



UNIVERSIDAD DE VALLADOLID

Facultad de Enfermería de Soria



GRADO EN ENFERMERÍA

Trabajo Fin de Grado
**Calidad de vida en el anciano: la importancia de
la valoración integral y los factores
psicosociales.**

Estudiante: Elisabet Montes Casquero

Tutelado por: Ana M^a Fernández Araque
Soria, a 3 de junio de 2016

“Saber envejecer es la mayor de las sabidurías y uno de los más difíciles capítulos del gran arte de vivir”

Enrique Federico Amiel

INDICE

Abreviaturas.....	04
Resumen.....	05
1. Introducción.....	06
2. Justificación.....	10
3. Objetivos.....	10
4. Metodología y diseño.....	11
5. Resultados.....	12
5.1. Valoración físico funcional.....	12
5.1.1. Valoración AVD.....	12
5.1.2. Valoración de la movilidad.....	14
5.1.3. Valoración de la nutrición.....	14
5.1.4. Valoración de la integridad cutánea.....	15
5.2. Valoración mental del anciano.....	15
5.2.1. Valoración cognitiva.....	15
5.2.2. Valoración afectiva.....	16
5.3. Valoración social.....	17
5.4. Valoración de Calidad de Vida.....	18
6. Discusión.....	27
7. Conclusiones.....	30
8. Bibliografía.....	31
9. Anexos.....	40

ABREVIATURAS

- AVD: Actividades de la vida diaria
- AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria
- ABVD: Actividades básicas de la vida diaria
- CV: Calidad de vida (CVRS: Relacionada con la salud)
- AVAC: Años de Vida ajustados por Calidad
- CUBRECAVI: Cuestionario Breve de Calidad de Vida
- NHP: Nottingham Health Perfil
- EQD 5: EuroQol D5
- EVA :Escala Visual Análoga
- OMS: Organización Mundial de Salud
- MIS: Memory Impairment Screen
- DeCs: Descriptores de Ciencias de la salud
- SF- 36: Short Form Health Survey 36
- MUST: Mini Nutrition Universal Screening Tool
- GDS: Escala de Depresión Geriátrica
- EVAA: Escala de Valoración de Autonomía en el Autocuidado
- FAQ: Cuestionario de Actividad Funcional
- IDDD: (Interview for deterioration in Daily living Activities in Dementia) Escala para el deterioro de las actividades de la vida diaria en la demencias
- SPMSQ: Short Portable Mental Status Questionnaire
- GDS: Escala de Depresión Geriátrica
- OARS: Social Resource Scales
- WHOQol: World Health Organization Quality of life
- CUBRECAVI : Cuestionario breve de calidad de vida
- IMC: Índice de masa corporal
- INE :Instituto Nacional de Estadística

RESUMEN

Introducción: la calidad de vida en relación con la salud es la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, teniendo en cuenta la gran influencia en ésta de los distintos factores psicosociales. Los profesionales llevarán a cabo la valoración integral, permitiendo conocer las necesidades y diagnosticar los problemas de los ancianos, para ello necesitamos de herramientas adecuadas que nos ayudarán a determinar y medirlo

Justificación: debido al aumento del envejecimiento en la sociedad, y del importante papel de enfermería en la valoración integral del paciente, es necesario estudios para profesionales de enfermería, que aporten un análisis de herramientas de valoración, y los factores psicosociales que más pueden influir en la calidad de vida del anciano.

Objetivos: analizar las principales áreas de valoración del anciano y su calidad de vida, presentes en las herramientas validadas más utilizadas en los últimos diez años y determinar cuáles son los factores psicosociales que influyen en la calidad de vida del anciano a través de los registrados/detectados en las herramientas de valoración.

Material y métodos: revisión bibliográfica analítica de documentos científicos. Se realizó una estrategia de búsqueda, en las bases de datos: Scielo, Index, Medline, LILACS, Dialnet, Cuiden, e IME.

Resultados: se analizan y clasifican 66 escalas de valoración geriátrica, la gran mayoría validadas, por lo que nos aportan fiabilidad. Del total de las herramientas seleccionadas, 24 contenían factores psicosociales. Las herramientas que más prevalencia tienen son las físico funcionales, destacando la de Barthel. Se han detectado escalas de medición de CV con múltiples versiones para adaptarlas a la población española y/o minimizar la inversión del tiempo en aplicarlas

Conclusión: las principales áreas de valoración utilizadas para medir la CV son las aéreas físico funcional, mental, social y la CV propiamente dicha. Entre los principales factores psicosociales encontrados en las distintas herramientas, aquellos que más frecuentemente encontramos son los sentimientos y la percepción de la salud, pudiendo entenderse que son lo que posiblemente más influyen en la CV del anciano.

1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el resultado de una compleja asociación de interacciones y cambios estructurales y funcionales que ocurren entre lo biológico, psicológico y socio ambiental; es decir, entre los factores genéticos o intrínsecos y los factores ambientales o extrínsecos (Lyemai, 2014).

En la actualidad, el mundo está teniendo un cambio demográfico vertiginoso. Para el 2050, el número de personas mayores aumentará de 600 millones a 2000 millones, incrementándose en porcentaje de un 10 % a un 21%. Estas cifras, se incrementarán de una manera mucho más rápida en los países desarrollados, previéndose que la población anciana se multiplique por cuatro en los próximos 50 años (OMS, 2002).

A lo largo de los años, la esperanza de vida ha ido en aumento constante. En 1900 era de 34,8 años y en la actualidad ha pasado a ser 82,8 años (Abellán, 2015). Esto es debido al descenso de la mortalidad, menor morbilidad en hospitales, avances científicos, la tecnología y la asistencia médica. Es por ello, que la población actual, va en tendencia a ser una población envejecida, es de vital importancia plantearse, por tanto, si añadimos años a la vida, o vida a los años. A finales del siglo XX, percibíamos claro que lo importante era añadirle vida a los años, sin embargo en el breve periodo de tiempo del siglo XXI, este concepto ya no “suena” tan radical, puesto que se está llevando a cabo investigaciones, como por ejemplo la de Belmonte, en pro de añadir años a la vida, porque podemos pensar si ambas están equilibradas o aún no puede añadirse años a la vida sin garantizar una calidad de la misma, es un debate abierto e interesante a tener en cuenta.

La calidad de vida en relación con la salud (CVRS), es definida por la OMS como la percepción personal de un individuo sobre su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses (OMS, 1994).

Añadiremos a ello que los pronósticos específicos en cuanto a la medición de esa CVRS nos permiten tener “monitorizada” a la población, evaluando así las políticas de salud, centrando los recursos a las necesidades, y evaluando los efectos de los tratamientos,

es por ello, que la medición de la CVRS tiene una ventaja, y es que nos permite describir la condición y el estado de salud (Alfonso, 2010).

Para los profesionales sanitarios supone todo un reto inter y multidisciplinar llevar a cabo una evaluación de la calidad de vida, ya que hay una cierta tendencia a centrarse prioritariamente en la salud física del paciente.

En el grupo de los ancianos, nos hemos centrado en querer alcanzar cada uno de los procesos patológicos que nos encontramos, queriendo poner solución a todos ellos. Sin embargo, como profesionales de enfermería dedicados al cuidado, debemos tener en cuenta nuestra evolución a lo largo de la historia, es decir, las bases de nuestra profesión, Hildegard Peplau (1952) hace referencia a la persona como un ser bio-psico-social y espiritual, más tarde, Virginia Henderson (1955), desarrollo el concepto de persona como “Un todo completo, compuesto por 14 necesidades humanas básicas” dentro de las cuales, no solo nombra aquellas fisiológicas (respirar, comer y beber...), sino la comunicación (necesidad de relacionarse con otros), oración (necesidad espiritual, o inquietudes trascendentales)... Por ello, no debemos perder de vista nuestra función, ni nuestras bases como profesión, siendo imprescindible por tanto, valorar de una manera integral al anciano, con el punto de vista holístico y teniendo en cuenta todas las áreas que lo componen(Alligood et al., 2011).

La Valoración Integral del anciano, es por tanto imprescindible, y la podemos definir como: un proceso diagnóstico dinámico y estructurado, multidimensional e interdisciplinario, que permite detectar y cuantificar los problemas, necesidades y capacidades del anciano en las esferas física, funcional, mental y social, con el objetivo de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento, llevando a cabo una estrategia que nos ayude a lograr mayor independencia, en definitiva, calidad de vida (Sanjoaquín et al., 2006). Podemos decir que una valoración integral del anciano, muchas veces nos lleva a analizar su familia y comunidad, es decir una valoración no solo al individuo, sino al entorno en el que se mueve y en el que se sustenta.

Algunos autores como Fontecha (2005) y García (2006) apoyan la importancia de la valoración del anciano que, debido a sus características especiales nos obliga a valorar

y detectar problemas médicos, funcionales, psicológicos y sociales. Ese mismo punto de vista apoyan Sanjoaquín et al (2006), ya que resaltan que debido al envejecimiento y la especial forma de representación de la enfermedad, es imprescindible hacer una valoración especial.

Fernández y Estévez (Fernández et al., 2013) resaltan que esto supondrá una mayor carga de trabajo al equipo de enfermería; sin embargo destacan que los beneficios de una correcta aplicación de la valoración geriátrica integral son: reducción de estancias hospitalarias, mejorar la funcionalidad y el estado cognitivo, optimizar el uso de servicios sanitarios y medicación, alargar la permanencia en la comunidad, reducir la mortalidad... etc.

Para llevar a cabo los cuidados al paciente, contamos con el Proceso de Asistencia de Enfermería (PAE), el cual consta de 5 etapas (Valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), la primera y en base a la cual se harán las demás, es la valoración, esta consiste en la recogida, validación y organización de los datos. A través de estos, nosotros podremos hacer la valoración, por un lado tendremos datos objetivos, que se pueden medir, y por otro, los datos subjetivos que serán aquellos que nos referirán los pacientes mismos (fuente primaria de datos) y/ o los familiares, la historia clínica, otros profesionales (fuentes secundarias de datos) (Alfaro, 2007).

Una valoración bien realizada y estructurada determinará el logro de una correcta actuación sobre el anciano, incidiendo en la mejora de los factores psicosociales, produciendo con ello, en medida de lo posible, un efecto de crecimiento en la calidad de vida.

Es por ello, que este trabajo divide la valoración del anciano en cuatro grandes áreas: físico funcional, mental, social y de la calidad de vida, dándonos una visión integral del anciano, siendo importante, estimar la CVRS.

Pero ¿cómo contemplamos o modificamos la calidad de vida? Como hemos definido antes, la calidad de vida es la percepción del anciano, en este caso sobre su situación de vida, su entorno, las relaciones sociales y familiares, el apoyo social que recibe etc. A través de estos factores psicosociales podremos medir esta CVRS del anciano.

Se trata de los elementos psicológicos y sociales que tienen una influencia directa con la calidad de vida del anciano, y que nos indicarán la visión que este tiene sobre su salud, y el entorno que le rodea. Siendo, este último imprescindible, dado que influirá de manera indirecta, pero en gran medida la salud del anciano.

En el presente estudio, tratamos de hacer un análisis de los factores psicosociales y de su presencia, a través de las herramientas de valoración comúnmente más utilizadas: cuestionarios, test, escalas e índices.

Aunque no todas las herramientas poseen factores psicosociales, como por ejemplo, la valoración en el área física, está ligada íntimamente con la salud del paciente, le provocará unos sentimientos, y le hará ver su salud de una manera determinada.

