

programa  
de atención  
a enfermos  
crónicos  
dependientes

Anexo IX

**ESCALAS  
DE VALORACIÓN  
FUNCIONAL  
Y COGNITIVA**

## ÍNDICE

Escalas comunes de valoración .....	313
Cuestionario Barber .....	314
Cuestionario Zarit .....	315
Índice Barthel .....	316
Cuestionario de Pfeiffer .....	323
Mini examen Cognitivo de Lobo (MEC de Lobo) .....	325
Índice de Karnofsky .....	328
Escala Visual Analógica (EVA) del Dolor .....	329
Otras escalas de valoración .....	330
Functional Independence Measure (FIM) .....	330
Índice de Katz .....	331
Índice para las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton Brody .....	337
Mini Mental Test Examination de Folstein .....	339
Test de Tinetti para la marcha .....	340
Test de Tinetti para el equilibrio .....	341
Perfil de salud de Nottingham .....	342
Escala de Ambulación del Sistema de Conferencia y Evaluación del Pacientes (SCEP) .....	347
Escala de Depresión y Ansiedad de Goldberg (EADAC). Versión española GZEMPP .....	348

## ESCALAS COMUNES DE VALORACIÓN

1. Para la identificación de situaciones de dependencia y fragilidad del paciente se utilizará el CUESTIONARIO DE BARBER: detección de riesgo psicosocial que hace al paciente más vulnerable ante problemas de salud.
2. Para la detección de sobrecarga del cuidador se utilizará el CUESTIONARIO DE ZARIT: el cuestionario de Zarit (entrevista de sobrecarga del cuidador) se realizará al cuidador habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales.
3. Para la valoración funcional física de los pacientes incluidos en el Programa se utilizará el ÍNDICE DE BARTHEL.
4. Para su valoración cognoscitiva:
  - Se utilizará el TEST DE PFEIFFER como herramienta de screening para la detección de trastorno cognitivo en pacientes en los que se sospecha que éste pueda existir. También en situaciones en las que, por tratarse de población muy anciana y/o inestable y/o analfabeta y/o con limitación sensorial, el MEC de Lobo es poco adecuado.
  - En aquellos pacientes en los que se obtenga una puntuación de más de 2 errores en el Test de Pfeiffer que pueda indicar la presencia de deterioro cognitivo (aunque este deterioro y su progresión no sean evidentes, manteniendo una situación relativamente estable con respecto al mismo), se les aplicará el MINIEXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC DE LOBO) como escala específica de confirmación y de valoración del grado de su situación mental y cognoscitiva.
5. En el caso de pacientes inmovilizados y/o con enfermedad terminal se propone, además, el uso del ÍNDICE DE KARNOFSKY y de la ESCALA ANALÓGICA VISUAL DE MEDICIÓN DEL DOLOR si se detecta la presencia de este síntoma.

## CUESTIONARIO DE BARBER IDENTIFICACIÓN DE SITUACIONES DE FRAGILIDAD

1. ¿ Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si necesita ayuda?
3. ¿Hay más de dos días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Sólo una respuesta afirmativa sugiere la posibilidad de encontrarse ante un anciano de “alto riesgo”.

## CUESTIONARIO DE ZARIT ENTREVISTA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

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 qué frecuencia se siente usted así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo o 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 agotado 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 Vd. tiene con otros miembros de su familiar?	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 de 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 su 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 su familiar?	0	1	2	3	4

- El cuestionario de Zarit se realizará al cuidador familiar habitual con el fin de detectar situaciones de sobrecarga que precisen la actuación de los servicios sociales.
- Consta de 22 ítems que evalúan las repercusiones negativas sobre determinadas áreas de la vida asociadas a la prestación de cuidados.
- La puntuación total es el resultado de la suma de las puntuaciones de los 22 ítems y tiene un rango que va desde 0 a 88. Para cada ítem se utiliza una escala de cinco valores que oscilan entre 0 (nunca) y 4 (casi siempre). Los puntos de corte propuestos por los autores de la adaptación y validación en español son:
  - No sobrecarga: 0-46
  - Sobrecarga leve: 47-55
  - Sobrecarga intensa: 56-88

## ÍNDICE DE BARTHEL

### TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

<b>ALIMENTACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).</li> <li>– Necesita ayuda.</li> <li>– Necesita ser alimentado.</li> </ul>	10 5 0
<b>BAÑO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.</li> <li>– Necesita cualquier ayuda.</li> </ul>	5 0
<b>VESTIDO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...</li> <li>– NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.</li> <li>– DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.</li> </ul>	10 5 0
<b>ASEO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...</li> <li>– NECESITA ALGUNA AYUDA.</li> </ul>	5 0
<b>USO DE RETRETE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.</li> <li>– NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.</li> <li>– DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEFECACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.</li> <li>– Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.</li> <li>– INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.</li> </ul>	10 5 0
<b>MICCIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.</li> <li>– Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.</li> <li>– INCONTINENTE.</li> </ul>	10 5 0
<b>DEAMBULACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros.</li> <li>– NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.</li> <li>– INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.</li> <li>– DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	15 10 5 0
<b>SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.</li> <li>– NECESITA AYUDA física o verbal.</li> <li>– INCAPAZ de manejarse sin asistencia.</li> </ul>	10 5 0
<b>TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Es INDEPENDIENTE.</li> <li>– NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).</li> <li>– NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda.</li> <li>– Es INCAPAZ, no se mantiene sentado.</li> </ul>	15 10 5 0
	<b>TOTAL</b>	

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL	
INDICE BARTHEL	<p><b>DESCRIPCIÓN</b></p> <p>Escala que permite valorar la autonomía de la persona para realizar las actividades básicas e imprescindibles de la vida diaria tales como comer, lavarse, vestirse, arreglarse, trasladarse del sillón o silla de ruedas a la cama, subir y bajar escaleras, etc.</p>
	<p><b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>La recogida de información es a través de la información directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.</p>
	<p><b>POBLACIÓN DIANA</b></p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física y a los pacientes con patología cerebro-vascular aguda.</p>
	<p><b>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales, en particular de Atención Primaria, del Sistema de Salud de Aragón.</li> <li>• Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.</li> <li>• Es una escala sencilla de administrar.</li> <li>• Escala validada en nuestro país.</li> <li>• Es sensible a la detección de cambios pequeños en la situación funcional del paciente, lo que la hace especialmente interesante en el seguimiento de la evolución del estado funcional del mismo.</li> </ul>
	<p><b>VALORACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta escala se debe realizar para valorar dos situaciones:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– La situación actual del paciente.</li> <li>– La situación basal, es decir, la situación previa al proceso que nos ocupa.</li> </ul> </li> <li>• La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente):                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– &lt; 20 dependencia total</li> <li>– 20-35 dependencia grave</li> <li>– 40-55 dependencia moderada</li> <li>– 60-90/100 dependencia leve</li> <li>– 100 independiente (90 si va en silla de ruedas)</li> </ul> </li> <li>• El valor predictivo de los puntos de corte esta basado en el potencial de rehabilitación y capacidad de recuperar la independencia.</li> <li>• 90 es la puntuación máxima si el paciente va en silla de ruedas.</li> <li>• También permite puntuaciones parciales de cada actividad, lo que ayuda a conocer las deficiencias específicas de cada persona.</li> </ul>
	<p><b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.</p>

## ÍNDICE DE BARTHEL

En la situación en la que se encuentra, dígame qué cosas es capaz de hacer.

### ALIMENTACIÓN

- 10 puntos si es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance).
- 5 puntos si necesita ayuda.
- 0 puntos si necesita ser alimentado.

### **BAÑO**

- 5 puntos si es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera.
- 0 puntos si necesita cualquier ayuda.

### **VESTIDO**

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos...
- 5 puntos si NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente.
- 0 puntos DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda.

### **ASEO**

- 5 puntos INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla...
- 0 puntos si NECESITA ALGUNA AYUDA.

### **USO DE RETRETE**

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas.
- 5 puntos si NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo.
- 0 puntos DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.

### **DEFECACIÓN**

- 10 puntos si es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema.
- 5 puntos si tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas.
- 0 puntos INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema.

### **MICCIÓN**

- 10 puntos si es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda.
- 5 puntos si tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda.
- 0 puntos INCONTINENTE.

### **DEAMBULACIÓN**

- 15 puntos si es INDEPENDIENTE: camina solo más de 50 metros. En caso de precisar ayudas técnicas las maneja de forma independiente.
- 10 puntos si NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros.
- 5 puntos INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas.
- 0 puntos DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia.

