

questionarios
tests e índices

para la valoración del paciente

salud mental



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

enfermer@s
del Servicio Andaluz de Salud

questionarios, tests e índices para la valoración del paciente

salud mental



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Andalucía en familia
Apoyo a las familias andaluzas

Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía
Avda. de la Constitución 18. 41071 Sevilla.
www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud
revison.cuestionarios.sspa@juntadeandalucia.es

© 2004. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía

Autores: Sergio R. López Alonso, Evelyn Huizing y Manuela Lacida Baro.

Depósito legal: SE-486/04
Diseño y maquetación: Orbis Pictus
Impresión: Tecnographic, S.L.

El Servicio Andaluz de Salud ha puesto a disposición de las enfermeras de Salud Mental este Manual de Cuestionarios, test e índices para la valoración, con el fin de facilitar la valoración de necesidades de las personas con problemas en salud mental, a la vez que respalda a las enfermeras en el uso de instrumentos homogéneos.

Disponer de un documento que recopile cuestionarios, índices y test para la valoración de pacientes y cuidadoras familiares, en el ámbito de salud mental, es necesario para conocer la situación de cada persona valorada con respecto a un estándar de salud, pero también persigue el objetivo de facilitar la continuidad asistencial entre los profesionales de los distintos dispositivos de salud mental, Atención Primaria y Atención Especializada.

Los instrumentos aquí recogidos son interprofesionales, es decir, de uso compartido por los distintos profesionales que atienden al paciente y su cuidadora. Son herramientas a disposición de los profesionales para su aplicación e interpretación y con necesidad de utilizarlos para conocer mejor la situación de los pacientes con respecto a un problema real o potencial de salud.

La elección de estos cuestionarios se ha basado en la medición de parámetros clínicos de calidad, en particular los referentes a la validez, fiabilidad, sensibilidad y adaptación transcultural. Esta recopilación no busca ser exhaustiva, su principal objetivo es ser útil. Los cuestionarios, test e índices contenidos en esta edición, se han incluido a partir de las nuevas necesidades de valoración detectadas, de las aportaciones de profesionales y del conocimiento de nuevas pruebas científicas. Este documento irá ampliándose y mejorándose.

Para futuras ediciones, esperamos contar con la participación y colaboración de todas las enfermeras y de todos aquellos profesionales que los utilicen.

El Servicio Andaluz de Salud en el marco del Plan de Apoyo a las Familias Andaluzas ha realizado un importante esfuerzo en la formación de enfermeras de salud mental, presentando los instrumentos de valoración clínica aquí recopilados, de forma que faciliten y mejoren el seguimiento del paciente.

La incorporación de estos instrumentos a la práctica habitual va a aportar más rigor en la metodología empleada en el cuidado de los pacientes y en el apoyo al cuidador familiar.

Juan Carlos Castro Alvarez

Director Gerente
Servicio Andaluz de Salud



questionarios, tests e índices para la valoración del paciente

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Población diana: Población general. Sugerido para la valoración de la salud mental. También sugerido para cuidadores. Su respuesta debe abarcar las últimas semanas. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 28 ítems divididas en 4 subescalas: A (síntomas somáticos), B (ansiedad e insomnio), C (disfuncion social) y D (depresión grave).

Como instrumento de cribado sugerido para detectar problemas de nueva aparición, la puntuación (GHQ) se realiza asignando los valores 0, 0, 1, 1 a las respuestas de los ítems positivos y 1, 1, 0, 0 para los ítems negativos.

Como instrumento de cribado sugerido para identificar problemas crónicos, la puntuación (CGHQ) de los ítems positivos se puntúan 0, 0, 1, 1; y los negativos 0,1,1,1. Entonces, el punto de corte se sitúa en 5/6 (caso/no caso).

Los ítems positivos son A1, C1, C3, C4, C5, C6 y C7, y los ítems negativos son el resto

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Recuerde que sólo debe responder sobre los problemas recientes, no sobre los que tuvo en el pasado.
Es importante intente contestar TODAS las preguntas.
Muchas gracias.

ÚLTIMAMENTE:

A. Síntomas Somáticos.

A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B. Ansiedad e insomnio.

B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

- No, en absoluto
- No mas que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual.

C. Disfunción social.

C.1. Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

- Más activo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Bastante menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

- Menos tiempo que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Más tiempo que lo habitual
- Mucho más tiempo que lo habitual

C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

- Mejor que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Peor que lo habitual
- Mucho peor que lo habitual

C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

- Más satisfecho que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos satisfecho que lo habitual
- Mucho menos satisfecho que lo habitual

C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

- Más que lo habitual
- Igual que lo habitual
- Menos que lo habitual
- Mucho menos que lo habitual

D. Depresión grave.

D.1. Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

- No, en absoluto
- No más que lo habitual
- Bastante más que lo habitual
- Mucho más que lo habitual

D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

- Claramente, no
- Me parece que no
- Se me ha cruzado por la mente
- Claramente, lo he pensado

PUNTUACIÓN	GHQ	CGHQ
Síntomas somáticos:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ansiedad-insomnio:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disfunción social:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depresión:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PUNTUACIÓN TOTAL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO -

- ¿Piensa usted que come demasiados dulces?
- ¿Le han ofrecido alguna vez un "porro" o una dosis de cocaína?
- ¿Le ha molestado alguna vez la gente que le critica su forma de beber?**
- ¿Se ha planteado en alguna ocasión hacer algo de ejercicio con carácter semanal?
- ¿Considera usted que duerme las horas necesarias para estar a tono durante el día?
- ¿Ha tenido usted alguna vez la impresión de que debería beber menos?**
- ¿Se ha planteado seriamente en alguna ocasión dejar de fumar?
- ¿Le han comentado alguna vez que debería comer más frutas y verduras?
- ¿Se ha sentido alguna vez mal o culpable por su costumbre de beber?**
- ¿Le han comentado en alguna ocasión que debería fumar menos?
- ¿Alguna vez lo primero que ha hecho por la mañana ha sido beber para calmar sus nervios o para librarse de una resaca?**
- ¿Se ha planteado en alguna ocasión cambiar su costumbre de consumir pastillas para dormir por técnicas de relajación?

Este cuestionario consta de las cuatro preguntas recogidas en la anterior encuesta -marcadas en negrita -. El punto de corte se sitúa en más de dos respuestas afirmativas. Las preguntas no deben formularse seguidas para evitar posturas defensivas o de rechazo. Cada pregunta debe intercalarse durante la entrevista.



RIESGO NUTRICIONAL -CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"-

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

Interpretación:

0 a 2: **Bueno.** Reevaluar la puntuación nutricional en seis meses.

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

6 o más: **Riesgo nutricional alto.** Lleve el cuestionario a su médico, especialista en dietética u otros profesionales de salud cualificados y pida ayuda para mejorar su estado nutricional.



AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA
- INDICE DE BARTHEL -

Comer

10	Independiente	capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona
5	Necesita ayuda	para cortar la carne o el pan, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo
0	Dependiente	necesita se alimentado por otra persona

Lavarse - bañarse

5	Independiente	capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
0	Dependiente	necesita alguna ayuda o supervisión

Vestirse

10	Independiente	capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo bragero, corsé, etc) sin ayuda
5	Necesita ayuda	pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	Dependiente	

Arreglarse

5	Independiente	realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona
0	Dependiente	necesita alguna ayuda

Deposición

10	Continente	ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye administración de enemas o supositorios por otro

Micción - valorar la situación en la semana previa -

10	Continente	ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo
5	Accidente ocasional	menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios
0	Incontinente	incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse

Ir al retrete

10	Independiente	entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar
5	Necesita ayuda	capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete.
0	Dependiente	incapaz de manejarse sin asistencia mayor

Trasladarse sillón / cama

15 Independiente.	sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda
10 Mínima ayuda	incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento
5 Gran ayuda	capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse
0 Dependiente	necesita grúa o completo alzamiento por dos persona. Incapaz de permanecer sentado

Deambulaci3n

15 Independiente	puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisi3n. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, 3tc...) excepto andador. Si utiliza pr3tesis es capaz de pon3rselo y quit3rsela s3lo
10 Necesita ayuda	supervisi3n o peque1a ayuda f3sica (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)
5 Independiente en silla de ruedas	en 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo
0 Dependiente	si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro

Subir y bajar escaleras

10	Independiente	capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión,. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos
5	Necesita ayuda	supervisión física o verbal
0	Dependiente	incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)



INDICE DE BARTHEL, MODIFICACIÓN DE GRANGER ET ALT.

Indice de autocuidado	Independencia	Con ayuda	Dependencia
1. Beber de un vaso	4	0	0
2. Comer	6	0	0
3. Vestirse de cintura para arriba	5	3	0
4. Vestirse de cintura para abajo	7	4	0
5. Colocarse prótesis o aparato ortopédico	0	-2	0
6. Aseo personal	5	0	0
7. Lavarse o bañarse	6	0	0
8. Control orina	10	5	0
9. Control heces	10	5	0
Indice de movilidad	Independencia	Con ayuda	Dependencia
10. Sentarse y levantarse de la silla	15	7	0
11. Sentarse y levantarse del retrete	6	3	0
12. Entrar y salir de la ducha	1	0	0
13. Andar 50 metros sin desnivel	15	10	0
14. Subir y bajar un tramo de escaleras	10	5	0
15. Si no anda: mueve la silla de ruedas	5	0	0

El rango de posibles valores del Índice de Barthel está entre 0 y 100, con intervalos de 5 puntos para la versión original, Cuanto más cerca de 0 está la puntuación de un sujeto, más dependencia tiene; cuanto más cerca de 100 más independencia. El IB original puede usarse asignando puntuaciones con intervalos de 1 punto entre las categorías - las posibles puntuaciones para las actividades son 0, 1, 2, ó 3 puntos - resultando un rango global entre 0 y 20.