Las herramientas que más frecuentemente manejadas en los servicios de geriatría de España son: el Barthel en un 74,3%, el índice de Lawton y Brody en un 53,8%, el índice de Katz en un 51,2%, el de Pfeiffer en un 56%, el Lobo con un 38,4% y el de Yesavage en un 82% (Fernández et al., 2013). Dentro de estas escalas de valoración, destacaremos que no hay ninguna que sea específicamente de calidad de vida. Tres de ellas, las englobamos en la valoración físico funcional del anciano (Barthel y Katz miden las AVD, y Lawton y Brody mide AIVD), y por otro lado, nos encontramos con tres herramientas del área mental, dos de la subárea cognitiva (Pfeiffer y Lobo), y otra de la subárea afectiva (Yesavage). A excepción de este último, las demás, no contiene factores psicosociales.

Es por ello que he considerado importante llevar a cabo este trabajo, el en cual se pretende analizar factores psicosociales presentes de forma explícita o implícita en las herramientas de valoración.

2. JUSTIFICACIÓN

El presente trabajo, está centrado en los ancianos, grupo poblacional, cada vez más creciente en la actualidad. Es imprescindible por ello la valoración integral del anciano (Fernández et al., 2013), como primera fase del proceso enfermero, la cual es fundamental para detectar los problemas y necesidades, no solo físicos, sino bio-psico y sociales del anciano, pudiendo influir, de manera positiva en su calidad de vida.

Para ello, existen numerosas herramientas de valoración (escalas, cuestionarios, test e índices), que nos guían en aspectos que debemos tener en cuenta. Dentro de estas herramientas encontramos también numerosos factores relacionados con el ámbito psicosocial de la persona. Estos factores psicosociales actúan no solo como mera valoración en sí, sino como aspectos que más influyen en la salud o percepción de la misma en el anciano, es decir, sobre su calidad de vida.

El estudio que pretendemos hacer es de gran utilidad para los profesionales de enfermería, ya que les aporta un análisis de herramientas de valoración, y los factores psicosociales que más pueden influir en la calidad de vida del anciano.

3. OBJETIVOS

- Analizar las principales áreas de valoración del anciano y su calidad de vida, presentes en herramientas más utilizadas en los últimos diez años.
- Determinar cuáles son los factores psicosociales que influyen en la calidad de vida del anciano a través de los registrados/detectados en las herramientas de valoración.

4. METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica y analítica de la literatura en ciencias de la salud relacionadas con la disciplina psicosocial, geriátrica y gerontología, buscando herramientas de valoración utilizadas para medir la calidad de vida relacionada con la salud en los ancianos, la validez de las mismas, y los factores psicosociales presentes en ellas.

Los datos fueron extraídos a través de bases de datos: Scielo, Index, Medline, LILACS, Dialnet, Cuiden e IME. Los principales Mesh utilizados para las búsquedas fueron: anciano, calidad de vida, valoración geriátrica integral, factores psicosociales, escalas de valoración.

Los documentos científicos obtenidos para nuestro análisis fueron publicados entre los años 2002 hasta 2016, a excepción de un artículo 1994.

Las revistas con mayor incidencia de artículos utilizados para nuestro trabajo son revistas específicas de geriatría como Gerokomos y la Rev. Española de Geriatría y Gerontología.

Dentro de las herramientas de búsqueda de información de páginas web utilizadas, podemos destacar la web Infogerontología, en la cual se encontraban muchas de las escalas desarrolladas en el trabajo (Infogerontología, 2016).

Tras la revisión se procedió a la lectura de los resúmenes de 125 documentos. De los cuales 51 fueron seleccionados para su lectura y análisis en profundidad, por aportar información relacionada con los objetivos de este estudio, herramientas de valoración, validación de las mismas, y factores psicosociales en el anciano.

Dentro de la búsqueda de herramientas, se revisaron un total de 100, de las cuales se seleccionaron para el estudio 66, dentro de las cuales 24 contenían factores psicosociales.

Los datos estadísticos presentes en este estudio que hacen referencia a la población anciano fueron extraídos del INE (Instituto Nacional de Estadística, 2014).

5. RESULTADOS

Las principales áreas de valoración más utilizadas en el anciano, han sido cuatro. La valoración físico funcional; la valoración mental también llamada, valoración psicológica; la valoración social, que contempla el entorno y relaciones que rodean al paciente y la última área la valoración de la calidad de vida, que refleja o muestra el grado de bienestar en conjunto del paciente.

Para valorar estas cuatro áreas en el anciano, hemos revisado alrededor de 120, de las cuales hemos analizado a lo largo del trabajo 66 (cuestionarios, test, índices y escalas) mediante ocho ítems:

1. Título del test, cuestionario, índice o escala.
2. Autor/es/
3. Año
4. Población diana, a la cual van dirigidos.
5. Qué parámetros valora.
6. Cómo hace la evaluación.
7. Factores Psicosociales que contempla.
8. Validación

5.1. VALORACIÓN FÍSICO FUNCIONAL

El análisis de la valoración físico funcional (Anexo1) lo subdividimos en cuatro apartados relacionados con la misma: Actividades de la Vida Diaria (AVD), movilidad, nutrición e integridad de la piel.

5.1.1. Las Actividades de la Vida Diaria (AVD)

Determinan el grado de independencia de la persona en su autocuidado, valorando actividades como por ejemplo vestirse, deambular, continencia urinaria...etc. Han sido tres las herramientas seleccionadas por su mayor utilización e importancia en enfermería: *la escala de Barthel* (Rodríguez, 2016), *el índice de Katz* (Rodríguez, 2016) y *de Cruz Roja* (Sanjoaquín et al., 2006). Dentro de este apartado, podemos considerar

algunas más concretas que no solo hacen referencia al autocuidado, sino que valoran como se relaciona el anciano con su entorno (por ejemplo: hablar por teléfono, cuidado de la casa, ir de compras...etc. El cuestionario más importante, ya que es el que más prevalencia tiene en ancianos, el *de Lawton y Brody* (Generalitat Valenciana, 2006).

Dentro de esta área nombramos cinco herramientas que valoran las AVD; sin embargo, se centran más en la demencia:

- Rapid disability Rating Scale (Montero et al., 2010): Se trata de una evaluación rápida de la discapacidad. Midiendo las AVD. Y se divide en tres subescalas, la primera valora el grado de ayuda que el anciano necesita, la segunda mide la discapacidad que da la alteración y la tercera evalúa tres problemas del ámbito neuropsiquiátrico: confusión, falta de cooperación y depresión
- La Bayer Activities of Daily Living(Nagaratnam et al., 2013): es una escala que se usa para el cribado de la demencia cognitiva leve y moderada de tipo Alzheimer, es de reciente creación y de utilidad específica en la evaluación de los pacientes con demencia
- La Escala IDDD (Interview for Deterioration of Daily Living in Dementia) (Montero et al., 2010): Es una escala para evaluar la gravedad de la demencia.
- La escala de demencia de Blessed (Montero et al., 2010): cuantifica la capacidad del paciente demente para llevar a cabo las tareas de la vida diaria. Valora los cambios en las AVD, en los hábitos y en la personalidad.
- Cuestionario Pfeffer (Montero et al., 2010), utilizado en el medio comunitario para el cribado de la demencia. Todas estas escalas deben de realizarse, o es aconsejable, siempre con un cuidador para que los datos sean fidedignos; Dentro de la última FAQ (Cuestionario de Actividad Funcional) Pfeffer destacamos que su última validación fue en un contexto clínico en pacientes con Alzheimer (Olazarán et al., 2005).

5.1.2. Valoración de la Movilidad

Englobamos dos escalas que son la Tinetti y la de Timed get up and go (Roqueta et al., 2007) la primera valora la marcha y el equilibrio y la segunda el equilibrio, a través de una serie de instrucciones básicas, levantarse de la silla, andar tres metros, dar la vuelta y volver a sentarse. Dentro de este grupo, podemos destacar la importancia de la escala de Riesgo de caídas (Escala Dowton) (Aranda Gallardo et al., 2013), siendo esta cumplimentada por los profesionales de enfermería a nivel hospitalario y de atención primaria, por su relevancia para la prevención de las mismas.

5.1.3. Valoración de la nutrición

Es importante por las peculiaridades y vulnerabilidad del anciano a déficit alimenticios, debido a la pérdida de apetito, falta de motivación para llevar a cabo actividades relacionadas con la ingesta (comprar, hacer la comida...) como referencia en la tabla, hemos dejado reflejado: Nutritional Screening initiative, la cual valora diez ítems: frecuencia de las comidas, dificultad de ingesta, enfermedad de pérdida de peso, dificultad a la horade obtención de la comida... (Generalitat Valenciana, 2006).

Además de este test, podemos mencionar otros dos:

1. La escala de MUST (Escala de Evaluación del Estado Nutricional: Mini Nutrition Universal Screening Tool) (Chao et al., 2015), utilizada en programas de cuidados en Atención Primaria consta de: valoración del IMC, pérdida peso y si existe alguna enfermedad grave. La evaluación en: riesgo bajo (0 puntos) , riesgo medio (1punto) y riesgo alto (2 o más puntos).
2. El Mini Nutritional Assessment (MNA) (Cereda, 2011; Guioz et al., 1994) En los últimos 20 años se ha ido mejorando y en la actualidad se usa para hacer un screening de las personas mayores Este test valora es estado nutricional de la persona, dividiéndose en cuatro partes: índices antropométricos, evaluación global, parámetros dietéticos, valoración subjetiva.

#

#

#

5.1.4. Valoración de la integridad de la cutánea

La herramienta más actual en esta subárea está descrita en el anexo 1, ya que hasta el momento hay 22 escalas validadas (Moreno et al., 2007), y siguen en aumento, debido a que se continúa investigando y proponiendo nuevas. Pero, entre todas ellas, podemos destacar las más conocidas como lo son: Norton, Waterlow, Braden, Arnell (García Fernández et al., 2008). En cuanto a la población a la que se aplican todas estas escalas, podemos destacar que algunas de ellas, son específicas de los ancianos, como por ejemplo la escala de Cruz Roja. Sin embargo, muchas de ellas, aunque se aplican a la población anciana, pueden ser aplicadas a poblaciones con alguna enfermedad en concreto o inclusive a la población en general.

Dentro de esta área, las escalas incluidas no valoran explícitamente Factores Psicosocial, a excepción del riesgo de caídas (escala de Downton), en la cual se valora el temor a las caídas. Destacaré sin embargo que en casi todas las escalas descritas con anterioridad podemos presuponer los mismos, siendo perceptible, al tratar con ancianos, la muestra de sentimientos que expresan con frecuencia de inutilidad, torpeza, insatisfacción, tristeza, miedos...

5.2. VALORACIÓN MENTAL DEL ANCIANO

El análisis de la valoración mental (Anexo 2) lo hemos subdividido en dos apartados, función cognitiva y función afectiva.

5.2.1. Valoración cognitiva

Nos ayuda a saber cuál es el estado cognitivo de la persona. Son cinco los test más utilizados en personas mayores de 65 años, los cuales están descritos en el anexo 2, test Mini Mental de Folstein o Mini examen de LOBO (García et al., 2006), test de shulman o test del Reloj (Custodio et al, 2011), test Pfeiffer (Sanjoaquín et al., 2006), test de los siete minutos (Sanjoaquín et al., 2006) y Set- test de Isaacs (Horcajuelo, 2014).

