

examen
de salud
para mayores
de 65 años

sa
lud
65

Equipo de trabajo

M^o Dolores Alguacil Herrero
José Manuel Cabrera Rodríguez
Carmen Escalera de Andrés
Juan Manuel Espinosa Almendros
María Gutiérrez García
Manuela Lacida Baro
Carmen Lama Herrera
Manuel López Serrato
Juan Carlos Morilla Herrera
Francisca Muñoz Cobo
Bienvenida Oliver Navarro
Paloma Porras Martín
Javier Ras Luna

© 2008 Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Avenida de la Constitución, 18. 41071 Sevilla
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
ISBN: 978-84-691-2004-0
Depósito legal: Gr 972-2008
Diseño y maquetación: Manigua
Foto: JPA

Índice

Presentación 5

1. Consideraciones generales 7

2. Introducción 9

3. Objetivos 13

3.1 Objetivo general 13

3.2 Objetivos específicos 13

4. Plan de actuación 15

4.1. Identificar y captar a las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía 15

4.1.1. Identificación 15

4.1.2. Captación 16

4.2. Clasificar a las personas mayores de 65 años, según su grado de autonomía personal 17

A. Persona mayor de 65 años autónoma 17

B. Persona mayor de 65 años frágil o en riesgo de dependencia 17

C. Persona mayor de 65 años dependiente 18

4.3. Establecer las medidas de prevención y promoción de la salud, en consonancia con la valoración realizada. Valoración sistemática y Actividades a realizar 18

A. Persona mayor de 65 años autónoma 18

B. Persona mayor de 65 años frágil o en riesgo de dependencia 19

C. Persona mayor de 65 años dependiente 19

5. Evaluación 21

5.1. Poblaciones diana y fuentes de datos 21

5.2. Sistemas de información 21

5.3. Indicadores 21

6. Plan de comunicación 23

7. Bibliografía 25

8. Anexos 29

Anexo 1: Secuencia de captación para la priorización de actividades 29

Anexo 2: Actividades de prevención y promoción de la salud en personas mayores de 65 años 30

Anexo 3: Valoración integral de la población mayor de 65 años 33

Anexo 4: Escalas de valoración 39



Presentación

El envejecimiento poblacional constituye un fenómeno común a todos los países desarrollados de manera que cada vez hay más personas con edades superiores a los 65 años. En nuestra Comunidad ya hay un 15% de ciudadanos con más de 65 años (17% en España). Tras el análisis de esta perspectiva nace la necesidad desde la Consejería de Salud, de la pertinencia de la realización de un abordaje desde la salud diferenciado para la atención a este importante colectivo, a través del "Examen de Salud para las personas mayores de 65 años".

El Examen de salud se incluye en el Decreto 48/2006, de 1 de marzo, de ampliación de medidas de apoyo a las familias andaluzas, generadas con el sentido de potenciar mejoras específicas en el Sistema Sanitario Público dirigidas a algunos colectivos más necesitados. El "Examen de Salud para las personas mayores de 65 años" se constituye, de esta manera, en un plan de atención integral dirigido hacia la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, para las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía, y cuyo aseguramiento corresponda al Sistema Sanitario Público de Andalucía.

El objetivo principal del "Examen de Salud para las personas mayores de 65 años" es detectar precozmente los problemas de salud en personas mayores de 65 años que puedan constituir situaciones de riesgo e implantar las medidas de promoción y prevención que según los estudios disponibles mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65 años, al mismo tiempo que aumentan el periodo libre de dependencia. Y queda definido por el conjunto de las actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, y establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados, para los mayores de 65 años en Andalucía. Los Servicios de Atención Primaria son el punto de partida para el desarrollo de este plan, a través del trabajo coordinado de médicos de familia, enfermeras y el resto de los profesionales que trabajan en los centros.

Su elaboración ha sido posible gracias al trabajo realizado por un grupo multidisciplinar de profesionales que ha participado activa y directamente en su desarrollo, a los que les damos, desde aquí, especialmente las gracias por su contribución a esta dinámica de mejora continua del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

Joaquín Carmona Díaz-Velarde
Director General de Asistencia Sanitaria



1. Consideraciones generales

El presente documento desarrolla un plan de atención integral dirigido hacia la mejora de la calidad de vida relacionada con la salud, para las personas mayores de 65 años residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza. Las intervenciones que se proponen están basadas en las evidencias científicas disponibles, en consonancia con las que se desarrollan en países de nuestro entorno, y tienen en cuenta el contexto de nuestro Sistema Sanitario Público. Están, por tanto, sujetas a posteriores ampliaciones, revisiones y actualizaciones.

Por razones epidemiológicas, demográficas, sociales y sanitarias, el análisis y la orientación de este plan tienen en cuenta el enfoque de género en el abordaje de los problemas de salud que pretendemos prevenir: hemos tenido en cuenta que la proporción de mujeres mayores es bastante superior a la de hombres, diferencia que va aumentando con la edad. Estas mujeres, además, tienen una peor percepción de su salud y de su calidad de vida con respecto a los hombres, factor que condiciona el uso de los servicios sanitarios y de las medidas a poner en marcha.



2. Introducción

No está definida con precisión la edad a partir de la cual una persona puede considerarse "anciana" existiendo muchas definiciones de envejecimiento. Una de las más aceptadas es la de R.A. Miller que lo define como un "proceso en que los adultos sanos pasan a frágiles, con disminución de los mecanismos de reserva fisiológicos e incremento exponencial para la vulnerabilidad frente a la enfermedad y la muerte", siendo estos últimos aspectos los que caracterizan a este grupo de población y por ello, precisamente, son susceptibles de beneficiarse de los servicios preventivos y de promoción de la salud, haciendo hincapié especialmente a los dirigidos al fomento y mantenimiento de la autonomía en todos los ámbitos posibles.

El envejecimiento de la población constituye el hecho epidemiológico de mayor relieve ocurrido en los países desarrollados en las últimas décadas. Este cambio demográfico se caracteriza además, por el llamado "*envejecimiento del envejecimiento*", de manera que la población mayor de 65 años representa el 15% y los mayores de 80 años suponen el 3% de la población occidental. Este hecho se caracteriza por dos aspectos fundamentales: es **universal** afecta a todos los países y continentes, si bien su repercusión es variable según su intensidad y el grado de desarrollo y de las políticas de bienestar social y sanitarias de cada país y **es la primera vez que se presenta** y en las próximas décadas será una tendencia cada vez más acentuada.

En Occidente, el aumento progresivo de la esperanza de vida ha incrementado la preocupación por la calidad de vida, introduciéndose conceptos relacionados con ésta, tanto positivos, el envejecimiento activo, como negativos, incapacidad o dependencia. El continente europeo es una de las regiones del mundo con mayor envejecimiento poblacional, en España hay 6.950.706 personas mayores de 65 años (17%), según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) año 2001, siendo la proyección del mismo para el año 2026 de 10.876.681 personas (21,6%).

En la comunidad autónoma andaluza, según datos del Padrón Municipal referentes al año 2004, la población total es 7.687.518 personas, siendo la **población mayor de 65 años 1.134.633 personas (14,76%)**.

En este contexto, el Sistema Sanitario Público de Andalucía (SSPA) pone en marcha una nueva iniciativa para la promoción de la salud, detección precoz de los problemas de salud y necesidades de cuidados referidas a la población mayor de 65 años, para así prolongar el periodo libre de dependencia. Siguiendo esta línea, en este grupo siempre hay que tener presente el concepto de "fragilidad", entendida como una mayor vulnerabilidad ante la enfermedad, un aumento del riesgo de desarrollar deterioro funcional y la consiguiente dependencia en el desarrollo de las actividades de la vida diaria y, en última instancia, la muerte. Según datos del Libro Blanco sobre Atención a la Personas en Situación de Dependencia en España, basados en la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud 1.999 (EDDES 99), el número de personas mayores de 65 años en Andalucía es:

- Con alguna incapacidad, independientemente del grado de severidad, 299.739 personas (30,4%).
- Alguna incapacidad de grado severo 215.275 personas (21,8%).

Si extrapolamos los datos por sexo, a escala nacional:

- Con alguna incapacidad, independientemente del grado de severidad: 30,46% de mujeres y 23,03% de hombres.
- Alguna incapacidad de grado severo: 24,80% de mujeres y 17,68% de hombres.

El 3er Plan Andaluz de Salud, presenta en su 2ª línea prioritaria de actuación "mejorar la salud desde los entornos sociales mediante el fomento de hábitos de vida saludables", siendo uno de sus objetivos el de "promover la calidad de vida en el envejecimiento", mediante estrategias tales como:

1. Fomentar actividades intersectoriales de promoción de hábitos saludables que permitan llegar a edades avanzadas con mejor autonomía y calidad de vida.
2. Promover estrategias de prevención y seguimiento de hábitos para lograr y conservar un buen estado de salud y calidad de vida.
3. Contemplar en los procesos asistenciales la edad y el enfoque sociosanitario de la red de apoyo social.
4. Desarrollar estrategias sociosanitarias para la autonomía de las personas mayores y su permanencia en el entorno elegido.
5. Potenciar la atención sociosanitaria a domicilio para las personas en situación de dependencia, cualquiera que sea su lugar de residencia. Esta atención debe incluir el cuidado de la salud, la prevención de la discapacidad, la potenciación de la autonomía personal, la ayuda para las actividades de la vida diaria, así como la promoción de la participación social activa.

