



INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A DOMICILIO

AUTORES:

Pepa Alemany Agullo
M^a Luisa Altarriba Cano
Ana Ballester Donet
José Javier Blanquer Gregori
Ramón Castejón Bolea
Esther Ferrandis Gillem
Amparo García Royo

Rosa González Candelas
Josefa Gutiérrez Valverde
Ana Isabel Jiménez Manso
Francisca Nieto Jiménez
Lorenzo Pascual López
Vicenta Pastor Doménech
Victoria Zarate de Manuel

**GRUPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
SVMFYC**

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A DOMICILIO

1 INTRODUCCIÓN:

La valoración integral y multidimensional constituye una etapa fundamental dentro del proceso asistencial de los pacientes incluidos en un programa de atención domiciliaria. Una buena selección de instrumentos para estimar las necesidades físicas y sociales es esencial para la planificación objetiva de los cuidados que ofrecemos a los usuarios de este tipo de programas.

La simplicidad, validez, fiabilidad y el tiempo empleado en su administración, son los aspectos que han de guiar la selección del cuestionario que debe utilizarse en la práctica clínica. Conviene tener en cuenta el factor tiempo en el momento de seleccionar las escalas o instrumentos.

El trabajo en equipos multidisciplinarios, y la diversidad de instituciones que actúan sobre el mismo paciente, obligan a utilizar un sistema de evaluación que pueda ser fácilmente conocido y manejado por diversos profesionales e instituciones. La mayoría de la población presenta pluripatología y un alto nivel de incapacidad física y deterioro cognitivo, siendo la actividad asistencial realizada fundamentalmente por enfermería, aunque resultando imprescindible la contribución del resto de profesionales del equipo. Las principales áreas a explorar son la dependencia funcional física, el deterioro cognitivo y la función social.

Además del paciente, es interesante valorar al cuidador. Debe considerarse no sólo como un agente proveedor, sino también como receptor de cuidados para prevenir que se convierta en el "paciente oculto". Pocos recursos asistenciales o servicios "formales" inciden sobre un mismo paciente. La familia constituye el principal cuidador y a veces el exclusivo. El objetivo final de la valoración debería ser la elaboración posterior de un plan de intervención.

Para disponer de instrumentos de medida que faciliten la medición de las funciones cognoscitivas, de las capacidades funcionales para la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) y del grado de deterioro global, desde principios de los 60, se han venido creando escalas, primero, y baterías más o menos complejas, después, utilizadas con diferente fortuna. La larga duración y especial entrenamiento neuropsicológico que precisa el pasar estas baterías y escalas hacen que se desechen para su uso en la Atención Primaria,

advirtiendo que toda simplificación va en detrimento de la capacidad diagnóstica y valoración diferencial del tipo de déficit.

La selección de instrumentos o escalas de valoración integral en programas de atención domiciliaria puede abordarse considerando una opción básica dirigida a todos los pacientes, y una evaluación complementaria para los que presentan ciertos riesgos.

OPCIÓN BÁSICA:

Se ha seleccionado un paquete básico de instrumentos que permite realizar una valoración de pacientes en función del plan de intervención posterior y que incluye la valoración de los siguientes aspectos: problemas de salud, incapacidad física, deterioro cognitivo, factores de riesgo social, condiciones de la vivienda, registro de servicios o recursos de ámbito sanitario o social que utiliza el paciente (hospital de día, ayuda a domicilio), situación del cuidador. Va a comprender:

- Valoración Funcional.
- Valoración Cognitiva.
- Valoración de la situación Socio-familiar.
- Valoración de las necesidades de cuidado básicas.

OPCIÓN COMPLEMENTARIA:

Permite complementar la evaluación integral básica con instrumentos que estudien en profundidad a los pacientes de mayor riesgo. Incluye escalas de depresión y ansiedad, autopercepción del nivel de salud, escalas de valoración del dolor (especialmente en cuidados paliativos) y escalas de valoración del riesgo de instauración de úlceras de decúbito.

Se llevaría a cabo posteriormente en grupos de población diana identificados previamente como de riesgo por la evaluación básica.

- Valoración del cuidador.
- Trastorno y/o malestar psicológico. Ansiedad-depresión.
- Riesgo de ulceración.
- Valoración de los síntomas del paciente con cáncer terminal
- Valoración nutricional

Entre la propuesta de trabajo que presentamos como Grupo de Atención Domiciliaria, de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria (svmFiC), incluimos las siguientes:

2 VALORACIÓN P.A.D.; BÁSICA

2.1 Capacidad funcional:

El estudio de la situación funcional se puede realizar mediante instrumentos de medida o escalas, que pretenden conocer y clarificar el nivel actual de independencia para la realización de Actividades de la Vida Diaria, A.V.D. (ABVD). La utilización de las escalas permite realizar una evaluación y valoración geriátrica de forma sencilla, rápida objetiva y estandarizada.

Dado que las escalas existentes son múltiples y variadas, se han seleccionado aquellas que se adapten a la población de nuestro estudio, y cumplan los criterios mencionados.

VALORACIÓN FUNCIONAL, TRES TIPOS DE ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)		
BÁSICAS	INSTRUMENTALES	AVANZADAS
Se valora: Bañarse, vestirse, levantarse, comer, ir al baño, contener esfínteres.	Se valora: uso del teléfono, tareas domesticas, salir a la calle, desplazarse de un sitio a otro.....	Se valora: Participación en grupos sociales, religiosos, viajes, aficiones.
Escalas más utilizadas:	Escalas más utilizadas:	
ÍNDICE KATZZ CRUZ ROJA ESCALA DE BARTHEL	ESCALA DE LAWTON Y BRODY	No esenciales para el mantenimiento de la independencia.

Estas escalas están validadas en nuestro medio y se correlacionan adecuadamente con los resultados del cuestionario de Pleiffer (Valoración de la función cognitiva)

Para la valoración de la capacidad funcional física, el índice de Barthel, se ha extendido mucho, siendo uno de los mejores instrumentos para monitorizar la dependencia funcional.

El Índice de Katz (Actividades de la vida diaria), es un método válido, con una buena reproductibilidad ínter e intraobservador y con una aceptable capacidad predictiva en la exploración de la capacidad funcional. Permite su utilización por diferentes miembros del equipo y explorar de forma estructurada las capacidades del paciente.

Para la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), dado que éstas son las primeras en deteriorarse, y que pueden indicar de forma más sensible la situación de los pacientes, parece adecuado incluirlas en la valoración integral. Entre otras, se dispone del test de OARS y el de Lawton y Brody. Otras de las escalas también utilizadas son la Escala de Incapacidad física de la Cruz Roja.

☞ **Para la valoración de la capacidad funcional para las Actividades de la Vida Diaria proponemos, por sus características, el índice de Barthel.**

⇒ **INSTRUCCIONES ÍNDICE DE BARTHEL:**

La escala la “pasa” un profesional con ayuda del cuidador principal, se debe anotar, con la ayuda de este, cuál es la situación personal del paciente, respecto a las actividades básicas de la vida diaria.

Evalúa 10 Actividades de la Vida Diaria, A.V.D. (ABVD): Comer, lavarse, vestirse, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, capacidad para trasladarse, deambulación, subida/bajada de escaleras.

Se puntúa de 0 a 100 (90 para pacientes limitados a silla de ruedas). Las puntuaciones no son las misma para cada actividad. La micción y deposición deben ser valoradas respecto a la semana previa. Los resultados globales se agrupan en cuatro categorías de dependencia:

RESULTADO:

- Independiente..... 86 a 100
- Dependencia leve..... 60 a 85
- Dependencia moderada 40 a 55
- Dependencia grave 20 a 35
- Dependencia total 0 a 19

En España es la más utilizada en la comunidad Catalana. Se recomienda en pacientes que están haciendo rehabilitación física y principalmente en pacientes que han sufrido AVC.