Algunos autores han propuesto puntuaciones de referencia para facilitar la interpretación, con más de 60 casi todas las personas son independientes en las habilidades básicas. La interpretación sugerida por Sha et al sobre la puntuación del Índice es:

0-20 dependencia total
21-60 dependencia severa
61-90 dependencia moderada
91-99 dependencia escasa
100 independencia

La versión de Granger contempla dos índices diferentes como componentes de Barthel: el índice de autoayuda, con una puntuación máxima de 53 puntos y el índice de movilidad, con un máximo de 47 puntos. A mayor puntuación mayor independencia. Ambas puntuaciones suman 100 puntos y su interpretación es similar al Barthel original.

ACTIVIDADES INSTRUMENTAL DE LA VIDA DIARIA - ESCALA DE LAWTON Y BRODY-

A. Capacidad de usar el teléfono	Puntos
Utiliza el teléfono por iniciativa propia, busca y marca los números, etc	1
Es capaz de marcar bien algunos números conocidos	1
Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar	1
No utiliza el teléfono en absoluto	0
B. Ir de compras	
Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
C. Preparación de la comida	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí mismo/a adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas.	0

D. Cuidado de la Casa

Mantiene la casa solo/a o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas domésticas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas.	1
Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	0
No participa en ninguna labor de la casa	0

E. Lavado de la ropa

Lava por sí mismo/a toda su ropa	1
Lava por sí mismo/a pequeñas prendas (aclarar medias, etc)	1
Todo el lavado de ropa deber ser realizado por otro	0

F. Uso de medios de transporte

Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche	1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona	1
Utiliza el taxi o el automóvil sólo con ayuda de otros	0
No viaja en absoluto	0

G. Responsabilidad respecto a su medicación

Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correctas	1
Toma su medicación si se le prepara con anticipación y en dosis separadas	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0

H. Manejo de asuntos económicos

Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco) recoge y conoce sus ingresos.	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, ir al banco, ...	1
Incapaz de manejar dinero.	0

Total

Independencia: 8. Máxima dependencia: 0 puntos.



ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA
-LIFE SKILL PROFILE "LSP"-

Población diana: Personas con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala heteroadministrada para personas con enfermedades mentales crónicas que no se encuentran en un momento de crisis. Debe tenerse en cuenta los tres meses pasados de forma global.

Cada ítem responde a una escala tipo Likert de mayor (4 puntos) a menor funcionalidad (1 punto). El LSP se compone de cinco subescalas. Una puntuación alta en cada escala o para el total del LSP indicaría un nivel de funcionamiento alto. Las puntuaciones de las subescalas vienen de la suma de las puntuaciones de los ítems de la siguiente forma:

- Autocuidado: 10, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 27 y 30.(A)
- Comportamiento social interpersonal: 2, 5, 6, 9, 11, 25, 29, 34, 36 y 37.(CSI)
- Comunicación - contacto social: 1, 3, 4, 7, 8 y 39.(C)
- Comportamiento social no personal: 28, 31, 32, 33, 35 y 38.(CSNP)
- Vida autónoma: 15, 20, 21, 22, 23, 24 y 26.(VA)

CUESTIONARIO DE PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA

1. ¿Tiene alguna dificultad en iniciar y responder en una conversación? (C)
 - Ninguna dificultad.
 - Ligera dificultad
 - Moderada dificultad
 - Extrema dificultad
2. ¿Suele meterse o interrumpir en las conversaciones de otros (por ejemplo, le interrumpe cuando está usted hablando)? (CSI)
 - No interrumpe en absoluto
 - Ligeramente intrusivo
 - Moderadamente intrusivo
 - Extremadamente intrusivo
3. ¿Está generalmente aislado de contacto social?(C)
 - No se aísla en absoluto
 - Ligeramente aislado
 - Moderadamente aislado
 - Totalmente (o casi) aislado
4. ¿Suele mostrarse afectuoso con los demás?(C)
 - Considerablemente cordial
 - Moderadamente cordial
 - Ligeramente cordial
 - Nada cordial en absoluto
5. ¿Suele estar normalmente enfadada/o o ser puntillosa/o con otras personas?(CSI)
 - En absoluto
 - Ligeramente
 - Moderadamente
 - Extremadamente
6. ¿Suele ofenderse fácilmente?(CSI)
 - No se ofende
 - Algo rápido en enfadarse
 - Bastante presto a enfadarse
 - Extremadamente presto a enfadarse.

7. ¿Suele mirar a las personas cuando habla con ellos?(C)
- Contacto visual adecuado
 - Ligeramente reducido
 - Moderadamente reducido
 - Extremadamente reducido
8. ¿Resulta normalmente difícil entender a esta persona por la forma en que habla (por ejemplo, confusa, alterada o desordenadamente)?(C)
- Ninguna dificultad
 - Ligeramente difícil
 - Moderadamente difícil
 - Extremadamente difícil
9. ¿Suele hablar sobre temas raros o extraños?(CSI)
- En absoluto
 - Ligeramente
 - Moderadamente
 - Extremadamente
10. ¿Suele estar generalmente bien presentado (por ejemplo, vestido limpio, pelo peinado)?(A)
- Bien presentado
 - Moderadamente bien presentado.
 - Pobremente presentado
 - Muy pobremente presentado
11. ¿Suele ser su apariencia personal (aspecto facial, gestos) apropiada para el ambiente en que se mueve?(CSI)
- Intachable o apropiada
 - Ligeramente inapropiada
 - Moderadamente inapropiada
 - Extremadamente inapropiada
12. ¿Suele lavarse esta persona sin tener que recordárselo?(A)
- Generalmente
 - Ocasionalmente
 - Raramente
 - Nunca

13. ¿Suele tener un olor ofensivo (por ejemplo, en el cuerpo, aliento o ropas)?(A)

- En absoluto
- Ligeramente
- Moderadamente
- Extremadamente

14. ¿Suele vestir ropas limpias normalmente o se asegura de que se limpiarán si están sucias?(A)

- Mantiene limpieza de la ropa
- Moderada limpieza
- Pobre limpieza de la ropa
- Muy escasa limpieza de la ropa

15. ¿Suele ser negligente con su salud física?(VA)

- En absoluto
- Ligeramente
- Moderadamente
- Extremadamente

16. ¿Mantiene normalmente una dieta adecuada?(A)

- Sin problemas
- Ligeros problemas
- Moderados problemas
- Graves problemas

17. ¿Suele estar normalmente atento o tomar personalmente su propia medicación prescrita (o hacerse poner las inyecciones prescritas al momento) sin que se le recuerde?(A)

- Muy confiable
- Ligeramente no confiable
- Moderadamente no confiable
- No confiable

18. ¿Está dispuesto a tomar la medicación psiquiátrica cuando se la prescribe el médico?(A)

- Siempre
- Normalmente
- Raramente
- Nunca

19. Coopera esta persona con los servicios de salud (por ejemplo, médicos y/u otros profesionales de la salud)?(A)

- Siempre
- Normalmente
- Raramente
- Nunca

20. ¿Está normalmente inactivo (por ejemplo, gastando mucho de su tiempo sentado o de pie alrededor sin hacer nada)?(VA)

- Apropiadamente activo
- Ligeramente inactivo
- Moderadamente inactivo
- Extremadamente inactivo

21. ¿Tiene intereses definidos (por ejemplo hobbies, deportes, actividades) en los cuales participa regularmente?(VA)

- Participación considerable.
- Moderada participación
- Alguna participación
- No participa en absoluto

22. Asiste a alguna organización social (por ejemplo, iglesia, club o grupo de interés, excluyendo los grupos de terapia psiquiátrica)?(VA)

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Raramente
- Nunca

23. ¿Puede esta persona preparar normalmente (si lo necesita) su propia comida?(VA)

- Bastante capaz de prepararse comida
- Ligeras limitaciones
- Moderadas limitaciones
- Incapaz de prepararse comida

24. ¿Puede esta persona irse a vivir por sí mismo?(VA)

- Bastante capaz de hacerlo
- Ligeras limitaciones
- Moderadas limitaciones
- Incapaz totalmente

25. ¿Tiene problemas (por ejemplo fricciones, huidas etc.) viviendo con otros en la familia?(CSI)

- Sin problemas
- Ligeros problemas
- Moderados problemas
- Graves problemas

26. Qué tipo de trabajo sería capaz de hacer (incluso aunque esté desempleado, retirado o haciendo trabajos domésticos no remunerados)?(VA)

- Capaz de hacer un trabajo a tiempo total.
- Capaz de trabajo a tiempo parcial
- Capaz solamente de trabajos protegidos
- Incapaz de trabajar

27. ¿Se comporta de manera arriesgada (por ejemplo, ignorando el tráfico cuando cruza la calle)?(A)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

28. ¿Destruye esta persona propiedades?(CSNP)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