### **SUBIR Y BAJAR ESCALERAS**

- 10 puntos si es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones.
- 5 puntos si NECESITA AYUDA física o verbal.
- 0 puntos: INCAPAZ de manejarse sin asistencia.

**TRANSFERENCIA (TRASLADO ENTRE SILLA y CAMA o VICEVERSA)**

- 15 puntos si es INDEPENDIENTE.
- 10 puntos si NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal).
- 5 puntos si NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero es capaz de permanecer sentado sin ayuda.
- 0 puntos si es INCAPAZ, no se mantiene sentado.

**DESCRIPCIÓN**

El índice de Barthel fue publicado en 1.965 por Mahoney y Barthel<sup>1,2</sup> tras diez años de experiencia en su uso para valorar y monitorizar los progresos en la independencia en el autocuidado de pacientes con patología neuromuscular y/o musculoesquelética ingresados en hospitales de crónicos de Maryland.

Aunque su uso está menos generalizado que el índice de Katz, es preferido por la mayoría de los autores británicos y recomendado por la British Geriatrics Society<sup>3,7</sup> para evaluar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en pacientes ancianos. Por otra parte, es la escala más utilizada internacionalmente para la valoración funcional de pacientes con patología cerebrovascular aguda y sus complicaciones como la demencia vascular<sup>3,4</sup>. Su aplicación es especialmente útil en unidades de rehabilitación.

No disponemos de validación de la escala en nuestro medio. En nuestro país, la versión de Baztán y cols<sup>7</sup> ha contribuido sustancialmente a su difusión y uso (existe otra versión en castellano de Valverde y cols).

Es una escala heteroadministrada. El tiempo de cumplimentación es aproximadamente de 5 minutos, y la recogida de información es a través de observación directa y/o interrogatorio del paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, de su cuidador o familiares.

Evalúa 10 ABVD<sup>2,3,5-11</sup>: comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, ir al retrete, trasladarse sillón-cama, deambulación, subir y bajar escaleras; dando más importancia que el índice de Katz a la puntuación de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

En cuanto a sus cualidades psicométricas<sup>3,4,7,11</sup>, tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz<sup>12</sup> y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral. Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlación kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

## INTERPRETACION

Desarrollado en su origen en la rehabilitación de patología neuromuscular, cada ítem puntúa de forma ponderada según la relevancia que los autores otorgaron a cada actividad<sup>2-12</sup>. Por ejemplo, la máxima puntuación otorgada al ítem del baño es 5, mientras que para la deambulaci3n la puntuaci3n m3xima es 15. Sus autores pensaron que la independencia en la deambulaci3n era m3s importante para el conjunto de la independencia como un todo que la independencia en el ba3o. Esta propiedad del 3ndice de Barthel permite que la suma de las puntuaciones obtenidas en los diferentes 3tems pueda representar la dependencia funcional de un individuo, lo que no ocurre con otras escalas donde todos los 3tems tiene igual “peso espec3fico”.

La puntuaci3n total var3a entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variaci3n de 5 puntos en la zona alta de puntuaci3n (m3s cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (m3s cerca de la dependencia).

Para una mejor interpretaci3n<sup>3,7,11</sup>, sus resultados globales se han agrupado en cuatro categor3as de dependencia:

1. Total < 20
2. Grave = 20-35
3. Moderada = 40-55, y
4. Leve B 60

Estos grupos est3n basados en resultados obtenidos en diferentes estudios sobre el valor predictivo de estos punto de corte en el potencial de rehabilitaci3n y capacidad de recuperar la independencia de estos pacientes. Una variante reciente del 3ndice de Barthel<sup>4</sup> establece una puntuaci3n global de 0-20, lo cual podr3a conferirle mayor sensibilidad estadística.

En un estudio publicado en nuestro pa3s se han detectado peque3as diferencias en las distintas traducciones: en primer lugar, en cuanto al orden de los diferentes 3tems (por ejemplo, preguntar cuestiones “delicadas” sobre continencia de esf3nteres, antes que sobre la deambulaci3n, podr3a generar cierto rechazo del entrevistado, esto es, alterar la validez aparente) y, en segundo lugar, diferencias en la traducci3n al castellano de los diferentes 3tems. Estas diferencias pueden provocar que un mismo sujeto puntúe distinto en las distintas versiones, y existir3an errores al comparar muestras de pacientes valorados con ellas. Por todo ello, el 3ndice de Barthel, as3 como otros instrumentos de valoraci3n en Geriatr3a, deber3an someterse a la correspondiente adaptaci3n transcultural (m3nima en las ABVD) y posterior validaci3n al castellano, evitando versiones de traducci3n libre.

Otras limitaciones de la escala<sup>3-5, 9-11</sup> son las derivadas de la metodolog3a en la recogida de informaci3n, 3mbito de utilizaci3n del instrumento (ancianos institucionalizados) y n3mero de actividades evaluadas (as3 como, composici3n de estas actividades por diferentes elementos que pueden alterarse).

## PROPIEDADES PSICOM3TRICAS

### Fiabilidad:

Su reproducibilidad es excelente, con coeficientes de correlaci3n kappa ponderado de 0.98 intraobservador y mayores de 0.88 interobservador.

**Validez:**

Ha mostrado tener una alta validez concurrente con el índice de Katz<sup>12</sup> y gran validez predictiva de mortalidad, estancia e ingresos hospitalarios, beneficio funcional en unidades de rehabilitación, del resultado funcional final, de la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y de la vuelta a la vida laboral.

Recientemente se ha comprobado que el índice de Barthel obtenido de un cuestionario cumplimentado por el propio paciente tiene una alta correlación con los datos obtenidos de la entrevista a su cuidador.

**BIBLIOGRAFÍA****Original:**

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.

**Documentación:**

Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.

Mahoney, F.I., Wood, O.H., Barthel, D.W. "Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal". *South Med J*, 1958; 51: 605-9.

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

"The Barthel Index". En: Mc Dowell I and Newel C. *A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 56-63.

Baztán, J.J., González, J.I., 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, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64.

Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1.981.

Traducción al castellano: Kane, R.A., Kane, R.L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores: 39-67.

Valderrama. E., Pérez Del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (5): 297-306.

Rush, A.J., Pincus, H.A., First, M.B., Blacker, D., Endicott, J., Keith, S.J., Phillips, K.A., Ryan, N.D., Smith, G.R., Tsuang, M.T., Widiger, J.A., Zarin, D.A. (*Task Force for the Handbook Psychiatric Measures*). *Handbook of Psychiatric Measures*. Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.

**Adicional:**

1.- Mahoney, F.I., Barthel, D.W. "Functional evaluation: the Barthel Index". *Md State Med*, 1965; 14: 61-5.

2.- Mahoney, F.I., Wood, O.H., Barthel, D.W. "Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal". *South Med J*, 1958; 51: 605-9.

- 3.- Baztán, J.J., Pérez del Molino, J., Alarcón, T., San Cristobal, E., Izquierdo, G., Manzarbeitia, J. "Índice de Barthel: instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1993; 28: 32-40.
- 4.- Bertrán, J., Pasarín, A. "La escala de Barthel en la valoración funcional de los ancianos". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1992; 27(8): 135.
- 5.- "The Barthel Index". En: *Mc Dowell I and Newel C. A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 56-63.
- 6.- "Activities of daily living". En: Burus, A., Lawlor, B., Craig, S. *Assessment Scales in Old Age Psychiatry*. 1999, Martin Dunitz Ltd.: 132.
- 7.- Baztán, J.J., González, J.I., Del Ser, T. "Escala de actividades de la vida diaria". En: Del Ser, T., Peña-Casanova, J. *Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia*. Barcelona, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64.
- 8.- De La Serna, I. "Exploración en psicogeriatría". En: *Anual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona, 2000. Masson S.A.
- 9.- "Evaluación funcional del anciano". En: Ribera, J.M., Cruz, A.J. *Geriatría en Atención Primaria*. J. Urianch & Cía. Barcelona, 1997. 2ª edición: 17-22.
- 10.- "Evaluación de las actividades de la vida diaria". En: Montorio, I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid, 1994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.
- 11.- Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1981.
- 12.- Madruga, F., Castellote, F.J., Serrano, F., Pizarro, A., Luengo, C., Jiménez, E.F. "Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1992; 27(8): 130.
- 13.- Valderrama, E., Pérez Del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (5): 297-306.
- 14.- Regalado, P.J., Valero, C., González, J.I., Salgado, A. "Las escalas de la Cruz Roja veinticinco años después: estudio de su validez en un servicio de Geriatría". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (2): 93-9.
- 15.- Pérez del Molino, J., Valderrama, E., Conejo, A. "Cuestiones sobre la utilidad, simplicidad y validez de las escalas de Cruz Roja". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1997; 32 (5): 307-9.
- 16.- González, J.I., Rodríguez, C., Diestro, P., Casado, M.T., Vallejo, M.I., Calvo, M.J. "Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el índice de Katz". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1991; 26(3): 197-202.
- 17.- Alarcón, M.T., González, E., Santolaria, F. "Estado nutricional, deterioro funcional y mortalidad a medio plazo de ancianos institucionalizados". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1991; 26: 177-86.
- 18.- Lokk, J., Arnetz, Bengt, Theoreel, T. "Impacto de un programa experimental sobre el comportamiento y las actividades de la vida diaria de un centro de atención de día para incapacidad crónica". *Rev Gerontol*, 1992; 2: 24-9.
- 19.- Sánchez, P., Gómez, N., Carbó, I. "Atención geriátrica en hospital de agudos. Rol de las unidades funcionales interdisciplinarias sociosanitarias (UFISS) de Geriatría". *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 1994; 29; 219-24.

## CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría. Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO	
SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ) DE PFEIFFER	<p><b>DESCRIPCIÓN</b></p> <p>Cuestionario que detecta la existencia y el grado de deterioro cognitivo. Este cuestionario explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo.</p>
	<p><b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p>
	<p><b>POBLACIÓN DIANA</b></p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.</p>
	<p><b>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala validada en nuestro país.</li> <li>• Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales del Sistema de Salud de Aragón.</li> <li>• Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.</li> <li>• Es una escala sencilla de administrar.</li> <li>• Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta del 95%.</li> </ul>
	<p><b>VALORACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– En las primeras 72 horas tras el ingreso.</li> <li>– Al alta del paciente.</li> </ul> </li> <li>• Se evalúa en función de los errores:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 0-2 normal</li> <li>– 3-4 deterioro cognitivo leve</li> <li>– 5-7 deterioro cognitivo moderado</li> <li>– 8-10 deterioro cognitivo severo.</li> </ul> </li> <li>• En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Nivel educativo bajo (estudios elementales): se admite un error más para cada categoría.</li> <li>– Nivel educativo alto (estudios universitarios): se admite un error menos para cada categoría.</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>Su administración es rápida, ya que tan solo requiere de unos cinco minutos.</p>

## MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

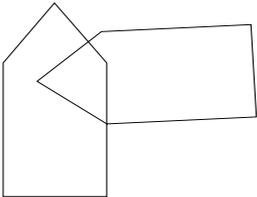
ORIENTACIÓN	Puntos
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día (nº) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué año estamos?	1
¿Dónde estamos?	1
Provincia	1
País	1
Ciudad o pueblo	1
Lugar, centro	1
Planta, piso	1

FIJACIÓN	Puntos
Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana	3

*Repetirlas hasta que las aprenda*

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Puntos
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5	5
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	3

MEMORIA	Puntos
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Puntos
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj.	2
Que repita: "En un trigal había cinco perros"	1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?	1
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3
"Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS"	1
"Escriba una frase cualquiera"	1
<p>Copie este dibujo.</p> 	

**Valoración**

35 puntos máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores de 65 años sugiere deterioro cognitivo. Por debajo de 29 puntos en A de 65 años sugiere deterioro cognitivo.

<b>VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO MENTAL</b>	
<b>MINIMENTAL TEST. MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC)</b>	<p><b>DESCRIPCIÓN</b></p> <p>Deriva del Mini-Mental State Examination de Folstein (MNSE) y ha sido adaptado y validado por Lobo en nuestro país en 1979. Es un test cognitivo breve para el estudio de las capacidades cognitivas.</p>
	<p><b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.</p>
	<p><b>POBLACIÓN DIANA</b></p> <p>Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración cognitiva.</p>
	<p><b>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala en nuestro país.</li> <li>• Su uso repetido es útil para caracterizar la evolución clínica del paciente.</li> <li>• La sensibilidad de esta escala es muy alta, del 85-90%; su especificidad es más reducida, del 69%.</li> </ul>
	<p><b>VALORACIÓN</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Puntuación máxima es de 35.</li> <li>• Dispone de dos puntos de corte en función de la edad del paciente:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– Adultos no geriátricos: 29 puntos</li> <li>– Mayores de 65 años: 24 puntos</li> </ul> </li> <li>• En esta escala es importante tener en cuenta el nivel educativo de la persona.                             <ul style="list-style-type: none"> <li>– 30-35 normal</li> <li>– 24-29 borderline</li> <li>– 19-23 leve</li> <li>– 14-18 moderado</li> <li>– &lt; 14 severo</li> </ul> </li> </ul>
	<p><b>LIMITACIONES</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Los rendimientos están muy influenciados por el nivel cultural del paciente, por lo que los puntos de corte deben estar adaptados a las características sociodemográficas de éstos.</li> <li>• Elevado índice de falsos positivos.</li> </ul>
	<p><b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b></p> <p>Tan solo de requiere diez minutos para realizarla.</p>

## ÍNDICE DE KARFNOSKI

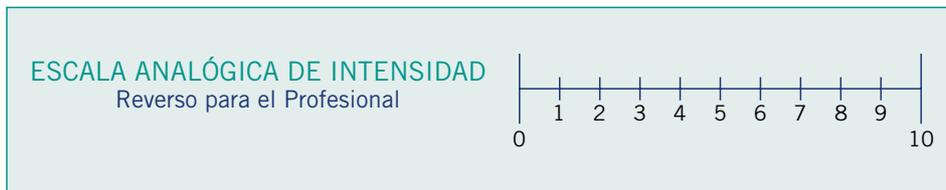
ACTIVIDADES	PUNTUACIÓN
Normal, sin quejas, faltan indicios de enfermedad.	100
Llevar a cabo una actividad normal con signos o síntomas leves.	90
Actividad normal con esfuerzo. Algunos signos o síntomas morbosos.	80
Capaz de cuidarse, incapaz de actividad normal o trabajo activo.	70
Requiere atención ocasional, pero es capaz de satisfacer la mayoría de sus necesidades.	60
Necesita ayuda importante y asistencia médica frecuente.	50
Incapaz, necesita ayuda y asistencia especiales.	40
Totalmente incapaz, necesita hospitalización y tratamiento de soporte activo.	30
Gravemente enfermo. Tratamiento activo necesario.	20
Moribundo, irreversible.	10
Muerto	0

- Actividad completa, puede cumplir con todos sus quehaceres como antes de la enfermedad
- 100 Normal, sin quejas, faltan indicios de la enfermedad
- 90 Capaz de llevar a cabo actividades normales, pero con signos o síntomas leves. Tiene que limitar las actividades que requieren esfuerzos, pero sigue siendo ambulatorio y capaz de trabajos ligeros o sedentarios
- 80 Actividad normal con esfuerzo, algunos signos o síntomas mórbidos
- 70 Capaz de cuidarse pero incapaz de llevar a cabo actividades normales o trabajo activo. Ambulatorio y capaz de cuidarse pero no de realizar cualquier trabajo. Encamado menos del 50 % del día
- 60 Requiere atención ocasional, sin embargo puede cuidar de sí mismo
- 50 Requiere gran atención, incluso de tipo médico. Sólo puede cuidarse en parte. Encamado durante más del 50 % del día
- 40 Inválido, necesita cuidados y atenciones especiales
- 30 Inválido grave, hospitalización y tratamiento de soporte activo. Totalmente inválido e incapaz de cuidarse. Encamado por completo
- 20 Muy enfermo, necesita hospitalización y tratamiento activo
- 10 Moribundo
- 0 Muerto

## ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) DEL DOLOR



Esta herramienta se maneja mostrándole al paciente el anverso para que gradúe la intensidad de su dolor, desde ausencia de dolor (izquierda) hasta el máximo dolor posible (derecha).



En el reverso, que no se muestra al paciente, el profesional ve una escala analógica de 0 a 10 y anota en qué punto sitúa el paciente el nivel.

Se considera mal control del dolor por encima de EVA 3

NOMBRE:

FECHA:

## OTRAS ESCALAS DE VALORACIÓN

### FUNCIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM)

La implantación del proceso de gestión clínica en la provisión del tratamiento y cuidados de rehabilitación precisa la utilización de una herramienta que permita la clasificación de los pacientes incorporados a las diferentes agrupaciones que se establecen en función del tipo de cuidados que precisan. Dado que en los modelos de agrupación de este tipo de pacientes más frecuentemente utilizados se usa el Funcional Independence Measure (FIM) como escala de valoración funcional para la subclasificación de los pacientes de los distintos grupos, en este programa se plantea la incorporación progresiva de esta escala de valoración como parte del sistema de información de los pacientes a los que se les ha provisto o se les va a proveer tratamiento de rehabilitación en régimen de internamiento en Hospitales Generales u Hospitales de Convalecencia o de forma ambulatoria en Hospital de Día de Hospitales de Convalecencia, mediante un “Plan de Formación e Implantación” gradual.