Sin embargo, cabe destacar que en esta área podríamos enmarcar un conjunto bastante amplio de test cognitivos relacionados con la demencia, con su detección y concreción del grado de la misma. Algunos de ellos (Villarejo et al., 2011) son:

- Memory Impairment Screen (MIS): evalúa el recuerdo de 4 palabras tanto libre, como facilitado con claves semánticas.
- Test de las fotos: tiene tres partes, una, denominación de 6 objetos, una prueba sencilla de fluidez verbal (nombres propios de hombre y mujer) y por último el recuerdo de los seis objetos.
- Eurotest: es una actualización del test de las monedas, se trata del conocimiento de las monedas y billetes. Engloba tareas de lenguaje, memoria, cálculo, capacidad de abstracción y función ejecutiva.
- Abbreviated Mental Test de Hodkinson (AMT): explora de manera muy breve orientación, memoria a largo plazo y en menor medida, cálculo y reconocimiento de caras.
- Memory Alteration test: consiste en la detección de las fases iniciales del Alzheimer o detección precoz del deterioro cognitivo leve amnésico.

5.2.2. Valoración afectiva

Dentro de este apartado, encontramos diferencias en las herramientas, debido al objetivo de su valoración, es por ello que dependerá si valora ansiedad, depresión o ambas, todas ellas las encontramos descritas en el anexo 3.

- Ansiedad:
 - o Escala de Valoración de la ansiedad de Hamilton (Rodríguez, 2016).
 - o Indicadores de Tensión y Ansiedad de Cautela (Rodríguez, 2016).
 - o Escala de Filadelfia (Rodríguez, 2016) , que trata de medir la ansiedad relacionada con la satisfacción/insatisfacción de los ancianos.
- Depresión:
 - o Escala de Yesavage (García et al., 2006) (Sanjoaquín et al., 2006) o también llamada, Escala de Depresión Geriátrica.
 - o Escala de valoración de la Depresión de Hamilton (Rodríguez, 2016).

- Escala de Zung (Gonzalez et al, 2009) (Rozados, 2015).
- Inventario de depresión (Cuestionario de Beck) (González et al., 2009).
- Depresión y ansiedad:
 - Depresión y ansiedad de Goldberg (García et al., 2006).
- Valoración de la autoestima:
 - La Escala de la autoestima de Rosenberg (Generalitat Valenciana, 2006).

Destacaremos que las de uso más habitual son la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y la Escala de depresión y ansiedad de Goldberg (García et al., 2006).

Dentro de la Valoración afectiva, existen algunos test indicados específicamente para la demencia, como lo es el test de Cornell, que valora sobre todo los signos asociados a los trastornos depresivos en los pacientes con demencia. Esta formada por 19 ítems que valoran cinco dimensiones de la depresión: Alteraciones del humor, trastornos de conducta, signos físicos, ritmos circadianos y alteraciones del pensamiento (Sanjoaquín et al., 2006).

5.3. VALORACIÓN SOCIAL DEL ANCIANO

La población anciana es una población que tiende a la dependencia, ya que sus capacidades físicas van a verse reducidas, es fundamental tener un entorno social y familiar favorables y unos recursos óptimos para llevar a cabo la vida diaria.

En la valoración social, hemos recopilado 8 escalas que contemplan la situación familiar, el apoyo social, la situación económica, las relaciones sociales y los sentimientos. En todas ellas tratan al menos dos de los factores psicosociales anteriormente mencionados.

Estas escalas son:

- Escala de Valoración social del anciano (García et al., 2006).
- Escala Social de Gijón (Generalitat Valenciana, 2006).
- Duke UK: Cuestionario de apoyo social funcional (Cuellar et al., 2012).
- Cuestionario de Barber (Martín Lesende, 2005).
- Escala Soledad Este (Rubio et al., 2009).

- Escala de Recursos sociales de Díaz Vega (Rodríguez, 2016).
- Social resource scales (OARS) (Rodríguez, 2016).

A excepción de la escala de Family apgar (Generalitat Valenciana, 2006), que valora la situación familiar.

Dentro de la escala de medición de la Soledad, la escala de Este de Soledad es la usada a nivel nacional, pero hay tres más, que son las siguientes (Puig et al., 2009):

- Escala SELSA: valora diferentes aspectos de las relaciones sociales, a través de tres subescalas, la emocional romántica o de pareja, la de relaciones con la familia, y la de relaciones con los amigos.
- Escala ESLI (Emotional and Social Loneliness Scales): está formada por dos subescalas que valora las relaciones sociales y la soledad emocional.
- Escala UCLA: mide la sociabilidad y la intimidad con otros.

5.4. VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA

Dentro de este apartado de valoración, podríamos suponer que se incluyen las áreas anteriores; sin embargo, no es así, ya que depende del enfoque y/o propósito de la herramienta utilizada, de ahí surge la controversia de cual es la mejor herramienta para valorar la calidad de vida del anciano.

Este apartado de valoración, no está directamente relacionado con un área biopsicosocial como tal, sin embargo, en las herramientas de CV analizadas encontramos reflejados factores psicosociales.

Hemos analizado siete escalas, desarrolladas en el anexo 4, las cuales son específicas para medir la calidad de vida:

- SF-36 (Congost,2012) (Freire de Oliveira et al., 2008).
- Perfil de Nothingam (Manterola et al., 2013).
- EQ-5D (Cabasés, 2015).
- Láminas de Coop- Wonda (Esteban et al., 2010).
- Cuestionario FUMAT (Verdugo, 2009) (Literas et al., 2010).
- Cuestionario CUBRECAVI (Urrutia et al., 2009).
- Cuestionario WHOQoL-BREF (Freire Oliveira et al., 2008).

Estas escalas consideran factores psicosociales diversos, siendo estos, datos subjetivos, ya que se obtienen a través de las respuestas del paciente, los factores psicosociales son sentimientos tales como, Satisfacción/ Insatisfacción, ansiedad, depresión, tristeza, percepción de la salud ...

A lo largo de los años, el concepto de calidad de vida ha ido cobrando importancia, y con ello las escalas que la valoran; Por eso, desde que se creó cada una de estas escalas o cuestionarios, han sido validadas y modificadas para que sean más eficaces a la hora de ser cumplimentadas por los ancianos, una población que en muchos casos sufre impedimentos físicos y psicológicos, que nos impedirán mantener su atención durante demasiado tiempo; a causa de ello, muchos de los cuestionarios aquí reflejados han sufrido modificaciones:

- SF-36, siendo el test más utilizado en el mundo para medir la CV ,desde la construcción de dicho test en el año 1995 este cuestionario ha sido revisado, validado y realizado versiones sobre el (Vilagut et al., 2005):

SF -12: mientras que el SF-36 se tardaba alrededor de unos 5-10 min, el presente cuestionario reduce el tiempo a dos minutos, tiene 12 ítems solamente, por lo que cuando se quiere recoger una muestra muy numerosa de datos, es muy útil.

SF-8: esta versión consta de 8 ítems, siendo una de cada una de las escalas, permite ser comparable con el SF-36.

Por último tenemos el SF-6D que es un instrumento de medida de la salud basado en preferencias, el instrumento permitirá llevar a cabo evaluaciones económicas en la atención sanitaria a partir de bases de datos del SF-36.

- Whoqol-BREF (Whoqol-100): Para este cuestionario fue desarrollada una versión reducida, permitiendo una forma rápida de puntuar los perfiles de las diferentes dimensiones; Esta versión consta de 26 preguntas o ítems, y dos preguntas generales sobre calidad de vida global y salud general. También esta versión ha sido validada en España (Freire et al., 2008).

- Cuestionario EQ5D: dentro de este cuestionario, en la actualidad se encuentra en prueba una versión para niños y adolescentes, pero como no es la población de nuestro trabajo, solo mencionarlo.

Llegados a este punto, contamos ya con las herramientas clasificadas en las cuatro áreas de valoración, entre las cuales estudiaremos aquellas que contemplan factores psicosociales, determinando cuales son. Los factores psicosociales en salud se pueden definir como la interacción entre la salud la satisfacción de en la misma, el medioambiente, las condiciones en las que se encuentra y el entorno social y familiar que rodea a la persona.

Los resultados muestran que los principales factores psicosociales, encontrados en las distintas herramientas los podemos agrupar en las siguientes dimensiones psicosociales:

- **Situación/ Adecuación familiar:** hace referencia al tipo de relación con los más allegados, si aún tiene cónyuge...

Esta mencionado en nueve de los veinticuatro test estudiados. La familia puede ser un puente para el cambio de la calidad de vida en el anciano, por una parte, por la influencia que ejercen sobre el enfermo, y por otra debido a que son, en muchos casos los cuidadores, podemos por tanto enseñar y educar en un mejor cuidado.

Destacaremos el test Family apgar (García et al., 2006), el cual es específico para valorar la situación familiar.

- **Situación / Valoración económica:** se trata de todo lo concerniente a los recursos, no solo económicos, como los ingresos o los recursos sanitarios, sino lo necesario como la vivienda, su adecuación a las necesidades del paciente, como por ejemplo ascensor, cambio de bañera a plano de ducha para evitar caídas, etc.

Del total de las veinticuatro, está presente en cinco de las herramientas de valoración.

Dentro de la situación económica resaltaremos que las dos escalas que contemplan este factor de una manera más completa son, la escala de Gijón (Generalitat Valenciana, 2006) y la de valoración social del anciano (García et al., 2006).

- **Apoyo social:** son los recursos que la sociedad pone a disposición del anciano y de su cuidado, por un lado, tenemos los recursos sanitarios, de atención primaria y hospitalizada, atención sanitaria a domicilio en caso de incapacidad de movilidad y por otro lado, los servicios que presta la comunidad son los centros de atención sociosanitarios, como las residencias de ancianos, los centros de día.

Está presente en seis del total de las herramientas analizadas.

Dentro de las escalas que valoran este parámetro de una manera más exhaustiva encontramos la escala de Gijón (Generalitat Valenciana, 2006), y los cuestionarios CUBRECAVI (Urrutia et al., 2009) y WHOQoL-BREF (Freire Oliveira et al., 2008).

- **Relaciones sociales:** se trata de las relaciones con amigos y la vecindad, la compañía, la ayuda que reciben, si se sienten aislados socialmente, o sienten soledad.

Están nombrados en diez del total de los test revisados, de los cuales destacaremos que tiene más relevancia, o incide más en ello en el cuestionario Duke UNK (Cuellar et al., 2012): Cuestionario de apoyo social funcionar y en la escala de valoración social del anciano (García et al., 2006)

- **Percepción de la salud:** es la visión que tiene el individuo sobre su propia salud. Dentro de este factor, podemos destacar el dolor, como más prevalente, la pérdida de energía, y en muchos casos, la ansiedad y la somatización de la misma a través de síntomas como la sudoración, palpitaciones...

Está implícito en once del conjunto de los test revisados, siendo el segunda factor psicosocial que más se repite, se desarrolla de manera más extensa, con más variables en las láminas de Coop- Wonda (Esteban et al., 2010), y en los cuestionarios de calidad de vida de Cuestionario SF 36 (Congost,2012), Perfil de

Nothingam (Manterola et al., 2013), Cuestionario EQ5D (Cabasés, 2015); Podemos decir que algunos de los cuestionarios, como por ejemplo el de indicadores de tensión y ansiedad de Cautela (Rodríguez, 2016), se centra más en los síntomas referidos, causados por la somatización de la ansiedad y la tensión.