29. ¿Se comporta de forma ofensiva (incluida la conducta sexual)?(CSI)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

30. ¿Tiene esta persona hábitos o conductas que la mayoría de la gente encuentra antisociales (por ejemplo, escupir, dejar colillas de cigarrillos encendidos alrededor, ser desordenado en el baño, comer de una manera desordenada)?(A)

- En absoluto
- Raramente
- Ocasionalmente
- A menudo

31. ¿Suele perder propiedades personales?
(CSNP)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo
32. ¿Invade el espacio de otras personas (habitaciones, posesiones personales)?(CSNP)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo
33. ¿Suele coger cosas que no son tuyas?
(CSNP)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo
34. ¿Es violento con otros?(CSI)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo
35. ¿Se autolesiona?(CSNP)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo
36. ¿Se mete en problemas con la policía?(CSI)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo
37. ¿Abusa del alcohol o de otras drogas?(CSI)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo
38. ¿Se comporta irresponsablemente?(CSNP)
- En absoluto
 - Raramente
 - Ocasionalmente
 - A menudo

39. ¿Hace o mantiene normalmente amistades?(C)

- Capaz de hacer amistades fácilmente
- Lo hace con cierta dificultad
- Lo hace con dificultad considerable
- Incapaz hacer o mantener amistades

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Población diana: Población general con trastornos depresivos. Se trata de un cuestionario heteroadministrado con 15 ítems, 13 de ellos se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño (ítem 1), insomnio (ítems 2-1, 2-2, 2-3, 2-4, 3, 4, 5, 6, 7) e hipersomnio (ítems 2-5, 8, 9). Los 2 ítems restantes proporcionan información sobre el uso de ayuda para dormir o la presencia de fenómenos adversos durante el sueño. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, excepto el ítem 1 que se hace de 1 a 7. La subescala de insomnio oscila entre 9 y 45, donde una mayor puntuación equivale a una mayor gravedad de insomnio.

Durante el último mes

1. ¿Cómo de satisfecho ha estado con su sueño?

- 1) Muy satisfecho
- 2) Bastante satisfecho
- 3) Insatisfecho
- 4) Término medio
- 5) Satisfecho
- 6) Bastante satisfecho
- 7) Muy satisfecho

2. ¿Cuántos días a la semana ha tenido dificultades para:

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
2.1 Conciliar el sueño	1	2	3	4	5
2.2 Permanecer dormido	1	2	3	4	5
2.3 Lograr un sueño reparador	1	2	3	4	5
2.4 Despertar a la hora habitual	1	2	3	4	5
2.5 Excesiva somnolencia	1	2	3	4	5

3. ¿Cuánto tiempo ha tardado en dormirse, una vez que lo intentaba?

- 1) 0-15 minutos
- 2) 16-30 minutos
- 3) 31-45 minutos
- 4) 46-60 minutos
- 5) más de 60 minutos

4. ¿Cuántas veces se ha despertado por la noche?

- 1) Ninguna vez
- 2) 1 vez
- 3) 2 veces
- 4) 3 veces
- 5) más de 3 veces

Si se despertó Vd., piensa que normalmente se debe a... (Información clínica, no puntúa)

- a) Dolor
- b) Necesidad de orinar
- c) Ruido
- d) Otros. Especificar.

5. ¿Ha notado que se despertaba antes de lo habitual? En caso afirmativo ¿Cuánto tiempo antes?

- 1) Se ha despertado como siempre
- 2) Media hora antes
- 3) 1 hora antes
- 4) Entre 1 y 2 horas antes
- 5) Más de 2 horas antes

6. Eficiencia del sueño (horas dormidas/horas en cama)

Por término medio, ¿Cuántas horas ha dormido cada noche? _____

¿Cuántas horas ha permanecido habitualmente en la cama? _____

- 1) 91-100%
- 2) 81-90%
- 3) 71-80%
- 4) 61-70%
- 5) 60% o menos

7. Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado cansancio o disminución en su funcionamiento sociolaboral por no haber dormido bien la noche anterior?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 d/s
- 3) 3 d/s
- 4) 4-5 d/s
- 5) 6-7 d/s

8. ¿Cuántos días a la semana se ha sentido demasiado somnoliento, llegando a dormirse durante el día o durmiendo más de lo habitual por la noche?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 d/s
- 3) 3 d/s
- 4) 4-5 d/s
- 5) 6-7 d/s

9. Si se ha sentido con demasiado sueño durante el día o ha tenido períodos de sueño diurno ¿Cuántos días a la semana ha estado preocupado o ha notado disminución en su funcionamiento socio-laboral por ese motivo?

- 1) Ningún día
- 2) 1-2 d/s
- 3) 3 d/s
- 4) 4-5 d/s
- 5) 6-7 d/s

10. ¿Cuántos días a la semana ha tenido (o le han dicho que ha tenido)...? (Información clínica, no puntúa)

	Ninguno	1-2 d/s	3 d/s	4-5 d/s	6-7 d/s
a) Ronquidos	1	2	3	4	5
b) Ronquidos con ahogo	1	2	3	4	5
c) Movimientos de las piernas	1	2	3	4	5
d) Pesadillas	1	2	3	4	5
e) Otros	1	2	3	4	5

11. ¿Cuántos días a la semana ha tomado fármacos o utilizado cualquier otro remedio (infusiones, aparatos, etc.), prescrito o no, para ayudarse a dormir? (Información clínica, no puntúa)

a) Ningún día b) 1-2 d/s c) 3 d/s d) 4-5 d/s e) 6-7 d/s

Si ha utilizado alguna ayuda para dormir (pastillas, hierbas, aparatos, etc), describir

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC

Invitar al entrevistado a colaborar e indicar al acompañante que debe mantenerse en silencio. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los ítems del MEC.

-Orientación: no se permite la Comunidad Autónoma respectiva como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).

-Fijación: repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repite las tres palabras correctamente, hasta que las aprenda. Están permitidos 6 intentos para que las repita correctamente.

-Concentración y cálculo: sustracción de 3 en 3. Si no lo entiende se puede reformular la pregunta. "Si tiene 30 pesetas y me da tres, ¿cuántas le quedan?", y seguir pero sin repetir la cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta. Repetir los dígitos 5-9-2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.

-Memoria: dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. Un punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.

-Lenguaje y construcción: el entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra es 0 puntos en el ítem:

·**Semejanzas:** en la semejanza perro-gato las respuestas correctas son animales o animales de "x" características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.

·**Lectura, escritura y dibujo:** si utiliza gafas habitualmente le pediremos que se las ponga.

·**Frase:** advertir al sujeto que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir alguna cosa diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.

·**Figura:** cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC-35 puntos

ORIENTACIÓN:

¿En qué año estamos?	0	1
¿En qué estación del año estamos?	0	1
¿En qué día de la semana estamos?	0	1
¿Qué día (número) es hoy?	0	1
¿En qué mes estamos?	0	1
¿En qué provincia estamos?	0	1
¿En qué país estamos?	0	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	0	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	0	1
¿Se trata de un piso o una planta baja?	0	1

MEMORIA DE FIJACIÓN:

Repita estas 3 palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA	0	1	2	3
---	---	---	---	---

(1 punto por cada respuesta correcta). Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuérdesse de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

ATENCIÓN Y CÁLCULO:

Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan?, y si me

da 3 (hasta 5 restas)

0 1 2 3 4 5

Repita estos números: 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda)

Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en número y orden)

0 1 2 3

MEMORIA A CORTO PLAZO:

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?

0 1 2 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto?

0 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto?

0 1

Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS"

0 1

Una manzana y una pera son frutas ¿verdad? ¿Qué son un gato y un perro?

0 1

¿Y el rojo y el verde?

0 1

Ahora haga lo que le digo: *COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA,*

DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA

0 1 2 3

(1 punto por cada acción correcta)

Haga lo que aquí le escribo

(en un papel y con mayúsculas escribimos: *CIERRE LOS OJOS*)

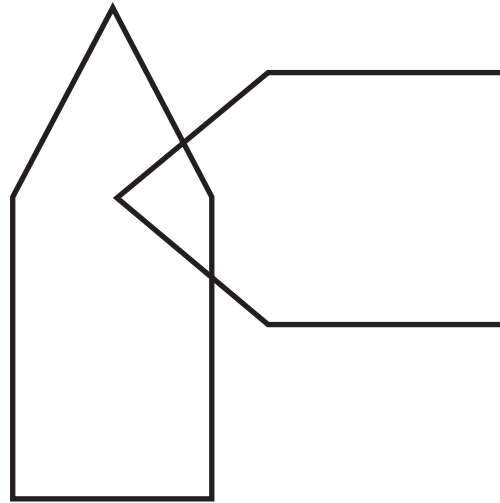
0 1

Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel (le da un papel)

0 1

Copie este dibujo (anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados)

0 1



La puntuación total máxima es 35. Excluimos las preguntas que hallan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre los 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación ($20 \times 35 / 31$) de 22.5 (redondearemos al número entero más próximo, en este caso 23).

Rango de puntuación 0-35. Lobo et al. proponen:

- pacientes geriátricos (> 65 años), punto de corte 23/24 (es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más igual a "no caso").
- pacientes no geriátricos, punto de corte 27/28 (es decir, 27 o menos igual a "caso" y 28 o más igual a "no caso").

