMSAY SEDATION SCORE)

Indicación: Valoración del estado de sedación del paciente.

Administración: Heteroadministrado. Hay que señalar el nivel de sedación en que se encuentra el paciente.

Interpretación:

A través de 6 niveles evalúa el grado de sedación del paciente, sin embargo ofrece poca información acerca de la calidad de la sedación (concepto que se fundamenta en el mantenimiento del paciente en el nivel de sedación considerado óptimo durante todo el tiempo de tratamiento sedante).

Propiedades psicométricas: La escala Ramsay ha sido utilizada como patrón de oro para validar otros índices como el BIS (Bispectral Index Score). La escala de Ramsay nunca ha sido validada en sí y los 6 niveles de sedación no son totalmente excluyentes. En niños la escala Ramsey se ha mostrado inadecuada para monitorizar la profundidad de sedación.

ESCALA DEL NIVEL DE SEDACION DE RAMSAY (RAMSAY SEDATION SCORE)

1. Ansioso y/o Agitado	
2. Colaborador, tranquilo y orientado	
3. Dormido, responde a ordenes verbales.	
4. Dormido, responde a ordenes enérgicas	
5. Dormido con respuesta sólo al dolor.	
6. Sin respuesta alguna	

SUPPORT TEAM ASSESSMENT SCHEDULE (STAS)

Indicación :

El STAS forma parte del sistema de monitorización y autoevaluación de la calidad asistencial prestada al paciente y su familia.. Se realiza al inicio del proceso que veremos a continuación, bien al final del proceso o al inicio del mismo y con periodicidad semanal hasta la muerte del enfermo. : Valoración del estado de sedación del paciente.

Administración: En el STAS son los propios profesionales implicados en la asistencia los que realizan una autoevaluación de 9 ítems, en la versión original consta de 7 ítems adicionales. Heteroadministrado. El problema y la necesidad de su mejora se puntúa sobre una escala de 5 puntos (0-4).

Se debe puntuar “9”, si no es posible valorar un apartado, a fin de indicar la pérdida de esa valoración, por imposibilidad de puntuar. Se debe puntuar “8”, si el apartado en cuestión no es apropiado. Indica que se trata de una situación diferente para ese caso y que no es posible adjudicar una puntuación. Ej. Puntuar la ansiedad de un familiar, cuando en realidad no hay familia. Puntuar “8” es diferente de puntuar “9”, ya que no indica, la imposibilidad de puntuar, si no que la puntuación no es apropiada para ese apartado.

Revaloración: Con periodicidad semanal hasta la muerte del enfermo.

Interpretación:

Las puntuaciones altas sólo indican la existencia de muchos problemas, las puntuaciones bajas indican lo contrario.

Propiedades psicométricas: Los resultados de la validación se muestran como una medida válida de resultado desde la perspectiva del equipo de cuidados (Higginson, 1993). El instrumento se muestra más sensible a los cambios en las seis últimas semanas de vida que otras medidas de calidad de vida (Higginson, 1994). El análisis de fiabilidad muestra una falta de consistencia en el uso entre los diferentes miembros del equipo; mientras que el análisis de validez muestra diferencias en las percepciones entre paciente, familia y el equipo de cuidados (Carson, 2000)

VALORACIÓN FINAL DEL EQUIPO (STAS)

	0	1	2	3	4
Control dolor					
Control otros síntomas					
Ansiedad del paciente					
Ansiedad de la familia					
Información del paciente					
Información de la familia					
Comunicación paciente - familia					
Comunicación entre profesionales					
Comunicación profesionales - paciente y familia					
TOTAL:					

Descripción de cada valor para cada ítem

CONTROL DEL DOLOR: Efecto del dolor sobre el paciente.

0 = Ninguno

1 = Molestia o dolor que aparece de forma ocasional. El paciente no está preocupado por el dolor.

2 = Malestar moderado, días malos de forma ocasional el dolor limita alguna actividad que es posible realizar dentro del contexto de la enfermedad.

3 = Dolor habitualmente presente. Las actividades y concentración están muy afectadas por el dolor.