- **Sentimientos:** son el conjunto de emociones que experimenta la persona, en este caso, en relación con la salud. Muchos de los sentimientos referidos son negativos, como la tristeza, el desánimo, la soledad, insatisfacción y sentirse inútil, ya que, en esta etapa de la vida, al ver tus habilidades reducidas, en muchos casos hasta el extremo de la dependencia, estos sentimientos se ocasionan muy fácilmente.

Es el que más se nombra de los factores psicosociales, dieciséis del total de veinticuatro test, entre los cuales, podemos decir que hay una mayor descripción de dichos sentimientos en la escala de autoestima de Rosemberg (Generalitat Valenciana, 2006), el cuestionario de WHOQoL-BREF (Freire Oliveira et al., 2008) y Perfil de Nothingam (Manterola et al., 2013).

Tabla 1: Factores Psicosociales

TEST	SITUACIÓN / ADECUACIÓN FAMILIAR	SITUACIÓN/ VALORACIÓN ECONÓMICA	APOYO SOCIAL	RELACIONES SOCIALES	PERCEPCIÓN DE SALUD	SENTIMIENTOS
*Escala de valoración social del anciano (García et al., 2006)	-Dependencia física/Psíquica -Con quien vive	-Salario mínimo -Ingresos -Adecuada a las necesidades -Barreras arquitectónicas -Humedades -Ausencia de ascensor y/o teléfono		-Con familia y /o vecinos -No sale del domicilio -Recibe visitas		
**Escala de recursos Sociales (OARS)	-Estado civil -Visitas -Frecuencia de llamadas		Residencia de ancianos			
*Test de caídas (Aranda Gallardo et al., 2013)				Aislamiento		Miedo
**Escala de Recursos sociales de Díez-Vega (Rodríguez, 2016)	-Cónyuge -Hijos - Demás familia			-Amigos		
*Escala de Gijón (Generalitat Valenciana, 2006)	-Vive solo -Vive con el cónyuge -Hijos que tiene -Apoyo familiar	-Salario mínimo -Tipo de pensión -Vivienda - Adecuación de las necesidades	-Apoyo vecinos - Ayuda domiciliaria -Residencia -Cuidados permanentes	-Visitas que recibe -Relación con la comunidad (vecinos)		
*Family apgar (Generalitat Valenciana, 2006) (García et al., 2006)	-Satisfecho con el apoyo -Grado de compartir problemas -Decisiones en consenso -Satisfacción del tiempo compartido					-Sentirse querido por la familia

*Duke UNK: Cuestionario de apoyo social funcionar (Cuellar et al., 2012)	-Apoyo familiar y amigos -Ayuda cuando está enfermo			-Reconocimiento del trabajo -Recibir amor y afecto -Poder hablar los problemas de todo tipo -Ayuda cuando está enfermo		
**Escala moral de Piladelphia (Rodríguez, 2016)						-Soledad -Inutilidad -Motivación -Miedos -Tristeza
*Escala de depresión ansiedad de Goldberg (García et al., 2006)					-Dolores -Insomnio -Pérdida de peso -Energía física	-Preocupaciones -Interés -Autoconfianza
**Indicadores de tensión y ansiedad de Cautela (Rodríguez, 2016)					-Sudoración -Temblor de manos -Corazón acelerado -Náuseas -Picores	
*Escala de valoración de Hamilton para la ansiedad /depresión (Rodríguez, 2016)					Síntomas somatizados: -Respiratorios -Gastrointestinales -Cardiacos...	Temores
*Inventario de depresión (Cuestionario de Beck) (González et al., 2009)						-Tristeza/alegría -Desánimo/ánimo -Satisfecho/ insatisfecho -Útil/ inútil
*Escala de depresión de Yesavage (García et al, 2006) (Sanjoaquín et al., 2006)						-Satisfacción -Ánimo -Felicidad -Desesperanza

*Escala de autoestima de Rosemberg (Generalitat Valenciana, 2006)						<ul style="list-style-type: none"> Aprecio Visión positiva propia Actitud positiva Satisfacción Orgulloso de uno mismo Respeto Buena persona Utilidad Fracaso
*Escala de Zung (Rozados, 2015) (Gonzalez et al., 2009)						<ul style="list-style-type: none"> Abatimiento, melancolía, intranquilidad, irritabilidad, utilidad -disfrute
*Láminas de Coop- Wonda Rodriguez, 2016) (Esteban et al., 2010)			-Disposición de gente para ayudar	-Relaciones sociales ¿Se han visto reducidas por el estado de salud?	<ul style="list-style-type: none"> -Posibilidad de actividad -Dificultad para las actividades cotidianas -Clasificación del estado de salud -Dolor 	<ul style="list-style-type: none"> -Ansiedad, -Depresión -Tristeza -Desánimo
*Cuestionario WHOQoL-BREF (Freire Oliveira et al., 2008)	-Satisfacción con la familia	-Se cubren todas las necesidades económicas	<ul style="list-style-type: none"> -Condiciones del lugar donde vive -Satisfacción con el acceso a los servicios sanitarios -Movilización en el barrio 	-Satisfacción con la relaciones de amistad	<ul style="list-style-type: none"> -El dolor impide realizar las AVD -Energía suficiente 	<ul style="list-style-type: none"> -Capacidad -Satisfacción con las AVD -Que la vida tenga sentido -Disfrute de la vida -Tristeza, desesperanza -Seguridad
*Cuestionario SF 36 (Freire de Oliveira et al., 2008) (Congost,2012)					<ul style="list-style-type: none"> -Dolor -Vitalidad -Fuerzas -Cansancio/ agotamiento -Comparación con otros 	<ul style="list-style-type: none"> -Nerviosismo -Calma/ -Tranquilidad Felicidad -Problemas emocionales
*Perfil de Nothingam (Manterola et al., 2013)				-Aislamiento social	<ul style="list-style-type: none"> -Dolor -Cansancio -Pastillas para dormir -Descansar mal -Dificultad para realizar las 	<ul style="list-style-type: none"> -Soledad -Dificultad -Apatía -Ser una carga -Susceptibilidad

					AVD	-Depresión
*Cuestionario EQ5D (Cabasés, 2015)					-Movilidad -AVD - Dolor -Valoración general del estado de salud (Escala Visual Análoga)	-Ansiedad -Depresión
**Escala de Barber (Martín Lesende, 2005)	-Vive solo o acompañado				-Problemas de visión -Mala salud Hospitalizaciones	
*Escala ESTE (Rubio et al., 2009)	- Soledad familiar - Soledad conyugal			Soledad Social		Crisis existencial
*Escala FUMAT (Verdugo et al., 2009)		-Estatus económico -Vivienda	-Atención Sanitaria -Derechos humanos y legales	-Integración y participación social	-AVD (Autonomía)	-Satisfacción -Autoconcepto -Estrés
*Cuestionario CUBRECAVI Urrutia et al., 2009)		-Ingresos	-Servicios sociales y sanitarios -Educación -Calidad ambiental		-Habilidades funcionales -Actividad y ocio	

NOTA: *cuestionarios validados; ** cuestionarios no validados; pero sí muy utilizados No se encontraron este tipo de Factores Psicosociales

6. DISCUSIÓN

A lo largo de la búsqueda sobre herramientas de valoración en el anciano, hemos encontrado un gran número de ellas, dentro de las cuales, hemos seleccionado tan solo 66, clasificándolas en cuatro áreas. En la práctica profesional, destacaremos que las principales herramientas para la valoración del anciano, son las funcionales, dentro de las cuales destacan la escala de Barthel, Katz y Lawton y Brody, coincidiendo con Sanjoaquín (2005), aunque este último incluye la escala de incapacidad de la cruz roja, lo mismo que Fernández y Estévez (2013), a las cuales estos autores añaden dos de valoración mental cognitiva, Pfeiffer y Lobo, y por otro lado afectiva, la escala de Yesavage. Sin embargo, García et al (2006) añaden a parte de estas, algunas de índole social como: family apgar, escala de Gijón, escala de valoración social del anciano y OARS.

De todas las herramientas específicas de CV, podemos decir que la más usada es la SF-36, como destaca Vilagut et al (2005); sin embargo, esta escala como muchas otras (WHOQoL-BREF, EQ -5D) están diseñadas para medir CV en la población general, por lo que es necesario obtener herramientas que midan CV para población anciana desde su diseño.

Cuando realizamos una valoración a través de herramientas, es imprescindible conocer el “grado de confianza que podemos tener de que la medición corresponde a la realidad del fenómeno que se está midiendo” (Lamprea et al., 2007), es decir, la validación de las mismas, que nos aportará garantías de la fiabilidad de la aplicación de dicha escala en la valoración del anciano. La validación es un proceso continuo, que incluye procedimientos diferentes para comprobar si el cuestionario mide realmente lo que dice medir. Tiene que ver por tanto con el tipo de conclusiones o inferencias que se pueden obtener a partir de las puntuaciones obtenidas en el test.

En el presente trabajo, observamos que la mayoría de tests miden su validez a través del alfa de Cronbach, el índice de correlación, reproductividad y los parámetros de sensibilidad y especificad.

La importancia de la validación, nos abre un nuevo punto de investigación en este campo, ya que dentro del presente estudio, no hemos encontrado ningún documento científico que refiera este dato de algunas de las escalas que se utilizan de manera general.

Algunas de ellas son:

- Social Resource Scale (OARS)
- Recursos sociales de Díaz Vega
- Escala de Barber
- Escala de Filadelfia

Tras la revisión de sesenta y seis escalas de valoración en el anciano, tan solo veinticuatro de ellas contenían factores psicosociales, lo cual no ayuda a ver la poca importancia que se les da, sin embargo, es imprescindible para la calidad de vida, que estos factores psicosociales se tengan en cuenta. Existen evidencias de que si los ancianos tuvieran una red social acorde a sus necesidades, se podría modificar la manera en que afrontan las limitaciones, influiría también en la integración y participación social, en un aumento de la motivación y nos ayudaría a predecir la discapacidad (Escobar et al., 2008; Mella et al., 2004). El apoyo social que perciban, no solo les aportará bienestar al darles estabilidad emocional, sino protección y atención (Bozo et al., 2009). Podemos decir, de acuerdo con estos autores (Escobar et al., 2008; Mella et al., 2004; Bozo et al., 2009), que las relaciones y el entorno social de las personas, son de los factores psicosociales más importantes. Teniendo en cuenta esto, los más prevalentes en las herramientas son:

1. Los sentimientos, nombrados en 16 de los 24 test, entre los cuales destacan tristeza, satisfacción, soledad y ansiedad.
2. La percepción de la salud nombrados en 9 de los 24, siendo imprescindible la visión que ellos mismos tienen sobre su salud, porque como refiere Alfonso (Alfonso, 2010), se trata de cómo impacta la enfermedad a la vida del anciano, y su visión de la misma.

A través de los factores psicosociales registrados en las herramientas de valoración, podemos detectar los problemas de los ancianos a nivel social, psicológico y emocional, y al influir en ellos, podremos modificar la calidad de vida de los mismos, teniendo en cuenta además de su asociación con determinados estados de salud y procesos de salud-enfermedad que puedan estar presentes (Cooper et al., 2015) (Pinto et al., 2016).