Como ventajas, se encuentra el hecho de que su administración es fácil y rápida (menos de 5 minutos), es más fácil de explotar estadísticamente que el índice de Katz, su sensibilidad para detectar cambios pequeños en la situación funcional es también superior y da información adicional al Índice de Katz, en los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad.

Índice de Barthel	
Comer:	
• Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento necesario. Come en un tiempo razonable	10
• Necesita ayuda para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc..	5
• Dependiente	0
Empleo de ducha o baño:	
• Independiente. Capaz de lavarse entero usando la ducha o baño. Entra y sale solo del baño. Puede hacerlo sin estar otra persona presente.	5
• Dependiente	0
Vestirse:	
• Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos que precise sin ayuda.	10
• Necesita ayuda, pero realiza solo la mitad de la tarea en un tiempo razonable	5
• Dependiente	0
Aseo personal:	
• Independiente. Incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, maquillarse, afeitarse, limpiarse los dientes	5
• Dependiente	0
Control anal (valorar la semana previa):	
• Contiente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorio se lo autoadministra	10
• Ocasional. Un episodio de incontinencia. Necesita ayuda para administrarse enema o supo.	5
• Incontinente	0
Control vesical (valorar la semana previa):	
• Contiente. Ningún episodio de incontinencia. Si necesita sonda o colector es capaz de cuidarlo solo .	10
• Ocasional. Máximo un episodio de incontinencia 24 horas. Necesita ayuda , cuidado de sonda o colector.	5
• Incontinente	0
Uso de retrete:	
• Independiente. Usa retrete, bacinilla o cuña sin ayuda y sin manchar. Si va al retrete se quita y pone la ropa, se sienta y se lava sin ayuda, se limpia y tira de la cadena.	10
• Necesita ayuda pequeña para mantener el equilibrio, quitar y ponerse la ropa, pero se limpia solo.	5
• Dependiente	0
Trasladarse (sillón/cama):	
• Independiente.	15
• Mínima ayuda física o supervisión verbal.	10
• Gran ayuda (persona fuerte o entrenada). Es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	5
• Dependiente. Necesita grúa o ayuda de dos personas; no permanece sentado	0
Desplazamientos:	
• Independiente. Camina solo 50 m. Puede ayudarse de bastón, muletas o andador sin ruedas. Si utiliza prótesis es capaz de quitársela y ponérsela	15
• Necesita. ayuda física o supervisión para andar 50 m.	10
• Independiente en silla de ruedas sin ayuda ni supervisión.	5
• Dependiente	0
Subir escaleras:	
• Independiente. Puede subir y bajar un piso sin supervisión ni ayuda de otra persona	10
• Necesita. ayuda física de otra persona o supervisión	5
• Dependiente	0

2.2 Valoración Cognitiva:

Existen numerosos instrumentos. Entre las escalas breves que intentan valorar el grado de deterioro de las funciones cognoscitivas, y la valoración clínico evolutiva se encuentran las siguientes :

ESCALAS COGNITIVAS:

- Mini-Mental State Examination (MMSE)
- Mini-Examen Cognoscitivo (MEC)
- Short Portable Mental State Questionnaire (SPMSQ)
- Mental Status Questionnaire (MSQ)
- Set- Test.
- Escala mental de Cruz Roja.

ESCALAS CLÍNICO EVOLUTIVAS DE GRAVEDAD DEL DETERIORO:

- Clinical Dementia Rating (CDR)
- Global Deterioration Scale (GDS)

De entre los instrumentos existentes para la detección de casos de deterioro cognitivo sobresale el Mini-Mental State Examination (MMSE de Folstein, que, junto con el Mental Status Questionnaire (MSQ) de Kahan (1960), y el Short Portable Mental State Questionnaire (SPMS) de Pfeiffer (1975) son los más empleados.

No obstante, en España se utiliza mayoritariamente la adaptación del MMSE realizada por Lobo (1979) bajo el nombre de Mini-Examen Cognoscitivo. El MEC ha sido estandarizado a nuestra cultura y, por tanto, se adecua mejor que las restantes versiones castellanas de la escala norteamericana a la población geriátrica española, mayoritariamente poco escolarizada.

Incluye, a diferencia del MMSE, la serie inversa (5-9-2), el razonamiento mediante dos semejanzas y la sustracción se realiza de 3 en 3 a partir de 30. También se pide el nivel de conciencia del sujeto. La puntuación máxima es 35. Los puntos de corte en adultos no geriátricos es 27/28 y 23/24 en personas mayores de 65 años, el punto de corte debe disminuir cuando se administra a población geriátrica si se quieren obtener los mismos rendimientos que tiene el MEC cuando se utiliza en sujetos no seniles (Lobo A. 1986). La alta correlación con el MMSE aconsejan la utilización del MEC, , siendo su uso repetido útil para caracterizar la evolución clínica del paciente y seguir fluctuaciones en su funcionamiento.

El Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer, consta de 10 items muy simples. Si bien presentan una alta correlación con otros tests, el SPMSQ de Pfeiffer

(1975) alcanza mayor fiabilidad y validez que otros, teniendo menor influencia el nivel educativo o la raza.

☞ **Recomendamos la utilización del SPMSQ por su facilidad, pese a que proporciona una información más pobre que el MEC.**

Short Portable Mental State Questionnaire

SPMSQ de Pfeiffer (1975)

1. ¿Que día es hoy? (día, mes y año)	1	0
2. ¿Que día de la semana es hoy?	1	0
3. ¿Donde estamos ahora (ñugar o edificio)?	1	0
4. ¿Cuál es su número de teléfono? (si no tiene teléfono preguntar la dirección).....	1	0
5. ¿Cuantos años tiene?	1	0
6. ¿En que día, mes y año nació?.....	1	0
7. ¿Como se llama el rey de España?	1	0
8. ¿Quien mandaba antes del rey actual?.....	1	0
9. ¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?	1	0
10. ¿Si a 20 le restamos 3 quedan? Y si le restamos 3?	1	0
Total de aciertos:		
Total de errores		

Se registra cada ítems con un punto

⇒ INSTRUCCIONES, SPMSQ DE PFEIFER:

Aplicación e interpretación del SPMSQ de Pfeiffer:

Rellenar el apartado con el nombre y demás datos del paciente. Este test debe ser realizado por el paciente.

Es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos) que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Esta es la versión traducida y validada al castellano, se introduce una corrección según el nivel de escolarización del individuo. Podría estar indicado cuando se dispone de poco tiempo y se trate de población muy anciana y/o analfabeta y/o con limitación sensorial.

1) Realización: Seguir las indicaciones del test (un punto por cada respuesta correcta). En la primera y última pregunta deberá responder correctamente a todas las cuestiones.

2) Punto de corte, 2/3: Se permite un error de más si no ha recibido educación primaria. Se permite un error de menos si ha recibido estudios superiores.

Puntuación normal:0 - 2 errores.

Deterioro cognitivo leve:3 - 4 errores.

Deterioro cognitivo moderado:5 - 7 errores. Patológico

Deterioro cognitivo importante:8 -10 errores. Patológico.

2.3 Valoración de la situación socio-familiar:

La valoración de un paciente en domicilio no queda completa sin el análisis de la situación socio familiar, que permitirá determinar los apoyos familiares y sociales con los que cuenta para así prevenir en lo posible futuras crisis familiares, así como valorar la necesidad de buscar otros recursos.

Es importante que no nos limitemos a llegar al domicilio “a pasar una encuesta nueva”, sino intentar detectar todos aquellos factores que pueden influir en la salud, valorando creencias, hábitos, relaciones familiares y sociales, factores socioeconómicos etc.