4 = Dolor continuo, severo e insoportable. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

CONTROL DE OTROS SÍNTOMAS: Efecto de otros síntomas sobre el paciente (excepto el dolor).

0 = Ninguno

1 = Molestia/s o síntoma/s que aparece/n de forma ocasional. El paciente desarrolla una actividad normal y el/los síntoma/s no le preocupan.

2 = Molestias moderadas, días malos de forma ocasional los síntomas limitan alguna actividad que es posible realizarla dentro del contexto de la enfermedad.

3 = Síntoma/s intensos habitualmente presente/s. Las actividades y concentración están muy afectadas por dichos síntoma/s.

4 = Síntoma/s continuo/s, severo/s e insoportable/s. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

ANSIEDAD DEL PACIENTE :Efecto de la ansiedad sobre el paciente:

0= Ninguno

1= Preocupación por los cambios. No síntomas de ansiedad, ni físicos ni de comportamiento. La concentración no está afectada.

2= Estar a la espera de cambios o problemas: Preocupado, intranquilidad, imposibilidad de relajarse. Síntomas ocasionales de ansiedad, tanto físicos como de comportamiento.

3= Frecuentemente ansioso. Síntomas de ansiedad físicos y de comportamiento. Concentración, visiblemente afectada.

4= Completa y continuamente preocupado y ansioso. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

ANSIEDAD DE LA FAMILIA: Efecto de la ansiedad sobre la familia:

0= Ninguno

1= Preocupación por los cambios. No síntomas de ansiedad, ni físicos ni de comportamiento. La concentración no está afectada.

2= Estar a la espera de cambios o problemas: preocupado, intranquilidad, imposibilidad de relajarse. Síntomas ocasionales de ansiedad, tanto físicos como de comportamiento.

3= Frecuentemente ansioso. Síntomas de ansiedad físicos y de comportamiento. Concentración visiblemente afectada.

4= Completa y continuamente preocupado y ansioso. Imposibilidad de pensar en otras cosas.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Conocimiento del paciente de su pronóstico:

0 = Completo conocimiento de su pronóstico.

1 = Pronóstico sobre o infla estimado, más de un 200%. Ej. : pensar que el pronóstico es de 6 meses cuando lo más posible es que sea de 2 ó 3.

2 = Larga supervivencia o duda sobre que no va a curarse. Ej. : Algunos mueren de esta enfermedad, espero que en mi caso esto no sea así.

3 = Irrealista. Ej. : Esperar volver al trabajo y a una actividad normal durante un año, cuando el pronóstico es sólo de 3 meses.

4 = Esperar curarse completamente.

INFORMACIÓN DE LA FAMILIA Conocimiento del pronóstico por la familia:

0 = Completo conocimiento del pronóstico.

1 = Pronóstico sobre o infla estimado más de un 200%. Ej.: pensar que el pronóstico i meses cuando lo más posible es que sea de 2 ó 3.

2 = Larga supervivencia o duda sobre que no va a curarse. Ej.: Algunos mueren de esta enfermedad, espero que en su (del paciente) caso no sea así.

3 = Irrealista. Ej. : Esperar que el paciente vuelva al trabajo y a una actividad normal durante un año, cuando el pronóstico es sólo de, 3 meses.

4 = Esperar que el paciente se cure completamente.

COMUNICACIÓN ENTRE EL PACIENTE Y SU FAMILIA Comunicación franca y fácil entre el paciente y la familia

0 = Comunicación fácil y honesta, verbal y no verbal.

1 = Comunicación fácil en algunas ocasiones o con algunos miembros de la familia, o, algunas veces con el compañero/a o cónyuge.

2 = Situación conocida, pero la comunicación no satisface al paciente y/o familia que entienden que algunos aspectos importantes no se hablan suficientemente.

3 = Distanciamiento, se evita hablar de temas comprometidos.

4 = Fingir.

COMUNICACIÓN ENTRE PROFESIONALES Rapidez y fiabilidad de la información comunicada entre los profesionales implicados en la asistencia:

0 = Mensajes detallados y correctos a todos los involucrados, en el mismo día.

1 = Mensajes correctos entre los profesionales clave. Pequeñas inexactitudes y retrasos entre los otros profesionales.