El Sistema Sanitario Público de Andalucía también contempla políticas de prevención en el adulto, que mejoren el estado de salud, eviten el deterioro y reduzcan las situaciones de fragilidad y dependencia, y que han demostrado su beneficio, como son la educación sanitaria, las inmunizaciones, los cribados de neoplasias y el control de los factores de riesgo cardiovascular.

En el mismo sentido, se encuentran los programas de atención a personas mayores de 65 años para la detección precoz de problemas de salud y necesidades de cuidados con mayor prevalencia en esta población. Estos programas recogen actuaciones de efectividad demostrada y valoran áreas como el riesgo de caídas, trastornos visuales y auditivos, polimedicación, incontinencia urinaria, nutrición, actividad física, y actividades de la vida diaria. Por todo ello y con el fin de avanzar en el desarrollo del objetivo de promoción de la calidad de vida en el envejecimiento del 3er Plan Andaluz de Salud, el Sistema Sanitario Público de Andalucía pone en marcha una nueva iniciativa de promoción de la salud, detección precoz de los problemas de salud y de necesidades de cuidados dirigida a la población mayor de 65 años. Dicha iniciativa tiene como misión la detección e intervención precoz ante problemas de salud para mantener la autonomía, el buen estado de salud y la calidad de vida.



3. Objetivos

3.1. Objetivo General

Detectar precozmente los problemas de salud en personas mayores de 65 años que puedan constituir situaciones de riesgo e implantar las medidas de promoción y prevención que según los estudios disponibles mejoran la salud y la calidad de vida de nuestros mayores de 65 años, al mismo tiempo que aumentan el periodo libre de dependencia.

3.2. Objetivos Específicos

- Identificar y captar a las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía.
- Clasificar a las personas mayores de 65 años, según su grado de autonomía personal.
- Identificar los problemas de salud y necesidades de cuidados de mayor prevalencia, garantizando la valoración de los mayores de 65 años.
- Establecer las medidas de prevención y promoción de la salud, en consonancia con la valoración realizada.
- Potenciar los mecanismos de coordinación entre profesionales y servicios ofertados en atención primaria para el desarrollo de las intervenciones.
- Facilitar el acceso de la población diana a los profesionales y servicios de atención primaria, para la intervención precoz de los problemas de salud detectados.

Los Servicios de Atención Primaria del SSPA son el punto de partida para el desarrollo de este plan, coordinando a los diferentes profesionales y servicios ofertados.

Este servicio que se oferta, se define como el conjunto de las actividades destinadas a la promoción, prevención, diagnóstico precoz, confirmación diagnóstica, establecimiento de un plan terapéutico y de cuidados, para los mayores de 65 años en Andalucía.

Persigue el seguimiento evolutivo, la prevención, el manejo de complicaciones, y el apoyo psicológico y social al paciente y al cuidador principal del mismo.



4. Plan de actuación

El presente Plan de Atención a Personas Mayores de 65 años contempla una serie de actuaciones con el fin de alcanzar los objetivos propuestos. Así, en función de los objetivos planteados se realizarán las siguientes actividades:

4.1. Identificar y captar a las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía

La cobertura de esta intervención es poblacional, es decir, la población diana es el universo de las personas mayores de 65 años. En Andalucía, asciende a 1.134.633 personas.

4.1.1. Identificación

El proceso de elaboración del censo poblacional específico para el desarrollo de este Plan de Atención a Personas Mayores de 65 Años se basa en la Base de Datos de Usuarios (BDU) del Sistema Sanitario Público de Andalucía.

La BDU proporcionará la relación de datos de todas las personas mayores de 65 años. Las personas identificadas constituirán el total de la población diana.

A partir de ella, se desarrollará la siguiente sistemática:

- Se analizará la población mayor de 65 años vinculada a cada Centro de Salud de Andalucía, a cada Médico de Familia y Enfermera. Para ello, se utilizará la Base de Datos de Usuarios (BDU) del SSPA, que se actualizará cada año.
- Una vez identificada y para establecer los criterios de **priorización en la citación de la población diana** se realizará el siguiente proceso:
 1. Se facilitará a cada Profesional (Médico/Enfermera) por parte de la Unidad de Atención al Ciudadano (UAC) de cada Distrito de Atención Primaria, la población mayor de 65 años que componen su universo. Esto será realizado en una primera fase de forma masiva, para posteriormente realizarse actualizaciones anuales.
 2. Se identificarán a los pacientes que no han tenido contacto con el Sistema Sanitario en el último año, mediante la utilización de la Historia Clínica que identificará a aquellos pacientes a los que nunca se les ha abierto una "hoja de seguimiento de consulta".
 3. Se identificarán a los pacientes que han tenido algún contacto con el Sistema Sanitario en el último año; dentro de este grupo se diferenciarán a su vez, dos subgrupos:
 - Pacientes incluidos en procesos asistenciales, protocolos, programas, servicios de Cartera de Servicios, consulta de crónicos de enfermería y en atención domiciliaria.
 - Pacientes que han contactado con el Sistema Sanitario de forma ocasional.

4.1.2. Captación

Una vez identificada la población, siguiendo el procedimiento descrito, se procederá a la captación de la misma, según la **secuencia** que se define a continuación.

Desde cada Centro de Salud se pondrán en contacto con la población mayor de 65 años, a fin de incluirlos en el Plan de Atención a las personas mayores de 65 años en Andalucía. La atención a estas personas, se podrá realizar por los profesionales tanto en el Centro como en el Domicilio, en función del estado de salud del paciente.

La secuencia de captación para la **priorización de acciones** se recoge en el **Diagrama de flujos** (Anexo 1) y será la siguiente:

1. **A los pacientes que no han tenido contacto con su Centro de Salud en el último año**, se les citará, a través de la Unidad de Atención al Ciudadano de los Centros de Atención Primaria, en la agenda de su Enfermera de Familia, que hará una primera valoración, identificando problemas de salud y necesidades de cuidados; solicitará la analítica recomendada y citará al paciente a su Médico de Familia que evaluará los resultados y completará la valoración en los aspectos de su competencia. Se tenderá a conseguir la atención de los pacientes en acto único.
2. **A los pacientes con sólo un contacto casual con sus profesionales de referencia**, se les tratará como si nunca lo hubieran tenido. Es decir, se realizará una captación activa por parte de las UACs de los Centros de Salud, en la agenda de su Enfermera de Familia, que hará una primera valoración, identificando problemas de salud y necesidades de cuidados; solicitará la analítica recomendada y citará al paciente a su Médico de Familia que evaluará los resultados y completará la valoración en los aspectos de su competencia. Se tenderá a conseguir la atención de los pacientes en acto único.
3. **A los pacientes que sí han acudido a su Centro de Salud en el último año, y que están incluidos en procesos, programas, consultas de crónicos de enfermería, etc.** y dentro de las actividades pautadas y programadas con ellos, se les incluirá en las acciones del Plan.
4. **Las personas incluidas en Programas de Atención Domiciliaria**, si son mayores de 65 años, serán incluidas por cualquiera de los profesionales que lo atienden –Enfermeras/Médicos– en las actividades necesarias de este Plan, en el marco del Plan de Atención que tienen elaborado.

4.2. Clasificar a las personas mayores de 65 años, según su grado de autonomía personal

La clasificación debe ser realizada, a raíz del primer contacto de esta persona con el Sistema Sanitario, por el Profesional Sanitario que lo atiende en ese momento. La pertenencia a cada grupo se hace tras una valoración con anamnesis dirigida (se pueden utilizar como apoyo, si es necesario, el test de Barthel o índice de Katz). La clasificación en cada uno de los grupos nos permitirá establecer los criterios de priorización.

Se podrán clasificar en los siguientes grupos:

A. Persona mayor de 65 años autónoma

Son aquellas personas mayores de 65 años que no presentan enfermedad o que aún padeciéndola de manera aguda o crónica, mantienen su autonomía o independencia, estando sus características físicas, mentales y sociales de acuerdo con su edad cronológica.

Los grados de dependencia funcional se corresponderían con un test de Barthel de 90 a 100 puntos o Índice de Katz A-B.

B. Persona mayor de 65 años frágil o en riesgo de dependencia

Son aquellas personas que cumplen **alguna de las siguientes condiciones** y que debido a cualquiera de ellas, se encuentran **en situación de riesgo de dependencia**:

- **Problemas de Salud:** Patología crónica que condicione una incapacidad funcional; por ejemplo: neoplasia avanzada, demencia, hospitalización reciente, polifarmacia, deterioro mental, deterioro cognitivo, depresión.
- **Criterios Asistenciales:** Edad superior a 80 años, inmovilizado en su domicilio, residentes en instituciones.
- **Problemas Sociales:** Aislamiento social y/o familiar (vive solo o sin familia próxima); cambios frecuentes de domicilio (anciano itinerante); viudedad reciente; riesgo de institucionalización prematura o inadecuada; rechazo de su situación; recursos económicos insuficientes; problemas de vivienda (barreras arquitectónicas, sin condiciones mínimas, etc.).