Conviene por tanto valorar:

A) EL PACIENTE Y SU ENTORNO:

- El paciente como persona: lugar de nacimiento y de residencia, historia laboral, familia de origen.
- La familia del paciente: composición, dinámica familiar, recursos familiares frente al proceso de salud- enfermedad.
- El domicilio: barreras arquitectónicas.
- El entorno inmediato: ¿Quién resuelve las necesidades básicas de paciente? ¿Existe la figura de un “cuidador”?, ¿Quién es y qué relación tiene? ¿Qué relaciones sociales tiene el paciente?, ¿Qué accesibilidad tienen los servicios básicos del barrio?

B) VIVENCIA DE LA ENFERMEDAD POR EL PACIENTE

- Concepto de “salud” del paciente.
- Cómo vive el paciente su enfermedad y cuál es su reacción psicológica frente a la misma.

- Limitaciones de su vida cotidiana.
- Calidad de vida
- Existencia de hábitos no saludables.

C) EL PACIENTE Y LOS SERVICIOS SANITARIOS

- ¿Qué tipo de servicios sanitarios y sociales utiliza el paciente?
- ¿Qué necesidades tiene el paciente para mejorar su salud?
- Grado de satisfacción del paciente respecto de los servicios sanitarios.

Para realizar esto podemos utilizar varios instrumentos básicos en Atención Familiar:

En primer lugar hemos de conocer su estructura y demografía, y para ello se han de registrar datos de la historia familiar y hojas de problemas mediante una entrevista semiestructurada y la realización del genograma.

En segundo lugar, podemos valorar y conocer el apoyo social y las redes sociales, mediante una serie de instrumentos como son la escala de valoración socio-familiar. Como instrumento de medida de la red social está el APGAR II y un método simplificado para conocer el tamaño de la red.

En tercer lugar se puede evaluar la función familiar mediante el APGAR familiar.

👉 **Recomendamos la utilización del genograma y de la escala de valoración socio-familiar.**

2.3.1 GENOGRAMA

Es la representación gráfica del desarrollo de la familia a lo largo del tiempo. Además de información sobre aspectos demográficos nos va a permitir tener noticias acerca de las relaciones interpersonales dentro del seno de la familia.

El genograma es un instrumento clínico práctico que facilita el abordaje sistémico familiar en la atención al paciente, proporcionando una visión rápida e integrada de los problemas biomédicos psicosociales.

La realización del genograma es una tarea sencilla, ya que sólo requiere conocer una corta relación de símbolos, y tiene la gran ventaja de incorporar en un único diagrama elementos estructurales y dinámicos o relacionales. En síntesis, este instrumento se basa en la utilización de figuras que representan personas y líneas que describen sus relaciones. Es necesario que en el genograma estén representadas al menos tres generaciones.

El genograma se construye a través de una entrevista individual o familiar que sigue una determinada línea argumental y que tiene determinadas claves, previamente establecidas, para facilitar y estimular el relato de aquellos acontecimientos significativos e incluso traumáticos de la historia familiar.

Conviene justificar ante el paciente el motivo por el cual se realiza el genograma ya que, en ocasiones, el enfermo puede no entender por qué se involucra a la familia en la solución de su problema, así como el cuidador.

⇒ **CONSTRUCCIÓN DEL GENOGRAMA**

Un genograma bien hecho debe incluir al menos tres generaciones.

En su construcción se emplearán instrucciones y símbolos estandarizados que permitan universalizar su uso. (Ver Anexo 1).

Los miembros de la familia se representarán según el género: un círculo para las mujeres y un cuadrado para los hombres. Al paciente se le reconocerá por una doble línea y al cuidador principal por un rombo en su interior. Para señalar el fallecimiento de cualquier miembro colocaremos una X en el interior del símbolo correspondiente. La edad se colocará dentro del símbolo o, si se desea, se puede colocar encima la fecha de nacimiento y defunción.

El matrimonio se representa mediante dos líneas verticales unidas por una horizontal. Si tienen hijos estos se representarán uniéndolos con una línea vertical a la horizontal del matrimonio. La unión de parejas de hecho se representa igual que en los matrimonios pero con una línea discontinua. Para indicar la separación se dibujará una barra inclinada sobre la barra horizontal. En caso de divorcio esta línea será doble.

Para señalar a las personas que viven en el mismo hogar se trazará una línea discontinua alrededor de todas ellas.

Para señalar acontecimientos vitales distintos de los referidos hasta ahora (como problemas legales, paro, etc.) se colocará a la derecha del símbolo correspondiente las letras AV seguido de un número de orden cuando haya más de un acontecimiento vital. En el margen inferior se explicará cada acontecimiento.

Es muy importante que estén representadas las relaciones entre los miembros de la familia. Para ello utilizaremos diversos tipos de líneas (ver Anexo 1).

El genograma lo puede realizar el médico, la enfermera o la trabajadora social.

Es conveniente realizarlo en una hoja separada de la hoja de evolución.

Dado que la familia es algo dinámico, a lo largo del proceso de atención podemos incorporar nuevos datos o incluso realizar un nuevo genograma.

2.3.2 ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR

A) SITUACIÓN FAMILIAR:

1. Vive con familia, sin conflicto familiar.
2. Vive con familia y presenta algún tipo de dependencia físico/psíquica
3. Vive con cónyuge de similar edad
4. Vive sólo y carece de hijos y familiares directos.
5. Vive sólo y carece de relaciones familiares y vecinales.

B) SITUACIÓN ECONÓMICA:

1. Más de 1.5 veces el salario mínimo.
2. Hasta 1.5 veces el salario mínimo.
3. Hasta pensión mínima contributiva.
4. LISMI, FAS, pensión no contributiva.
5. Sin ingresos o con ingresos inferiores al apartado anterior.

C) VIVIENDA:

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

D) RELACIONES SOCIALES:

1. Relaciones sociales.
2. Relación social sólo con familia y vecinos.
3. Relación social sólo con familia.

4. No sale del domicilio, recibe visitas.
5. No sale y no recibe visitas.

E) APOYOS DE LA RED SOCIAL:

1. No necesita apoyo.
2. Con apoyo vecinal.
3. Voluntariado social.
4. Ayuda domiciliaria.
5. Necesita cuidados permanentes (residencia tercera edad, Cruz Roja, centro de día)

Observaciones:

Puntuación de 5/9: buena/aceptable situación social

Puntuación de 10/14: existe riesgo social

Puntuación superior a 15: existe riesgo de problema social.

2.4 Valoración de necesidades de cuidados básicos de MASLOW:

2.4.1 Necesidades de oxigenación:

- APARATO RESPIRATORIO:

Frecuencia.

Intensidad y ritmo respiratorio (taquipnea, disnea, ...)

Sonidos: Estridor, estertores.

Tos/expectoración.

Permeabilidad de vías aéreas.

Medidas auxiliares: oxigenación, aerosolterapia.

- APARATO CIRCULATORIO:

Frecuencia.

Pulso: central y periférico.

Nivel de perfusión tisular: estado de piel y mucosas y nivel de conciencia.

Tabaco.

2.4.2 Necesidades de ingesta y eliminación:

- APARATO DIGESTIVO:

Estado nutricional: BMI

Patrón alimenticio: número de comidas/día; dieta; volumen de líquidos/día, alcohol.

Estado de la boca: mucosa, dientes.

Características de: masticación, deglución, prótesis.

Patrón de eliminación intestinal: frecuencia, aspecto, color, ostomía, vómitos.

Medidas auxiliares. Laxantes.

- APARATO RENAL:

Patrón de eliminación urinaria: frecuencia, aspecto, cantidad, incontinencia.

Sonda vesical.