2= Pequeños cambios en el manejo que no son comunicados/ cambios importantes demorados más de un día entre los profesionales clave.

3 = Retraso de varios días (hasta 1 semana) en comunicar cambios importantes. Ej. Entre el hospital y el médico de cabecera.

4 = Retrasos importantes o no comunicación. El profesional responsable desconoce si otros profesionales visitan al paciente y cuando lo hacen.

COMUNICACIÓN DE LOS PROFESIONALES CON EL PACIENTE Y FAMILIA Calidad y cantidad de la información suministrada al paciente y la familia cuando ésta es solicitada.

0 = Información completa. El paciente y la familia no tienen ninguna dificultad en preguntar.

1 = Información suministrada pero no claramente comprendida.

2 = La información es suministrada bajo demanda; el paciente y/o la familia desearían que fuera mas extensa y precisa.

3 = Evasiva, se evita la realidad o algunas preguntas.

4 – Se evita responder preguntas o hacer visitas/ se da una información incorrecta que molesta al paciente y familia.

BIBLIOGRAFÍA ESCALAS

NSI

- Bartholomew CM; Burton S; Davidson LA. Introduction of a community nutrition risk assessment tool. Br J Nurs; 12(6):351-8, 2003 Mar 27- Apr 9.
- Bonnel W. Nutritional health promotion for older adults, where is the content?. J Am Acad Nurse Pract; 2003 May. 15(5):224-9.
- Casimiro C; García-de-Lorenzo A; Usán L Prevalence of decubitus ulcer and associated risk factors in an institutionalized Spanish elderly population. Comment In:Nutrition. 2002 May;18(5):437-8
- Crogan NL; Corbett CF; Short RA The minimum data set: predicting malnutrition in newly admitted nursing home residents. Clin Nurs Res; 11(3):341-53, 2002 Aug
- Dwyer J. A vital sign: progress and prospects in nutrition screening of older Americans. Aging (Milano); 5(2 Suppl 1):13-21, 1993 Apr
- Dwyer JT. Screening older american's nutritional health: current practices and future possibilities. Washington: Nutrition Sreening Initiative, 1991
- Haney P. A nutritional care primer for the elderly home care patient.Caring; 22(1):24-8, 2003 Jan.
- Mitchell DC; Smicklas-Wright H; Friedmann JM; Jensen G. Dietary intake assessed by the Nutrition Screening Initiative Level II Screen is a sensitive but not a specific indicator of nutrition risk in older adults. J Am Diet Assoc; 102(6):842-4, 2002 Jun.
- Perry L Screening swallowing function of patients with acute stroke. Part two: Detailed evaluation of the tool used by nurses. J Clin Nurs; 10(4):474-81, 2001 Jul.
- Posner BM; Jette AM; Smith KW; Miller DR. Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. Am J Public Health; 83(7):972-8, 1993 Jul.

NORTON

- Bermejo Caja, Carlos J Beamud Lagos, Milagros Puerta Calatayud, Marisa de la Ayuso Gil, M Encarnación Martín Iglesias, Susana y Martín-Cocinas Fernández, M Carmen. Fiabilidad interobservadores de dos escalas de detección del riesgo de formación de úlceras por presión en enfermos de 65 o más años. *Enferm Clínica*. 1998 nov-dic. 8(6):242-247.
- C. Quiralte.R.M. Martínez.C. Fernández. Estudio de validez de criterio de la Escala de Norton modificada del Hospital Clínico San Carlos Enfermería Clínica, 4 1998 ; 8: 151-159
- Carlos J. Bermejo Caja. Milagros Beamud Lagos.Marisa de la Puerta Calatayud.M.a Encarnación Ayuso Gil. Susana Martín Iglesias.M.a Carmen Martín-Cocinas Fernández. Fiabilidad interobservadores de dos escalas de detección del riesgo de formación de úlceras por presión en enfermos de 65 o más años. *Enfermería Clínica*, 6 1998 ; 8: 242
- Cathy T. Prevención UPP. *Nursing*, 1998 (16)
- J.M. González Ruiz.A.A. González Carrero.M.T. Heredero Blázquez.R. de Vera Vera.B. González Ortiz.M. Pulido.C. Santamaría.A. Serrano.L.D. Gómez-Pardo. Factores de riesgo de las úlceras por presión en pacientes críticos . *Enfermería Clínica*, 05 2001 ; 11: 184-190
- Lisette Schoonhoven, Jeen R E Haalboom, Mente T Bousema, Ale Algra, Diederick E Grobbee. Maria H Grypdonck, Erik Buskens for the prePURSE study group. Prospective cohort study of routine use of risk assessment scales for prediction of pressure ulcers. *bmj.com* 2002;325:797
- Pang SM; Wong TK. Predicting pressure sore risk with the Norton, Braden, and Waterlow scales in a Hong Kong rehabilitation hospital. *Nurs Res*; 47(3):147-53, 1998 May-Jun.
- Sheila A.S. *Enfermería práctica*. Mosby-Doyma, 1994