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC-30 puntos

Es igual en todo a la versión de 35 puntos, únicamente se han suprimido 2 ítems: repetir tres números al revés, después de memorizarlos (0-3 puntos); y el de semejanzas (0-2 puntos).

ORIENTACIÓN:

¿En qué año estamos?	0	1
¿En qué estación del año estamos?	0	1
¿En qué día de la semana estamos?	0	1
¿Qué día (número) es hoy?	0	1
¿En qué mes estamos?	0	1
¿En qué provincia estamos?	0	1
¿En qué país estamos?	0	1
¿En qué pueblo o ciudad estamos?	0	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	0	1
¿Se trata de un piso o una planta baja?	0	1

MEMORIA DE FIJACIÓN:

Repita estas 3 palabras: PESETA-CABALLO-MANZANA	0	1	2	3
---	---	---	---	---

(1 punto por cada respuesta correcta). Una vez puntuado, si no las ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que los aprenda. Acuérdesse de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.

ATENCIÓN Y CÁLCULO:

Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan?, y si me da 3 (hasta 5 restas) 0 1 2 3 4 5

MEMORIA A CORTO PLAZO:

¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? 0 1 2 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 0 1

Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 0 1

Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS" 0 1

Ahora haga lo que le digo: *COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA* 0 1 2 3

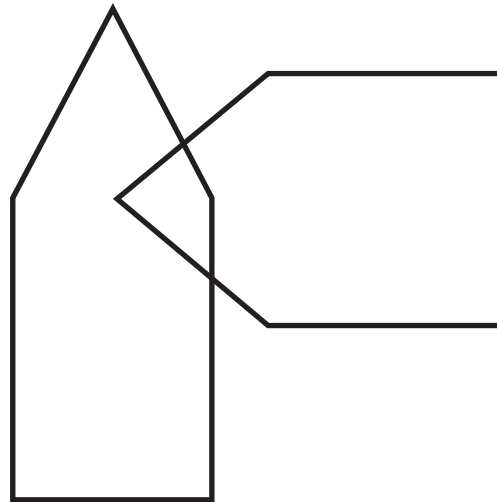
(1 punto por cada acción correcta)

Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: *CIERRE LOS OJOS*) 0 1

Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel (le da un papel) 0 1

Copie este dibujo (anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados)

0 1



La puntuación total máxima es 30 puntos. Excluimos las preguntas que hallan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (por ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 30 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre los 26 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación $(20 \times 30 / 26)$ de 23.07 (redondearemos al número entero más próximo, en este caso 23).

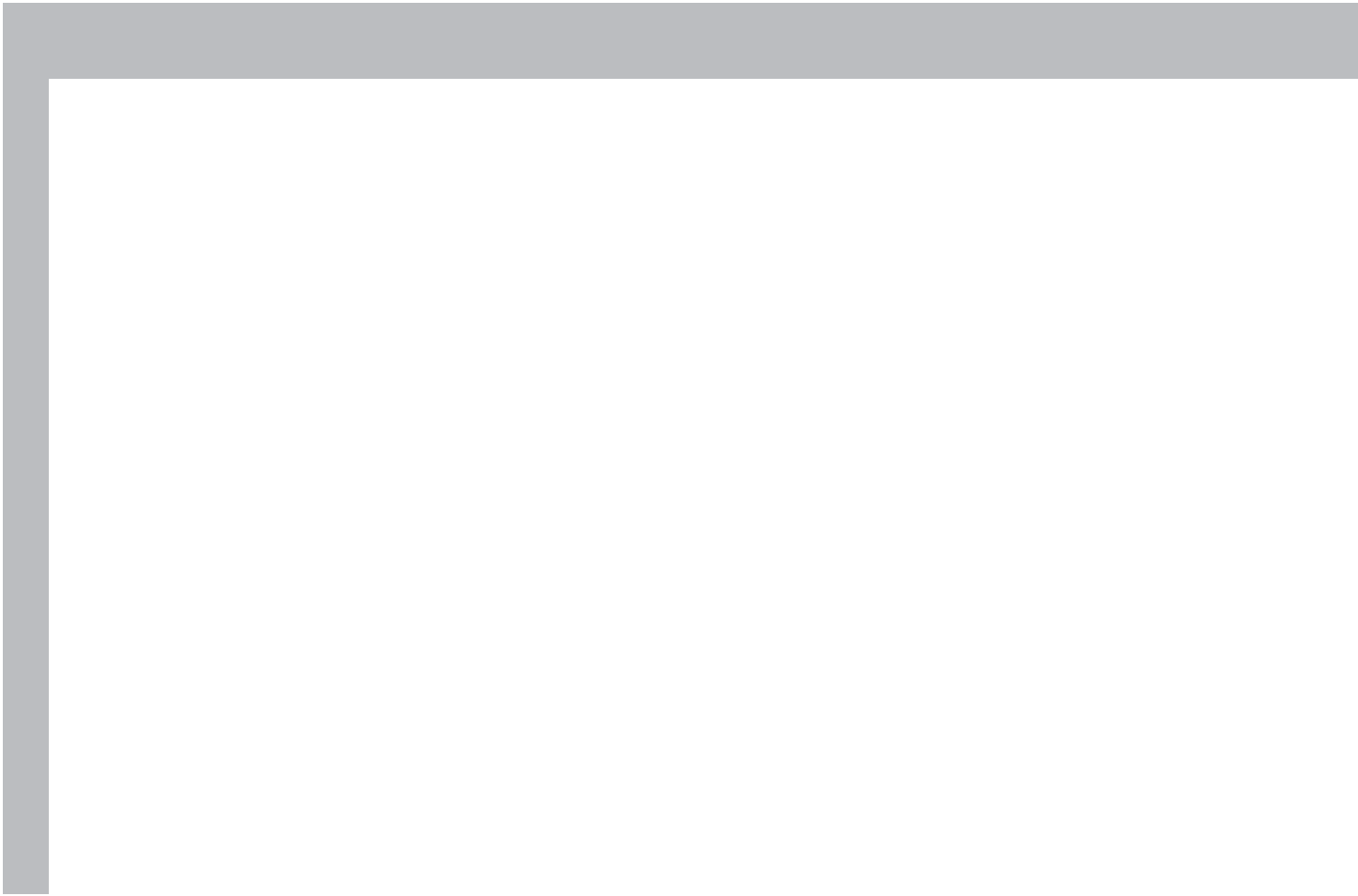
Rango de puntuación 0-30. En la última revisión de Lobo et al proponen:

- pacientes geriátricos (> 65 años), punto de corte 22/23 (es decir, 22 ó menos igual a "caso" y 23 ó más igual a "no caso").
- pacientes no geriátricos, punto de corte 27/28 (es decir, 27 o menos igual a "caso" y 28 o más igual a "no caso").

CUESTIONARIO PARA CRIBADO DE ANOREXIA Y BULIMIA -SCOFF-

Población diana: Población general femenina. Es un cuestionario autoadministrado de 5 ítems con respuestas dicotómica (SI - NO). Cada respuesta afirmativa es valorada con un punto. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es igual o superior a 2 puntos.

- | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. ¿Tiene la sensación de estar enferma porque siente el estomago tan lleno que le resulta incómodo? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 2. ¿Está preocupada porque siente que tiene que controlar cuanto come? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 3. ¿Ha perdido recientemente más de 6 Kgs en un periodo de tres meses? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 4. ¿Cree que está gorda aunque otros digan que está demasiado delgada? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |
| 5. ¿Diría que la comida domina su vida? | <input type="radio"/> SI | <input type="radio"/> NO |



CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN -EAT-

Población diana: Población general femenina. Recomendado como instrumento de screening, es capaz de distinguir entre pacientes anoréxicas y población normal, y entre bulímicas y población normal, pero no lo hace entre anoréxicas restrictivas y bulímicas.

Es un cuestionario autoadministrado de 40 ítems y cada ítem posee 6 posibles respuestas, que van desde nunca a siempre. Los ítems 1, 18, 19, 23, 27 y 39 se puntúan A=0, B=0, C=0, D=1, E=2, F=3 y el resto A=3, A=2, C=1, D=0, E=0, F=0. El punto de corte propuesto para el cribado en la población general es de 20 puntos, en la población de riesgo es de 30 y en los casos clínicos se sitúa en 50.

Cuestionario de Actitudes ante la Alimentación -EAT-

Ponga una marca en la casilla que mejor refleje su caso.
Por favor, conteste cuidadosamente cada pregunta.

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

1. Me gusta comer con otras personas
2. Preparo comidas para otros, pero yo no me las como
3. Me pongo nerviosa cuando se acercan las horas de las comidas

A	B	C	D	E	F

A: siempre B: casi siempre C: a menudo D: a veces E: pocas veces F: nunca

- 31. Siento que los alimentos controlan mi vida
- 32. Me controlo en las comidas
- 33. Noto que los demás me presionan para que coma
- 34. Paso demasiado tiempo pensando y ocupándome de la comida
- 35. Tengo estreñimiento
- 36. Me siento incómoda después de comer dulces
- 37. Me comprometo a hacer régimen
- 38. Me gusta sentir el estómago vacío
- 39. Disfruto probando comidas nuevas y sabrosas
- 40. Tengo ganas de vomitar después de las comidas

A	B	C	D	E	F

ESCALA DE EVALUACIÓN DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES -EEICA-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario autoadministrado dirigido a una población entre 12 y 19 años, que consta de 32 ítems. Dichos ítems responden a la siguiente forma de puntuación en los ítems positivos (1, 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 28, 30, 31): 3= Siempre, 2= Casi siempre, 1= Algunas veces, 0= A veces, 0= Casi nunca y 0= Nunca; y al revés en los ítems negativos (6, 10, 18, 21, 27, 29, 32): 3= Nunca, 2= Casi nunca, 1= a veces, 0= Algunas veces, 0= Casi siempre y 0= Siempre. El punto de corte sugerido se sitúa en 39 puntos.