2.4.3 Necesidades de actividad y reposo:

- HIGIENE Y AUTOCUIDADO:

Aspecto general: uñas, cabellos.

Hábitos higiénicos.

- MOVILIDAD FISICA:

Grado de invalidez y autosuficiencia.

Patrón de actividad: ejercicio, trabajo, aficiones.

Presencia de patología añadida: parálisis, fracturas.

- PATRÓN DEL SUEÑO:

Descanso nocturno: número de horas, intensidad.

Descanso diurno: tiempo, donde, cuando.

Tipo de cama.

Medios auxiliares: fármacos, alimentos, televisión, radio.

- ALTERACIÓN DEL BIENESTAR:

Dolor: presente, ausente.

2.4.4 Necesidades de seguridad física:

Lesión. Riesgo de lesiones y de caídas.

Rechazo del tratamiento.

Falta de conocimientos: especificar sobre qué.

Alteración de la integridad de la piel: ulcera, herida.

2.4.5 Necesidades de seguridad psíquica:

Autopercepción: ansiedad, impotencia, temor...

Rol/relaciones: aislamiento social, trastornos de la comunicación,
duelo, problemas de relación familiar...

Sexualidad.

Valores/creencias.

Falta de adaptación individual.

Falta de adaptación Familiar.

3 VALORACION P.A.D.; ALTERNATIVO

3.1 Valoración del cuidador

La familia continúa siendo la fuente más importante de prestación y apoyo a los pacientes incluidos en el programa de Atención a Domicilio.

El cuidador es la persona, familiar, cónyuge o amigo que proporciona la mayor parte de apoyo diario a otra persona que, por sus condiciones físicas y/o psíquicas, es incapaz de mantenerse por sí misma. La mayoría de estos cuidados suelen recaer sobre un miembro concreto de la familia, centrándose su actividad cotidiana en atender al otro, lo que puede implicar renunciar al descanso, disminuir relaciones sociales, y en la mayoría de los casos, tener sentimientos de culpabilidad al salir fuera. Se enfrentan a problemas complejos y difíciles: Sostén de la familia, higiene, alimentación, prevención de heridas y úlceras, etc.

Deberíamos cubrir sus necesidades mínimas mediante información, formación de diferentes habilidades, apoyo emocional y fórmulas adecuadas para facilitar el descanso de estas personas.

Los cuidadores soportan un grado muy intenso de estrés, debido a la intensidad y continuidad de los cuidados. La escala expuesta a continuación está orientada a detectar el grado de sobrecarga que experimentan los cuidadores.

⇒ **Características de la escala de Zarit**

Instrumento autoadministrado, que se utiliza para medir la dimensión subjetiva de la sobrecarga. Consta de 22 ítems. Cada ítem se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1 ("no presentado") a 5 ("casi siempre").

Punto de corte que diferencia "no sobrecarga" y "sobrecarga".

- Sobrecarga leve, No sobrecargado: 46 a 57 puntos:
Sensibilidad: 85,1%; Especificidad: 84,4%.
- Sobrecarga Intensa:..... 54 a 55 puntos:
Sensibilidad: 90,6%; Especificidad: 93,3%

Instrucciones para el Uso de la Escala de Zarit					
A continuación se presentan una lista de frases que reflejan cómo se sienten algunas personas cuando cuidan a otra persona. Después de leer cada frase indique con qué frecuencia se siente usted de esa manera, escogiendo entre nunca, casi nunca, a veces, frecuentemente y casi siempre. No existen respuestas correctas o incorrectas.					
¿Con qué frecuencia.....	Siempre	Casi siempre	A veces	Con frecuencia	Casi siempre
Con qué frecuencia (rodee con un círculo la opción elegida):					
¿Siente usted que su familiar/paciente solicita más ayuda de la que realmente necesita?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que a causa del tiempo que gasta con su familiar/paciente ya no tiene tiempo suficiente para usted mismo/o?	1	2	3	4	5
¿Se siente estresado/a al tener que cuidar a su familiar/paciente y tener además que atender otras responsabilidades?	1	2	3	4	5
¿Se siente avergonzada/o por el comportamiento de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Se siente irritada/o cuando está cerca de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que la situación actual afecta a su relación con amigos u otros miembros de la familia de forma negativa?	1	2	3	4	5
¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que su familiar/paciente depende de usted?	1	2	3	4	5
¿Se siente agotada/o cuando tiene que estar frente a su familiar?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente usted que su salud se ha visto afectada por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que las relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
(Solamente si el entrevistado vive con el paciente) ¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa a causa de su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que su familiar/paciente espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que quiere contar?	1	2	3	4	5
¿Cree usted que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar/paciente, además de sus otros gastos?	1	2	3	4	5
¿Siente que no va a ser capaz de cuidar a su familiar/paciente durante mucho más tiempo?	1	2	3	4	5
¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar/paciente se manifestó?	1	2	3	4	5
¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar/paciente a otra persona?	1	2	3	4	5
¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar/paciente?	1	2	3	4	5
¿Cree que podría cuidar a su familiar/paciente mejor de lo que lo hace?	1	2	3	4	5
En general ¿se siente muy sobrecargada/o al tener que cuidar a su familiar/paciente?	1	2	3	4	5

3.2 Valoración trastorno psíquico: Ansiedad-depresión

La importancia cuantitativa de la enfermedad depresiva y malestar psíquico en la comunidad está claramente probada y documentada. Los factores relacionados con esta patología, como la edad, estado civil, nivel socioeconómico y apoyo social, son aspectos que están desarrollados y magnificados en los pacientes que precisan Atención Domiciliaria, por lo que está justificado valorar el malestar psíquico tanto en los pacientes como en el cuidador.

- Escala de Goldberg
- Escala geriátrica de ansiedad
- Escala geriátrica de depresión (Yessavage)

ESCALA DE GOLDBERG

⇒ Instrucciones para la escala de Goldberg

Diseñada para que la administre el profesional en una entrevista sencilla y breve.

Forma de puntuación: No se puntuarán los síntomas que duren menos de dos semanas o que sean de intensidad leve.

Forma de codificación: Cada ítem valorado positivamente se marca en la opción "sí" y viceversa.

Preguntas obligatorias y opcionales: Las cuatro primeras preguntas de cada subescala son obligatorias. Se harán el resto sólo cuando se hayan puntuado como positivas dos o más de las primeras en el caso de ansiedad, o una o más en el caso de depresión.

Puntuación de la escala: Puntuar por separado la de ansiedad y la de depresión.

Puntos de corte: Ansiedad 3/4. Depresión 1/2. Se considera ansiedad probable ≥ 4 . Se considera depresión probable ≥ 2 . Se considera caso probable de malestar psíquico cuando puntúa por encima del umbral en cualquiera de las dos subescalas o en ambas.

Características de la escala de Goldberg

Sensibilidad.....	83,1 %
Especificidad.....	81,8 %
V.P.P.....	95,3 %
Índice de mal clasificados.....	17,7 %

Escala de ansiedad y depresión de Goldberg		
Subescala de ansiedad	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total ansiedad		
Subescala de depresión	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total depresión		

ESCALA GERIÁTRICA DE DEPRESIÓN (YESSAVAGE)**(Adaptación española de la escala original)**

	Sí	No
1.- ¿Está satisfecho en el fondo con su vida?	0	1
2.- ¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	1	0
3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4.- ¿Se aburre a menudo?	1	0
5.- ¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
6.- ¿Teme que le vaya a suceder algo malo?	1	0
7.- ¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	0	1
8.- ¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	1	0
9.- ¿Prefiere hacer lo mismo todos los días que hacer cosas nuevas?	1	0
10.- ¿Le da la impresión de que tiene más trastornos de memoria que los demás?	1	0
11.- ¿Cree que es agradable estar vivo?	0	1
12.- ¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos? ¿Es capaz de pensar cosas nuevas?	1	0
13.- ¿Se siente lleno de alegría?	0	1
14.- ¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	1	0
15.- ¿Cree que la mayoría de la gente se encuentra en mejor situación económica que usted?	1	0
TOTAL		

Puntuación:

de 0 a 5 puntos.....Normal

de 6 a 9 puntos.....Depresión leve

Igual o más de 10 puntos.....Depresión establecida

3.3 Riesgo de ulceración

Las úlceras por presión son lesiones provocadas por presión prolongada sobre tejidos blandos que se encuentran entre prominencias óseas y la superficie de apoyo. La consecuencia es un bloqueo sanguíneo a este nivel. La isquemia produce una degeneración rápida de los tejidos.