Este amplio tema de revisión de escalas y presencia de factores psicosociales en cuando a la CV del anciano, nos abre un amplio panorama de investigación que llevar a cabo, siendo difícil en la CV de personas cada vez más dependientes y en proceso de deterioro, debido al normal proceso fisiológico que es el envejecimiento, se podría enfocar al “Buen envejecer”, concienciando a las personas sobre las necesidades, no solo físicas, de las cuales estamos concienciados, sino sociales, y psicológicas del anciano.

Las fortalezas del presente estudio son, la búsqueda exhaustiva, y la clasificación de numerosas escalas de valoración de distintas áreas en el anciano, las cuales nos ayudan a tener una visión integral, pudiendo escoger aquellas que se adecuan más a determinadas situaciones, o etapas de la vejez. Teniendo en cuenta que en determinadas herramientas no se contemplan los factores psicosociales.

Dentro de la valoración integral del anciano cabría destacar la importancia de la incluir todas las áreas en la medición de la CV, ya que el deterioro fisiológico, la falta de independencia en muchos casos, la fragilidad y vulnerabilidad, hacen necesario tener en cuenta no solo una de ellas, sino que todas son importantes y necesarias para realizar una correcta valoración y detección de necesidades.

7. CONCLUSIONES

- El análisis de las diferentes áreas de valoración consta de cuatro áreas: físico-funcional, mental, social y de CV.
- Las herramientas aunque numerosas, nos ayudan a la valoración del anciano, y a la medición de su calidad de vida, a través de los factores psicosociales presentes en algunas de estas.
- No todas las herramientas que actualmente son utilizadas para medir la CV en el anciano están validadas, o no se evidencian documentos científicos de su validación
- Las escalas que más factores psicosociales contienen son: WHOQoL- BREF que mide todos los factores psicosociales que hemos tenido en cuenta en el estudio, 6, FUMAT que mide 5 y la escala de Gijón que mide 4.
- Los factores psicosociales que más influyen en la CV, por su prevalencia en las herramientas de valoración son: los sentimientos, que se incluyen en dieciséis de las veinticuatro herramientas de valoración y la percepción de la salud que se repite en once de ellas.

8. BIBLIOGRAFÍA

Alfaro- Lefevre R.(2007). Aplicación del proceso enfermero. *Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª ed*: Barcelona; Elsevier

Alfonso ,Mª. (2010).Calidad de vida relaciona con la salud: Elementos conceptuales. *Rev Med Chile 138*, 358-365.

Alligood, MR., Marriner, A. (2011). Modelos y teorías en enfermería. 7ª Ed: Barcelona; Elsevier.

Aranda, M., Morales, J.M., Canca J.C., Morales, A., Enríquez de Luna, M., Moya, A.B et al. (2015). Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española ~ del índice Downton. *Rev Calid Asis, 30*, 195-202.

Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cali.2015.04.003>

Bermejo, F., Porta, J., Díaz, J., Martínez, P. (2008). Más de cien escalas en neurología. Seis manuales: *Biblioteca Aula Médica*; Madrid. Recuperado de: http://www.neuroloxia.com/wp-content/uploads/2009/06/escalas_en_neurologia_marzo.pdf

Bozo, O., Toksabay, N., & Kürüm, O. (2009). Activities of daily living, depression, and social support among elderly Turkish people. *Journal of Psychology, 143*, 193-205.

Cabañero, M.J., Cabrero, J., Richart, M., Muñoz, C.L., y Reig, A. (2007).Revisión estructurada de las escalas de valoración de la depresión en personas mayores. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 7*, 823-846.

Cabasés, J.M. (2015). El EQ-5D como medida de resultados en salud. *Gac. Sanit.29 (6)*, 401-403.

Cereda, E.(2012). Mini Nutritional Assessment. *ClinicalNutrition*, 15 (1) ,29-41.

Recuperado de:

http://journals.lww.com/coclinicalnutrition/Abstract/2012/01000/Mini_Nutritional_Assessment.6.aspx

Chao, P.C., Chuang HJ., Tsao, L.Y., Chen, P.Y., Hsu, C.F., Lin, C.H. (2015). The malnutrition Universal Screening Tool (MUST) and a nutrition education program for high risk cancer patients strategies to improve dietary intake in cancer patients.

Biomedicine (Taipei) 5 (3), 17. Recuperado de:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4532677/>

Congost, N. (2012). Aspectos formales y visuales en los cuestionarios de salud y calidad de vida. *Panacea Tremedica* 13 (35), 99-112. Recuperado de:

<http://www.medtrad.org/panacea/IndiceGeneral/n35-tribuna-CongostMaestre2.pdf>

Cooper, L.B., Mentz, R.J., Sun, J.L., Schulte, P.J., Fleg, J.L., Cooper, L.S., et al. (2015) Psychosocial Factors, Exercise Adherence, and Outcomes in Heart Failure Patients: Insights From Heart Failure: A Controlled Trial Investigating Outcomes of Exercise Training (HF-ACTION). *Circ Heart Fail* 8 (6), 1044-51.

Cuéllar, I. , Dresch, V. (2012). Validación del cuestionario de Apoyo social Funcional Duke-UNK-11 en personas cuidadoras. *RIDEP* 34(1), 89-101.

Custodio, N., García, A., Montesino, R., Lira, D., Bendezú, L. (2011). Validación de la prueba de dibujo del reloj-versión de manos- como prueba de cribado para detectar demencia en una población adulta mayor de Lima, Perú. *Rev Peru Med Salud Pública*,28 (1), 29-34 . Recuperado de:

http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v28_n1/pdf/a05v28n1.pdf

Delgado, M.C., Prieto, M.E., Joao, M., Ayala, A., Rojo, F., Mayoralas, G., Martínez, P., et al. (2011). Influencia de los problemas crónicos de salud en las dimensiones del cuestionario EQ-5D: estudio en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. *Rev. Esp. Salud Pública*, 85, 555-568. Recuperado de: http://www.scielosp.org/pdf/resp/v85n6/05_original2.pdf

Escobar, M. A., Puga, D., & Martín, M. (2008). Asociaciones entre la red social y la discapacidad al comienzo de la vejez en las ciudades de Madrid y Barcelona en 2005. *Revista Española de Salud Pública*, 82, 637-651.

Espinoza, I., Osorio, P., Torrejón, M.J., Lucas, R., Bunout, D. (2011). Validación del cuestionario de calidad de Vida (WHOQL-BREF) en adultos mayores chilenos. *Rev. Med. Chile*: 139 (1): 579-586. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v139n5/art03.pdf>

Esteban, M., Jiménez, R., Gil, A., Díaz, J.M., Villasevil, E., Fernández, X. (2010). Calidad de vida en relación con la salud, medidas por las láminas COOP/WONCA en la ciudad de Madrid. *Semergen Elsevier*, 36 (4), 187-195. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1138359310000766>

Fernández, E., Estévez, M. (2013). La valoración Geriátrica Integral en el anciano frágil hospitalizado: Revisión sistemática. *Gerokomos*, 24(1), 8-13.

Freire de Oliveira, M., Ábalos ,G.M., Olmedo, M., Ramírez, J., Fernández,A.M., Villaverde, C. (2008). Estudios comparativos de los instrumentos WHOQOL-BREF y SF 36, para medir calidad de vida en mayores. *E.U. de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada*. Recuperado de: <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:lbabm8J1NmJ:www.revista-scientia.es/files/2008/3.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=es>

Fontecha , B.J. (2005). Valoración Geriátrica: Visión desde el Hospital de día. *Rev Mult Gerontol* ,15(1), 23-25 Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/Benito_Fontecha/publication/28125742_Valoracion_geritrica_visin_desde_el_Hospital_de_Da/links/00b7d51d5a591dedd6000000.pdf

Gallud, J., Guirao, J.A.(2006). Escalas e instrumentos para la valoración en Atención Primaria. Generalitat Valenciana. *Conselleria de Sanitat*. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/documents/246911/251004/V.4963-2006.pdf>

García, F.J., Cabello, R., Muñoz, M., Bergera, I., Blanca, F., Carrasco, J.M^a. et al.(2014). Fiabilidad de las escalas Braden y EMINA en pacientes de atención domiciliaria incluidos en programa de inmovilizados. *Gerokomos*, 25 (3), 124-130.

García, F.P., Pancorbo, P. L., Soldevilla, J.J., Blasco, C. (2008). Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. *Gerokomos*, 19 (3), 136-144.

García , M.C, Romero, G.J.(2006) Escalas de valoración geriátrica. *Recordatorio de semiología*. *Jano*, 1628, 69-73. Recuperado de: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/0/1628/69/1v0n1628a13094849pdf001.pdf>

Gómez,L.E., Verdugo, M.A., Arias, B., Navas, P.(2008). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: Escala Fumat. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 189-199. Recuperado de: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/in2008v17n2a7.pdf>

González, A.L. (2009) Composición factorial del inventario de Beck. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 1 (1), 15-28.

Guigoz, B., Garry, P.J. (1994). Mini Nutritional Assessment: a practical assesment tool for grading the nutricional state of elderly patienst. *Facts Res Gerontol* 1994; 12 (supl 2):15-59.

Horcajuelo, C., Álvarez, J.J., Correa, S., Romo, C. (2014). Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnosticadas de la enfermedad de Alzheimer y adultos sanos. *Revista de Investigación en Logopedia*, 2, 112-131. Recuperado de: <http://revistalogopedia.uclm.es/ojs/index.php/revista/article/view/123/81>

Instituto Nacional de Estadística (2014) INEBASE: Padrón Continuo.

Literas, L., Navarro, A., Fontanals, M.D.(2010). Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 45 (6), 320-325. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-diseno-validacion-una-escala-satisfaccion-13188443>

Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Ré, R., Badia, X., Baró, E., et al. (2002) Validación de las versiones en español de la Montgomery-Asberg Depression Rating Scale y la Hamilton Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Med.Clínica*, 118 (13). Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-validacion-las-versiones-espanol-montgomery-asberg-13029223>

Martín, I., Rodríguez, C.(2005). Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 o más años con riesgo de hospitalización, institucionalización o muerte. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 40 (6), 335-44. Recuperado de: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pident_articulo=13080802&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=124&ty=157&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=124v40n06a13080802pdf001.pdf

Manterola, C., Urrutia, S., Otzen, T.(2013). Calidad de Vida Relacionada con Salud. Una Variable Resultado a Considerar en Investigación Clínica. *Int. J. Morphol* ,31(4), 1517-1523. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/ijmorphol/v31n4/art59.pdf>

Masur, H.(2004). Scales and Scores in Neurology. Quantification of neurological deficits in reasearch and practice. Thieme. Stuttgart

Mella, R., González, L., Appolonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A., Díaz, A. (2004). Factores asociados al bienestar subjetivo en el adulto mayor. *Psykhé*, 13, 79-89.

Montero, S., Pelegrín, M.A. (2010). Revisión de las escalas de valoración de las capacidades funcionales en la enfermedad de Alzheimer. *Fisioterapia*, 32(3),131–138. Recuperado de : http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet? f=10&pidet_articulo=13149198&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=146&ty=153&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=146v32n03a13149198pdf001.pdf

Moreno, J.P., Richart, M., Guirao, J.A., Duarte, G.(2007). Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar unas úlceras por presión. *Enferm Clínica*,17 (4), 186-97.

Nagaratnam, N., Nagaratnam, K., O`Mara, D.(2013). Bayer-activities of daily living scale in mild and moderate dementia of the Alzheimer type. *American journal of Alzheimer`s disease and other dementias*, 28 (8), 784-789. Recuperado de: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2-s2.0.084890944857&origin=inward&txGid=0>

Olazaran, J., Mouronte, P., Bermejo, F.(2005). Validación clínica de dos escalas de actividades instrumentales en la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*,20, 395-401.