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
1. ¿Con qué frecuencia crees que tus amigo/as, en general, tiene un cuerpo más bonito que el tuyo?											
2. ¿Con qué frecuencia piensas que te verías mejor si pudieras ponerte una talla menos de ropa?											
3. ¿Con qué frecuencia consideras que la cirugía estética es una opción para mejorar tu aspecto físico en el futuro?											
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido rechazado/a y/o ridiculizado/a por los demás por culpa de tu apariencia.											

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
5. ¿Con qué frecuencia analizas la composición de calorías de los alimentos para controlar lo que engordan?											
6. ¿Con qué frecuencia piensas que la forma de tu cuerpo es la que ahora se considera atractiva?											
7. ¿Con qué frecuencia tu imagen corporal te ha hecho estar triste?											
8. ¿Con qué frecuencia el pesarte te genera ansiedad?											
9. ¿Con qué frecuencia llevas ropas que disimulan la forma de tu cuerpo?											
10. ¿Con qué frecuencia piensas que lo más importante para mejorar tu aspecto sería ganar peso?											
11. ¿Con qué frecuencia después de comer te sientes gorda?											
12. ¿Con qué frecuencia has considerado la posibilidad de tomar algún tipo de pastillas o medicamento que te ayude a perder peso?											
13. ¿Con qué frecuencia temes perder el control y convertirte en un/a gordo/a?											
14. ¿Con qué frecuencia inventas excusas para evitar comer delante de otras personas (familia, amigos, etc) y así controlar lo que comes?											
15. ¿Con qué frecuencia piensas que te gustaría tener más fuerza de voluntad para controlar lo que comes?											

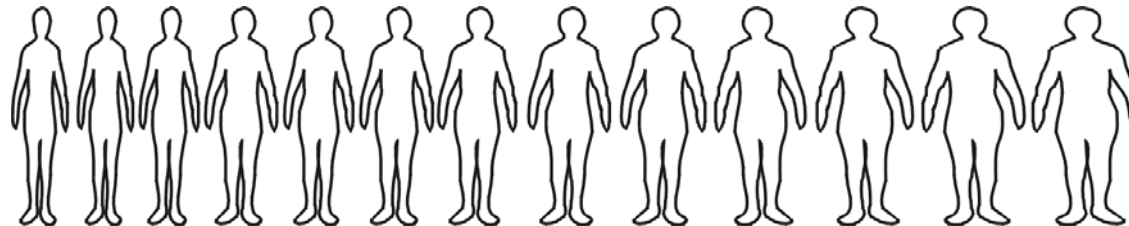
AUTOPERCEPCIÓN
AUTOCONCEPTO

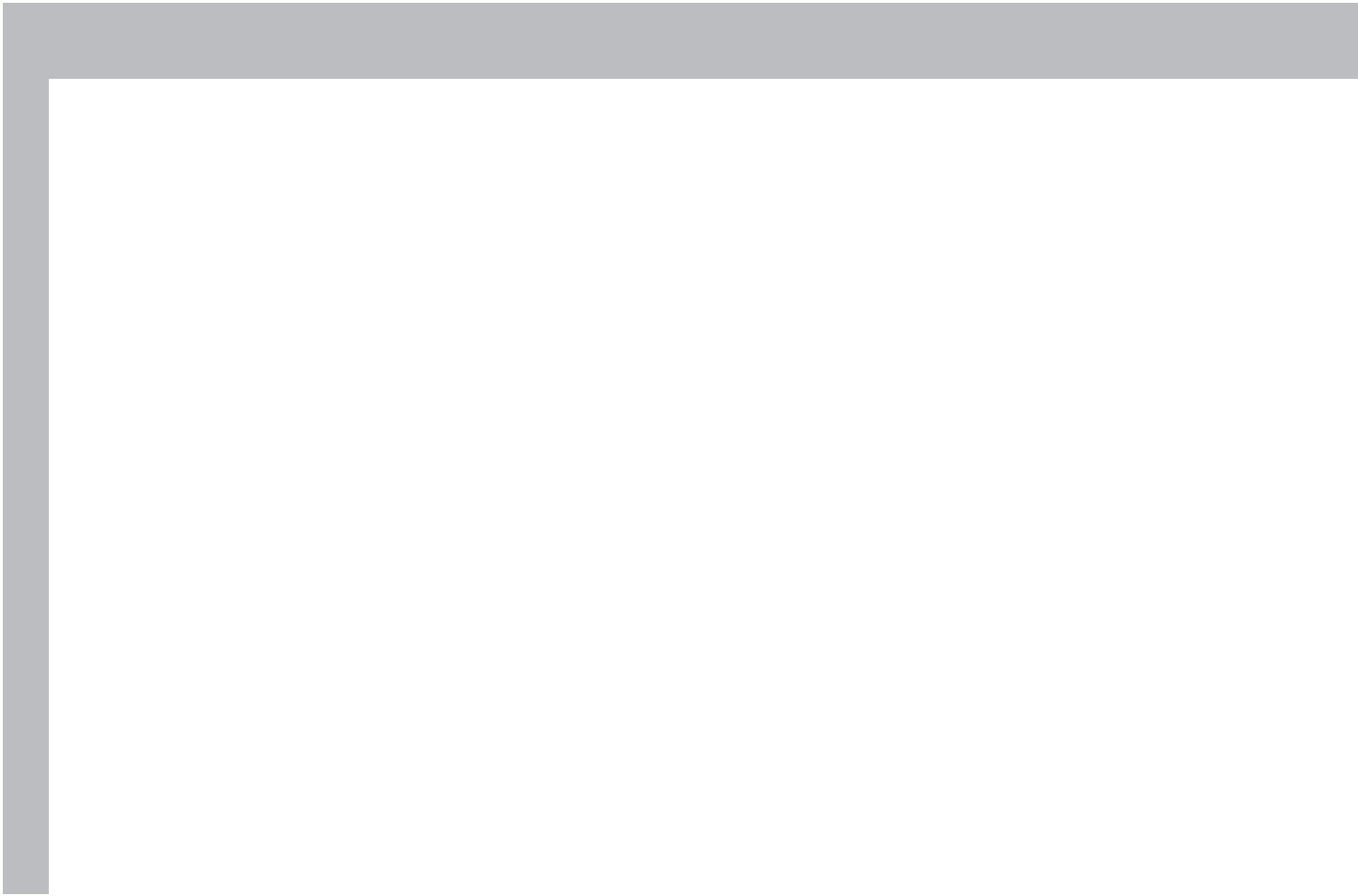
1. Nunca 2. Casi nunca 3. Algunas veces 4. Bastantes veces 5. Casi siempre 6. Siempre	1	2	3	4	5	6
16. ¿Con qué frecuencia sientes rechazo hacia alguna parte de tu cuerpo que no te gusta (trasero, muslo, vientre, etc)?						
17. ¿Con qué frecuencia dejas de hacer cosas porque te sientes gordo/a?						
18. ¿Con qué frecuencia piensas que los/ las hombres/mujeres de tu edad parecen estar más gordos/as que tú?						
19. ¿Con qué frecuencia dedicas tiempo en pensar cómo mejorar tu imagen?						
20. ¿Con qué frecuencia crees que si tu aspecto físico no mejora, tendrás problemas en el futuro para relacionarte?						
21. ¿Con qué frecuencia te sientes muy bien al probarte ropa antes de comprarla (sobre todo pantalones)?						
22. ¿Con qué frecuencia te pesas en tu casa?						
23. ¿Con qué frecuencia piensas que la ropa de hoy día no está hecha para gente con el cuerpo como el tuyo?						
24. ¿Con qué frecuencia has llegado a sentir envidia del cuerpo de modelos o artistas famosas?						

1. Nunca	2. Casi nunca	3. Algunas veces	4. Bastantes veces	5. Casi siempre	6. Siempre	1	2	3	4	5	6
25. ¿Con qué frecuencia evitas salir en fotos en las que se vea todo el cuerpo?											
26. ¿Con qué frecuencia piensas que los demás ven tu cuerpo diferente de cómo tú lo ves?											
27. ¿Con qué frecuencia te sientes delgada?											
28. ¿Con qué frecuencia te has sentido mal porque los demás han visto tu cuerpo desnudo o en bañador (vestuarios, playa, piscina, etc.)?											
29. ¿Con qué frecuencia te sientes satisfecha con tu aspecto físico?											
30. ¿Con qué frecuencia te has sentido inferior a los demás por culpa de tu físico?											
31. ¿Con qué frecuencia cuando te ves todo el cuerpo en el espejo, no te gusta?											
32. ¿Con qué frecuencia sientes que te gustaría estar más gorda?											