ÍNDICE DE BARTHEL

- Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: The Barthel index. *Md Med J* 1965; 14: 61-65.
- CID-RUZAFÁ, Javier y DAMIAN-MORENO, Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Rev. Esp. Salud Pública*, Mar./Abr. 1997, vol.71, no.2, p.127-137. ISSN 1135-5727.

- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T y cols. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40

LAWTON

- Barberger-Gateau P, Chaslerie A, Dartigues JF. Health measures correlates in a French elderly community population: the PAQUID study. Journal of Gerontology; social sciences, 1.992; 47(2): 588-95.
- Baztán JJ, González JI, Del Ser T. Escalas de actividades de la vida diaria. En: Del Ser T, Peña-Casanova J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona, 1.994. J. R. Prous Editores: 137-64.
- Evaluación de las actividades de la vida diaria. En: Montorio I. La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica. Madrid, 1.994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.
- Kane RA, Kane RL. "valuación de las necesidades en los ancianos. Barcelona, 1.993. Fundación Caja Madrid, SG Editores: 39-67.
- Kane RA, Kane RL. Assessing the elderly. A practical guide to measurement. Lexington, Lexington Books, 1.981.
- Lawton MP y Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1.969; 9: 179-86.
- Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist, 1.969; 9: 179-186.
- Valderrama E, Pérez Del Molino J. Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano. Rev Esp Geriatr Gerontol, 1.997; 32 (5): 297-306.

PFEIFFER

- Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onis Vilches MC, Aguado Taberné C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adpatación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer(SPMSQ) par detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. Med Clin 2001 ; 117(4) :129-34.

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit elderly patients. *J Am Geriatr Soc* 1975 ; 23 (10) :433-41
- Sano M, Mackell JA, Ponton M, Ferrerira P, Wilson J, Paluczyk S, Pfeiffer E. et al. 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 Disease Cooperative Study. Alzheimer Dis Asso Disord* 1997 ;11 suppl 2 :57-64.

TIN CORTO

- 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 JL, 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.

APGAR FAMILIAR

- Badia X, Salamero M, Alonso J. *La Medida de la salud.* (3ª ed). Barcelona: Edicmac. 2002.
- Bellón JA, Delgado A, Luna de; Castillo J et al. (1996). Validez y fiabilidad de; cuestionario de función familiar Apgar-familiar. *Atención Primaria*; 18:289-296.
- Casarrubios E, Lareo J, Arribas JM et al. (1988). Uso de; índice Apgar familiar en medicina familiar: medida de la disfunción familiar inducida por alcohol. *Experiencia inicial de 201 pacientes. Medicina Clínica (Barc)*; 91:732-735.
- De la Revilla L, Fleitas L, Cavaille E et al. (1990). La influencia de las condiciones socioeconómicas y culturales en la función familiar. *Atención Primaria*; 7:710-712.
- Hilliard R, Gjerde C, Parker L (1986). Validity of two psychological screening measures in family practice: personal inventory and Family Apgar. *Journal of Family Practice*; 23: 345-349.

- Smilkstein G (1978). The family Apgar: a proposal of a family function test and its use by physicians. *Journal of Family Practice*; 6:1231 -1239.
- Smilkstein G, Ashworth C, Montano D (1982). Validity and reliability of the family Apgar as a test of family function. *Journal of Family Practice*; 15:303-311.