Los grados de dependencia funcional se corresponderían con un test de Barthel 90-61 puntos o Índice de Katz C-E.

C. Persona mayor de 65 años dependiente

Se entiende a aquella persona que cumple tres o más de los siguientes criterios y por lo tanto, se encuentra en situación de dependencia con pocas posibilidades de que esta situación cambie:

- Edad superior a 75 años.
- Presencia de pluripatología descompensada.
- Proceso o enfermedad principal con carácter incapacitante.
- Patología mental grave acompañante o predominante.
- Problemas sociales relacionados con su estado de salud.

Los grados de dependencia funcional se corresponderían con un test de Barthel de 0-60 puntos o Índice de Katz F-G.

En el sentido que se definen los tres grupos de población mayor de 65 años descritos con anterioridad, el presente programa de prevención y promoción abarcará fundamentalmente, a los dos primeros grupos, donde las intervenciones de estas características tienen un importante impacto en la salud y la calidad de vida de los mayores, según recoge la evidencia científica disponible.

4.3. Establecer las medidas de prevención y promoción de la salud, en consonancia con la valoración realizada. Valoración sistemática y actividades a realizar

Las actividades a realizar (Anexo 2), van a depender del grupo de clasificación funcional al que pertenezca la persona mayor, sin perjuicio de todas aquellas que se deban realizar de manera individual a cada una de ellas.

A. Persona mayor de 65 años autónoma

- Valoración Clínica

Que debe realizar el despistaje de las enfermedades más prevalentes en esta edad. En este sentido, están establecidas las actividades y estrategias recogidas en los Planes Integrales de Diabetes, de Oncología y de Atención a las Cardiopatías (Anexo 3, apartado A).

- Medidas de promoción y prevención primaria

- Inmunización antigripal (periodicidad anual).
- Inmunización frente a tétanos y difteria (periodicidad según el calendario de vacunaciones del adulto).
- Inmunización antineumocócica (para residentes en instituciones).
- Detección de hábito tabáquico y consejo antitabáquico.
- Detección consumo excesivo de alcohol.
- Consejo sobre alimentación y actividad física.

– **Medidas de promoción y prevención secundaria**

- Medición de tensión arterial (periodicidad bianual).
- Valoración riesgo de caídas.
- Detección de hábito tabáquico y consejo antitabáquico.
- Detección consumo excesivo de alcohol.
- Detección de incontinencia urinaria (para mayores de 75 años).
- Realización de un análisis de bioquímica y hematimetría sanguínea.
- Detección de depresión (según Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones).
- Valoración de agudeza visual.
- Detección de hipoacusia.
- Valoración del uso adecuado de los medicamentos.

B. Persona mayor de 65 años frágil o en riesgo de dependencia

- Las mismas actividades que al grupo anterior y además,
- Realizar la **Valoración Integral** (clínica, funcional, mental y social), utilizando si se necesita las escalas propuestas en el proyecto (Anexo 3).
- Tras la valoración integral, se procederá a la **identificación de problemas y detección de necesidades de cuidados**, para llegar a una priorización de actuaciones que nos llevan a,
- Realizar un **plan terapéutico y de cuidados** en función de las necesidades detectadas.

C. Persona mayor de 65 años dependiente

- Las actividades que procedan de las incluidas en los grupos anteriores, teniendo en cuenta la situación clínica y social de los pacientes.
- Captación para atención domiciliaria y atención a cuidadoras.

La periodicidad de la valoración integral, sea cual sea el grupo al que pertenezca el paciente, se realizará en función de posibles cambios en la situación del paciente.

Cada ciudadano debe tener constancia de las actividades que se le han realizado en función del grupo al que pertenezca, y que quedará registrado en su Historia de Salud.



5. Evaluación

La evaluación del Plan de Atención a personas mayores de 65 años se centrará en el logro de los objetivos específicos propuestos:

5.1. Poblaciones Diana y Fuentes de Datos

La población diana está compuesta por todas aquellas personas mayores de 65 años residentes en la Comunidad Autónoma Andaluza que según datos de BDU a 31 de Diciembre del año en curso.

Para determinadas actuaciones propuestas en el plan, estas poblaciones serán algo diferentes; por ejemplo: la detección de incontinencia urinaria se hará en personas mayores de 75 años.

La estimación sobre el número de las personas mayores de 65 años frágiles y dependientes está establecida en un 15% de la población mayor de 65 años. Por tanto, estos grupos de edad y porcentajes serán los que fundamentalmente se utilicen como denominadores de los indicadores que se seleccionen.

Las fuentes de datos son:

- Base de Datos de Usuarios (BDU).
- Sistema de Información para la Gestión en Atención Primaria (SIGAP).
- DIRAYA.

5.2. Sistemas de Información

Todas las actividades realizadas deben quedar reflejadas en la historia clínica del paciente.

5.3. Indicadores

Los indicadores contemplan tanto datos de cobertura como indicadores de proceso y de resultados. Estos serán los que verdaderamente aporten información sobre la repercusión en la calidad de vida de los pacientes.

Objetivo 1: Identificar y captar a las personas mayores de 65 años, residentes en Andalucía.

- Se elaborará un censo con la población diana de personas mayores de 65 años, en cada Centro de Salud de Andalucía y Distrito.

Objetivo 2: Clasificar a las personas mayores de 65 años, según su grado de autonomía personal.

- Porcentaje de personas mayores de 65 años que tienen realizada la identificación al grupo de pertenencia. Se establece un estándar inicial para el primer año de implantación de este servicio del 45% del total de la población mayor o igual de 65 años.

- Porcentaje de personas mayores de 65 años que han sido consideradas Autónomas tras la valoración.
- Porcentaje de personas mayores de 65 años que han sido consideradas frágiles o en riesgo de dependencia tras la valoración.
- Porcentaje de personas mayores de 65 años que han sido consideradas dependientes tras la valoración.

Objetivo 3: Establecer las medidas de prevención y promoción de la salud en consonancia con la valoración realizada. Valoración sistemática y actividades a realizar.

- Porcentaje de personas mayores de 65 años autónomas que tienen realizada las actividades propuestas. Estándar inicial del 45% de esta población.
- Porcentaje de personas mayores de 65 años frágiles o en riesgo de dependencia que tiene realizada la valoración integral. Estándar inicial del 45% de esta población.
- Porcentaje de personas mayores de 65 años dependientes a los que se les realiza la valoración integral. El estándar será del 90%.
- Vacunación antigripal en personas mayores o iguales a 65 años. El estándar se fija en el 75%.
- Vacunación antineumocócica. El estándar se fija en el 75%, en población institucionalizada.

Se entiende que aunque a todas las personas se les realizarán las actividades descritas, por la propia naturaleza preventiva y de promoción de la salud, son actividades a desarrollar a lo largo de los años 2005-2008. La cobertura del programa irá aumentando cada año, se recogerá en cada Contrato-Programa, de forma que al finalizar el 2008 la cobertura de este servicio alcance a toda la población diana.

Índice sintético

Este índice sintético se corresponde con el cumplimiento del 100% de los cuatro indicadores elegidos.

	Valoración inicial a población de 65 años	Valoración integral a personas mayores frágiles	Valoración integral a mayores dependientes	Vacunación antigripal	
Cobertura	45	45	90	75	
Ponderación	0,40	0,20	0,20	0,20	
Resultados	18	9	18	15	
Índice sintético					60

6. Plan de comunicación

La correcta ejecución de este proyecto requiere la realización de un Plan de Comunicación dirigido tanto a las personas mayores de 65 años, como al conjunto de profesionales implicados en el mismo.

Población Igual o Mayor de 65 años

- Edición de folletos explicativos de las actividades incluidas en esta nueva oferta de servicios en la Atención a las Personas Mayores de 65 años.
- Existencia de un soporte documental (documento de salud para mayores de 65 años) que sirve para que cada persona mayor tenga constancia de las actividades que se le realizan en función del grupo funcional al que pertenezca pertenece, y que quedará en su poder.

Profesionales

Las acciones dirigidas al Equipo de Profesionales parten de los valores añadidos de este proyecto, es decir, el aumento de la rentabilidad de los tiempos de dedicación y atención a las personas mayores de 65 años; el aumento de la cobertura de los servicios de prevención y promoción de la salud para estas personas y la racionalización en el uso de los recursos.

- Actividades de presentación y divulgación de esta nueva oferta de servicios, con el objeto de conseguir la sensibilización e implicación de los mismos.
- Presentación a las Sociedades Científicas.