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL -GARDNER-

Población diana: Población general femenina entre 13 y 35 años. Se trata de un cuestionario de 11 siluetas autoadministrado y heteroadministrado por un clínico con experiencia en este campo. La silueta central obtiene el valor 0, mientras que las siluetas situadas a su izquierda tienen puntuaciones negativas (de -1 a -6) y las situadas a su derecha obtienen puntuaciones positivas (de 1 a 6). La paciente señala con una "P" la silueta que representa la percepción actual de su imagen corporal y con una "D" la silueta que desearía tener. El entrevistador señala con una "R" su estimación de la imagen corporal real del paciente. La diferencia entre la imagen corporal percibida y la deseada se considera el Índice de Insatisfacción de la imagen corporal, y la diferencia entre la imagen percibida y la real se considera el Índice de Distorsión de la imagen corporal. No se han establecido puntos de corte.





CUESTIONARIO MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

Población diana: Población general. Es una escala heteroadministrada mediante entrevista. Este instrumento consta de 10 ítems relativos a 10 síntomas depresivos distintos. Cada ítem se puntúa con una escala tipo Likert (0: ausencia del síntoma - 6: máximo nivel de gravedad del síntoma. La puntuación total se obtiene de la suma de todos los ítems. Se considera que una puntuación inferior a 10 puntos indica la ausencia del trastorno depresivo.

CUESTIONARIO MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

1. Tristeza observada

Representa el abatimiento, la melancolía y la desesperación (algo más que una simple tristeza normal y pasajera) que se refleja en la manera de hablar, la expresión facial y la postura. Evalúe el grado de incapacidad para animarse.

- 0. Sin tristeza
- 1.
- 2. Parece decaído pero se anima sin dificultad
- 3.
- 4. Parece decaído la mayor parte del tiempo
- 5.
- 6. Parece siempre desgraciado
Extremadamente abatido.

2. Tristeza declarada por el paciente.

Representa un estado de ánimo depresivo que se siente, sin tener en cuenta si se refleja en la apariencia o no. Incluye tristeza, abatimiento o el sentimiento de que no hay esperanza y nada ni nadie puede ayudarle. Evalúe de acuerdo con la intensidad, la duración y la medida en que el estado de ánimo se ve influido por los acontecimientos.

- 0. Tristeza esporádica según las circunstancias.
- 1.
- 2. Triste o decaído/a pero se anima sin dificultad
- 3.

4. Sentimientos generalizados de tristeza o melancolía. El estado de ánimo todavía se ve influido por circunstancias externas

5.

6. Abatimiento, desdicha o tristeza continuada o invariable

3. Tensión interna

Representa sentimientos de malestar mal definidos, irritabilidad, confusión interna y tensión mental hasta llegar al pánico, terror o angustia. Evalúe de acuerdo con la intensidad, frecuencia, duración y la medida en que se busca consuelo.

0. Apacible. Sólo tensión interna pasajera.

1.

2. Sentimientos ocasionales de nerviosismo y malestar indefinido.

3.

4. Sentimientos continuados de tensión interna o pánico intermitente que el sujeto sólo puede dominar con alguna dificultad.

5.

6. Terror o angustia tenaz. Pánico irresistible.

4. Sueño reducido.

Representa la reducción de la duración o profundidad del sueño comparada con las pautas normales del sujeto cuando se encuentra bien.

0. Duerme como siempre.

1.

2. Ligera dificultad para dormirse o sueño ligeramente reducido, sueño ligero o perturbado.

3.

4. Sueño reducido o interrumpido durante al menos 2 horas

5.

6. Menos de 2 ó 3 horas de sueño

5. Apetito reducido

Representa la sensación de pérdida de apetito comparada con el que tiene cuando se encuentra bien. Evalúe según la pérdida del deseo por la comida o la necesidad de forzarse a sí mismo para comer.

- 0. Apetito normal o aumentado.
- 1.
- 2. Apetito ligeramente reducido
- 3.
- 4. Sin apetito. La comida es insípida.
- 5.
- 6. Necesita persuasión para comer algo.

6. Dificultades para concentrarse

Representa las dificultades para centrar los pensamientos en algo hasta llegar a la falta de concentración incapacitante. Evalúe según la intensidad, frecuencia y grado de incapacidad resultante.

- 0. Ninguna dificultad para concentrarse.
- 1.
- 2. Dificultades ocasionales para centrar los pensamientos.
- 3.
- 4. Dificultades para concentrarse y seguir una idea que reduce la capacidad de leer o mantener una conversación.
- 5.
- 6. Incapaz de leer o mantener una conversación si no es con gran dificultad.

7. Lasitud.

Representa la dificultad para empezar algo o la lentitud para iniciar y realizar las actividades diarias.

- 0. Casi sin dificultad para empezar algo. Sin apatía.
- 1.
- 2. Dificultades para empezar actividades.
- 3.
- 4. Dificultades para empezar actividades rutinarias sencillas que se llevan a cabo con esfuerzo.
- 5.
- 6. Lasitud total. Incapaz de hacer nada sin ayuda.

8. Incapacidad para sentir.

Representa la experiencia subjetiva de un menor interés por el entorno o por actividades que habitualmente dan placer. La capacidad para reaccionar con la emoción adecuada a las circunstancias o personas se ve reducida.

- 0. Interés normal por el entorno y por otras personas.
- 1.
- 2. Menor capacidad para disfrutar de las cosas que normalmente le interesan.
- 3.
- 4. Pérdida de interés por el entorno. Pérdida de sentimientos respecto a los amigos conocidos.
- 5.
- 6. La experiencia de estar emocionalmente paralizado, incapacidad para sentir enfado, pena o placer y una total o incluso dolorosa falta de sentimientos hacia los parientes próximos y amigos.

9. Pensamientos pesimistas.

Representa los pensamientos de culpabilidad, inferioridad, autorreproche, pecado, remordimiento y ruina.

- 0. Sin pensamientos pesimistas
- 1.
- 2. Ideas variables de fracaso, autorreproche o autodesprecio.
- 3.
- 4. Autoacusaciones persistentes o ideas definidas, pero aún racionales, de culpabilidad o pecado. Cada vez más pesimistas respecto al futuro.

- 5.
- 6. Alucinaciones de ruina, remordimiento o pecado irredimible. Autoacusaciones que son absurdas o inquebrantables.

10. Pensamientos suicidas.

Representa el sentimiento de que no vale la pena vivir, que desearía que le llegara una muerte natural, pensamientos suicidas y preparativos para el suicidio. Los intentos de suicidio en sí no deberán influir en la evaluación.

- 0. Disfruta de la vida o la acepta tal como viene.
- 1.
- 2. Cansado de vivir. Sólo pensamientos suicidas pasajeros.
- 3.
- 4. Probablemente estaría mejor muerto. Los Pensamientos suicidas son habituales y se considera el suicidio como una posible solución, pero sin ninguna intención o plan específico.
- 5.
- 6. Planes explícitos de suicidio cuando se presente una oportunidad. Preparativos activos para el suicidio.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL - CDI-

Población diana: Población infantil de 7-17 años. Se trata de un cuestionario autoadministrado. Cada ítem responde a una escala tipo Likert donde 0 indica "normalidad", 1 indica "cierta intensidad" y 2 indica la "presencia inequívoca" de un síntoma depresivo. Cuanto mayor es la puntuación, también lo es la intensidad de sintomatología depresiva.

Las respuestas 1, 3, 4, 6, 9, 12, 14, 17, 19, 20, 22, 23, 26, 27 puntúan 0, 1 y 2; mientras que las restantes puntúan 2, 1 y 0.

El punto de corte recomendado para su uso como instrumento de screening se sitúa en 19 puntos, mientras que en un caso clínico el punto de corte se posiciona en 12 puntos.

INVENTARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL - CDI -

Nombre y apellidos _____

Edad _____ años _____ meses. Sexo _____ Curso escolar _____

Fecha de aplicación _____ a _____ de _____ de _____

Puntuación: _____

1. Estoy triste de vez en cuando.
 Estoy triste muchas veces.
 Estoy triste siempre.
2. Nunca me saldrá nada bien
 No estoy seguro de si las cosas me saldrán bien.
 Las cosas me saldrán bien
3. Hago bien la mayoría de las cosas.
 Hago mal muchas cosas
 Todo lo hago mal
4. Me divierten muchas cosas
 Me divierten algunas cosas
 Nada me divierte
5. Soy malo siempre
 Soy malo muchas veces
 Soy malo algunas veces
6. A veces pienso que me pueden ocurrir cosas malas.
 Me preocupa que me ocurran cosas malas.
 Estoy seguro de que me van a ocurrir cosas terribles
7. Me odio
 No me gusta como soy
 Me gusta como soy
8. Todas las cosas malas son culpa mía.
 Muchas cosas malas son culpa mía.
 Generalmente no tengo la culpa de que ocurran cosas malas.
9. No pienso en matarme
 Pienso en matarme pero no lo haría
 Quiero matarme.
10. Tengo ganas de llorar todos los días
 Tengo ganas de llorar muchos días
 Tengo ganas de llorar de cuando en cuando.
11. Las cosas me preocupan siempre
 Las cosas me preocupan muchas veces.
 Las cosas me preocupan de cuando en cuando.
12. Me gusta estar con la gente
 Muy a menudo no me gusta estar con la gente
 No quiero en absoluto estar con la gente.