ZARIT

- Brislin RW (1980). Translation and content analysis of oral and written material. En: Triandis HC, Berry JW (eds). *Handbook of cross-cultural psychology methodology*. Boston: Allyn & Bacon Inc
- Brislin RW (1973), Lonner WJ, Thorndike RM. *Cross-Cultural Research Methods*. Nueva York: John Wiley & Sons Inc.
- EDIS (1985). *Situación de los ancianos en Navarra. Los familiares que cuidan ancianos*. Madrid: EDIS, S.A.
- Gatz M, Bengtson VL, Blum MJ (1990). Caregiving families. En: Birren JE & Schale KW (eds). *Handbook of the psychology of aging*. 3ªed. Nueva York: Academic Press: 405-26.
- Karno M, Burnam MA, Escobar JI et al. (1983). Development of the Spanish-language versión of the National Institute of Mental Health diagnostic interview schedule. *Arch Gen Psychiatry*; 40:1183-8
- Zarit SH, Dithel RC, Malonebeach EE (1989). Spouses as caregivers: Stress and interventions. En: Goldstein MZ (ed.). *Family involvement in the treatment of the frail elderly*. Washington DC: American Psychiatric Press: 23-62.
- Zarit Sh, Reeve Ke, Bach-Peterson J (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feeling of burden. *Gerontologist*; 20:649-654.

DUKE- UNK

- Bellón JA, Delgado A, de Dios J et al. (1996). Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UK-11. *Atención Primaria*;18:17-31.
- Broadhead WE, Gehlbach SH, De Gruy Fw et al. (1998). The Duke-UNK Functional Social Support Questionnaire. Measurement of social support in Family Medicine patients. *Medical Care*; 26:709.

- De la Revilla L, Bailón E, de Dios J et al (1991). Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Atención Primaria; 9:688.
- De la Revilla L, Marcos B, Castro JA et al (1994). Percepción de salud, apoyo social y función familiar en VIH positivo. Atención Primaria; 13:161-164.

ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR GIJÓN

- Díaz Palacios, ME; Domínguez Puentes, O; Toyos García, G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración sociofamiliar en Atención Primaria. Rev Esp Geriatr Gerontol 1994; 29(4):239-245
- García González JV, Díaz Palacios A, Salamea García D, Cabrera González A, Menéndez Caicoya A, Fernández Sánchez A, Acebal García V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. Atención Primaria 1999. 23(7):434-440

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
- Vázquez Barquero JL, Díez Manrique JF, Peña C, Aldama J, Samaniego C, Menéndez J & Mirapeix C. A community mental health survey in Cantabria: a general description of morbidity. Psychological Medicine 1987; 17: 227-241.
- Regier D, Boyd J, Burke J, Rae D, Myers J, Kramer M, Robins L, George L, Karno M & Locke B. One month prevalence of mental disorders in the United States.: based on five epidemiologic catchment area sites. Arch Gen Psychiatry 1988; 45: 977-986
- 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.

- Barreto P, Corral ME, Muñoz J et al. Percepción de malestar psíquico por el médico en un área básica de salud. *Aten Primaria* 1998; 22: 491-496.
- Martínez R, Baylín A, Ortiz MF. ¿Podemos detectar trastornos mentales en atención primaria? Utilidad y concordancia de dos instrumentos diagnósticos. *Aten Primaria* 1999; 23: 285-288.

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

- Andrade D, Angerami ELS. A auto-estima em adolescentes com e sem fissuras de lábio e/ou de palato. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001 novembro-dezembro; 9(6):37-41.
- Baños RM, Guillen (2000). Psychometric characteristics in normal and social phobic samples for a Spanish version of the Rosenberg Self-Esteem Scale. *Psychological Reports* 87: 269-274.
- Cuestionarios, test y tablas. Agenda 2004 Asociación de Enfermería Comunitaria.
- Curbow, B. y Somerfield, M. (1991). Use of Rosenberg Self-Esteem Scale with Adult Cancer Patients. *Journal Of Psychosocial Oncology*, 9 (2),113-131.
- Oliva, A. y Parra. A. (2001). Autonomía emocional durante la adolescencia. *Infancia y Aprendizaje*, 24 (2), 181-196.
- Rosemberg MJ. (1960). Attitude organization and change. New Haven. Yale University Press.
- Rosemberg MJ.(1965). Society in the adolescent self-image. Princeton University Press.
- Rosemberg, M. (1973) La autoimagen del adolescente y la sociedad. Buenos Aires: Paidós.