7. Bibliografía

- Bernabei R. Landi F. Gambassi G. Sgadari A. Zuccala G. Mor V. Rubenstein LZ. Carbonin P. Randomized trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ*. 1998 May 2; 316(7141): 1348-51.
- Leveille SG. Wagner EH. Davis C. Grothaus L. Wallace J. LoGerfo M. Kent D. Preventing disability and managing chronic illness in frail older adults: a randomized trial of a community-based partnership with primary care. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1998 Oct; 46(10): 1191-8.
- Statistical Office of the European Communities (Eurostat). Population projections 2004-2050.
http://epp.eurostat.cec.eu.int/pls/portal/docs/page/pgp_prd_cat_prerel/pge_cat_prerel_year_2005/pge_cat_prerel_year_2005_month_04/3-08042005-en-ap.pdf.
Visitado el 15-04-2005.
- Instituto Nacional de Estadística.
www.ine.es
Visitado el 15-04-2005.
- Instituto Andaluz de Estadística
<http://www.juntadeandalucia.es/institutodeestadistica>
Visitado el 15-04-2005.
- Robles González E et al. La transición sanitaria en España desde 1900 a 1990. *Rev Esp Salud Pública*. 1996. 70: 221-33.
- Rockwood K. Fox RA. Stolee P. Robertson D. Beattie BL. Frailty in elderly people: an evolving concept. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 1994; 150(4):489-95.
- Fried LP. Guralnik JM. Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *Journal of the American Geriatrics Society*. 1997; 45(1):92-100.
- Hebert R. Functional decline in old age. *CMAJ Canadian Medical Association Journal*. 1997; 157(8):1037-45.

- Baztan JJ, Valero C, Regalado P, Carrillo E. Evaluación de la fragilidad en el anciano. *Med Clin* 1991; 96:183-8.
- Kessel H. La edad como criterio. *Med Clin* 1998; 110: 736-9.
- Hamerman D. Toward an understanding of frailty. *Annals of Internal Medicine* 1999; 130(11): 945-50.
- Selva A, San José A, Solans R, Vilardell M. Características diferenciales de la enfermedad en los ancianos. *Fragilidad. Medicine* 1999; 7: 5789-5796.
- Hebert R, Bravo G, Korner-Bitensky N, Voyer L. Predictive validity of a postal questionnaire for screening community-dwelling elderly individuals at risk of functional decline. *Age and Ageing*. 1996 Mar; 25(2): 159-67.
- The Canadian Study of Health and Aging Working Group. (2001). Disability and frailty among elderly Canadians: a comparison of six surveys. *International Journal of Psychogeriatrics*, Vol 13 (Suppl.1): 159-167.
- Martín-Bun M, Suárez del Villar, Molina A. El anciano frágil en la comunidad. *Rev Esp Geriat Gerontol* 1997; 32: 39-44.
- Peñacoba Maestre D, Franco Vidal A. Perfil de las personas mayores de 75 años que acuden a un centro de salud. *Evidentia* 2004 sept-dic; 1(3): 29-34.
- Cid Ruzafa J, Damian Moreno J. Valoración de la discapacidad física: Índice de Barthel. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*. 1997; 71 (2): 127-137.
- Álvarez Solar, M Alaiz Rojo, AT de Brun Gurpegui, E Cabañeros Vicente, JJ Calzón Frechoso, M Cosío Rodríguez, I García López, P Gacía-Cañedo Fernández, R Pardo González, I y Suárez González, A. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. *Fiabilidad del método. Aten Primaria*. 1992; 10(6): 812-816.
- Martínez de la Iglesia J, Dueñas Herrero R, Onís Pilches MC, Aguado Taberne C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* 2001; 117(4): 129-34.
- Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Min-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin* 1999; 112: 767-774.

- Del Ser T, Morales JM, Baquero MS, Cantón R, Bermejo F. Application of a Spanish versión of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly" in the clinical assessment of dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord* 1997; 11(1): 3-8.
- Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. *Aten Primaria*, 1996; 18: 153-63.
- Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Preventive Care for Adults. 10th Edition. September 2004.
<http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=189>
Visitado el 15-04-2005.
- Institute for Clinical Systems Improvement. Health Care Guideline: Preventive Counseling and Education. 9th Edition. June 2004. <http://www.icsi.org/knowledge/detail.asp?catID=29&itemID=188>
Visitado el 15-04-2005.
- Gillespie LD, Gillespie WJ, Robertson MC, Lamb SE, Cumming RG, Rowe BH. Intervenciones para la prevención de caídas en las personas ancianas. En: *Cochrane Library plus en español*. Oxford: Update Software. Revisado el 15 de Julio de 2003.
- Evidence-based clinical practice guideline. Continence for women. 2000. Washington (DC): Association of Women's Health, Obstetric and Neonatal Nurses.
- Salvá A, Bolívar I, Muñoz M, Sacristán V. Un nuevo instrumento para la valoración nutricional en geriatría: EL Mini Nutritional Assessment (MNA). *Rev Gerontol* 1996; 6: 319-328.
- Canadian Task Force on the Periodic Health Examination. The periodic health examination. *Can Med Assoc J*. 121: 1193,1979.
- U.S. Preventive Task Force. *Guide to Clinical Preventive Services*, 2ª ed. 1996.
- Salleras LL.(Cor) et al. Actividades Preventivas en Personas Mayores. *Med Clin*. Vol 116 (sp 1) 2001.
- García Olmos (Cor) et all. Actividades Preventivas en Atención Primaria. *El Médico* 27/Jun/2003.

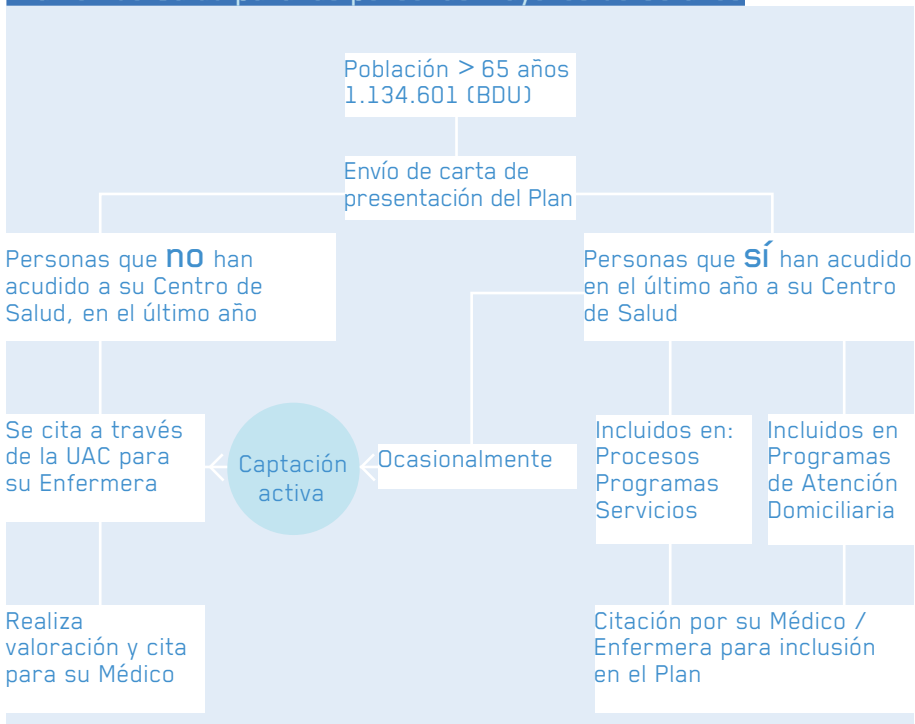
- SEMFyC. PAPPS actualización 2001 Atenc Prim. Vol 28 (2). Nov 2001.
- SEMFyC. PAPPS actualización 2003. Atenc Prim. Vol 32 (2). Dic 2003.
- AETSA. Consejería Salud. Junta de Andalucía. Revisiones o Exámenes de Salud para la Personas Mayores de 65 años: Evaluación de Alternativas y Aproximación a la Investigación sobre su Efectividad.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Cartera de Servicios de Atención Primaria 2003.
- OMS-OPS. El Maltrato de las Personas Mayores. Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud. Ginebra, 2002.
- Curso Taller de Formación de Formadores. Atención al Anciano en Atención Primaria. Acuerdos de colaboración SAS-SAMFyC 2002.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Guía de diseño y mejora continua de Procesos Asistenciales. Sevilla. 2001.
- 3er Plan Andaluz de Salud 2003-2008. Consejería de Salud Junta de Andalucía. Sevilla, 2003.
- Libro Blanco sobre Atención a las Personas en Situación de Dependencia en España. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Ministerio de Trabajo Asuntos Sociales. Madrid, 2004.
- M^o Dolores Puga González, Antonio Abellán García. "El proceso de Discapacidad. Un análisis de la Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencia y Estado de Salud". Centro Superior de Investigaciones Científicas. Madrid, 2004.