AUTOPERCEPCIÓN
AUTOCONCEPTO

13. No puedo decidirme
 Me cuesta decidirme
 Me decido fácilmente
14. Tengo buen aspecto
 Hay algunas cosas de mi aspecto que no me gustan.
 Soy feo.
15. Siempre me cuesta ponerme a hacer los deberes
 Muchas veces me cuesta ponerme a hacer los deberes
 No me cuesta ponerme a hacer los deberes
16. Todas las noches me cuesta dormirme
 Muchas noches me cuesta dormirme.
 Duermo muy bien
17. Estoy cansado de cuando en cuando
 Estoy cansado muchos días
 Estoy cansado siempre
18. La mayoría de los días no tengo ganas de comer
 Muchos días no tengo ganas de comer
 Como muy bien
19. No me preocupa el dolor ni la enfermedad.
 Muchas veces me preocupa el dolor y la enfermedad
 Siempre me preocupa el dolor y la enfermedad
20. Nunca me siento solo.
 Me siento solo muchas veces
 Me siento solo siempre
21. Nunca me divierto en el colegio
 Me divierto en el colegio sólo de vez en cuando.
 Me divierto en el colegio muchas veces.
23. Mi trabajo en el colegio es bueno.
 Mi trabajo en el colegio no es tan bueno como antes.
 Llevo muy mal las asignaturas que antes llevaba bien.
24. Nunca podré ser tan bueno como otros niños.
 Si quiero puedo ser tan bueno como otros niños.
 Soy tan bueno como otros niños.

25. Nadie me quiere
 No estoy seguro de que alguien me quiera
 Estoy seguro de que alguien me quiere.

26. Generalmente hago lo que me dicen.
 Muchas veces no hago lo que me dicen.
 Nunca hago lo que me dicen

27. Me llevo bien con la gente
 Me peleo muchas veces.
 Me peleo siempre.

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

Población diana: Población general, antisocial y trastorno límite de la personalidad. Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO. En los ítems positivos (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20), cada respuesta afirmativa puntúa 1, mientras que en los ítems negativos (El resto) la respuesta negativa puntúa 1. El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems. El punto de corte propuesto son 6 puntos.

INSTRUCCIONES: Las siguientes preguntas tratan sobre cosas que Vd. ha sentido o hecho. Por favor conteste cada pregunta simplemente con un "SÍ" o "NO".

1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonar todo?
9. ¿Está deprimido/a ahora?
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?

SÍ

NO

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Población diana: Población con trastorno psicótico de inicio. Útil para identificar personas con trastorno psicótico con riesgo suicida. Se trata de una escala autoadministrada de respuestas dicotómicas. Se puntúa 1 las repuestas "Verdadero" de los ítems (2, 4, 7, 9, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 20) y el resto de las respuestas "Falso". El punto de corte más adecuado se sitúa en 8, una puntuación igual o superior indica un grado de desesperanza alto.

- | | | |
|---|---|---|
| 1. Espero el futuro con esperanza y entusiasmo | V | F |
| 2. Puedo darme por vencido, renunciar, ya que no puedo hacer mejor las cosas por mí mismo | V | F |
| 3. Cuando las cosas van mal me alivia saber que las cosas no pueden permanecer tiempo así | V | F |
| 4. No puedo imaginar como será mi vida dentro de 10 años | V | F |
| 5. Tengo bastante tiempo para llevar a cabo las cosas que quisiera poder hacer | V | F |
| 6. En el futuro, espero conseguir lo que me pueda interesar | V | F |
| 7. Mi futuro me parece oscuro | V | F |
| 8. Espero más cosas buenas de la vida que lo que la gente suele conseguir por término medio | V | F |

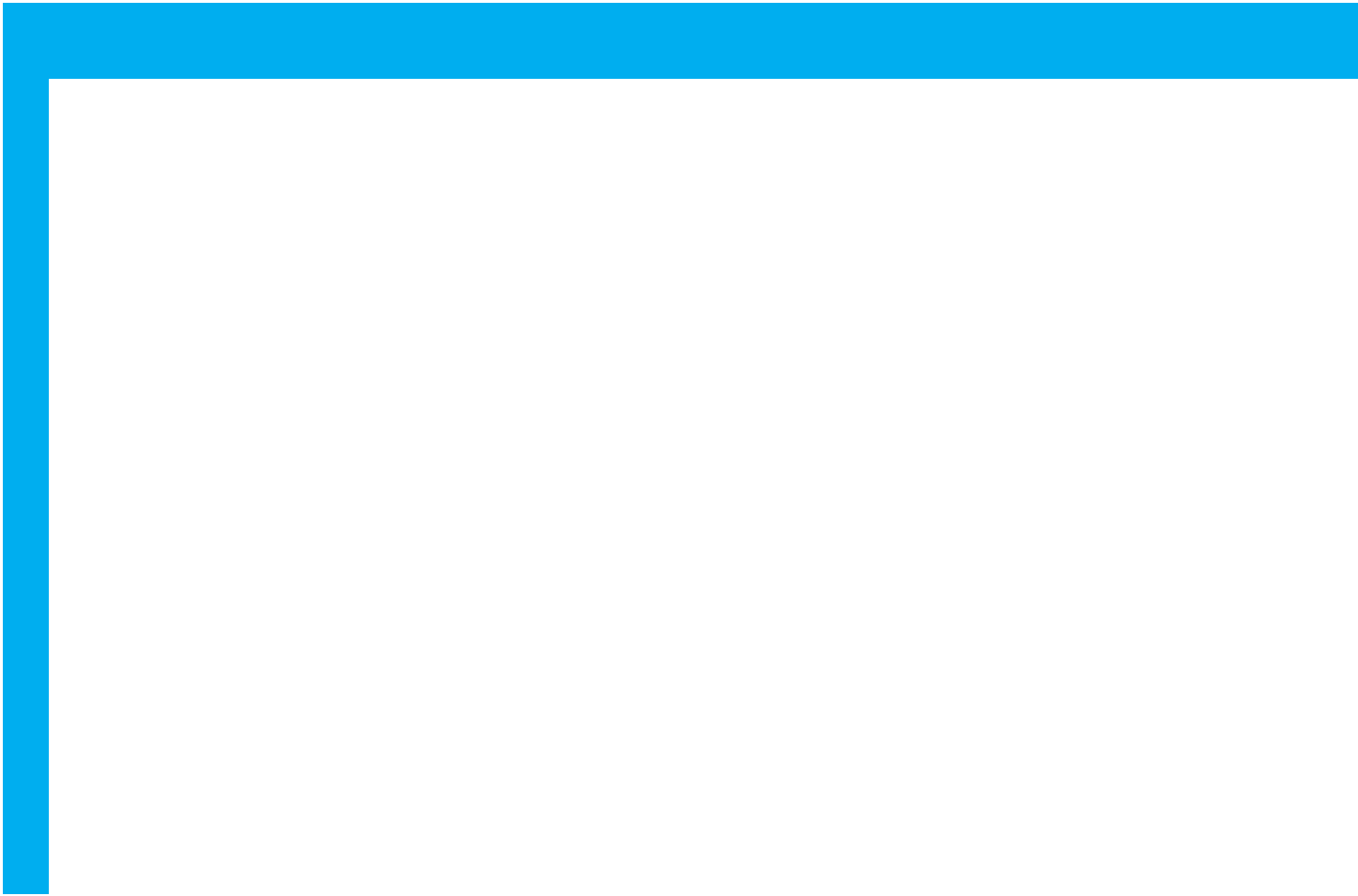
9. No logro hacer que las cosas cambien, y no existen razones para creer que pueda en el futuro	V	F
10. Mis pasadas experiencias me han preparado bien para mi futuro	V	F
11. Todo lo que puedo ver por delante de mí es más desagradable que agradable	V	F
12. No espero conseguir lo que realmente deseo	V	F
13. Cuando miro hacia el futuro, espero que seré más feliz de lo que soy ahora	V	F
14. Las cosas no marchan como yo quisiera	V	F
15. Tengo una gran confianza en el futuro	V	F
16. Nunca consigo lo que deseo, por lo que es absurdo desear cualquier cosa	V	F
17. Es muy improbable que pueda lograr una satisfacción real en el futuro	V	F
18. El futuro me parece vago e incierto	V	F
19. Espero más bien épocas buenas que malas.	V	F

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿ Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema ?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿ Siente que su familia le quiere ?	0	1	2

Los individuos se clasifican en:

- normofuncionales de 7 - 10 puntos
- disfuncionales de 0 - 6
- graves de 0 - 2
- leves de 3 - 6



APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO DUKE-UNC -

En la siguiente lista se muestran algunas cosas que otras personas hacen por nosotros o nos proporcionan. Elija para cada una la respuesta que mejor refleje su situación, según los siguientes criterios:

- 1: mucho menos de lo que deseo
- 2: menos de lo que deseo
- 3: ni mucho ni poco
- 4: casi como deseo
- 5: tanto como deseo

- 1.- Recibo visitas de mis amigos y familiares
- 2.- Recibo ayuda en asuntos relacionados con mi casa
- 3.- Recibo elogios y reconocimientos cuando hago bien mi trabajo
- 4.- Cuento con personas que se preocupan de lo que me sucede
- 5.- Recibo amor y afecto
- 6.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas en el trabajo o en la casa
- 7.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas personales y familiares
- 8.- Tengo la posibilidad de hablar con alguien de mis problemas económicos
- 9.- Recibo invitaciones para distraerme y salir con otras personas
- 10.- Recibo consejos útiles cuando me ocurre algún acontecimiento importante en mi vida
- 11.- Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama

La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. Cuanta menor puntuación, menor apoyo. En la validación española se optó por un punto de corte en el percentil 15, que corresponde a una puntuación < 32 , para dividir a los sujetos en dos grupos (apoyo normal o bajo).