MNA

- Bleda MJ; Bolibar I; Parés R; Salvà A. Reliability of the mini nutritional assessment (MNA) in institutionalized elderly people. *J Nutr Health Aging*; 6(2):134-7, 2002.
- Guigoz Y, Vellas B and Garry PJ. 1994. Mini Nutritional Assessment: A practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. *Facts and Research in Gerontology*. Supplement #2:15-59.
- Rubenstein LZ, Harker J, Guigoz Y and Vellas B. Comprehensive Geriatric Assessment (CGA) and the MNA: An Overview of CGA, Nutritional Assessment, and Development of a Shortened Version of the MNA. In: "Mini Nutritional

Assessment (MNA): Research and Practice in the Elderly". Vellas B, Garry PJ and Guigoz Y , editors. Nestlé Nutrition Workshop Series. Clinical & Performance Programme,vol. 1. Karger, Bâle, in press.

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

- Bermejo F, Morales JM, Valerga C, del Ser T, Artolazabal J, Gabriel R. A comparison between 2 abbreviated Spanish versions of mental status assessment in the diagnosis of dementia. Study data on elderly community residents. Med Clin (Barc) 1999; 112(9):330-4.
- Bermejo F. et al., Curso de Neurogeriatria para médicos de Atención Primaria. Ergon Madrid 2002.
- Contel J.C et al. Atención Domiciliaria Organización y practica. Springer. Barcelona 1999.
- Demencias. Semfyc, Barcelona 1999
- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. ``Mini-mental State":A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiat Res. 1975;19:189-198.
- Gimenez Roldan S, Novillo MJ, Navarro E, Dobato JL, Gimenez-Zuccarelli M. Mini-mental state examination: proposal of protocol to be used. Rev Neurol 1997;25:576-583.
- Guijarro et al Grandes Síndromes Geriátricos. SEGG Ferrer Internacional Barcelona 1995
- Ham R.J. Atención Primaria en Geriatria.. Mosby/ Doyma libros. Barcelona 1996.
- How is demencia diagnosed, Alzheimer.org.uk 2003-04-20
- Lobo A, Sanz P, Marcos G, Diaz JL, de la Camara C, Ventura T, Morales Asin F, Fernando Pascual L, Montanes JA, Aznar S. Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Ex-amination) in the general geriatric population. Med Clin. El "Mini - Mental State Examination" en español (Barc) 1999, 112(20):767-74.
- Newsletter psiquiatria, Trastornos psíquicos en la tercera edad. Hoechst Barcelona 1985
- Perlado F., Test mentales en Geriatria. Heraldo de Aragón 1987
- Saiz Ruiz J., Manual de Psicogeriatria clínica, ed Masson. Barcelona 2000.
- Tufts-New England Medical Center. Ncmc.org. 2003-04-20.

GDS

- Bermejo F. et al., Curso de Neurogeriatria para médicos de Atención Primaria. Ergon Madrid 2002.
- Guijarro et al Grandes Síndromes Geriátricos. SEGG Ferrer Internacional Barcelona 1995
- Ham R.J. Atención Primaria en Geriatria.. Mosby/ Doyma libros. Barcelona 1996.
- How is demencia diagnosed, Alzheimer.org.uk 2003-04-20
- Peña-Casanova J, Aguilar M, Bertran-Serra I, Santacruz P, Hernández G, Insa R, Pujol A, Sol JM, Blesa R. Normalization of cognitive and functional assessment instruments for dementia (NORMACODEM) (I): objectives, content and population (see comments). Neurologia 1997Feb; 12(2): 61-8.
- Perlado F., Test mentales en Geriatria. Heraldo de Aragón 1987
- Reisberg B, Ferris SH, De Leon MJ, Crook T. The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. Am J Psychiatry 1982; 139(9): 1136-9.
- Reisberg B, Sclan SG, Fransen E, et al. Clinical stages of normal aging and Alzheimer's disease: the GDS staging system. Neuroscience Research Communications 1993; 13(suppl 1):551-554.
- Reisberg B. Ferris SH. Brief Cognitive Rating Scale (BCRS). Psychopharmacol Bull 1988; 24:629-636.
- Reisberg B. Functional Assesment Staging (FAST). Psychopharmacol Bull 1988; 24:653-659.
- 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.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DSM-IV DE DEPRESIÓN MAYOR