VALORACIÓN DEL ESTADO COGNITIVO MENTAL	
FUNCIONAL INDEPENDENCE MEASURE FIM INSTRUMENT	<b>DESCRIPCIÓN</b> Escala que permite valorar la función motora y la función cognitiva.
	<b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b> La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.
	<b>POBLACIÓN DIANA</b> Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional, pero se recomienda en especial a los pacientes en rehabilitación física.
	<b>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de valoración ampliamente utilizada por los profesionales de rehabilitación.</li> <li>• Muy útil para monitorizar los progresos de un paciente en tratamiento rehabilitador.</li> <li>• Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.</li> </ul>
	<b>VALORACIÓN</b> Esta escala diferencia dos niveles: <ul style="list-style-type: none"> <li>• No necesita ayuda con dos puntuaciones: 7 completamente independiente, 6 independiente con cierta limitación.</li> <li>• Necesita ayuda con dos subniveles:               <ul style="list-style-type: none"> <li>– Dependencia moderada con varias puntuaciones:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>5 supervisión</li> <li>4 mínima asistencia</li> <li>3 moderada asistencia</li> </ul> </li> <li>– Dependencia completa con dos puntuaciones:                   <ul style="list-style-type: none"> <li>2 asistencia máxima</li> <li>1 total asistencia</li> </ul> </li> </ul> </li> </ul>
	<b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b> Su administración requiere de 20 a 30 minutos.

## ÍNDICE DE KATZ

Valore cada una de las actividades por anamnesis directa del paciente o, si su estado mental no lo permite, a través de un familiar o cuidador, considerando su capacidad en los últimos 7 días.

### BAÑARSE: (Con esponja, en bañera o ducha)

- No recibe asistencia (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual).
- Recibe asistencia al lavar únicamente una parte del cuerpo (espalda o una pierna).
- Recibe asistencia al lavar más de una parte del cuerpo (o no se lava).

### VESTIRSE: (Saca la ropa de los armarios y los cajones - incluyendo la ropa interior, la ropa exterior y el manejo de botones, incluyendo bragueros, si los lleva)

- Saca la ropa y se viste completamente sin asistencia.
- Saca la ropa y se viste sin asistencia excepto al anudarse los zapatos.
- Recibe asistencia al sacar la ropa o al vestirse, o queda parcial o completamente desvestido.

### IR AL SERVICIO: (Ir al servicio para eliminar orina y heces; lavarse a sí mismo tras la eliminación y arreglarse la ropa)

- Va al servicio, se lava, se arregla la ropa sin asistencia (puede usar un objeto de apoyo como un bastón o una silla de ruedas y puede manejar la cuña o la silla retrete, vaciándolas por la mañana).
- Recibe asistencia para ir al servicio o a lavarse o arreglarse la ropa tras la eliminación o al usar la cuña o la silla retrete.
- No va a la habitación denominada "servicio" para el proceso de eliminación.

### DESPLAZARSE

- Se acuesta y se levanta de la cama así como de la silla sin ayuda (puede utilizar un objeto de apoyo como un bastón).
- Se acuesta y se levanta de la cama o la silla con asistencia.
- No se levanta de la cama.

### CONTINENCIA

- Controla la micción y la defecación por sí mismo.
- Sufre accidentes "ocasionalmente".
- La supervisión le ayuda a mantener el control vesical y anal: usa una sonda o es incontinente.

### ALIMENTARSE

- Se alimenta sin asistencia.
- Se alimenta solo excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan.
- Recibe asistencia al alimentarse o es alimentado parcial o completamente mediante sondas o líquidos endovenosos.

Categoría

## DESCRIPCIÓN

En 1.959 un equipo multidisciplinario dirigido por Sidney Katz y formado por médicos, enfermeras, asistentes sociales, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales del The Benjamin Rose Hospital (un hospital geriátrico y de enfermos crónicos de Cleveland, Ohio), publicó el primer esbozo<sup>1</sup> de una escala de valoración de las actividades de la vida diaria (AVD), basada en la evaluación funcional exhaustiva de pacientes con fractura de cadera, clasificándolos y buscando en ellos factores pronósticos. Intentaron desde el principio delimitar y definir el concepto de dependencia en una función. En el año 1.963, el mismo grupo publicó, por primera vez, el índice de Katz<sup>2</sup>, y lo aplicó a pacientes con fractura de cadera, siguiéndolos durante meses.

El índice de Katz, junto con el de Barthel, es uno de los más ampliamente utilizados y más cuidadosamente evaluados<sup>3-10</sup>. Se trata de una escala sencilla cuyos grados reflejan niveles de conducta en seis funciones sociobiológicas. Su carácter jerárquico<sup>12</sup> permite evaluar de forma sencilla el estado funcional global de forma ordenada, comparar individuos y grupos y detectar cambios a lo largo del tiempo.

Fue desarrollado en pacientes ancianos y con enfermedades crónicas muy heterogéneas<sup>11</sup>. Es el patrón estándar con el que habitualmente se compara la validez concurrente de otras escalas de valoración funcional<sup>8, 15, 16</sup>. No disponemos de validación de esta escala en nuestro medio.

Escala heteroadministrada. Consta de seis elementos y evalúa las AVD proporcionando un índice de autonomía-dependencia en un breve tiempo de administración (unos veinte minutos<sup>5</sup>). Estos seis ítems están organizados jerárquicamente según la secuencia en que los pacientes pierden y recuperan la independencia para realizarlos, lo cual, a juicio de los autores, refleja una organización primaria biosocial del individuo, independiente de influencias externas como el aprendizaje y el entorno cultural (en el estudio inicial<sup>2</sup>, el 86% de los pacientes seguían el orden previsto y un 7% diferían sólo en la última función, quedando sólo un 7% en la categoría de "Otros"). El índice así considerado constituye una escala tipo Guttman, que se ha mostrado altamente replicable, con unos coeficientes de replicabilidad entre 0.94 y 0.97<sup>2,5</sup>.

Está formada por los siguientes ítems: alimentación, continencia, vestirse, traslados, uso del retrete y baño. La escala puede puntuarse<sup>2-7,10</sup> de dos formas: de forma jerárquica, de modo que el paciente puede ser finalmente clasificado en 7 grupos denominados por letras (A-G), o de forma dicotómica, otorgando 0 ó 1 puntos a cada ítem según el sujeto sea dependiente o independiente respectivamente, clasificando al individuo en siete posibles grupos, esta vez numéricos (0-6). Es importante señalar el concepto de independencia<sup>11</sup> de este índice, que es distinto del utilizado por otros autores. Se considera independiente a una persona que no precisa ayuda o utiliza ayuda mecánica, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la mera supervisión de la actividad por otro; cuando se puntúa de forma dicotómica, al grado intermedio de dependencia<sup>9</sup> se les otorga 1 punto en el caso del baño, el vestido y la alimentación, y 0 puntos en el caso de ir al retrete, traslado sillón-cama y continencia de esfínteres.

En cuanto a la recogida de información, en un principio el índice se basó en la observación de la función en las dos semanas previas a la evaluación<sup>2, 11</sup>, con la ayuda de un interrogatorio (al paciente, si su capacidad cognitiva lo permite, o a su cuidador) cuando era preciso. Se pretendía conocer lo que el individuo hacía en realidad, no lo que era capaz de hacer. Sin embargo,

actualmente se ha extendido la utilización del índice basado en el interrogatorio del paciente o sus cuidadores. El entrevistador es habitualmente personal sanitario/social que requiere un pequeño entrenamiento previo.

## INTERPRETACIÓN

El índice de Katz se utiliza ahora ampliamente para describir el nivel funcional de pacientes o poblaciones, predecir la necesidad de rehabilitación y la decisión de localización del paciente, comparar el resultado de diversas intervenciones, seguimiento evolutivo y del resultado del tratamiento y con propósitos docentes.

Es la escala de ABVD más ampliamente difundida y ha sido recomendada por varios organismos y conferencias de consenso, entre ellos la NINCDS-ADRDA<sup>3, 5, 9</sup> para la evaluación funcional de demencia tipo Alzheimer. Es una escala sencilla, breve y que no requiere de un entrevistador especialmente entrenado, lo que la convierte en un instrumento de valoración útil en diferentes ámbitos de trabajo, incluida la Atención Primaria.

Las siete categorías<sup>2-5, 8, 9, 11</sup> en las que clasifica el índice de Katz a los pacientes evaluados son:

- A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.
- B. Independiente para todas estas funciones excepto una.
- C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.
- D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.
- E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.
- F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.
- G. Dependiente en las seis funciones.