No todos los pacientes que se atienden en domicilio son candidatos a desarrollar úlceras por presión. Por ello, es importante utilizar métodos que cuantifiquen el riesgo de ulceración y así poder aplicar unas medidas preventivas adecuadas según la situación de cada individuo.

Existen varios métodos de valoración del riesgo, entre ellos el primero y más conocido es la Escala de Valoración de Norton, en el que a través de una puntuación por cada uno de los criterios reflejados se obtiene una cifra que nos indica si es un paciente de riesgo (por debajo de 15 puntos), o si es un paciente que con toda seguridad desarrollará una úlcera por presión (por debajo de 12 puntos).

Sobre la escala de Norton se han realizado diversas modificaciones a lo largo del tiempo incorporando diferentes parámetros, como han sido: Estado de la piel, estado sensorial, estado nutricional, estado cardiovascular, enfermedades debilitantes concurrentes y estado físico y social.

La valoración de todos estos parámetros ayuda a identificar los factores intrínsecos y extrínsecos que potencialmente pueden llevar al desarrollo de una úlcera por presión o ser causante de un retraso de la cicatrización una vez se ha producido la lesión.

⇒ Escala de valoración de Norton

INDICE DE NORTON DE RIESGO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

ESTADO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA
4.BUENO	4.ALERTA	4.CAMINANDO	4.TOTAL	4.NINGUNA
3.DEBIL	3.APÁTICO	3 CON AYUDA	3.DISMINUIDA	3.OCASIONAL
2.MALO	2.CONFUSO	2.SENTADO	2.MUY LIMITADA	2.URINARIA
1.MUY MALO	1.ESTUPOROSO	1.EN CAMA	1.INMOVIL	1.DOBLE INCONTINENCIA

Índice de 5 a 11: Muy Alto riesgo de escaras o úlceras en formación

Índice de 12 a 14: Riesgo evidente de úlceras en posible formación.

Índice de 15 a 20: riesgo mínimo y/o sin riesgo.

3.4 Valoración de los síntomas en paciente con cáncer terminal.

La selección de un instrumento de valoración de la situación de un paciente con cáncer en fase terminal durante su permanencia en el domicilio nos plantea dificultades relacionadas con:

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES

Vamos a valorar a unos pacientes que se encuentran en una situación clínica de deterioro físico y afectación emocional, desconociendo en muchas ocasiones su situación en cuanto a pronóstico y a diagnóstico.

Además los síntomas de los pacientes en esta fase se caracterizan por presentar una gran variabilidad lo que dificulta la valoración global de la situación.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN

El objetivo de la atención a los pacientes es mejorar la calidad de vida, el confort de éstos. La medición de dicha calidad dado la evidente subjetividad de la percepción plantea dificultades metodológicas. En la bibliografía revisada existen múltiples instrumentos que pretenden su análisis. El gran número de instrumentos existentes indica la inexistencia de un instrumento ideal para la medición de la situación de los pacientes con cáncer en fase terminal.

VALORACIÓN EN ATENCIÓN PRIMARIA

La escasa experiencia de los profesionales en la utilización de instrumentos de valoración en el campo de los cuidados paliativos dificulta su implantación como medida de apoyo a la práctica clínica diaria.

INSTRUMENTOS DE VALORACIÓN GLOBAL DE LA SITUACIÓN DEL PACIENTE

3.4.1 ROTTERDAM SYMPTOM CHECKLIST (versión española)

Cuestionario de medición de calidad de vida en pacientes con cáncer validado en poblaciones de pacientes en fase terminal, existe una versión traducida y validada al castellano. Consta de 39 ítems con 4 opciones de respuesta, tipo Likert: nada, poco, bastante, mucho.

Las dimensiones valoradas son: física, psicológica, funcional y global.

La cumplimentación del cuestionario es indistinta pudiendo ser autocumplimentado o administrado por entrevistador.

El tiempo estimado para la cumplimentación es de 8-12 minutos.

Aplicabilidad en Atención Primaria:

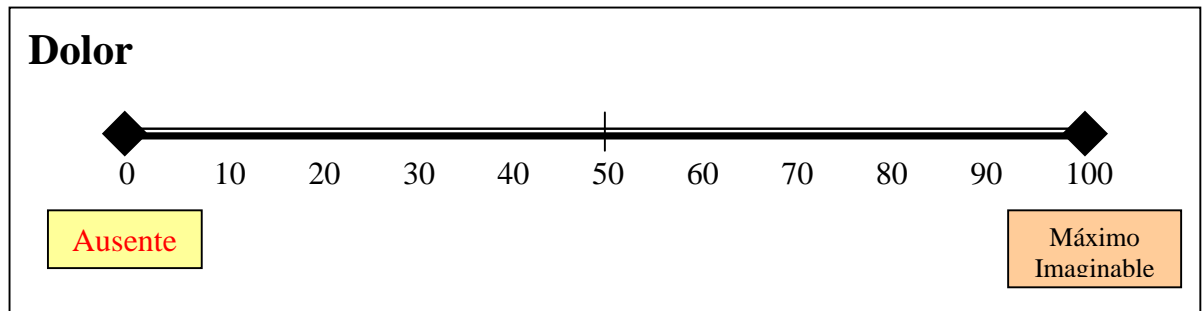
Dada la situación actual de la atención domiciliaria en atención primaria creemos que dado el número de ítems y cierta complejidad en la aplicación del cuestionario no creemos que sea asumible como método de valoración en la práctica clínica de los pacientes en nuestro medio en la actualidad

3.4.2 ESAS (Edmonton Symptom Assessment System (ESAS)

Es un sistema de evaluación global que mediante escalas analógicas visuales analiza nueve síntomas/problemas: dolor, falta de aire, náuseas, depresión, ansiedad, bienestar, somnolencia, apetito, cansancio (astenia).

Cada escala consta de una línea de 100 mm a los extremos de la línea se sitúan dos descriptores. En el lado izquierdo expresando la ausencia del problema “ausente” y en el lado derecho expresando la máxima intensidad “máximo imaginable”. Se le indica al paciente que indique en la línea su percepción de la intensidad del síntoma en las últimas horas, midiendo la distancia entre el punto de corte y el inicio de la línea.

La suma de las puntuaciones en las diversas líneas da una puntuación global (mínimo = 0, máximo = 900).



Se recomienda la autocumplimentación, aunque en situaciones de deterioro del paciente puede ser cumplimentado por familiares.

A pesar de la amplia utilización de este instrumento en Unidades de Cuidados Paliativos no existen estudios de validación del mismo.

Aplicabilidad en Atención Primaria:

El ESAS a pesar de no haber encontrado sobre la validación es un instrumento que se utiliza en UCP por lo que su utilización en Atención Primaria permitiría comparar resultados en estudios de investigación.

En cuanto a su utilidad en la práctica diaria habría que consensuar diversos elementos: frecuencia de valoración, sistema de registro de los resultados etc. Un inconveniente a tener en cuenta es la escasa experiencia de los profesionales de AP en la utilización de EAV.