8. Anexos

Anexo 1

Secuencia de captación para la priorización de actividades

Examen de Salud para las personas mayores de 65 años



Anexo 2 Actividades de prevención y promoción de la salud en personas mayores de 65 años

Intervención	Evidencia	Población Diana	Profesionales Implicados	Técnicas/Procedimientos	Historia digital/ Escalas de Valoración	Periodicidad mínima	Lugar	Observaciones
Imunización Antigripal	B	> 64 años	Enfermera Médico de Familia	Vacunación	Módulo vacunas Historia digital	Anual	Centro Domicilio*	Campaña anual
Imunización frente Tétanos y Difteria	A	> 64 años	Enfermera Médico de Familia	Vacunación	Módulo vacunas Historia digital	Calendario de vacunaciones en adultos (C. de Salud)	Centro Domicilio	Registro en carné de vacunaciones adultos para seguir pauta vacunal. Oportunista
Vacunación Antineumocócica	B	> 64 en instituciones cerradas e inmunodeprimidos	Enfermera Médico de Familia	Vacunación	Módulo vacunas Historia digital	1 sola dosis	Residencias	Registro en carné de vacunaciones adultos, para evitar revacunación
Medición de Tensión Arterial	A	> 64 años	Médico de Familia Enfermera	Esfingomanómetro homologado	Módulo de constantes Historia digital	Personas sanas y asintomáticas cada 2 años	Centro Domicilio	
Detección Depresión	B	> 64 años	Médico de Familia Enfermera	Según Proceso	Módulo procesos/ test de Yesavage/ escala Goldberg	Cada 2 años	Centro Domicilio	Según Proceso Ansiedad, Depresión, Somatizaciones

Consejo antitabaco	A	> 64 años fumadores	Médico de Familia Enfermera	Consejo a pacientes	Módulo historia digital	Cada 2 años	Centro Domicilio	Oferta deshabituación para los que deseen dejar de fumar
Detección consumo excesivo de alcohol	B	> 64 años	Médico de Familia Enfermera Trabajadora Social	Test Cage camuflado	Módulo de antecedentes Historia digital	Cada 2 años	Centro Domicilio	Orientación terapéutica
Consejo sobre alimentación y actividad física	B	> 64 años	Médico de Familia Enfermera Trabajadora Social		Módulo clínico Historia digital	Cada 2 años	Centro Domicilio	Consejo
Uso adecuado de medicamentos	No Evaluado	> 64 años	Médico de Familia Enfermera	Consejo a pacientes		Cada 2 años	Centro Domicilio	Contenidos: Motivos de prescripción, vías de administración, duración y posología. Efectos secundarios
Detección de Incontinencia	B	> 74 años	Médico de Familia Enfermera	Interrogatorio	Módulo Historia digital	Valoración inicial a > 74 años	Centro Domicilio	Estudio
Valoración Riesgo de Caídas	A/ B	> 64 años	Médico de Familia Enfermera Trabajadora Social	Anamnesis dirigida		Cada 2 años	Centro Domicilio	
Valoración de Agudeza Visual	B	> 64 años	Médico de Familia Enfermera	Entrevista clínica/optotipos	Módulo Historia digital	Cada 2 años	Centro Domicilio	Derivación ópticas
Detección de Hipoacusia	B	> 64 años	Médico de Familia Enfermera	Entrevista/ test del Susurro	Módulo Historia digital	Cada 2 años	Centro Domicilio	Derivación ORL
Análítica bioquímica sanguínea (detección de hipercolesterolemia)	A	> 64 años	Médico de Familia Enfermera	Técnica habitual de laboratorio	Módulo analítica Historia digital	Cada 5 años, si es normal	Centro Domicilio	Posteriormente, al menos 1 vez si no previas



Anexo 3

Valoración integral de la población mayor de 65 años

Los objetivos de la evaluación integral son:

1. Identificar la población anciana en riesgo.
2. Mejorar la precisión diagnóstica, ya que permite conocer posibles áreas de deficiencia y detectar problemas de salud encubiertos, lo que se traducirá en una adecuación del tipo de cuidados a realizar.
3. Identificar precozmente los posibles deterioros funcionales. Ello, permitirá prevenir incapacidades y conservar la independencia de las personas mayores.
4. Monitorizar el curso clínico y cuantificar los efectos de las intervenciones.
5. Mejorar los cuidados y diseñar planes de tratamiento individualizados.
6. Adecuar las medidas preventivas a cada paciente.
7. Situar a cada paciente en su propio contexto socio-sanitario.
8. Mejorar el uso de los servicios. La valoración integral es útil en la predicción de mortalidad y esperanza de vida activa, pero también para la utilización de recursos y servicios sanitarios, posibilidades de institucionalización, nivel de ayuda necesario y coste de los cuidados.
9. Recoger la información sobre la población atendida (descripción de la situación basal de paciente y/o poblaciones). Ello, es de gran utilidad para fines demográficos, de planificación sanitaria y de investigación.

La evaluación integral incluye la valoración de las cuatro grandes áreas fundamentales de la persona mayor: **clínica, funcional, mental y social**. Los cambios y alteraciones de cada una de estas áreas afectan a las demás, de modo que es necesario abordarlas en su conjunto para ofrecer una atención diferenciada a cada persona mayor.

A. Valoración clínica

- Anamnesis detallada y exploración física completa, a la que se añadirá, según necesidades, la realización o no de pruebas complementarias.
- Detección de una serie de enfermedades con alta prevalencia en la población anciana, específicas de este grupo de edad y cuyo origen se relaciona con la disminución o pérdida de la capacidad funcional ligada a la edad.

En este sentido, están establecidas las actividades y estrategias recogidas en los Planes Integrales de Diabetes, Oncología y de Atención a las Cardiopatías definidos en la Comunidad Autónoma Andaluza.

Proceso Asistencial Integrado Diabetes tipo 1 y 2 y Plan Integral de Diabetes

En estos documentos se establecen las siguientes medidas:

- Detección precoz de la DM2. Realización de glucemia basal cada 3 años en personas sin factores de riesgo de DM2 y anual si los presenta.
- En caso de DM diagnosticada:
 - Detección precoz de retinopatía diabética: Realización de retinografía digital en Atención Primaria con una periodicidad anual en pacientes con mal control metabólico o con alto riesgo de retinopatía y bianual en el resto y en pacientes que previamente no estén diagnosticados de retinopatía diabética u otros problemas oculares que impidan la realización de la prueba recomendada.
 - Detección precoz del pie diabético. Exploración anual y educación para fomentar los autocuidados en los pacientes de bajo riesgo y vigilancia del pie de riesgo, en pacientes que no estén previamente diagnosticados.
 - Detección precoz de nefropatía diabética. Realización de microalbuminuria y proteinuria con una periodicidad anual, en pacientes que no estén diagnosticados previamente.

En estos tres últimos casos está demostrado que la intervención precoz (incluso antes de su aparición) evita o retrasa la progresión.

Proceso Asistencial Integrado Riesgo Vascular y Plan Integral de Atención a las Cardiopatías

Intervienen directamente sobre las siguientes variables que además se incluyen en las medidas de promoción y prevención recogidas en este documento:

- Tabaquismo.
- Detección precoz de la HTA.
- Detección precoz de dislipemias.
- Valoración sobre estilos de vida saludable: Tipo de dieta y actividad física (grado de recomendación B y A).
- Medición de peso, talla, IMC y circunferencia de la cintura.

Plan Integral de Oncología y Procesos Asistenciales Oncológicos

- Cáncer de Piel: valoración y consejo sobre el grado de exposición al sol.
 - Cáncer de Mama: programa de detección precoz.
- En la realización de la historia clínica hay que tener en cuenta el estilo de comunicación con el paciente mayor y algunos aspectos diferenciales de la anamnesis y de la exploración:
- La exploración física requiere habitualmente más tiempo que en las personas adultas, ya que esta debe ser sistemática por aparatos por la menor tendencia a la focalización. Se hará especial énfasis en los parámetros antropométricos, nutrición e hidratación, estado de la boca, órganos de los sentidos, TA en decúbito y en ortostatismo, examen de piel y mucosas, auscultación cardiaca, de carótidas y exploración de pulsos periféricos, auscultación pulmonar y exploración neurológica (nivel de conciencia, lenguaje, temblor, coordinación, fuerza, sensibilidad, reflejos osteotendinosos).

B. Valoración funcional

La capacidad funcional es el resultado de la interrelación de factores físicos, mentales y sociales, y su deterioro puede ser la única manifestación de diversas enfermedades en la persona mayor.

En el proceso de envejecimiento interactúan factores biológicos, psicológicos y sociales, cuya interacción conducirá a cada persona hacia una situación funcional concreta. La situación funcional es uno de los mejores indicadores del estado de salud, predictor de morbilidad y de consumo de recursos asistenciales de cualquier naturaleza. También, de la repercusión que tengan las diferentes patologías sobre la capacidad funcional va a depender y va a diferenciar la calidad de vida, bienestar, futura ubicación o necesidad de apoyo social de estas personas.

Para la valoración funcional se utiliza la entrevista estructurada a través del empleo de escalas, que aunque no diagnostican la causa permiten una evaluación estandarizada, fiable, específica y uniforme, así como una mejor comunicación entre los profesionales de salud. La causa que produce el posible deterioro se establecerá a través de la combinación de los parámetros estudiados de cada una de las esferas exploradas.