Otros: Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.

El índice de Katz es muy eficaz en pacientes con altos grados de dependencia, pero ésta disminuye en grupos de personas ambulatorias no institucionalizadas, en general más sanas. En estos casos se subestima la necesidad de ayuda y adaptación ambiental que se precisa con incapacidades de otras funciones más complejas. Por este motivo, se ha intentado modificar el índice para aumentar su utilidad en estos sujetos. Sin embargo, no se ha publicado ninguna versión que haya sido validada.

Deben tenerse en cuenta las limitaciones metodológicas<sup>3, 5, 8, 9</sup> de la evaluación oral, especialmente en el interrogatorio de pacientes con deterioro cognitivo o de la capacidad de comunicarse y en el interrogatorio de los cuidadores. Otro problema añadido que limita su utilidad es que en los ancianos institucionalizados, la rutina o la seguridad de las instituciones, puede hacer que no se permita al paciente realizar actividades que sí es capaz de hacer de forma independiente, aumentando irrealmente su dependencia.

Por último, debe tenerse en cuenta que el índice de Katz evalúa un número limitado de actividades y que cada una de estas actividades está compuesta de varios elementos o componentes que pueden alterarse (Comer: elegir la comida, llevarla a la boca, masticar o beber,...). En rehabilitación puede ser necesaria una precisa atención a estos componentes de cada función.

## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

### Fiabilidad:

Posee una buena reproducibilidad intraobservador, aunque es mejor en los pacientes menos deteriorados, encontrándose en todos los estudios coeficientes de correlación ( $r$ ) entre 0.73 y 0.98<sup>8, 11, 15, 16, 21-26</sup>. La reproducibilidad interobservador también es alta. Inicialmente su autor encontró diferencias en un máximo de una de cada 20 evaluaciones<sup>2</sup>; en otros estudios realizados posteriormente, esta cualidad métrica de la escala mostró valores semejantes<sup>8, 15-25</sup>. La consistencia interna del índice y la jerarquía de los ítems han sido corroboradas en múltiples estudios<sup>2, 8, 19</sup>.

### Validez:

En cuanto a la validez de la escala, es fundamentalmente de contenido y de constructo<sup>8, 9, 11</sup>. Desde su publicación ha sido utilizado como patrón oro respecto al que comparar la validez concurrente de otros índices de valoración funcional más recientes<sup>8, 14-16</sup>. Es difícil contrastarlo con un criterio externo, pero cabe señalar que tiene valor predictivo sobre la estancia media hospitalaria, la institucionalización y la mortalidad a corto y largo plazo, siendo en ello ligeramente superior al índice de Barthel cuando se aplica en pacientes crónicos.

La sensibilidad para detectar cambios pequeños en la situación funcional de los pacientes es aceptable, aunque menor que la de otros índices como el de Barthel o la escala de autocuidado de Kenny<sup>11, 15</sup>. Igualmente, su forma de clasificar a los pacientes puede presentar más dificultades de manipulación estadística que otras escalas.

## BIBLIOGRAFÍA

### Original:

Katz, S., Ford, A.B., Moscovitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 1963; 185: 914-9.

### Traducción al castellano:

Kane, R.A., Kane, R.L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores: 39-67.

### Documentación:

Katz, S., Ford, A.B., Moscovitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 1963; 185: 914-9.

Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1981.

"Evaluación de las actividades de la vida diaria". En: Montorio, I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid, 1994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.

"The index of independence in activities of daily living, or index of ADL". En: Mc Dowell, I. and Newel, C. *A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 63-7.

Valderrama, E., Pérez del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1997; 32 (5): 297-306.

Cruz, A.J. "El índice de Katz". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26: 338-48.

#### Adicional:

- 1.- Staff of the Benjamin Rose Hospital: "Multidisciplinary studies of illness in aged persons: II. A new clasification of functional status in activities of daily living". *J. Chronic Dis*, 1959; 9: 55-62.
- 2.- Katz, S., Ford, A.B., Moscovitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. "Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standarized measure of biological and psychosocial function". *JAMA*, 1963; 185: 914-9.
- 3.- Kane, R.A., Kane, R.L. *Assessing the elderly. A practical guide to measurement*. Lexington, Lexington Books, 1981. Traducción al castellano: Kane, R.A., Kane, R.L. *Evaluación de las necesidades en los ancianos*. Barcelona, 1993. Fundación Caja Madrid, SG Editores: 39-67.
- 4.- "Evaluación funcional del anciano". En: Ribera, J.M., Cruz, A.J. *Geriatría en Atención Primaria*. J. Urianch & Cía. Barcelona, 1997. 2ª edición: 17-22.
- 5.- "Evaluación de las actividades de la vida diaria". En: Montorio, I. *La persona mayor. Guía aplicada de evaluación psicológica*. Madrid, 1994. Ministerio de Asuntos Sociales e INSERSO: 43-69.
- 6.- De La Serna, I. "Exploración en psicogeriatría". En: *Manual de Psicogeriatría Clínica*. Barcelona, 2000. Masson S.A.
- 7.- "The index of independence in activities of daily living, or index of ADL". En: Mc Dowell, I. and Newel, C. *A guide to rating scales and questionnaires*. Second edition, 1996. Oxford University Press, Inc.: 63-67.
- 8.- Valderrama, E., Pérez del Molino, J. "Una visión crítica de las escalas de valoración funcional traducidas al castellano". *Rev. Esp. Geriatr.Gerontol.*, 1997; 32(5): 297-306.
- 9.- Baztán, J.J., González, J.I., 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, 1994. J. R. Prous Editores: 137-64.
- 10.- Kuriansky, J., Gurland, B. "The performance test of ADV". *International Journal of Aging and Human Development*, 1976; 7: 343-52.
- 11.- Cruz, A.J. "El índice de Katz". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26(5): 338-48.
- 12.- Siu, A.L., Reuben, D.B., Hays, R.D. "Hierarchical measures of physical function in ambulatory geriatrics". *J. Am. Geriatr. Soc.*, 1990; 38: 1113-9.
- 13.- Hernández, P., Benítez, M.A., Barreto, J., Rodríguez, H., Torres, A., Marco, T. "Despistaje en el anciano de dependencia funcional y riesgo de institucionalización". *Aten Primaria*, 1992; 10(8): 140.
- 14.- Fernández, C., Verdugo, R., Fernández, A.R., Villegas, J., Crespo, D. "Mortalidad, causas de la misma e índice de Katz entre los fallecidos de una población anciana institucionalizada". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1992; 27(8): 133.
- 15.- Madruga, F., Castellote, F.J., Serrano, F., Pizarro, A., Luengo, C., Jiménez, E.F. "Índice de Katz y escala de Barthel como indicadores de respuesta funcional en el anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1992; 27(8): 130.
- 16.- González, J.I., Rodríguez, C., Diestro, P., Casado, M.T., Vallejo, M.I., Calvo, M.J. "Valoración funcional: comparación de la escala de Cruz Roja con el índice de Katz". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26(3): 197-202.
- 17.- González, J.I. "Valoración de los pacientes ancianos". *Clínica Rural*, 1991; 370: 11.

- 18.- Cruz, A.J, Martínez, E., Ribera, J.M. "Valor pronóstico de la evaluación funcional". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1992; 27(8): 16.
- 19.- Álvarez, M., De Alaiz, A.T., Brun, E., Cabañeros, J.J., Calzón, M., Cosío, I., García, P., García-Cañedo, R., Pardo, I., Suárez-González, A. "Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método". *Aten. Primaria*, 1992; 10: 812-6.
- 20.- Marín, N., Delgado, M., Aguilar, J.L. "Síndrome del maltrato y abuso en el anciano". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26: 40-6.
- 21.- Sánchez, T., Carbó, I., Gómez, M., Viña, s J., González, F. "Unidad funcional de geriatría. Estudio descriptivo". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1993; 3: 8-11.
- 22.- Abanto, J.J., Martínez, T. "La ayuda a domicilio en Zaragoza: Valoración cualitativa y cuantitativa". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1991; 26: 197-202.
- 23.- Sager, M.A. "Medición de las actividades de la vida diaria en ancianos hospitalizados: comparación entre métodos basados en el autoinforme y métodos basados en la observación directa de la capacidad funcional de los ancianos". *Rev. Gerontol*, 1993; 3: 102-9.
- 24.- Nebot, A., Sáiz, N., Sardá, T." La implantación de los equipos de soporte en la atención primaria: ¿un reto innovador?". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1993; 28: 261-6.
- 25.- San José, A. "Implantación de una unidad funcional inter-disciplinaria de geriatría en un hospital general. Presentación de los primeros pacientes y del modelo de intervención". *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol.*, 1993; 3: 12-8.
- 26.- Salva, A., Vellar, B., Albarede, J.C. "Evaluación gerontológica. Primeros resultados de una unidad de evaluación geriátrica". *Rev. Gerontol*, 1994; 4: 174-9.

## ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON BRODY

### A. Capacidad para usar el teléfono

- |   |   |
|---|---|
| 1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc. | 1 |
| 2. Marca unos cuantos números conocidos                                     | 1 |
| 3. Contesta el teléfono pero no marca                                       | 1 |
| 4. No usa el teléfono en absoluto   | 0 |

### B. Ir de compra

- |   |   |
|---|---|
| 1. Realiza todas las compras necesarias con independencia | 1 |
| 2. Compra con independencia pequeñas cosas                | 0 |
| 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra       | 0 |
| 4. Completamente incapaz de ir de compras                 | 0 |

### C. Preparación de la comida

- |  |   |
|--|---|
| 1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia                 | 1 |
| 2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes                     | 0 |
| 3. Calienta, sirve y prepara comidas o las prepara pero no mantiene dieta adecuada | 0 |
| 4. Necesita que se le prepare y sirva la comida                                    | 0 |

### D. Cuidar la casa

- |  |   |
|--|---|
| 1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional  | 1 |
| 2. Realiza tareas domésticas ligeras   | 1 |
| 3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable | 1 |
| 4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa                                    | 0 |
| 5. No participa en ninguna   | 0 |

### E. Lavado de ropa

- |   |   |
|---|---|
| 1. Realiza completamente el lavado de ropa personal | 1 |
| 2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.         | 1 |
| 3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado     | 0 |

### F. Medio de transporte

- |  |   |
|--|---|
| 1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche               | 1 |
| 2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público | 1 |
| 3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona                               | 1 |
| 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda  | 0 |
| 5. No viaja en absoluto  | 0 |

### G. Responsabilidad sobre la medicación

- |   |   |
|---|---|
| 1. Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas) | 1 |
| 2. Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas      | 0 |
| 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación                     | 0 |

**H. Capacidad de utilizar el dinero**

- |  |   |
|--|---|
| 1. Maneja los asuntos financieros con independencia<br>(presupuesta, rellena cheques, paga recibos, va al banco), recoge y conoce sus ingresos | 1 |
| 2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos   | 1 |
| 3. Incapaz de manejar dinero   | 0 |

**Grado de dependencia:**

- 0-1 puntos dependencia total
- 2-3 puntos dependencia severa
- 4-5 puntos dependencia moderada
- 6-7 puntos dependencia ligera
- 8 autónomo

Los ítems con número 1 indican la máxima independencia.

VALORACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL	
ÍNDICE DE LAWTON Y BRODY	<b>DESCRIPCIÓN</b> Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales (actividades necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad como hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.).
	<b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b> La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.
	<b>POBLACIÓN DIANA</b> Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad funcional.
	<b>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.</li> <li>• Es una escala sencilla de administrar.</li> <li>• Escala validada en nuestro país.</li> </ul>
	<b>VALORACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• La valoración se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente):</li> <li>• Puntuación               <ul style="list-style-type: none"> <li>– 0-1 dependencia total</li> <li>– 2-3 dependencia severa</li> <li>– 4-5 dependencia moderada</li> <li>– 6-7 dependencia ligera</li> <li>– 8 autónomo</li> </ul> </li> </ul>
	<b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b> Su administración es rápida, ya que tan sólo requiere de unos 5 a 10 minutos.

## MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN

### ORIENTACIÓN

- ¿En qué (año) (estación) (día) (mes) estamos? (5)
- ¿Dónde estamos? (estado) (provincia) (hospital) (centro). (5)

### REGISTRO DE MEMORIA

- Nombre tres objetos: un segundo para decir cada uno. Posteriormente se le pide que los repita hasta que se los aprenda. Contar los intentos y escribir el número. (3)

### ATENCIÓN Y CÁLCULO

- Empiece por 100 y reste de 7 en 7 (hasta 5 respuestas). Alternativamente, deletree la palabra “mundo” hacia atrás. (5)

### MEMORIA

- Pregunte los 3 objetos repetidos anteriormente. Dar un punto por cada respuesta correcta. (3)

### LENGUAJE

- Muestre un lápiz y un reloj y pídale que los nombre. (2)
- Repita lo siguiente: “en un trigal había cinco perros”. (1)
- Orden en 3 etapas “coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” (3)
- Lea y obedezca lo siguiente: “cierre los ojos” (se muestra por escrito) (1)
- Escriba una frase. (1)
- Copie un dibujo (un polígono complejo). (2)



Los números en la margen derecha indican la máxima puntuación por pregunta. Puntuación máxima 30, menor de 23 Deterioro Cognitivo.

Este test cubre la orientación y la memoria; la atención; la capacidad de nombrar, cumplir órdenes verbales y escritas, escribir una frase espontáneamente y copiar un dibujo. Suma 30 puntos en total.

21 o menos se encuentran en pacientes con demencia, esquizofrenia, delirio o un trastorno afectivo.

Su administración dura 5-10 minutos.

En la margen derecha está la máxima puntuación por cada ítem. Se puntuará 1 por cada acierto o parte de la pregunta formulada. Así, por ejemplo en la orientación, deben responder al año, estación, día, mes en el que estamos. Si contestaran correctamente a todo obtendrían 5 puntos, si no situaran el año, obtendrían 4 puntos, si fallaran además en la estación, obtendrían 3, etc...

## TEST DE TINETTI PARA LA MARCHA

1. INICIO DE LA MARCHA
2. LONGITUD DEL PASO
3. ALTURA DEL PASO
4. SIMETRÍA DEL PASO
5. CONTINUIDAD
6. DESVIACIÓN
7. ESTABILIDAD DEL TRONCO
8. POSTURA DURANTE LA MARCHA
9. GIRO DURANTE LA MARCHA

Se trata de una evaluación cualitativa de la deambulaci3n. Se anotar3 el d3ficit observado para personalizar el plan de actuaci3n fisisoter3pico.

## TEST DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO

1. EQUILIBRIO SENTADO
2. LEVANTARSE DE UNA SILLA
3. EQUILIBRIO TRAS LEVANTARSE
4. EQUILIBRIO DE PIE
5. EQUILIBRIO DE PIE CON OJOS CERRADOS
6. EQUILIBRIO TRAS GIRO DE 360°
7. EQUILIBRIO AL GIRAR LA CABEZA
8. RESISTENCIA A UN EMPUJE ESTERNAL
9. ESTACIÓN UNIPODAL
10. EQUILIBRIO TRAS EXTENSIÓN DE COLUMNA CERVICAL
11. EQUILIBRIO TRAS EXTENSIÓN DE COLUMNA CERVICAL CON ELEVACIÓN DE BRAZOS
12. INCLINACIÓN HACIA ADELANTE
13. EQUILIBRIO AL SENTARSE

Se trata de una evaluación cualitativa del equilibrio. Se anotará el déficit observado para personalizar el plan de actuación fisioterápico.

## PERFIL DE SALUD DE NOTTHINGNAM

*A continuación verá algunos de los problemas que la gente puede tener en su vida diaria. Lea atentamente la lista de problemas. En cada problema, si usted lo tiene, marque la casilla "SÍ" y si usted no tiene ese problema marque la casilla "NO". Por favor, conteste todas las preguntas. Si no está muy seguro/a de contestar "SÍ" o "NO", señale la respuesta que crea que es más cierta en la actualidad.*

	SÍ	NO
1 - Siempre estoy fatigado.....		
2 - Tengo dolor por las noches. ....		
3 - Las cosas me deprimen. ....		
4 - Tengo un dolor insoportable. ....		
5 - Tomo pastillas para dormir. ....		
6 - He olvidado qué es pasarlo bien. ....		
7 - Tengo los nervios de punta. ....		
8 - Tengo dolor al cambiar de postura. ....		
9 - Me encuentro solo. ....		
10 - Sólo puedo andar dentro de casa. ....		
11 - Me cuesta agacharme. ....		
12 - Todo me cuesta un esfuerzo. ....		
13 - Me despierto antes de hora. ....		
14 - Soy totalmente incapaz de andar. ....		
15 - Últimamente me resulta difícil contactar con la gente. ....		
16 - Los días se me hacen interminables. ....		
17 - Me cuesta subir y bajar escaleras. ....		
18 - Me cuesta coger las cosas. ....		
19 - Tengo dolor al andar. ....		
20 - Últimamente me enfado con facilidad. ....		
21 - Creo que soy una carga para los demás. ....		
22 - Me paso la mayor parte de la noche despierto/a. ....		
23 - Siento que estoy perdiendo el control de mi mismo/a. ....		
24 - Tengo dolor cuando estoy de pie. ....		
25 - Me cuesta vestirme. ....		
26 - Enseguida me quedo sin fuerzas. ....		
27 - Me cuesta estar de pie mucho rato (ejemplo: haciendo cola) ....		
28 - Tengo dolor constantemente. ....		
29 - Me cuesta mucho vestirme. ....		
30 - Creo que no tengo a nadie en quién confiar. ....		
31 - Las preocupaciones me desvelan por la noche. ....		
32 - Creo que no vale la pena vivir. ....		
33 - Duermo mal por las noches. ....		
34 - Me cuesta llevarme bien con la gente. ....		
35 - Necesito ayuda para caminar fuera de casa (ejemplo: bastón, muletas o alguien que me ayude) ....		
36 - Tengo dolor al subir y bajar escaleras. ....		
37 - Me despierto desanimado. ....		
38 - Tengo dolor cuando estoy sentado/a. ....		