Ortega, R., Salinero, M.A., Kazemzadeh, A., Vidal, S., Dios del Valle R. (2007). Validación de la versión española de 5 y 15 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica en personas mayores en Atención Primaria. *Revista Clínica Española*, 207(11), 559-62. Recuperado de: <http://www.revclinesp.es/es/pdf/13111574/S300/>

Pérez, S. (2015). *Evolución en el tratamiento de las úlceras por presión*. Trabajo fin de Grado. Universidad de Valladolid: Facultad de Enfermería. Valladolid.

Pinto, J.M., Fontaine, A.M., Neri, A.L. (2016) The influence of physical and mental health on life satisfaction is mediated by self-rated health: A study with Brazilian elderly. *Arch Gerontol Geriatr*, 65, 104-110.

Puig, M., Lluch, M.T., Rodríguez, N. (2009). Valoración de la soledad y del aislamiento social en los ancianos de riesgo. *Gerokomos*, 20 (1), 9-14. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n1/09rincon.pdf>

Rodríguez, C. (2016). Infogerontología. Valoración geriátrica: Escalas. España. Recuperado de: <http://www.infogerontologia.com/vgi/index.html>

Rodríguez, C., Helena, L.(2012). Validez y confiabilidad de la Escala de Tinetti para la población colombiana. *Asociación Colombiana de Reumatología*: 218-233. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v19n4/v19n4a04>

Roqueta, C., De Jaime, E., Miralles, R., Cervera, M. (2007). Experiencia en evaluación del riesgo de caídas Comparación entre el test de Tinetti y Timed Up & Go. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 42 (6), 319-27.

Rubio, R., Pinel, M., Rubio, L. (2009). La soledad en los mayores: Una alternativa de medición a través de la escala Este. *Universidad de Granada*. Recuperado de: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>

Ruiz, L., Campos, M., Peña, N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos primer nivel de atención. *Rev. Peru Med. Exp. Salud Pública*, 25 (4), 374-79.

Sanjoaquin , A.C., Fernández , E., Mesa, M^a P., García- Arilla, E. (2006). Capítulo 4: Valoración Geriátrica Integral. Abellán Van Kan, G. Abizanda Soler, P. Alastuey Ginénez, C. albó Poquí, A. Alfaro Acha, A. Alonso Álvarez, M. et al. Tratado Geriátrico para residentes. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. 1^a Edición*: Madrid. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/33155249/TRATADO-GERIATRIA-JJGG#scribd>

Serrani, D. (2008). Modelo psicosocial y de género de la discapacidad funcional en Adultos Mayores. El rol del afrontamiento proactivo y los recursos sociales. *Revista Argentina de Clínica Neuropsiquiatría* ,14 (4), 42-55. Recuperado de: http://alcmeon.com.ar/14/56/07_mayores.pdf

Torres, H.M., Quezada, V. M., Rioseco, H. R., Duccl, M.E. (2008). Calidad de vida de adultos mayores pobres de viviendas básicas: Estudio comparativo mediante uso de WHOQoL-BREF. *Rev. Med. Chile*, 136, 325-333. Recuperado de: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000300007

Trigás-Ferrín, M^a., Ferreira, L., Mejilde, Héctor. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin* 2011, 72 (1), 11-16. Recuperado de: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

Urrutia, A., Grasso, L., Guzmán, E.R. (2009). Construcción y validación de un instrumento multivariable para la evaluación de Calidad de Vida en ancianos. *Evaluar* ,9, 54-71. Recuperado de: <http://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/464>

Vázquez, A., Jiménez, R., Vázquez, R. (2004). Escala de autoestima de Rosenberg: fiabilidad y validez en la población clínica española. *Apuntes de Psicología*, 22(2), 247-255. Recuperado de: <http://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/53/55>

Verdugo, M.A., Gómez, L.E., Arias, B. (2009). Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La escala FUMAT. *Publicaciones INICIO*. 1ª Edición: Salamanca. Recuperado de: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf

Vilagut, G., Ferrer, M., Rajmil, L., Rebollo, P., Permanyer-Miralda, G., Quintana, J.M., et al.(2005). Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac. Sanit*, 19 (2), 135-150. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/gv/v19n2/revision1.pdf>

Villarejo, A., Puertas-Martín, V. (2011) Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*, 26(7), 425-433. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-utilidad-los-test-breves-el-90025349>

9. ANEXOS

Tabla 1: Valoración físico funcional

ÁREAS	TÍTULO	AUTOR	AÑO	POBLACIÓN DIANA	PARÁMETROS QUE VALORA	EVALUACIÓN	VALIDACIÓN
	Escala de Barthel o Índice de discapacidad de Maryland (Rodríguez,2016)	Barthel y Mahoney (1955) Granger publicó una modificación (1979)	1993 Se tradujo al Español	Pacientes con enfermedad cerebrovascular. En España, en servicios de Geriatría (valoración de ayuda domiciliaria)	Valora la capacidad de una persona de realizar de forma dependiente o independiente 10 ABVD: -Comida -Aseo -Vestido -Arreglo -Deposición micción - Ir al retrete -Traslado cama/sillón -Deambulación -Subir y bajar escaleras	Dependiendo del ítem se evalúa de 15-0/ 10-0/ 5-0 Después se suman y se mira el grado de dependencia dependiendo dentro de que intervalo se encuentre. 0-20 dependencia total 21-60 dependencia severa 61-90 dependencia moderada 91-99 dependencia escasa 100 independencia	En cuanto a su validez, podemos decir que es predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, podemos destacar que tiene una reproductibilidad muy alta, confirmada con trabajos posteriores con coeficientes de correlación de 0,88 y 0,98 (Tigras- Fermir et al., 2011)
	Escala de Katz (Rodríguez,2016) (García et al., 2006)	Equipo multidisciplinar dirigido por Katz	1999 por Duch et al	Fue diseñado como índice de rehabilitación, se ha empleado en la valoración de muchas enfermedades crónicas (infarto cerebral, artritis reumatoide), en la actualidad es la más usada a nivel geriátrico y paliativo	Valora el grado de dependencia e independencia de las personas utilizando seis funciones básicas: Alimentación Vestirse Continencia Asearse Trasferencia	A. Independiente en todas las funciones B. Independiente en todas salvo en una de ellas C. Independiente en todas salvo lavado y otra más. D. Independiente en todas salvo en lavado, vestido y una más E. Independiente en todas salvo en	Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0. 70) y test-retest (> 0. 90) altos, siendo mayor en los pacientes menos

						lavado, vestido, uso del retrete y una más F. Independiente en todas salvo en lavado, vestido, uso del retrete, movilidad y otra más G. Dependiente en las seis funciones	deteriorados. Está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Incluso algunos autores lo han usado para validar sus propias escalas (Tigras Fermín et al., 2011)
AVD /AIVD	Escala de Lawton y Brody (Generalitat Valenciana, 2006)	Lawton y Brody (1969)	1993	Personas mayores	Consta de ocho parámetros: Uso del teléfono Realización de compras Cuidado de la casa Empleo de medios de transporte Manejo de medicación Asuntos económicos *Es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano.	A cada ítem se le asigna un número. 1 (independencia) 0 (dependencia). La puntuación final es la suma del valor de todas las respuestas y oscila entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total). La información se obtiene preguntando a la persona o a su cuidador. En unos 4 minutos	Representa un coeficiente de reproductividad alto (0.94). (Tigras Fermin et al., 2011)

	Escala de incapacidad de la cruz roja (Sanjoaquin et al., 2006)	Guilleín y García	1972	Ancianos	Evalúa la incapacidad física	Según una escala oscilan entre 0 (independencia) y el 5 (incapacidad funcional total) de seis grados.	Al compararlo con otras escalas más complejas, existe un alto grado de correlación (0,73-0,90). Esta escala ha sido criticada por ser inexacta en la definición de los grados que resta precisión, sensibilidad y fiabilidad (Tigras Fermín et al., 2011)
	Cuestionario de Plutchik (Sanjoaquin et al., 2006)	Plutchik	1970	Pacientes poco dependientes de los independientes en un medio hospitalario para enfermos mentales	Valora siete ítems: Alimentación Incontinencia Lavarse y vestirse Caerse de la cama o sillón sin protecciones Deambulación Visión Confusión	Cada ítem se puntúa del 0-2. La puntuación total posible varía de 0 a 14 puntos. El punto de corte para la autonomía/ dependencia se establece en 4/5	
	EVAA(Escala de Valoración de la Autonomía en el autocuidado (Generalitat Valenciana, 2006)				Valora la autonomía en el autocuidado, las necesidades funcionales básicas (Nutrición, uso de medicamentos, actividad, higiene, eliminación, uso de recursos y tiempo libre) y mentales (Sentidos, memoria, comprensión, orientación y comportamiento)	El grado de autonomía oscila entre 1 y 10, a mayor puntuación menos grado de autonomía	Alfa de Crombach 0.92
Valoración de la	Escala Tinetti: marcha-equilibrio			Mayores de 65 años	El paciente sentado en silla dura sin apoyabrazos, se valoran 9 ítems relacionados con el equilibrio y otros 7 ítems con la marcha.	Evaluación: Depende de que pregunta sea, se puntúa del 0-1 ó, en algunas del 0-2. Siendo el 0 el estado de mayor deterioro.	En un artículo internacional, estudiado este test en la población colombiana, tiene un alfa de Cronbach de

movilidad (Marcha/ Equilibrio)						En el equilibrio hay un máximo de 16 puntos y en la marcha de 12 puntos, con lo que el máximo en total es de 28 puntos.	0.91 (Rodríguez Guevera et al., 2012)
	Timed get up and go test (Roqueta et al., 2007)	Podsiadlo D. y Richardson	1991	Población con riesgo de caídas, problemas en la marcha o ancianos	Son instrucciones sencillas. -Sentarse con la espalda en el respaldo, los brazos en el reposabrazos. Levantarse, andar 3 metros, dar media vuelta y volver a sentarse. Se debe de cronometrar el tiempo	Se determina que la persona tiene riesgo de caídas cuando tarda más de 20s, entre 10-20s (riesgo moderado), y menos diez, se considera normal.	
	Escala de Dowton (Riesgo de caídas) (Aranda Gallardo et al., 2013)	Aranda-Gallardo et al	2013	Población en riesgo de caída	Valora los antecedentes de caídas, el tipo de medicamentos que consume el paciente, la presencia de déficits sensoriales, el estado mental y el equilibrio en función de la capacidad para deambular.	Cada ítem (5) Se valora de 1, si la condición referida está presente, y 0 si la condición no está presente. Puntuación igual, o superior a 3 se determina como "alto riesgo de caídas"	Se realizó un estudio en pacientes que ingresaron en el año 2011 en la agencia Sanitaria Costa del Sol (Andalucía), valorado con la versión traducida al español y el alfa de Cronbach es: 0,57
Valoración nutricional (Alimentación)	Nutritional Screening initiative (Generalitat Valenciana, 2006)	Michell	2002	Personas mayores de 65 años	Valora 10 ítems: sobre la frecuencia de las comidas, dificultad para la ingesta, enfermedad, pérdida de peso, dificultad a la hora de la obtención o elaboración de las comidas, cantidad de recursos monetarios bebidas...	Cada uno de los ítems se responde con si o no, siendo diferente la puntuación dependiendo del ítem (0: siempre no y 1,2,3,4 la respuesta afirmativa, dependiendo del ítem)	Es un instrumento de cribaje muy sensible pero poco específico
Valoración de la integridad cutánea (Úlceras)	Escala Emina (Pérez Niño, 2015)	Grupo de enfermería del Istituto Catalán de Salud	2001	Pacientes hospitalizados con riesgo de padecer úlceras	Valora 5 parámetros: Estado mental, movilidad, humedad r/c incontinencia, nutrición, actividad.	Cada parámetro se valora de 0-3. La puntuación es de 8-15 puntos, presentando un riesgo alto	El alfa de Cronbach oscila entre 0,69 y 0,73 (García- Diaz et al., 2014)