Las escalas van a evaluar las actividades de la vida diaria que se clasifican en dos grupos:

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)

Engloba las capacidades de autocuidado más básicas, que son las últimas en perderse y las primera en recuperarse tras un deterioro funcional. Su pérdida completa es incompatible con la vida si no son sustituidas por algún cuidador.

Las escalas más usadas son:

- **Índice de Katz**, que evalúa 6 actividades, clasificando a los pacientes de forma jerárquica en categorías globales de funcionamiento. Está adecuadamente validado y tiene valor pronóstico.
- **Índice de Barthel**, añade más información al anterior por evaluar más actividades y es también fácil y rápido de manejar.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Actividades más elaboradas, que se pierden antes que las anteriores, afectan al funcionamiento social y se precisan para vivir de forma independiente en la comunidad, por lo que su dependencia es un indicador de riesgo, especialmente en aquellas personas que viven solas. Su deterioro puede ser un marcador precoz de inicio de una demencia. La más usada es **la escala de Lawton y Brody**.

C. Valoración mental: Evaluación cognitiva y evaluación afectiva

Para la valoración mental se aconseja la entrevista semiestructurada (historia clínica completada con cuestionarios para detectarla de forma precoz):

Historia clínica

Valorar apariencia, comportamiento, memoria y lenguaje, y entrevistar a familiares o cuidadores para investigar la cronología, alteraciones del comportamiento, atención, nivel de conciencia; coexistencia o no de enfermedad concomitante, o de fármacos. Además, hay que tener en cuenta el nivel educativo y la capacidad funcional y social previas.

Escalas y cuestionarios

Diseñados para cuantificar la severidad y grado del deterioro de las funciones cognitivas, pero como en los casos anteriores *no establecen un diagnóstico*. Son útiles para el despistaje y monitorización de la evolución, ya que permite comparaciones fiables. Suelen requerir la presencia de un cuidador o familiar para verificar los datos y su eficacia disminuye en personas con bajo nivel intelectual.

- **Cuestionario de Pfeiffer o SPMSQ** (Escala de Short Portable Mental Status Questionnaire), que valora un pequeño número de funciones relativamente básicas, está elaborado específicamente para detectar deterioro cognitivo en pacientes mayores y puede usarse en personas analfabetas y con deficiencias sensoriales severas. La principal limitación es que no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución, por lo que las puntuaciones intermedias son dudosas y necesitan confirmación.
- **Miniexamen Cognoscitivo adaptado por Lobo** (MEC de Lobo) con aportaciones apropiadas a nuestra cultura y educación. Es un test fiable, válido y con poder discriminatorio (especificidad del 82% y sensibilidad del 85%).

En la valoración mental, el diagnóstico se realizará mediante la historia clínica, pero las escalas son útiles como método de detección, seguimiento y evaluación del tratamiento. La más utilizada es la **escala de depresión geriátrica de Yesavage**, que está especialmente concebida para evaluar el estado afectivo en esta población y su uso puede mejorar el grado de infradiagnóstico de la depresión en estas edades. Es de fácil y rápido manejo, con alta sensibilidad y especificidad. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.

D. Valoración social

Para la valoración social se utiliza la **entrevista semiestructurada, completando la información con cuestionarios**. Desde el punto de vista sanitario, interesa conocer el soporte humano y material necesario para cubrir las necesidades físicas y psíquicas del paciente e identificar las situaciones ambientales y socioeconómicas capaces de condicionar la evolución clínica y funcional.

Las escalas más utilizadas son:

- **Escala sociofamiliar de Gijón**, que permite conocer de forma rápida y fiable los puntos principales que definen el tipo y grados de apoyo de pacientes concretos.
- El cuestionario de **Apgar familiar** que mide la percepción de la función familiar.
- Cuestionario de **Zarit**, que es un índice de esfuerzo o carga del cuidador.
- Índice de sobrecarga del cuidador.

Anexo 4

Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar

Actividades básicas de la vida diaria de Barthel

Descripción

- 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.
- Características de recogida: Puede realizarse autoadministrado, por observación directa, preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 5 minutos.

Alimentación		
10	Independiente	Come solo en un tiempo razonable. Es capaz de poder utilizar cubiertos si lo necesita, de cortar el alimento, usar sal, extender mantequilla, etc.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para algunas de las actividades previas.
0	Dependiente	Necesita ser alimentado.

Baño		
5	Independiente	Es capaz de bañarse o ducharse, incluyendo salir o entrar de la bañera y secarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.

Vestirse		
10	Independiente	Es capaz de ponerse, quitarse y colgar la ropa, atarse los cordones, abrocharse botones o utilizar cremalleras (o braguero o corsé). Se excluye la utilización de sujetador.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para al menos la mitad del trabajo de estas actividades. Debe de hacerlo en un tiempo razonable.
0	Dependiente	

Arreglarse		
5	Independiente	Es capaz de lavarse las manos y cara, peinarse, maquillarse, limpiarse los dientes y afeitarse.
0	Dependiente	Necesita alguna ayuda.

Deposiciones		
10	Continente	Es capaz de controlar deposiciones. Es capaz de colocarse un supositorio o un enema.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o requiere ayuda para supositorio o enema.
0	Incontinente	

Micción		
10	Continente	Es capaz de controlar micción día y noche. Es capaz de cuidar la sonda y cambiar la bolsa de orina.
5	Incontinencia ocasional	Tiene incontinencia ocasional o no le da tiempo a llegar al baño o necesita ayuda ocasional para cuidar la sonda uretral.
0	Incontinente	

Retrete		
10	Independiente	Es capaz de bajarse y subirse la ropa, de no mancharla, sentarse y levantarse de la taza, de usar papel higiénico. Si lo requiere puede apoyarse sobre una barra. Si requiere cuña, debe ser capaz de colocarla, vaciarla y limpiarla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda para guardar el equilibrio, en el manejo de la ropa o en la utilización del papel higiénico.
0	Dependiente	

Trasladarse desde la cama al sillón o a la silla de ruedas		
15	Independiente	Es capaz de realizar con seguridad, el traslado del sillón a la cama, tanto con andador o silla de ruedas –levantando reposapiés, cerrando la silla–, conseguir sentarse o tumbarse en la cama, e igualmente volver de la cama al sillón.
10	Mínimas ayuda	Necesita ayuda mínima para algún paso de esta actividad o ser supervisado física o verbalmente en los distintos pasos.
5	Gran ayuda	Necesita gran ayuda para levantarse de la cama o para trasladarse al sillón. Puede permanecer sentado sin ayuda.
0	Dependiente	

Deambular		
15	Independiente	Puede caminar 45 metros sin ayuda o supervisión, espontáneamente o con muletas (no andador). Si utiliza prótesis es capaz de ponérsela y quitársela solo.
10	Necesita ayuda	Necesita ayuda o supervisión para caminar 45 metros. Deambula con andador.
5	En silla de ruedas	Puede empujar la silla 45 metros y manejarla con soltura (doblar esquinas, girar, maniobrarla por la casa, etc.).
0	Dependientes	Camina menos de 45 metros. Si utiliza silla de ruedas debe ser empujada por otra persona.

Subir y bajar escaleras		
10	Independiente	Es capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede usar bastones o muletas o apoyarse en la barandilla.
5	Necesita ayuda	Necesita ayuda física o verbal.
0	Dependiente	

Valoración

- La escala se debe realizar para valorar dos situaciones:
 - La situación actual del paciente.
 - La situación basal, es decir la situación previa al proceso que motiva una consulta cuando se realiza durante un ingreso o un proceso agudo.
- La valoración se realiza según la puntuación de una escala de 0 a 100 (dependencia absoluta e independencia, respectivamente) siendo 90 la puntuación máxima si va en silla de ruedas. Los diferentes tramos de puntuación son interpretados luego con una valoración cualitativa. Han sido propuesta diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello **es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos** y no en una escala cualitativa.
- Es también de gran utilidad el registro de las puntuaciones parciales de cada actividad, para conocer las deficiencias específicas de cada persona.

Estratificación

Diraya	
Puntuación	Dependencia
0-20	Total
25-60	Severa
65-90	Moderada
95	Leve
100	Independiente

Valoración de las actividades de la vida diaria-Índice de Katz

- Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 6 ítems dicotómicos.
- Población diana: Población general.
- El índice de Katz presenta ocho posibles niveles:
 - A. Independiente en todas las funciones.
 - B. Independiente en todas las funciones menos en una de ellas.
 - C. Independiente en todas las funciones menos en el baño y otra cualquiera.
 - D. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido y otra cualquiera.
 - E. Independiente en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso de w.c., y otra cualquiera.
 - F. Independencia en todas las funciones menos en el baño, vestido, uso del w.c., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.
 - G. Dependiente en todas las funciones.
 - H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

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

De una manera convencional se puede asumir la siguiente clasificación:
Grados A-B o 0-1 puntos = ausencia de incapacidad o incapacidad leve.
Grados C-D o 2-3 puntos = incapacidad moderada.
Grados E-G o 4-6 puntos = incapacidad severa.

1. Baño	
Independiente	Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).
Dependiente	Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.

2. Vestido	
Independiente	Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.
Dependiente	No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.