- JJ Williams et al. Is this patient clinically depressed? JAMA 2002; 287: 1160-1170.
- Bandolier. Finding depression in primary care [May 2002; 99-6] disponible en [<http://www.jr2.ox.ac.uk/bandolier/band99/b99-6.html>] consultado e12 de agosto de 2004

ESCALA DE SEDACIÓN DE RAMSEY

- Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R. Controlled sedation with alphaxolone-alhadolone. *BMJ* 194; 2(920): 656-659.
- Aneja R, Heard AM, Fletcher JE, Heard CM. Sedation monitoring of children by the bispectral Index in the pediatric intensive care unit. *Pediatric Critical Care Medicine*. 2003. 4(1):60-4.
- Mondello E, Silitti R, Noto G, Cuzzocrea E, Scollo G, Trimarchi G, Venuti FS. Bispectral Index in ICU: correlation with Ramsay Score on assessment of sedation level. *Journal of Clinical Monitoring & Computing*, 2002. 17(5):271-7.

STAS

- Cooper J, Hewison A. Implementing audit in palliative care: an action research approach. *Journal of Advanced Nursing*. 39(4):360-9, 2002 Aug.
- Carson MG, Fitch MI, Vachon ML. (2000) Measuring patient outcomes in palliative care: a reliability and validity study of the Support Team Assessment Schedule. *Palliative Medicine*. 14(1):25-36, Jan.
- Edmonds PM, Stuttaford JM, Penny J, Lynch AM, Chamberlain J. (1998) Do hospital palliative care teams improve symptom control? Use of a modified STAS as an evaluation tool. *Palliative Medicine*. 12(5):345-51, Sep.
- Higginson IJ, McCarthy M (1994). A comparison of two measures of quality of life: their sensitivity and validity for patients with advanced cancer. *Palliative Medicine*. 8(4):282-90, Oct.
- Higginson IJ, McCarthy M (1993). Validity of the support team assessment schedule: do staffs' ratings reflect those made by patients or their families?. *Palliative Medicine*. 7(3):219-28,
- Jane Ingham and Russell K. Portenoy . The measurement of pain and other symptoms. En *Oxford textbook of palliative care*. Second edition. Edited by Derek Dvle Geoffrey W. C. Hanks and Neil MacDonald. New York 1998.

BIBLIOGRAFIA GENERAL

- ¹ Stuck AE, Siu AL, Wieland GD y cols. Comprehensive geriatric assesment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet* 1993; 342: 1032-1036.
- ² Evans RL, Connins RT, Hendricks RD y cols. Multidisciplinary rehabilitation versus medical care: a meta-analysis. *Soc Sci Med* 1995; 40: 1699-1706.
- ³ Rubenstein LZ. Tha clinical effectiveness of multidimensional geriatric assessment. *J Am Geriatr Soc* 1983; 31: 758-759.
- ⁴ Rubenstein LZ. Geriatric assessment: an overview of its impacts. En: Rubenstein L, Campbell LS, Kane RL (eds). *Clinics in geriatric medicine, Geriatric Assessment*. Filadelfia: WB Saunders, 1987: 87-98.
- ⁵ Counsell SR, Holder CM, Liebenauer LL, y cols. Effects of a multicomponent intervention on functional outcomes and process of care in hospitalized older patiens: a randomized controlled trial of acute care for elders (ACE) in a community hospital. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1572-1581.
- ⁶ McEwan RT, Davison N, Foster DP y cols. Screening elderly people in primary care: a randomized controlled trial. *Br J Gen Pract* 1990; 40: 94-97.
- ⁷ Leveille SG, Wagner EH, Davis C y cols. Preventing disability and managing chronic ollness in frail older adults: a randomized trial of a community based partnership with primary care. *J Am Geriatr Soc* 1998; 46: 1191-1198.
- ⁸ Fabacher D, Josephson K, Pietruzka F y cols. An in-home preventive assesment program for independent older adults: a randomizaed controlled trial. *J Am Geriatr Soc*1994; 42: 630-638.
- ⁹ Landefeld CS, Palmer RM, Kresevic DM y cols. A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcomes of acutely ill older patiens. *N Eng J Med* 1995; 332: 1338-1344.
- ¹⁰ Barrick C, Karuza J, Levitt J. Impacting quality: assesment of a hospital-based geriatric acute unit. *Am J Med Aqual* 1999; 14: 133-137.