En la lista siguiente señale "SI" para cada uno de los aspectos de su vida que se haya visto afectado por su salud. Conteste "NO" para aquellos aspectos que no estén afectados

	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con su puesto de trabajo? .....		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los trabajos domésticos? (ejemplo: limpiar, cocinar, pintar, hacer reparaciones).....		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas en su vida social? .....		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas en su vida familiar? .....		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con su vida sexual? .....		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con sus pasatiempos y aficciones? .....		
(ejemplo: hacer deporte, ver la TV, hacer media, etc...)		
Actualmente, su estado de salud ¿le causa problemas con los días de fiesta? (vacaciones, navidades, fines de semana...)		
ENERGÍA <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	DOLOR <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	MOVILIDAD FÍSICA <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
REACCIONES EMOCIONALES <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	SUEÑO <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>	
AISLAMIENTO SOCIAL <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		
ÁREAS LIMITADAS POR SU ESTADO DE SALUD <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>		

### DESCRIPCIÓN

El Perfil de Salud de Nottingham (Nottingham Health Profile) fue diseñado en Gran Bretaña<sup>1, 2, 3</sup> para medir la percepción de salud y para evaluar en qué forma se ven afectadas las actividades cotidianas por los problemas de salud. Su diseño está influido por los contenidos del cuestionario Sickness Impact Profile<sup>4</sup>.

Sus autores lo consideran útil para la valoración de las intervenciones médicas o sociales, como medida de resultado de comparaciones entre grupos, como encuesta en poblaciones seleccionadas, para el seguimiento de pacientes con enfermedades crónicas y para ensayos clínicos en grupos escogidos.

Ha sido validado en nuestro país<sup>5</sup> y posteriormente se asignaron valores ponderales a cada ítem, de forma similar a lo realizado en la versión original.

Se trata de un cuestionario autoadministrado, que se cumplimenta en unos 10-15 minutos. Se han mostrado aceptables otras formas de cumplimentación<sup>7</sup>: entrevista personal, telefónica, casette con preguntas pregrabadas.

Consta de dos partes. La primera está formada por 38 ítems de respuesta SI-NO, que exploran 6 dimensiones de salud: energía, dolor, movilidad física, reacciones emocionales, sueño y aislamiento social. Los enunciados de las cuestiones hacen referencia a diferentes estados de salud. La segunda parte consta de 7 preguntas sobre la existencia de limitaciones, a causa de su salud, en 7 actividades funcionales de la vida diaria: trabajo, tareas domésticas, vida social, vida familiar, vida sexual, aficiones y tiempo libre.

Las puntuaciones para cada área se obtienen multiplicando las respuestas positivas por un valor ponderal, obtenido por el método de comparación de pares de Thustone. Estas puntuaciones se transforman en una escala que oscila de 0 (no padece ningún problema de salud) a 100 (los padece todos).

Los autores desaconsejan la obtención de un valor sumatorio total del cuestionario, aunque algunos autores lo han utilizado<sup>8, 9</sup>.

También, se pueden obtener las puntuaciones de la primera parte del cuestionario sin un escalamiento o ponderación de los ítems, aunque el método anteriormente descrito es el que se utilizó en la validación sueca<sup>10</sup>, francesa<sup>11</sup> y española y el que nosotros hemos escogido. Las preguntas de la segunda parte del cuestionario, sólo pueden ser analizadas como variables categóricas.

## INTERPRETACIÓN

Excelente instrumento para medir salud percibida, especialmente indicado en grupos seleccionados, aunque también se emplea en población general. Autoadministrado, si bien se aceptan otras modalidades. Fácil y rápido (10-15 minutos) de administrar. No explora cuestiones de salud positiva, por lo que sería poco sensible en jóvenes y población general.

El cuestionario resulta, en principio, más adecuado para pacientes con una cierta afectación de su estado de salud, ya que carece de ítems de salud positiva.

Las puntuaciones obtenidas en cada área de la primera parte indican el grado en que padece problemas de salud en esa área concreta, reflejados en una escala que tiene un recorrido de 0 (ningún problema) a 100 (todos los problemas). En la segunda parte se indican cuantas categorías, de las 7 exploradas, se ven afectadas por sus problemas de salud.

Es poco sensible a problemas de salud menores y debe ser usado con precaución en jóvenes y población general sana, por la elevada proporción de resultados de 0 puntos.

Se ha recomendado su utilización en estudios clínicos descriptivos, estudios descriptivos en población general para la valoración de la necesidad de servicios sanitarios (evitando el sesgo de la clase social que se produce al utilizar indicadores de morbilidad) y en estudios de evaluación de intervenciones médicas<sup>12,13</sup>.

Al tratarse de un instrumento que no incluye ítems positivos de salud, se ha criticado su uso en población general, donde unos dos tercios arrojarían resultados negativos<sup>14</sup>. También se ha calificado de arbitraria la adjudicación de los ítems a algunas dimensiones y la relación de aquellos con las mismas<sup>14</sup>. El sistema de ponderación de las respuestas, también se ha puesto en tela de juicio<sup>15</sup>.

## PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS

### Fiabilidad y Validez:

Las cualidades psicométricas se han analizado en numerosos estudios<sup>16-22</sup>, arrojando buenos resultados de validez (de constructo y de contenido), fiabilidad (consistencia interna, test-retest e interobservador) y sensibilidad a los cambios.

Respecto a la versión española, los valores de validez, fiabilidad y sensibilidad al cambio son similares a los del cuestionario original.

## BIBLIOGRAFÍA

### Original:

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E. "The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations". *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-9.

Hunt, S.M., McEwen, J. "The development to a subjective health indicator". *Social Health Illnes* 1980; 2: 231-46.

### Validación:

Alonso, J., Anto, J.M., Moreno, C. "Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity". *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.

Prieto, L., Alonso, J., Viladrich, M.C., Antó, M. *Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight*. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 31-8.

### Documentación:

McDowell, I., Newell, C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, New York, 1.996.

Hunt, S.M., McKenna, S.P., McEwen, J., Williams, J., Papp, E. "The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations". *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-9.

Hunt SM, McEwen J. The development to a subjective health indicator. *Social Health Illnes* 1980; 2: 231-46.

Alonso, J., Anto, J.M., Moreno, C. "Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity". *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.

Prieto, L., Alonso, J., Viladrich, M.C., Antó, M. "Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight". *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 31-8.

Coons SJ, Rao S, Keininger DL, Hays RD. "A comparative review of generic quality-of-life instruments". *Pharmacoeconomics* 2000; 17(1): 13-35.

### Adicional:

- 1.- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Williams J, Papp E. The Nottingham Health Profile: Subjective health Status and medical consultations. *Soc Sci Med* 1981; 15: 221-9.