3.4.3 VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DE LOS SINTOMAS DE LOS PACIENTES

Ante las dificultades que puede plantear la utilización habitual en la práctica clínica en atención Primaria de los instrumentos anteriormente descritos, una alternativa es la medición secuencial de la intensidad de los diferentes síntomas que presenta el paciente.

Las ventajas que aporta esta medición son diversas: valoración subjetiva de la intensidad de los problemas, evaluación de nuestras intervenciones terapéuticas, apoyo en una lista de síntomas “checklist” que evita el olvido de la valoración de síntomas prevalentes y sobre los que habitualmente no interrogamos a los pacientes Ej.: molestias en la boca.

Con los diferentes métodos que se describen a continuación valoraríamos una serie de síntomas de los pacientes. Se deberían valorar los más prevalentes: dolor, náuseas, disnea, molestias en la boca, apetito, somnolencia, dificultad para dormir etc.

MÉTODOS DE MEDICIÓN

1) ESCALAS ANALÓGICAS VISUALES (VAS)

Se han utilizado ampliamente en la medición del dolor, pudiendo también utilizarse en la medición de otros síntomas subjetivos.

La utilización de las escalas es como se ha descrito anteriormente con el ESAS.

Presenta la ventaja de la no limitación de las respuestas de los pacientes y la utilidad en la monitorización visual de la situación de los síntomas de los pacientes.

El inconveniente mayor es la dificultad en la comprensión por parte de los enfermos de las instrucciones de utilización y los problemas físicos para la cumplimentación en fases avanzadas de la enfermedad

2) ESCALAS CATEGÓRICAS

Se utilizan descriptores cualitativos (nada, poco, bastante, mucho) seleccionando el paciente el que considera más idóneo.

Presentan la ventaja de la fácil comprensión por parte de los pacientes, favoreciendo la cumplimentación aun en fases avanzadas de la enfermedad. El inconveniente de las mismas es la limitación de las opciones de respuesta y la variabilidad individual en la interpretación de las categorías.

Ej. Nauseas				
1.Nada	2.Poco	3.Bastante	4. Mucho	

3) ESCALA NUMÉRICA

En una línea dividida en intervalos 0-10 el paciente indica la intensidad del problema, si el paciente no puede señalar la línea puede indicar verbalmente el “número” que indica la intensidad del problema,

Ej: Cansancio										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

👉 **Recomendamos la utilización de una lista de síntomas prevalentes con uso de escalas categóricas, en las que el paciente verbalmente realiza una descripción de sus síntomas en la última semana. La frecuencia de aplicación variara en función de la situación del paciente (anexo 2).**

3.5 Instrumentos para evaluar la función familiar:

Entre los cuestionarios que más se han empleado en todo el mundo, y del que se disponen versiones validadas en poblaciones españolas, se encuentra el APGAR familiar. Desarrollado por Smilskstein en 1978 es un cuestionario auto-administrado de sólo cinco preguntas con el que puede obtenerse de forma rápida y sencilla una evaluación de la función familiar o al menos del GRADO DE SATISFACCION QUE PERCIBE EL ENCUESTADO con respecto a la función familiar.

Las preguntas de este cuestionario son:

	Casi nunca (0)	A veces (1)	Casi siempre (2)
A) ¿Está satisfecho de la ayuda que recibe de su familia ¿Cuándo tiene un problema?.	----	----	----
B) ¿Discuten entre ustedes los problemas que tienen en Casa?	----	----	----
C) ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto?	----	----	----
D) ¿Está satisfecho con el tiempo que su familia y usted Permanecen juntos?	----	----	----
E) ¿Siente que su familia le quiere?	----	----	----
Total	_____		

Cada respuesta se puntúa entre 0 y 2 obteniéndose un índice entre 0 y 10.

Si el índice es mayor o igual a 7 hablaremos de familias normofuncionantes; si está entre 4 y 6 habrá disfunción familiar leve y con puntuaciones iguales o inferiores a 3 hablaremos de disfunción familiar grave.

3.6 Valoración nutricional

Se propone el cuestionario “Conozca su salud nutricional” propuesto por la NSI (Nutritional Screening Initiative):

..... SI..... NO

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

Valoración:

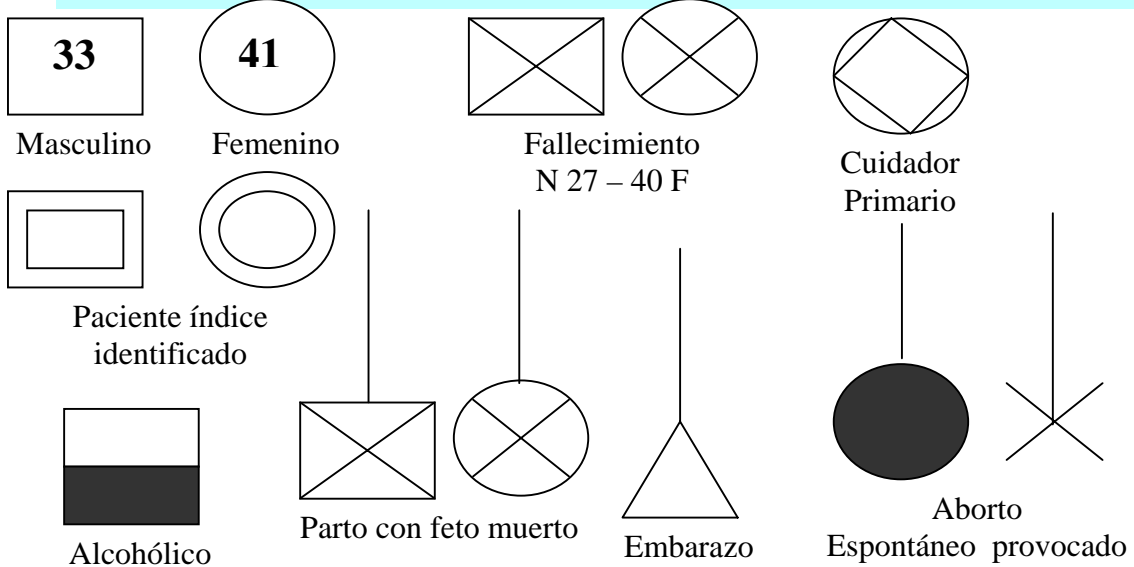
0-2 puntos: estado nutricional bueno. Evaluar la puntuación nutricional en 6 meses.

3-5 puntos: riesgo nutricional moderado. Tomar medidas para mejorar los hábitos alimentarios y el estilo de vida. Evaluar en 3 meses.

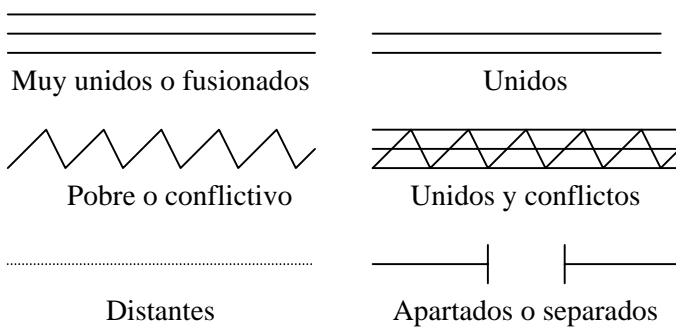
> 5 puntos: riesgo nutricional alto. Lleve el cuestionario a su médico u otro profesional de la salud cualificado y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.