3. Uso de w.c.	
Independiente	Va al w.c. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.
Dependiente:	Precisa ayuda para ir al w.c.

4. Movilidad	
Independiente	Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.
Dependiente	Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.

5. Continencia	
Independiente	Control completo de micción y defecación.
Dependiente	Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.

6. Alimentación	
Independiente	Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye la carne.
Dependiente	Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.
Puntuación total	

Índice para actividades instrumentales de la vida diaria de Lawton y Brody

Descripción

- Escala que permite valorar la capacidad de la persona para realizar las actividades instrumentales necesarias para vivir de manera independiente en la comunidad (hacer la compra, preparar la comida, manejar dinero, usar el teléfono, tomar medicamentos, etc.). Evalúa actividades más elaboradas y que, por tanto, se pierden antes que las actividades básicas de la vida diaria.
- Características de recogida: Debe realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Desarrollo: Para evaluar correctamente los ítems de estas escalas resulta importante diferenciar si el paciente podría llevar a cabo, previamente, esa actividad. Esta escala da mucha importancia a las tareas domésticas, por lo que en nuestro entorno los hombres suelen obtener menor puntuación. La disponibilidad de electrodomésticos y otros utensilios pueden influir también en la puntuación.
- Tiempo estimado de administración: 5-10 minutos.

Capacidad para usar el teléfono

Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
No es capaz de usar el teléfono	0

Hacer compras

Realiza independientemente todas las compras necesarias	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	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 la casa solo o con ayuda ocasional para trabajos pesados	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los 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 pequeñas prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona	0

Uso de medios de transporte	
Viaja sólo en transporte publico o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte publico cuando va acompañado por otra persona	1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
No viaja	0

Responsabilidad respecto a su medicación	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta	1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0

Manejo de sus asuntos económicos	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
Incapaz de manejar dinero	0

Valoración

Recomendamos su utilización registrando cada una de sus actividades para conocer las diferencias específicas de cada persona. Una valoración global se realiza según puntuación en una escala de 0 a 8 (dependencia máxima e independencia, respectivamente) según la siguiente estratificación.

Estratificación

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

Cuestionario de Pfeiffer

Descripción

Fue elaborado específicamente para detectar deterioro cognitivo en pacientes mayores (útil, por tanto, en el cribado). También puede usarse en analfabetos y personas con deficiencias sensoriales severas. Valora un pequeño número de funciones relativamente básicas (memoria de corto y largo plazo, atención, orientación, información sobre hechos cotidianos, capacidad matemática).

Es una de las escalas más utilizadas sobre todo en Atención Primaria por su brevedad y facilidad de ejecución. Su administración es rápida, ya que tan sólo requiere de unos cinco minutos.

- Población diana: Puede ser administrado a cualquier persona que requiera de una valoración de su capacidad mental.
- Principal limitación: No detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución. Se introduce una corrección según el nivel de escolarización, permitiéndose un error más si no ha recibido educación primaria y un error menos si ha recibido estudios superiores.

	[+]	[-]
1. ¿Qué día es hoy? (día del mes, mes, año)		
2. ¿Qué día de semana es hoy?		
3. ¿Dónde estamos ahora?		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? O ¿cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)		
5. ¿Cuántos años tiene?		
6. ¿Cuál es la fecha de su nacimiento? (día, mes, año)		
7. ¿Quién es ahora el presidente del Gobierno?		
8. ¿Quién fue el anterior presidente del Gobierno?		
9. ¿Cuáles son los 2 apellidos de su madre?		
10. Restar de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0		
Puntuación total		

Valoración

- Si las puntuaciones son extremas no surgen dudas. Puntuaciones intermedias son dudosas y precisan confirmación.
- En el caso de pacientes hospitalizados, esta escala debe realizarse en las primeras 72 horas tras el ingreso y al alta del paciente.
- Tiene una sensibilidad próxima al 70% y una especificidad muy alta (95%).
- Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.

Puntúan los errores, 1 punto por error.

0-2 errores: normal.

3-4 errores: leve deterioro cognitivo.

5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico.

8-10 errores: importante deterioro cognitivo.

Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria.

Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

Valoración cognoscitiva, Mini Examen Cognoscitivo (Lobo)

Descripción

- El Mini Examen Cognoscitivo (MEC) es una traducción validada al español por Lobo et al del *Minimal Test de Folstein* (MMT). Se utiliza como herramienta de cribado de deterioro cognitivo, como ayuda al diagnóstico de demencias y esta incluido en los criterios diagnósticos del National Institute of Neurological and Communicative Disorders and the Alzheimer's Disease and Related Disorders Association NINCDS-ADRDA.
- La traducción-validación que se realizó por LOBO en el 1979, añadió dos ítems (Cálculo: dígitos y abstracciones) al MMSE, convirtiéndose en MEC-35. Esta última es la que ha demostrado mejor rendimiento en nuestro territorio. La versión 30, es la que surge para facilitar al clínico o investigador español datos comparativos con los obtenidos en la población Anglosajona con el MMSE; resulta de eliminar los dos ítems que se añadieron en su momento al MMSE para su adaptación al español. Estas dos áreas de valoración cognitiva retiradas son la de dígitos inversos: la pregunta de repetir hacia atrás 5-9-2 (3 puntos menos), y las abstracciones: la pregunta sobre colores y animales (2 puntos menos). Pese a ello hemos optado por recoger la versión de 30 ítems para homogeneizar la herramienta con el proceso demencia.
- Características de recogida: Debe realizarse heteroadministrado preguntando al paciente o a su cuidador.
- Tiempo estimado de administración: 10 minutos.

Técnicas de aplicación

Instrucciones generales: Comenzar con una frase introductoria tal como "Si no le importa, querría preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria? Nunca hacer juicios de valor sobre las preguntas tales como "le voy a hacer unas preguntas muy sencillas". No corregir nunca al sujeto.

- Orientación: Cada respuesta correcta 1 punto.
- Memoria de fijación: decir despacio y claramente cada una de las palabras. Cada palabra repetida correctamente en el *primer intento* vale 1 punto. A continuación, repetirlas tantos intentos como sea necesario hasta que se las aprenda (ya que es imprescindible para que luego las pueda recordar). Hacer hincapié en que debe intentar recordarlas porque más tarde se las vamos a volver a preguntar. Puede utilizarse y anotarse series alternativas de palabras cuando tenga que reevaluarse al paciente (**libro, queso, bicicleta**).

- Concentración-cálculo: Restar de 30 de 3 en 3. Si no entiende o se resiste se le puede ayudar un poco si tiene dificultades de comprensión. La ayuda que se le puede dar no debe ser más de: "Si tiene 30 y me da 3 ¿cuántos le quedan?, Y ahora siga dándome de 3 en 3". Un punto por cada sustracción independiente correcta. Ejemplo: 27-24-21-18-15: 3 puntos.
- Memoria diferida: por cada palabra que recuerde (dejarle tiempo suficiente): 1 punto.
- Repetición: Repetir la frase: 1 punto si la repite correctamente en el primer intento (si se equivoca en una sola letra ya es 0 puntos).
- Comprensión: coger el papel con la mano derecha: 1 punto; doblarlo como máximo 2 veces: 1 punto; ponerlo donde se le haya indicado (en condiciones normales en la consulta es encima de la mesa): 1 punto.
- Lectura: Leer la frase: se aconseja tenerla escrita en letras de gran tamaño en una cartulina para facilitar la visión. Indicarle que se ponga las gafas si las necesita, y que lo que le pedimos es que lea y haga lo que pone en la cartulina (como mucho decírselo 2 veces pero siempre antes de que empiece a leer, si ya ha leído la frase no debe decírsele lo que tiene que hacer). Si cierra los ojos sin necesidad de que le insista que debe hacer lo que lee (da igual que lo lea en voz alta o baja) es 1 punto.
- Escribir una frase: advertirle que no vale su nombre. Se le puede poner un ejemplo pero insistiéndole que la frase que escriba ha de ser distinta: Por ejemplo se le puede instar a que escriba algo sobre el tiempo que hace hoy. Si escribe una frase completa (sujeto, verbo y predicado) es 1 punto. No se tienen en cuenta los errores gramaticales u ortográficos.
- Copiar un Dibujo: Al igual que con la lectura, se recomienda tener el dibujo a escala mayor en una cartulina aparte (puede ser en la cara de atrás de la cartulina con la frase). Los pentágonos dibujados han de tener: 5 lados y 5 ángulos, y han de estar entrelazados entre sí con dos puntos de contacto, y formando un cuadrángulo. Copiar el dibujo correcto vale 1 punto.

Orientación temporal (cada respuesta vale 1 punto)

¿Sabe en que año estamos? ¿En que época del año? ¿En que mes estamos? ¿Qué día de la semana es hoy? ¿Qué día del mes es hoy?