-
- ¹¹ Inouye SK, Bogardus ST, Baker DI y cols for the hospital elderly life Program. The hospital Elder Life Program: a model of care to prevent cognitive and functional decline in older hospitalized patients. *J Am Geriatr Soc* 2000; 48: 1697-1706.
- ¹² Applegate WB, Miller ST, Graney MJ y cols. A randomized, controlled trial of geriatric assessment unit in a community rehabilitation hospital. *N Engl J Med* 1990; 322: 1572-1578.
- ¹³ Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD y cols. Effectiveness of a geriatric evaluation unit. A randomized clinical trial. *N Engl J Med*. 1984; 311: 1664-1670.
- ¹⁴ Engelhardt JB, Toseland RW, O'Donnell JC y cols. The effectiveness and efficiency of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc* 1996; 44: 847-856.
- ¹⁵ Coleman EA, Grothaus LC, Sandhu N, Wagner EH. Chronic care clinics: a randomized controlled trial of a new model of primary care for frail older adults. *J Am Geriatr Soc* 1999; 47: 775-783.
- ¹⁶ Covinsky KE, King JT, Quinn LM y cols. Do acute care for elders units increase hospital cost?. A cost analysis using the hospital perspective. *J Am Geriatr Soc* 1997; 45: 729-734.
- ¹⁷ Stuck AE, Minder CE, PeterWuest I y cols. A randomized trial of in-home visits for disability prevention in community-dwelling older people at low and high risk for nursing home admission. *Arch Intern Med* 2000; 160: 977-986.
- ¹⁸ Keler EB, Robalino DA, Frank JC y cols. Cost-effectiveness of outpatient comprehensive geriatric assessment with and intervention to increase adherence. *Med Care* 1999; 37: 119
- ¹⁹ Solomon D. Consensus Development Panel. National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: geriatric assessment: methods for clinical decision making. *J Am Geriatr Soc*. 1988; 36: 342-347.
- ²⁰ Applegate WB, Blass JP, Williams TF. Instruments for the functional assessment of older patients. *N Engl J Med* 1990; 322: 1207-1214.
- ²¹ Kane RA, Kane RL. Evaluación de las necesidades de los ancianos: guía práctica sobre los instrumentos de medición. SG editores SA. Madrid. 1990.
- ²² Rubenstein LZ. Hospital geriatric assessment and management units. En: *Geriatric Assessment technology*. Eds.: Rubenstein LZ, Wieland D, Bernabei R, Editrici Kurtis s.r.l. Milan. 1995: 195-209.

-
- ²³ Baztán JJ. Análisis de servicios de salud para los ancianos: revisión de la evidencia científica. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 57-82.
- ²⁴ Pérez Martín A, Avellana JA. Atención sanitaria al anciano con enfermedad aguda en riesgo de incapacidad. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 125-144.
- ²⁵ Echevarría I. La atención sanitaria al anciano con incapacidad establecida potencialmente reversible. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 145-182.
- ²⁶ Jaramillo E. La atención sanitaria al anciano con incapacidad crónica no reversible. En: Bases de la atención sanitaria al anciano (1ªEd.). Eds: Rodríguez Mañas L, Solano JJ. SEMEG. Madrid 2001: 183-206.
- ²⁷ De Alba C, Gorroño Goitia A, Litago A y cols. Actividades preventivas en los ancianos. Aten Primaria 2001; 28: 178-180.