Tabla 2: Valoración mental

TÍTULO	AUTOR	AÑO	POBLACIÓN DIANA	PARÁMETROS QUE VALORA	EVALUACIÓN	FACTORES PSICOSOCIALES	VALIDACIÓN
Minimental test examinativos Folstein (MMSE) Mini-Examen Cognoscitivo de LOBO (MEC) (García et al., 2006)	Marshal y Susan Folstein (MMSE) MEC: Validado en la población española por Antonio Lobo.	1975 1999	Personas mayores de 60 años	Valora cinco partes, dentro de los cuales hay diferentes preguntas: Orientación Registro Atención y cálculo Evocación Lenguaje	Se valora del 0-1 o del 0-3 dependiendo de las partes que tenga la pregunta. 30-35: normalidad 25-29 Bordeline 20-24 Deterioro leve 15-19: Deterioro moderado < = 14: deterioro grave		MMSE : Sensibilidad: 89% y especificidad de 66% Y el MEC: Sensibilidad del 09,7% y especificidad del 69% (Sanjoaquin et a.l, 2006)
Questionario de Pfeiffer (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ) (Sanjoaquin et al., 2006)	Pfeiffer	1975	Población anciana	Valora la orientación témporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo	Puntuación: -0-2 errores: no deterioro -3-4 errores: deterioro leve de la capacidad intelectual -5-7 errores: moderado deterioro -8-10 errores: grave deterioro.		Sensibilidad de 68% y una especificidad del 96 %.
Test de los siete minutos (Sanjoaquin et al., 2006)	Solomon	1998	Población adulta mayor y ancianos	Consta de cuatro pruebas simples: 1.Evaluar la orientación temporal 2.Análisis de la memoria 3. y 4. Se relacionan con pruebas de fluidez del lenguaje y apraxia constructiva	Al hacer el análisis de memoria, nos daremos cuenta de si está empezando a desarrollar una demencia tipo Alzheimer o es tendente a desarrollarla, sobre todo cuando aún a pesar de dar ayudas semánticas(pistas) no es capaz de recordar	Sentimientos: -Síntomas depresivos -Alteraciones del estado de ánimo -Humor triste -Irritabilidad -Ideación de muerte	
Set-test de Isaacs (Horcajuelo, 2014)	Isaac y Akhtar	1973	Población mayor de 65 años	Ayuda en el diagnóstico de la demencia. Esta basada en la fluidez semántica, midiendo la misma. La prueba dura: 4 min	Repeticiones o nombres de otra categoría No puntúan. Se obtiene un punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 puntos en		Sensibilidad 79-87% Especificidad 67-82%

				Se valora: Colores, animales, frutas y ciudades	cada apartado. La puntuación oscila entre 0-40. Detección de una demencia igual o menor a 29 en el adulto y 27 ó menos en ancianos.		
Test del reloj de Shulman (Custodio et al., 2011)	Shulman	1953	Pacientes con apraxia constructiva y con riesgo de deterioro cognitivo	Valora el funcionamiento cognitivo, la apraxia constructiva, la ejecución motora, la atención, la comprensión y el conocimiento numérico, mediante la orden de dibujar un reloj (un círculo, las 12h del reloj) y marcar una hora concreta (11:10)	Se valora del uno al cuatro si ha seguido las indicaciones: Esfera redonda Números en su sitio Puesta la hora que se le indica.		La validación en una población de 210 pacientes mayores de 65 años en Perú, sio como resultado un Alfa Crombach= 0,82 Sensibilidad 99,03% y especificidad de 83%
Escala de Piladelphia (Rodríguez, 2016)	Lawton	1975	Población anciana	Consta de 17 ítems en los que valora: La actitud frente al envejecimiento, la insatisfacción y el grado subjetivo de satisfacción del mayor	Las respuestas indican una actitud positiva y cada pregunta cuenta un punto.	Sentimientos -Soledad -Inutilidad -Motivación -Miedos -Tristeza	
Depresión & ansiedad de Goldberg (García et al., 2006)	Goldberg	1979	Población general	Nos orienta en el diagnóstico de la ansiedad/ depresión y además discrimina entre ellas. Es por ello que consta de dos subescalas: Ansiedad: -Nerviosismo Preocupación Irritabilidad Dolores o síntomas Preocupaciones de salud Insomnio	Los puntos de corte se sitúan entre 4 o más en la subescala de la ansiedad y en 2 o más en la de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema. 9 es la puntuación más alta en cada una de las subescalas	Percepción de la salud: -Dolores -Insomnio -Pérdida de peso -Energía física Sentimientos: - Preocupaciones -Interés -Autoconfianza	Sensibilidad 83 % y especificidad de un 82% (Generalitat Valenciana, 2006)

				Y por otro lado, de depresión, que valora aspectos diferentes: -Energía -Interés Autoconfianza -Pérdida de peso -Dificultad de concentración -Enlentecimiento			
Indicadores de tensión y ansiedad Cautela (Rodríguez, 2016)			Población general	Esta escala valora la sintomatología de la tensión y ansiedad, ya que la persona tiene que decir como se siente: Hay numerosa sintomatología: -Sudoración Corazón acelerado Oír los latidos Sentir rubor o ardor en la cara Náuseas Picores...		Percepción de la salud: -Sudoración -Temblor de manos -Corazón acelerado -Náuseas -Picores	
Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton (Rodríguez, 2016)		1960		Valora conceptos relacionados con la ansiedad, que la persona tiene que valorar del 1-5, como por ejemplo: -Temores -Depresión -Síntomas somáticos -Síntomas CV -Síntomas GI...		Percepción de la salud: Síntomas somatizados: -Respiratorios -Gastrointestinales -Cardiacos... Sentimientos: Temores	Alfa de Cronbach 0,7 en una población española con pacientes psiquiátricos (Lobo et al., 2002)
Escala de valoración de la depresión de		1960		Valora 21 síntomas a los cuales les debes de dar una determinada puntuación		Percepción de la salud: Síntomas	Alfa de Cronbach 0,7 en una población española con pacientes

Hamilton (Rodríguez, 2016)				(0-4/ 0-2) Teniendo como referencia una tabla que refleja la valoración de cada número.		somatizados: -Respiratorios -Gastrointestinales -Cardiacos... Sentimientos: Temores	psiquiátricos (Lobo et al., 2002)
Inventario de depresión (Cuestionario de Beck) (González et al., 2009)	Beck	1961 Adaptado 1990	Población general	Hay 21 categorías de síntomas 4 o 5 posibilidades de respuesta, valorando a si, la situación y forma de responder de cada uno.	La suma de las respuestas varía de 0- 63, cuanto mayor resultado más intensa es la depresión del sujeto. Un resultado mayor 10 nos revela la presencia de depresión, y una puntuación de 17 o más corresponde a una depresión mayor	Sentimientos: -Tristeza/alegría -Desánimo/ánimo -Satisfecho/ insatisfecho -Útil/ inútil	En un estudio de ancianos mejicanos en 2009 el alfa de Cronbach fue: 0,862
Escala de depresión de Yesavage (Escala de depresión geriátrica GDS) (García et al, 2006) (Sanjoaquín et al., 2006)	Brink y Yesavage	1982	Ancianos	Esta compuesta por 15 ítems (versión reducida de 5) Centra su atención en valorar la semiología depresiva y calidad de vida.	Cada respuesta subrayada suma un punto: 0-5 puntos: Normal 6-9 puntos: depresión leve 10 ó más: Depresión establecida	Sentimientos: -Ánimo, -Desánimo, Desesperanza -Satisfacción -Felicidad	En un estudio en España, con 301 pacientes la escala GDS-5 tuvo un valor predictivo de sensibilidad de 0,86 y de especificidad de 0,85, mientras que el GDS- 15 tubo una sensibilidad de 0,82 y una especificidad de 0.98 (Ortega et al., 2007)
Escala de comunicación de Holden (Rodríguez, 2016)				La comunicación la valora en tres partes, subdivididas a la vez en cuatro partes: 1.Observación (Iniciativa, interés en el pasado, agrado y humor) 2.Conocimiento (nombres, orientación general, conocimiento general y actividad espontánea) 3. Comunicación (Lenguaje,	Cada aspecto está valorado del 0-4, siendo el 0 la normalidad y el 4 lo más alejado de la misma.		

				interés, reacción frente a objetos y logros en la comunicación).			
Escala de autoestima de Rosenberg (Generalitat Valenciana, 2006)	Rosenberg	1965	En principio fue diseñado para adolescentes, pero en la actualidad se usa para todas las edades.	Valora la autoestima. Incluye 10 ítems en los cuales el contenido trata de sentimientos de aceptación y respeto de uno mismo. Están enunciados los cinco primeros de manera positiva y la otra mitad de manera negativa	De los ítems 1 al 5 las respuestas A a D se puntúan del 4 al 1. Y las 6 a 10 las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4. De 30-40 puntos: Autoestima elevada De 26-29 Autoestima media Menos de 25 puntos: autoestima baja.	Sentimientos: -Aprecio -Visión positiva propia -Actitud positiva -Satisfacción -Orgulloso de uno mismo -Respeto -Buena persona -Utilidad -Fracaso	Se hace un estudio en España con 533 pacientes y es alfa d Cronbach es 0.90 (Vázquez et al., 2004)
Escala de Zung (Rozados, 2015) (González et al., 2009)	Zung	1965	Población general	Valora también la depresión, en 20 ítems, diez positivos y diez negativos. La escala mide los síntomas o sentimientos en cuatro opciones de respuesta, desde “un poco” hasta “la mayor parte del tiempo”. Asignando una puntuación de 1-4.	La puntuación total se obtiene al sumar cada ítem (20 a 80) Por debajo de 50 es lo normal De 50-59 indica mínima depresión 60-70 depresión moderada y más de 70 depresión severa.	Sentimientos Abatimiento Melancolía Intranquilidad Irritabilidad Utilidad Disfrute	Alfa 0,75- 0,95