ANEXO 1

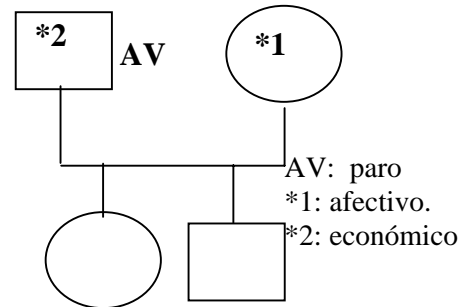
Símbolos utilizados en la construcción del genograma



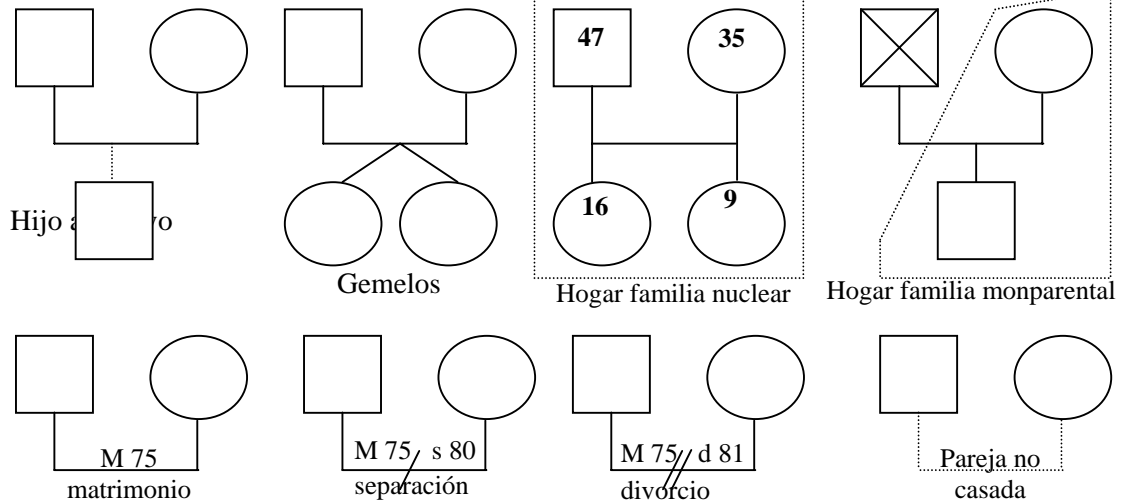
Líneas para indicar las relaciones familiares



Indicación de acontecimientos vitales estresantes (AV) y recursos familiares (*



Representación del subsistema familia y del hogar. Líneas para señalar matrimonio,...



ANEXO 2

VALORACIÓN INTENSIDAD DE SÍNTOMAS							
Nombre:					Nº HSAP:		
Síntoma	Escala	Fechas					
Dolor	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Debilidad astenia	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Falta de aire, disnea	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Anorexia	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Nauseas y vómitos	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Molestias en la boca	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Dificultad en el dormir, insomnio	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Nerviosismo, ansiedad	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						
Tristeza	Ausente						
	Leve						
	Moderado						
	Grave						

BIBLIOGRAFIA

1. Agüera L.F. (ED): Demencia; Una aproximación práctica. Barcelona. 1998. MASSON, S.A. eds;
2. Alamo Martell MC, Artiles Ruano MC, Santiago Navarro P, Bernal Blasco I, Aguilar Bautista JA, Gómez Arnaiz A. Apoyo social funcional percibido por los pacientes en programa de atención domiciliaria en los medios rural y urbano. Atención Primaria. 1999; 24 / 1; 2631.
3. Agra Y, Badía X, Gil A. Instrumentos para la medición de la calidad de vida en los pacientes con cáncer. Med Clin (Barc) 1998; 110:703-8.
4. Agra Y, Badía X. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del Rotterdam Symptom Checklist para medir la calidad de vida en personas con cáncer. Rev Esp Salud Pública 1999; 73:35-44.
5. Atención al Anciano. Grupo de Trabajo de la semFyC.. Madrid 1997.
6. Baztán JJ, Gil L, Andrés E, Vega E, Ruipérez I. Actividad comunitaria de un servicio de geriatría hospitalario: un ejemplo práctico de coordinación entre atención primaria y especializada.. Atención Primaria. 2000; 26 / 6; 374-382.
7. Benítez del Rosario MA, Salinas Martín A, Asensio Fraile A, Armas J. Cuidados paliativos en atención primaria opinión de los profesionales. Atención Primaria. 1999; 23 / 4; 187-191.
8. Benítez del Rosario MA, Espinosa JM. Atención Domiciliaria, EN: Atención al Anciano. Grupo de Trabajo de la semFYC. 199. Ediciones EUROBOOK SL. 79-99.
9. Benítez del Rosario MA. Valoración integral y multidimensional en atención domiciliaria. En: Contel JC, Gené J, Peña M. Atención Domiciliaria. Organización y Práctica. Barcelona, Springer, 199: 93-100.
10. Blanquer J.J, Epidemiología descriptiva de la demencia en Bañeres. Tesis Doctoral. 1998. Universidad Miguel Hernández.
11. Blanquer Gregori JJ, Jiménez Manso AI, Del Pozo Puente K, García García R, Blanes Martínez D, Sánchez Santos JC. Características socio-económicas, problemas y necesidades de salud de los pacientes en programa de atención a domicilio. Revista Valenciana Medicina de Familia. 2000; 7; 46-56.
12. Bros Cugat I, Sanmamed Santos JF, Iglesias Serrano C et. al.: Médico de Cabecera y Salud Mental. Comisión de Salud mental "Societat Catalana de Medicina Familiar i Comunitaria. Barcelona. 1997.
13. Bruera E, Kuehn N, Miller M, Selmsler P, Macmillan K. The Edmonton Symptom Assessment (ESAS): a simple method for the assessment of palliative care patients. J Palliat Care 1991; 7(2):6-9.

14. Calero MD, Navarro E, Robles P et Al: Estudio de la validez del Mini-examen cognoscitivo de Lobo et al para la detección del deterioro cognitivo asociado a las demencias. *Neurología* 2000; 15: 337-342.
15. Carbelo Baquero B, Asenjo Esteve A, Rodríguez de la Parra S. Una aproximación terapéutica al humor en el cuidado paliativo. *Atención Primaria*. 2000; 26 / 1; 58-62.
16. Casabella Abril B et al: Demencias. Recomendaciones semFYC.1999. Barcelona.
17. Castejón Bolea R, Alemany Agullo P, Blanquer Gregori JJ, Jimenez Manso AI, Ferrandis Guillem E. La atención al paciente con cáncer en fase terminal en sus últimos días de vida (II): Apoyo emocional y comunicación. *Revista Valenciana Medicina de Familia*. 2000; 8; 25-29.
18. Contel et. al.: Instrumentos de valoración multidimensional en Atención Domiciliaria. *Cuadernos de Gestión*. 1997. 3(3); 130-136.
19. Contel JC. La hospitalización a domicilio no es una alternativa plenamente recomendable. *Atención Primaria*. 1999; 24 / 3 ; 162 –168.
20. Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Atención Primaria*. 2000; 25 / 8; 526-528.
21. Contel Segura JC. La atención a domicilio como modelo de atención compartida. *Cuadernos de Gestión*. 2000; 6 / 2; 49-58.
22. Cubero González P, García de Blas Gonzáles F, Gutierrez Teeira B, Barba Calderón M, Salas Dueñas R, Cid Abasolo F. Uso de un modelo de historia clínica portatil en atención primaria para el seguimiento de los ancianos desplazados rotatorios. *Atención Primaria*. 2000; 26 / 3; 151.
23. Demencias. Recomendaciones semFyC. Barcelona. 1999 sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.
24. Diaz ME, Domínguez O, Toyos G. Resultados de la aplicación de una escala de valoración socio familiar en Atención Primaria. *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*. 1994; 29 (4): 239-245.
25. Duque A, Benitez MA, Pascual L, Gómez M, Gimeno V, Castañera P, Pérez N, Torrubia P, Sánchez M. Atención en el domicilio al paciente con cáncer en fase terminal. *Revista Valenciana Medicina de Familia*. 2000; 8; 37-40.
26. Espinosa JM et. Al. Modelos de organización de la atención domiciliaria en Atención Primaria. Documentos semFC. Nº 15. 2000.
27. Fernández González R, Amo Alfonso M. Utilidad de la vía subcutánea en atención domiciliaria como estrategia de atención integral al paciente terminal. *Formación Medica Continuada A.P*. 1998; 5 / 9; 614-620.
28. Finlay IG, Dunlop R. Quality of life in palliative care. *Ann Oncol* 1994; 5:13-8.
29. Finucane TE, Christmas C, Travis K. Alimentación por sonda en pacientes con demencia avanzada. una revisión de la evidencia. *JAMA*. 2000; 9 / 4; 171-177.
30. Fleitas L. Sistemas de evaluación de la función familiar. En Revilla L de la Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. Vol I. Granada 2001.