- 2.- Hunt SM, McEwen J. The development to a subjective health indicator. *Social Health Illnes* 1980; 2: 231-46.
- 3.- Hunt SM, McKenna SP, McEwen J, Backett EM, Williams J, Papp E. A quantitative approach to perceived health status: A validation study. *J Epidemiol Community Health* 1980; 34: 281-6.
- 4.- Bergner M, Bobbitt RA, Carter WB, Gilson BS. The Sickness Impact Profile. Development and final revision of a health status measure. *Med Care* 1981; 19: 787-805.
- 5.- Alonso J, Anto JM, Moreno C. Spanish version of the Nottingham Health Profile: translation and preliminary validity. *Am J Public Health* 1990; 80: 704-8.
- 6.- Prieto L, Alonso J, Viladrich MC, Antó M. Scaling the Spanish version of the Nottingham Health Profile: Evidence of limited value of item weight. *J Clin Epidemiol* 1996; 49: 31-8.
- 7.- Badia X, Alonso J, Brosa M, Lock P. Reliability of the Spanish version of the Nottingham Health Profile in patients with stable end-stage renal disease. *Soc Sci Med* 1994; 38: 153-8.
- 8.- O'Brien BJ, Buxton MJ, Ferguson BA. Measuring the effectiveness of heart transplant programmes: quality of life data and their relationship to survival analysis. *J Chronic Dis* 1987; 40: 137-53.
- 9.- Permanyer-Miralda G, Alonso J, Antó JM, Alijarde-Guimera M, Soler-Soler J. Comparison of perceived health status and conventional functional evaluation in patients with stable coronary artery disease. *J Clin Epidemiol* 1991; 44: 779-86.
- 10.- Hunt SM, Wiklund I. Cross-cultural variation in the weighting of health statements: a comparison of English and Swedish valuations. *Health Policy* 1987; 8: 227-35.
- 11.- Bucquet D, Condon S, Ritchie K. The French version of the Nottingham Health Profile. A comparison of items weights with those of the source version. *Soc Sci Med* 1990; 30: 829-835.
- 12.- Grupo de trabajo "Calidad de vida y EPOC". *Calidad de vida relacionada con la salud en la EPOC. Instrumentos de medida en España*. Ed MCR, Barcelona, 1996.
- 13.- McDowell I, Newell C. *Measuring Health. A guide to rating scales and questionnaires*. Oxford University Press, New York, 1.996.
- 14.- Kind P, Carr-Hill R. The Nottingham Health Profile: a useful tool for epidemiologists? *Soc Sci Med* 1987; 25: 905-10.
- 15.- Anderson RT, Aaronson NK, Wilkin D. Critical review of the international assessments of health-related quality of life. *Qual Life Res* 1993; 2: 369-95.
- 16.- Hunt SM, McEwen J, McKenna SP. *Measuring health*. London: Croom Helm, 1986.
- 17.- Hunt SM, Alonso J, Bucquet D, Niero M, Wiklund I, McKenna S. Cross. Cultural adaptation of health measures. *Health Policy* 1991; 19: 33-44.
- 18.- McDowell IW, Martini CJM, Waugh W. A method for self-assessment of disability before and after hip replacement operations. *Br Med J* 1978; 2: 857-9.
- 19.- Martini CJ, McDowell I. Health status: patient and physician judgements. *Health Serv Res* 1976; 11: 508-15.
- 20.- Beaton DE, Bombardier C, Hogg-Johnson S. Choose your tool: a comparison of the psychometric properties of five generic health status instruments in workers with soft tissue injuries. *Qual Life Res* 1994; 3: 50-6.
- 21.- McKenna SP, McEwen J, Hunt SM, Pope C. Changes in the perceived health of patients recovering from fractures. *Public Health* 1984; 98: 97-102.
- 22.- Ebrahim S, Barer D, Nouri F. Use of the Nottingham Health Profile with patients after a stroke. *J Epidemiol Community Health* 1986; 40: 166-9.

## ESCALA DE AMBULACIÓN DEL SISTEMA DE CONFERENCIA Y EVALUACIÓN DEL PACIENTE (SCEP)

1. El paciente trata de participar o proporcionar alguna ayuda física para desempeñar la actividad que requiere una asistencia física y verbal notable para completarla. El paciente es capaz de ayudar hasta el 25 % de la actividad.
2. El paciente trata de participar o proporcionar asistencia física para desempeñar la actividad, pero requiere asistencia física y verbal para completarla. El paciente es capaz de ayudar en el 25-75% de la actividad.
3. El paciente puede participar completamente en la actividad pero requiere una asistencia física intermitente o vigilada. El paciente es capaz de ayudar en el 75% o más de la actividad.
4. El paciente realiza la actividad sin ayuda física o manual. Puede requerir indicaciones verbales, demostración previa, una situación física especial o supervisión para completar la actividad.
5. El paciente es independiente en la actividad pero requiere un instrumento auxiliar o modificación ambiental.
6. El paciente es independiente en la actividad pero muestra una alteración en la calidad de movimiento o requiere un tiempo superior al razonable.
7. El paciente es independiente en la actividad con un tiempo de reacción y una calidad de movimiento apropiadas para la edad.

En esta escala que va del 1 al 7, se especifica la situación del individuo catalogado en una puntuación.

## ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (EADAC)

### Instrucciones para el profesional:

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 RESPUESTAS PUNTOS

- 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?

PUNTUACIÓN TOTAL ANSIEDAD:

### SUBESCALA DE DEPRESIÓN RESPUESTAS PUNTOS

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?

PUNTUACIÓN TOTAL DEPRESIÓN:

PUNTUACIÓN TOTAL (Escala única):

## ESCALA DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN DE GOLDBERG

La escala de depresión y ansiedad de Goldberg (EADAC) fue concebida para permitir la detección de los dos trastornos psicopatológicos más frecuentes en Atención Primaria: la ansiedad y la depresión. Es un instrumento sencillo, breve y de fácil manejo, apropiado para ser administrado por el médico de Atención Primaria. Puede servir de guía de la entrevista, aunque sin sustituir a la historia clínica, así como un indicador de la prevalencia y de la gravedad y evolución de dichos trastornos. La versión castellana ha demostrado su fiabilidad y validez en el ámbito de la Atención Primaria y tiene una sensibilidad (83,1%), especificidad (81,8%) y valor predictivo positivo (95,3%) adecuados.

Se trata de un cuestionario **heteroadministrado** con dos subescalas, una de **ansiedad** y otra de **depresión**. Cada una de estas 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: si existen 2 o más en el caso de la subescala de ansiedad y si existen 1 o más en el caso de la subescala de depresión.

### CRITERIOS DE VALORACIÓN

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

- Subescala de ANSIEDAD: 4 o más respuestas afirmativas.
- Subescala de DEPRESIÓN: 2 o más respuestas afirmativas.
- Escala única (población geriátrica): 6 o más respuestas afirmativas.

### INSTRUCCIONES PARA SU ADMINISTRACIÓN

- La administración de estas escalas no sustituye a la recogida de la historia clínica. Puesto que su valor predictivo positivo es alto, si el test es positivo existe una alta probabilidad de padecer ansiedad o depresión. La probabilidad es tanto mayor cuanto mayor es el número de respuestas positivas.
- La prueba consta de dos subescalas: una para la detección de la ansiedad, y la otra para la detección de la depresión. Ambas escalas tienen 9 preguntas, pero las 5 últimas preguntas de cada escala sólo se formulan si hay respuestas positivas a las 4 primeras preguntas, que son obligatorias.
- El médico debe preguntar al paciente acerca de los síntomas contenidos en las escalas, referidos a los 15 días previos a la consulta, debiendo ignorar los síntomas que en el momento actual han dejado de estar presentes o cuya intensidad es leve.
- Aunque pueden existir otros síntomas, que deben ser explorados, la puntuación se obtendrá únicamente a partir de los mencionados en las escalas.
- Aunque todos los ítems tienen la misma puntuación, siguen un orden de gravedad creciente, de forma que los últimos ítems de cada escala suelen aparecer en los pacientes con trastornos más graves.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN AFECTIVA	
ESCALA DE DEPRESIÓN Y ANSIEDAD DE GOLDBERG (EADAC) VERSIÓN ESPAÑOLA GZEMPP	<b>DESCRIPCIÓN</b> Escala que permite valorar tanto la ansiedad como la depresión.
	<b>FORMA DE ADMINISTRACIÓN</b> La recogida de información es a través de un cuestionario heteroadministrado.
	<b>POBLACIÓN DIANA</b> Esta escala esta destinada a pacientes jóvenes, menores de 65 años.
	<b>ARGUMENTOS PARA SU SELECCIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Existe una amplia experiencia en la utilización de esta escala tanto en nuestro país como en otros del entorno.</li> <li>• Es una escala sencilla de administrar.</li> <li>• Tiene una sensibilidad y especificidad superior al 80% para la depresión y algo menor para la ansiedad.</li> <li>• Escala muy utilizada por los profesionales de Atención Primaria.</li> </ul>
	<b>VALORACIÓN</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esta escala permite puntuar por separado la depresión y la ansiedad.</li> <li>• El punto de corte de la ansiedad es 4.</li> <li>• El punto de corte de la depresión es 2.</li> <li>• Se considera que existe malestar psíquico cuando el paciente puntúa por encima de cualquiera de las dos subescalas o de ambas.</li> </ul>
<b>TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN</b> Tan sólo requiere de unos 10 minutos para su aplicación.	