5

Orientación espacial (pueden sustituirse los lugares originales por los alternativos)

¿Me puede decir en que país estamos? ¿Sabe en que provincia estamos? (o comunidad autónoma) ¿Y en que ciudad (pueblo) estamos? ¿Sabe dónde estamos ahora? (hospital/clínica/casa: nombre de la calle) ¿Y en que planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)

5

Memoria de fijación

Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana (acuérdense de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato) (Repetir hasta cinco veces). Un punto por palabra	3
---	---

Concentración y cálculo

Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3 ¿cuántas le van quedando? 27, 24, 21, 18, 15	5
--	---

Memoria diferida

¿Recuerda las tres palabras que le han dicho antes? peseta-caballo-manzana	3
--	---

Nominación

¿Qué es esto? (mostrar un bolígrafo) ¿qué es esto? (mostrar un reloj)	2
---	---

Repetición

Le voy a pedir que repita esta frase ¿preparado? "en un trigal había cinco perros?"	1
---	---

Comprensión

Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa) dóblelo por la mitad (pausa) y póngalo en la mesa (o en el suelo). Cogerlo con la mano derecha, doblarlo por la mitad, ponerlo en el suelo	3
---	---

Lectura

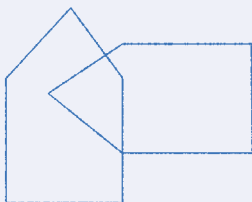
Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí: (cierre los ojos)	1
---	---

Escritura

Por favor escriba una frase... algo que tenga sentido	1
---	---

Dibujo

Por favor, copie este dibujo:	1
-------------------------------	---



Valoración

- Tiene una sensibilidad de 93,5% y una especificidad de 81,9%. La puntuación del MEC puede utilizarse para clasificar la severidad del deterioro cognitivo o para evaluar su progresión, pero está determinada por las características de la población a la que va dirigida, de manera que en población analfabeta disminuye la sensibilidad hasta alcanza un 69%.
- En caso de población analfabeta o con importantes déficits sensoriales o auditivos puede utilizarse el SPMSQ de Pfeiffer. Si se utiliza el MEC debe anotarse entre paréntesis la puntuación máxima posible excluyendo las preguntas que se hayan podido eliminar por analfabetismo o imposibilidad física de cumplir el ítem: Hay autores que proponen realizar una puntuación corregida. Si la puntuación total era 20 sobre 26 (p. ej.; ciego) la puntuación total corregida se obtendría: $(20 \times 30) / 26 = 23,1$ redondeando a 23 (23,5 se redondearía a 24).
- El punto de corte que ha conseguido mayor rendimiento es el de 23/24. Este punto de corte es el recomendado para la población mayor de 65 años, mientras que para la población de menor edad, Lobo propone que el mejor rendimiento es para el punto de corte 27/28. Para su interpretación se utiliza la siguiente estratificación.

Estratificación para mayores de 65 años

Puntuación	Grado de deterioro
Probablemente sin deterioro	≥ 24 (máxima 35)
Probablemente con deterioro	< 24
Moderada	18-23
Grave	< 18

Escala de depresión geriátrica de Yesavage

Descripción

- Especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos, ya que las escalas ordinarias de la depresión tienden a sobrevalorar los síntomas somáticos, de menor valor en este grupo de pacientes. Su máxima utilidad radica en el screening general del paciente anciano (detección) y en facilitar el diagnóstico diferencial con una posible demencia de inicio.
- Su uso puede mejorar el infradiagnóstico de la depresión en estas edades, donde, muchas veces, no es posible detectarla con la entrevista clínica ordinaria.
- La escala plantea un interrogatorio de respuestas dicotómicas, puntuando la coincidencia con el estado depresivo, es decir, las afirmativas para los síntomas negativos y las negativas para las cuestiones normales.
- Existen dos versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La versión abreviada de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo (no requiere entrevistador entrenado) y rapidez (5-8 minutos).

Versión reducida		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	Sí = 0	No = 1
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí = 1	No = 0
¿Siente que su vida está vacía?	Sí = 1	No = 0
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	Sí = 1	No = 0
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí = 0	No = 1
¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí = 1	No = 0
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí = 0	No = 1
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	Sí = 1	No = 0
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí = 1	No = 0
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	Sí = 1	No = 0
¿En este momento, piensa que es estúpido estar vivo?	Sí = 0	No = 1
¿Actualmente se siente un/a inútil?	Sí = 1	No = 0
¿Piensa que su situación es desesperada?	Sí = 1	No = 0
¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí = 1	No = 0
¿Se siente lleno/a de energía?	Sí = 0	No = 1
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Vd?	Sí = 1	No = 0
Total		

Valoración

- En la versión breve se considera un resultado normal los valores de 0 a 5 puntos. Valores entre 6 y 9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más de depresión establecida. Las sensibilidades y especificidades son muy altas para ambos puntos de corte.

Estratificación

Normal	0-5 puntos
Probable depresión	6-9 puntos
Depresión establecida	> 9 puntos

Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

Descripción

La escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social, siendo útil como un instrumento específico de medición de la situación social, para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria. Se trata de una escala heteroadministrada de valoración de riesgo sociofamiliar que consta de 5 ítems.

- Características de recogida: La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada una de ellos, estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.
- Población diana: Población mayor de 65 años.

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

Situación económica	
Mas de 1,5 veces el salario mínimo	1
Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusive	2
Desde el salario mínimo a pensión mínima contributiva	3
LISMI-FAS-Pensión no contributiva	4
Sin ingresos o inferiores al apartado anterior ("4")	5

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

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

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

Valoración

- Recomendamos su utilización haciendo un registro independiente de cada una de las variables, ya que su principal utilidad no es definir un riesgo social sino detectar dimensiones deficientes. De hecho se han desarrollado diferentes versiones que no incluyen puntuación. En cualquier caso se considera que el punto de corte para la detección de riesgo social es 16.

Cuestionario de Apgar familiar- Percepción de la función familiar

- Población diana: Población general.
Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:
- Normofuncional: 7-10 puntos
- Disfuncional leve: 0-2
- Disfuncional grave: 3-6

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Entregar cuestionario al paciente.

Instrucciones al paciente: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal.

	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
Puntuación total			

Cuestionario de Zarit-Índice de esfuerzo o carga del cuidador

- Población cuidadora de personas dependientes.
- Es un cuestionario **autoadministrado**.

Instrucciones para la persona cuidadora:

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 Vd.

Así: nunca, raramente, algunas veces, bastante a menudo y casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan sólo su experiencia.

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	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 familia no tiene suficiente tiempo para Vd?	0	1	2	3	4
3. ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?	0	1	2	3	4
4. ¿Siente vergüenza por la conducta de su familia?	0	1	2	3	4
5. ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familia?	0	1	2	3	4
6. ¿Piensa que el cuidar de su familia afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de la familia?	0	1	2	3	4
7. ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	0	1	2	3	4

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

Índice de Esfuerzo del Cuidador

Descripción

- El Índice del Esfuerzo del Cuidador (IEC) (Caregiver Burden Scale), es un instrumento que mide la carga de trabajo percibida y el esfuerzo que supone el abordaje de los cuidados por los cuidadores familiares. Ha sido validado, recientemente, en la población española.
- Instrucciones para el profesional: Voy a leer una lista de cosas que han sido problemáticas para otras personas al atender a pacientes que han regresado a casa tras una estancia en el hospital ¿Puede decirme si alguna de ellas se puede aplicar a su caso? (aporte ejemplos).
- Características de recogida: Está compuesto por 13 preguntas dicotómicas (2 únicas posibilidades de respuesta si o no) heteroadministradas durante el transcurso de una entrevista clínica, y cada respuesta verdadera puntúa 1.
- Población diana: Población cuidadora de persona dependientes en general.

1. Tiene trastornos de sueño (ej. porque el paciente se acuesta y se levanta o pasea por la casa de noche).
2. Es un inconveniente (ej. porque la ayuda consume mucho tiempo o se tarda mucho en proporcionar).
3. Representa un esfuerzo físico (ej. hay que sentarlo, levantarlo de una silla).
4. Supone una restricción (ej. porque ayudar limita el tiempo libre o no puede hacer visitas).
5. Ha habido modificaciones en la familia (ej. porque la ayuda ha roto la rutina o no hay intimidad).
6. Ha habido cambios en los planes personales (ej. se tuvo que rechazar un trabajo o no se pudo ir de vacaciones).
7. Ha habido otras exigencias de mi tiempo (ej. por parte de otros miembros de la familia).
8. Ha habido cambios emocionales (ej. causa de fuertes discusiones).
9. Algunos comportamientos son molestos (ej. la incontinencia, al paciente le cuesta recordar las cosas, el paciente acusa a los demás de quitarle las cosas).
10. Es molesto darse cuenta de que el paciente ha cambiado tanto comparado con antes (ej. es una persona diferente de antes).
11. Ha habido modificaciones en el trabajo (ej. a causa de la necesidad de reservarse tiempo para la ayuda).
12. Es una carga económica.
13. Nos ha desbordado totalmente (ej. por la preocupación acerca de la persona cuidada o preocupaciones sobre como continuar el tratamiento).

Valoración

La puntuación total presenta un rango entre 0 y 13 puntos y una puntuación total de 7 o más sugiere un nivel elevado de esfuerzo.