31. Galindo Ortiz de Landázuri J, Olivera Pueyo FJ. Agitación e insomnio en pacientes demenciados. *Formación Medica Continuada A.P.* 2000; 7 / 7; 473-482.
32. García JV, Díaz E, Salamea A et Al: Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Aten Primaria* 1999; 23: 343-440.
33. Gené J, Contel JC. Propuestas para desarrollar la atención domiciliaria. *Atención Primaria.* 1999; 23 / 4; 183-186.
34. Gómara Vilabona S, Fernández-Miera M, Sanroma Mendizabal P, Hazas Feo J. Paracentesis evacuadora en el domicilio: ¿por qué no en AP?. *Atención Primaria.* 1998; 22 / 2; 109-111.
35. González Sánchez C, Sanz Carabaña P, Alvarez Montero S, Bermejo Fernández F, Gallego Casado P, Torre del Carmen L. Atención sanitaria y comunicación con el enfermo oncológico en situación terminal y su familia en un área de salud.. *Atención Primaria.*1999; 24 / 5; 285-288.
36. Herrera Tejedor J. La depresión en el anciano. *Atención Primaria.* 2000; 26 / 5; 339-346.
37. James R, Whitten MD. Diez mandamientos para el cuidado de los pacientes terminales. *American Family Physician.*1999;6 / 2; 61-63.
38. Lobo A, Montón C, Campos R, García-Campayo J, Pérez Echevarría MJ. Detección de morbilidad psíquica en la práctica médica. El nuevo instrumento EADG. Zaragoza 1992. Luzán S.A. eds.
39. Maños Gonzalbo M. Repercusiones familiares de la enfermedad de Alzheimer demencia y su abordaje. *Formación Medica Continuada A.P.* 1998; 5 / 8; 519-528.
40. Marco Martínez MP, Abad Díez JM. Atención domiciliaria de enfermería en un servicio especial de urgencias: características de la población atendida. *Atención Primaria.* 2000; 25 / 4; 248-252.
41. Marshall CE, Benton D, Brazier JM. Abuso del anciano: cómo identificarlo. *Modern Geriatrics.* 2000; 12 / 6; 190-196.
42. Martínez Vizcaino V, Lozano Muñoz A, García Navalón P, Cruz López MV, Martínez García AB, Ponce Alonso J, Domínguez Contreras ML, Payán Martínez AI. Validez y fiabilidad de un cuestionario para valorar la capacidad funcional de las personas mayores. *Atención Primaria.* 1999; 24 / 5; 267-273.
43. Megido MJ, Espinás J, Carrasco RM, Copetti S, Caballé E. La atención de los cuidadores del paciente con demencia. *Atención Primaria.* 1999; 23 / 8; 493-495.
44. Moreno Hernández E, De Madariaga Hidalgo A, López-Melús Marzo MT. Oxigenoterapia domiciliaria. *Formación Medica Continuada A.P.* 1998; 5 / 3 ; 197-202.
45. Osoba D. Self rating symptom checklists: a simple method for recording and evaluating symptom control in oncology. *Cancer Treatment Reviews* 1993; 19 (Supplement A):43-51.
46. Pascual López L, González Candelas R, Ballester Donet A, Altarriba Cano ML, Zarate de Manuel MV, García Royo A. Vías alternativas a la vía oral en cuidados paliativos. La vía subcutánea. *Revista Valenciana Medicina de Familia.* 2000; 8; 30-35.

47. Pascual López L, Pastor Domenech, V, Gutiérrez Valverde J, Nieto Giménez F. La atención al paciente con cáncer en fase terminal en sus últimos días de vida (I). *Revista Valenciana Medicina de Familia*. 2000; 8; 17-24.
48. Riu M, Castells X, Casamitjana M, Macià F, Collet I, Ribó C. Recursos sociales en mayores de 60 años. Su relación con factores sociodemográficos y de salud (proyecto ANCO). *Atención Primaria*. 1998; 21 / 2; 88-86.
49. Roca Roger M, Ubeda Bonet I, Fuentesalzsaz Gallego R, López Pisa R, Pont Ribas A, García Viñets L, Pedreny Oriol R. Impacto del hecho de cuidar en la salud de los cuidadores familiares. *Atención Primaria*. 2000; 26 / 4; 217-223.
50. Sagardui Villamor JK, Lacalle Rodríguez-Labajo M, Cerezo Navarro V. Evaluación de la asistencia a pacientes inmovilizados de un centro de salud rural. *Cuadernos de Gestión*. 1998; 4/ 4; 214- 218.
51. Salgado A, Alarcón MT. (ED): *Valoración del paciente anciano*. Barcelona. 1993. MASSON, S.A. eds.
52. Salinas Martín A, Benítez del Rosario M.A. La formación humana del médico de familia en cuidados paliativos. *HUNANA*. 2000; 4 / 3; 27-34.
53. Sánchez JI, Valencia P, Molina M et Al: Utilidad práctica del genograma en la atención al paciente inmovilizado. *Aten Primaria* 2000; 25: 258-264.
54. Sanchez Beiza L, Cubero González P, Gutiérrez Teira B, Jolín Garijo L, Garcés P. El anciano golondrina: una propuesta de atención sociosanitaria. *HUNANA*. 1998; 2 / 4; 17-25.
55. Santiago Navarro P, López Mederos O, Lorenzo Riera A. Morbilidad en cuidadores de pacientes confinados en su domicilio. *Atención Primaria*. 1999; 24 / 7; 404-410.
56. Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N, Collado Gastalver D, González Solanellas M, Linares Juan de Sentmenant C, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Enfermos crónicos domiciliarios y consumo de psicofármacos. *Atención Primaria*. 2000; 26 / 9; 620-623.
57. Segura Noguera JM, Bastida Bastús N, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Los enfermos crónicos domiciliarios y su repercusión en los cuidadores principales. *Atención Primaria*. 1998; 21 / 7; 431-436.
58. Segura Noguera JM, Barreiro Montaña MC, Bastida Bastús N, Collado Gastalver D, González Solanellas M, Linares Juan de Sentmenat C, Martí Guadaño N, Riba Romeva M. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. *Atención Primaria*. 2000; 25 / 5; 297-301.
59. Vallejo Ruiloba, J, Crespo Blanco JM. *Afrontar la depresión*. Barcelona. 1999. J&C ediciones Médicas S.L.
60. Valles Fernández MN, Gutiérrez Cillan V, Luquin Ajuria AM, Martín Gil MA, López de Castro F. Problemas de salud y sociales de los cuidadores de los pacientes con demencia. *Atención Primaria*. 1998; 22 / 8; 481-485.

61. Vergeles JM, Arroyo J, Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. FMC 1998; 5, 1: 27-52.