Subárea Cognitiva : Escalas 1-5

Subárea afectiva: 6- 15

Tabla 3: Valoración social

TÍTULO	AUTOR	AÑO	POBLACIÓN DIANA	PARÁMETROS QUE VALORA	EVALUACIÓN	FACTORES PSICOSOCIALES	VALIDACIÓN
Escala de valoración social del anciano (García et al., 2006)			Población anciana	Valora el riesgo social. Tiene cinco ítems con 5 posibles respuestas cada una, con dicha puntuación. Los ítems son: Situación familiar Situación económica Vivienda Relaciones sociales Ayuda de la red social	< 10 puntos: ningún riesgo social 10-14 puntos: riesgo social > 14 puntos: Problemática social	Situación familiar: -Dependencia física/Psíquica -Con quien vive Situación económica: -Salario mínimo -Ingresos Vivienda: -Adecuada a las necesidades -Barreras arquitectónicas -Humedades -Ausencia de ascensor y/o teléfono Relaciones Sociales: -Con familia y /o vecinos -No sale del domicilio -Recibe visitas	Sensibilidad 15.50% y la especificidad de 99.8%
Social resource scales (OARS) (Rodríguez, 2016) (García et al., 2006)	Duke university	1978	Población mayor (ancianos)	Valora las relaciones sociales y el entorno de la persona en una escala de 6 puntos. Se centra en varios aspectos: -Estructura familiar -Recursos sociales -Recursos económicos -Salud mental -Salud física y capacidades para la realización de las AVD	El 1 son unos recursos excelentes, mientras que el 6 es un deterioro social total	Situación familiar: -Estado civil -Visitas -Frecuencia de llamadas Apoyo social -Residencia de ancianos	
Family Apgar (Generalitat Valenciana,	Smilkstein	1978 y 1982	Población general	Valora a través de 5 ítems la percepción de la persona sobre su familia. Cada ítem	Evaluación -Normofunción: 7-10 puntos	Situación familiar: -Satisfecho con el apoyo -Grado de compartir problemas	La consistencia interna de la escala es de 0.91 y la

2006) (García et al., 2006)				va de 0-2 (0 casi nunca, 1 a veces, 2 Casi siempre)	- Disfuncional leve: 3-6 puntos -Disfuncional grave: 0-2 puntos	-Decisiones en consenso -Satisfacción del tiempo compartido -Sentirse querido por la familia	fiabilidad tet-retest es de 0.86
Escala de Recursos sociales de Díaz Vega (Rodríguez, 2016)	Díaz Vega	1992	Población mayor (ancianos)	Valora el entorno social que apoya a la persona mayor, a través de las relaciones: -Cónyuge -Hijos -Familiares -Amigos	Se trata de evaluar las relaciones familiares y sociales a través de las preguntas	Situación familiar: -Cónyuge -Hijos - Demás familia Relaciones sociales: - Amigos	
Escala de Gijón (Generalitat Valenciana, 2006)	García-González y Díaz Palacios	1999	Anciano	Hace una valoración inicial en al anciano, para la detección precoz del riesgo social. Esta, consta de 5 ítems: -Situación familiar -Situación económica -Vivienda -Relaciones sociales -Apoyos de la red social	La valoración es la siguiente: < 10: Buena o aceptable situación social 10-14: Riesgo social > 15 Problema social	Situación familiar: -Vive solo -Vive con el cónyuge -Hijos que tiene -Apoyo familiar Situación económica: -Salario mínimo -Tipo de pensión -Vivienda - Adecuación de las necesidades Apoyo social: - Apoyo vecinos - Ayuda domiciliaria -Residencia -Cuidados permanentes Relaciones sociales: -Visitas que recibe -Relación con la comunidad (vecinos)	La fiabilidad interobservador es muy elevada (índice de Kappa: 0,957), sin embargo la consistencia interna es muy baja, con un alfa de Crombach de 0,142
Duke UNK :Cuestionario de apoyo social funcionar (Cuellar et al., 2012)	Broadhead et al	1988	Población general	Valora a través de 11 ítems el apoyo social que recibe la persona, valorando las respuestas del 1-5	La puntuación es el reflejo del apoyo percibido y no del real. Mayor o igual a 32: apoyo normal Menor de 32: apoyo social percibido bajo.	Situación familiar y apoyo social:: -Apoyo familiar y amigos - Reconocimiento del trabajo -Recibir amor y afecto -Poder hablar los problemas de todo tipo -Ayuda cuando está enfermo	Alfa Cronbach: 0.90
Cuestionario de	Barber	1980	Ancianos	Se trata del screening para	Cada respuesta afirmativa	Situación familiar:	

<p>Barber (Martín Lesende, 2005)</p>			<p>frágiles o de "alto riesgo"</p>	<p>detectar grupos de riesgo o fragilidad. Valora aspectos como: -Convivencia -Recursos sociales -Apoyo familiar -Dependencia en las ABVD/AIVD -Problemas auditivos y de vista -Ingreso hospitalario</p>	<p>vale 1 punto. 1 punto, o más, sugiere, situación de riesgo</p>	<p>-Con quién vive Apoyo social - Ayudas que necesita -Hospitalizaciones -Días que no come nada caliente Relaciones sociales - Aislamiento social -Problemas de visión, oído - Mala salud</p>	
<p>Escala de Soledad ESTE (Rubio et al., 2009)</p>	<p>Rubio y Aleixandre (1999) Adaptación Yárnoz</p>	<p>2008</p>	<p>Población mayor</p>	<p>Está planteado para valorar los principales déficits en el soporte social del sujeto (Familiar, conyugal, social) Consta de 34 ítems de tipo Likert (1-5, de totalmente de acuerdo a totalmente en desacuerdo)</p>	<p><u>Soledad Baja:</u> -Soledad familiar: 14-32 -Soledad conyugal: 1-16 -Soledad Social:7-16 -Crisis existencial: 9-20 <u>Media:</u> -Soledad Familiar: 33-51 -Soledad conyugal:12-18 -Soledad Social: 17-26 -Crisis existencial: 21-33 <u>Alta:</u> -Soledad familiar: 52-70 -Soledad Conyugal: 27-35 -Soledad Social: 27-35 -Crisis existencial: 36-45</p>	<p>Situación familiar: - Soledad familiar - Soledad conyugal Situación - Soledad Social Sentimientos - Crisis existencial</p>	<p>Alfa de Crombach 0.9178</p>

Tabla 4: Valoración Calidad de Vida

TEST	AUTOR	AÑO	POBLACIÓN DIANA	PARÁMETROS QUE VALORAN	EVALUACIÓN	FACTORES PSICOSOCIALES	VALIDACIÓN
EQ5D (Cabasés, 2015)	Grupo Euroqol	2009	Población general	Valora 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/ malestar, ansiedad/ depresión. Por otro lado, hay una segunda parte, EQ-EVA(Escala visual análoga) Que consta un "termómetro" en los que los pacientes deben de medir su calidad de vida.	Cada dimensión se valora en 3 opciones de respuesta: 1: sin problema, 2 algún problema 3, problemas graves. Todas las respuestas generan un perfil, que mediante una fórmula, se convierte en el índice EQ-5D. Que se puntúa entre -1 y 1; 1 La mejor calidad de vida.	Percepción de la salud: -Movilidad -AVD - Dolor -Valoración general del estado de salud (Escala Visual Análoga) Sentimientos: -Ansiedad -Depresión	
Láminas de coop-Wonda (Rodríguez, 2016) (Esteban et al., 2010)	The Darmonth Primary Care Cooperative Information Proyet de New Hampphire	1999	Población general	Tiene 9 ítems, que valoran: Forma física, sentimientos, actividades cotidianas, actividades sociales, cambio en el estado de salud, estado de Salud, dolor, apoyo social y autopercepción de la calidad de vida. Todo esto en las dos últimas semanas.	Se puntúa con una escala tipo Likete (1-5) que valora la CVRS en sentido inverso, es decir a más puntuación peor percepción, siendo la mínima puntuación 9 puntos y la máxima 45 puntos.	Sentimientos: -Ansiedad, -Depresión -Tristeza -Desánimo Capacidad física Posibilidad de actividad -Dificultad para las actividades cotidianas -Clasificación del estado de salud -Dolor Relaciones sociales: Se ven reducidas Disposición de gente para ayudar	Según los estudios realizados por Lizán et al (Lizán et al. 2000/ 1999) Alfa Cronbach 0.82
Perfil de Notingham (NHP) (Manterola et al., 2013)		1980	Población general	Se trata de 45 preguntas agrupadas en 38 ítems que valoran el nivel de sufrimiento en seis dimensiones del estado de salud: energía, dolor, reacciones emocionales, sueño, aislamiento social y movilidad	Las puntuaciones de cada dimensión son los porcentajes de respuestas afirmativas siendo el recorrido de las mismas 0 (ningún sufrimiento) 100 (máximo sufrimiento)	Percepción de la salud: -Dolor -Cansancio -Pastillas para dormir -Descansar mal -Dificultad para realizar las AVD Sentimientos:	Alfa de crombach: 0,58-0,85

				física		-Soledad -Dificultad -Apatía -Ser una carga -Susceptibilidad -Depresión Relaciones sociales: -Aislamiento social -Problemas de relaciones	
SF-36 (Freire de Oliveira et al.,2008) (Congost,2012)	Ware y Shelbourne	2003 (Adaptación de J.Alonso cols)	Población general	Esta compuesto por 36 preguntas que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Esos 36 ítems cubren : función física, rol, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental	En la versión última de 2003 (Congost, 2012), las preguntas son tipo likert, en todas ellas, se valora del 1-5, menos en la de ejercicio, que va de 1-3.	Percepción de la salud: -Dolor -Vitalidad -Fuerzas -Cansancio/ agotamiento -Comparación con otros Sentimientos: -Nerviosismo -Calma/ -Tranquilidad Felicidad -Problemas emocionales	Fue validado en España se llevo a cabo en 321 pacientes respiratorios El coeficiente alfa de Cronbach (0,77-0,92 en todas las dimensiones a excepción de la Función social
Cuestionario WHOQoL-BREF (World Health Organization Quatily of life) (Freire Oliveira et al., 2008)	OMS (Organización Mundial de Salud)	1994	Población adulta	Consta de cuatro dominios: -Físico -Psicológico -Relaciones sociales -Ambiente	En cada dominio hay una puntuación de 0-100, a mayor puntuación , mayor calidad de vida	Psicológico: Sentimientos positivos, Espiritualidad Imagen corporal, autoestima, sentimientos negativos... Relaciones Sociales Relaciones personales, actividad sexual y apoyo social Ambiente Libertad y seguridad, ambiente físico, recursos económicos, Oportunidad de información, ocio y descanso, Hogar, Atención sanitaria, transporte	En un estudio realizado en Granada, España, a mayores de 60 años, el alfa de Cronbach resultó ser menor de 0,70 en todos los dominios
Escala FUMAT	Miguel Angel		Adutos mayores de 18 años	Valora 8 ítems: Bienestar físico		Percepción de la salud: -AVD (Autonomía)	Alfa Cronbach 0.962

(Verdugo, 2009) (Literas et al., 2010)	Verdugo Alonso, Laura Elisabet Gómez Sánchez y Banito Arias Martínez	2009		Bienestar emocional Relaciones interpersonales Inclusión social Desarrollo personal Bienestar material Autodeterminación Derechos		Situación económica: -Estatus económico -Vivienda Apoyo social: -Atención Sanitaria -Derechos humanos y legales -Educación Relaciones sociales: -Integración y participación social Sentimientos: -Satisfacción -Autoconcepto -Estrés	
CUBRECAVI (Cuestionario breve de calidad de vida) (Urrutia et al., 2009)	Dra. Rocío Fernández Ballesteros y colaboradores	1996	Población de adultos mayores	Consta de 180 ítems que valoran ocho dimensiones: -Estado mental -Salud física objetiva -Evaluación subjetiva de salud -Integración social -Nivel funcional -Utilización del tiempo y nivel de actividad - Calidad ambiental -Satisfacción vital		Situación económica: -Ingresos Apoyo social: -Servicios sociales y sanitarios -Educación -Calidad ambiental Percepción de la salud: -Habilidades funcionales -Actividad y ocio	Alfa de Crombach 0,70-0,92