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL
HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSSETS -MGH-

Población diana: Varón con trastorno psiquiátrico. Se trata de una escala autoadministrada de 5 ítems que explora 5 áreas de funcionamiento sexual: Interés, excitación, orgasmo, erección y satisfacción global. Cada ítem se valora mediante una escala de 6 posibles respuestas, desde mayor funcionamiento de lo normal a ausencia total, que puntúan entre 1 y 6. El punto de corte para cada pregunta se sitúa en 2, donde ≤ 2 es normal y >2 es disfuncional. Cada área de funcionamiento sexual se evalúa por separado. El intervalo de tiempo que se explora corresponde al último mes.

Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachussets -MGH-

Por favor, responda todas las preguntas marcando la respuesta correcta o la respuesta que le parece a usted más adecuada en su caso (Considere como "normal" el periodo de su vida, cuando estuvo más satisfecho con su funcionamiento sexual).

A: Más de lo normal

B: Normal

C: Mínimamente disminuido

D: Moderadamente disminuido

E: Marcadamente disminuido

F: Totalmente ausente

1. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

2. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir estimulación o excitación sexual en el último mes?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

3. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir el orgasmo en el último mes?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

4. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

5. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual en general en el último mes?

1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Población diana: Población general. Se trata de una escala heteroadministrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento

QUESTIONARIO HAMILTON ANXIETY RATING SCALE (HARS)

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda, según su experiencia. Las definiciones que siguen al enunciado del ítem son ejemplos que sirven de guía. Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente. Todos los ítems deben ser puntuados.

Síntomas de los estados de ansiedad

	Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1. Estado de ánimo ansioso. Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2. Tensión. Sensación de tensión, imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3. Temores. A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4. Insomnio. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5. Intelectual (cognitivo) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4

ADAPTACIÓN
TOLERANCIA AL ESTRÉS

6. Estado de ánimo deprimido. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7. Síntomas somáticos generales (musculares) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular, contracciones musculares, sacudidas clónicas, crujir de dientes, voz temblorosa.	0	1	2	3	4
8. Síntomas somáticos generales (sensoriales) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9. Síntomas cardiovasculares. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4
10. Síntomas respiratorios. Opresión o constricción en el pecho, sensación de ahogo, suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11. Síntomas gastrointestinales. Dificultad para tragar, gases, dispepsia: dolor antes y después de comer, sensación de ardor, sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborismos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4

12. Síntomas genitourinarios. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia, aparición de la frigidez, eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13. Síntomas autónomos. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14. Comportamiento en la entrevista (general y fisiológico) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 resp./min, sacudidas enérgicas de tendones, temblor, pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG -GHQ28-

Goldberg DP. The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire. London. Oxford University Press. 1972.

Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine* 1979;9:139-145.

Goodchild ME, Duncan-Jones P. Chronicity and the General Health Questionnaire. *British Journal of Psychiatry* 1985;146:55-61.

Lobo A, Pérez-Echeverría MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine* 1986;16:135-140.

Muñoz PE, Vázquez-Barquero JL, Rodríguez F, Pastrana E, Varo J. Adaptación española del General Health Questionnaire (GHQ) de D.P. Goldberg. *Archivos de Neurobiología* 1979;42:139-158.

DETECCION CONSUMO ALCOHOL - CUESTIONARIO CAGE CAMUFLADO -

Mayfield D McLeod G Hall P. The CAGE questionnaire: validation of a new alcoholism screening instrument. *Am J Psychiatry* 1974 oct; 131(10):1121-3

Ewing JA Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 1984; 252: 1905-1907

Rodríguez-Martos A, Navarro RM, Vecino C Pérez R Validación de los cuestionarios KFA (CBA) y CAGE para el diagnóstico del alcoholismo. *Drogaalcohol* 1986; 11:132-39

DíezS Martín JM Altisent R Aznar P Cebrián C Imaz FJ Castillo M. Cuestionarios breves para la detección precoz de alcoholismo en atención primaria. *Aten Primaria* 1991 may; 8(5):367-70

RIESGO NUTRICIONAL -CUESTIONARIO "CONOZCA SU SALUD NUTRICIONAL"-

Dwyer JT Screening older american's nutritional health: current practices and future possibilities. Washington: Nutrition Screening Initiative, 1991

Posner BM, Jette Am, Smith KW, Miller DR. Nutrition and health risks in the elderly: the nutrition screening initiative. Am J Public Health 1993 jul;83(7):972-8

Vickery CE, Camasso AE, Cotugna N. Nutrition screening practices in adult day care centers: a national survey. J Nutr Elder 1993;12(4):43-53

Vergeles-Blanca J.M., Arroyo-Fernández de Aguilar J., Buitrago F. Valoración de la malnutrición en el anciano. FMC-Aten. Primaria 1998 Ene;1(5):27-36

AUTONOMÍA PARA LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA - INDICE DE BARTHEL -

Mahoney FI, Wood OH, Barthel DW. Rehabilitation of chronically ill patients: the influence of complications on the final goal. South Med J 1958; 51: 605-609

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index. Md Med J 1965; 14: 61-65

Granger CV, Dewis LS, Peters NC, Sherwood CC, Barrett JE. Stroke rehabilitation: analysis of repeated Barthel Index measures. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 14-17

Granger CV, Albrecht GL, Hamilton BB. Outcome of comprehensive medical rehabilitation: measurement by PULSES Profile and the Barthel Index. Arch Phys Med Rehabil 1979; 60: 145-154

BIBLIOGRAFÍA

Shah S, Vanclay F, Cooper B. Improving the sensitivity of the Barthel Index for stroke rehabilitation. *J Clin Epidemiol* 1989; 42: 703-709

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

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA - ESCALA DE LAWTON Y BRODY-

Lawton MP, Brody EM Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities daily living. *Gerontologist.* 1969 Autumn; 9(3):179-86

ESCALA SOBRE EL PERFIL DE HABILIDADES DE LA VIDA COTIDIANA -LIFE SKILL PROFILE "LSP"-

Rosen A, Hadzi-Pavlovic D & Parker G. The Life Skills Profile: a measure assessing functional and disability in Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin.* 15: 325-337.

Bulbena Vilarrasa A, Fernández de Larrinoa Palacios P & Dominguez Panchón AI. Adaptación castellana de la Escala LSP (Life Skills Profile) Perfil de Habilidades de la Vida Cotidiana. *Actas Luso - Españolas de Neurología y Psiquiatría.* 1992. 20(2): 51-60.

CUESTIONARIO DE OVIEDO DEL SUEÑO

Bobes García J, González G.-Portilla MP, Saíz Martínez PA, Bascarán Fernández MT, Iglesias Álvarez C, Fernández Domínguez JM. Propiedades psicométricas del cuestionario Oviedo de sueño. *Psicothema* 2000;12(1):107-112.

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO MEC

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Mental State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res* 1975; 12 (3):189-98.

Lobo A, Ezquerro J. El "Mini Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría* 1979; 3:189:202.

Lobo A, Ezquerro J. El "Mini Examen Cognoscitivo": un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes psiquiátricos. *Rev Psiq Psicol Med* 1980; 539-57.

Lobo A, Saz P, Marcos G, Día JL, De la Cámara C, Ventura T et al. Revalidación y normalización del Min-Examen-Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Med Clin* 1999; 112: 767-774.

CUESTIONARIO PARA CRIBADO DE ANOREXIA Y BULIMIA -SCOFF-

García Campayo J, Sanz-Carrillo C, Ibañez JA, Lou S & Solano V. Validation of the Spanish version of the SCOFF Questionnaire for the detection of eating disorders in primary care. 2002. (Pendiente de publicación)

Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *BMJ*, 1999; 319: 1467-8.

CUESTIONARIO DE ACTITUDES ANTE LA ALIMENTACIÓN -EAT-

Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med* 1979; 9(22): 273-9.

Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine* 1982; 12: 871-8.

Castro J, Toro J, Salameo M, Guimera E. The Eating Attitudes Test: Validation of the Spanish version. *Psychological Assessment* 1991; 7(2): 175-90.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE INSATISFACCIÓN CORPORAL EN ADOLESCENTES (EEICA)

Ignacio Baile J, Guillén Grima F & Garrido Landívar E. Desarrollo y validación de una escala de insatisfacción corporal para adolescentes. *Medicina Clínica*, 2003; 121: 173-177.

ESCALA DE EVALUACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL -GARDNER-

Gardner RM, Stark K, Jackson N, Friedman BN. Development and validation of two new scales for assessment of body-image. *Percept Mot Skills*. 1999. 87: 981-93.

Rodríguez Campayo MA, Beato Fernández L, Rodríguez Cano T, Martínez-Sánchez F. Adaptación española de la escala de evaluación de la imagen corporal de Gardner en pacientes con trastornos de la conducta alimentaria. *Actas Esp Psiquiatr*. 2003; 31(2): 59-64.

CUESTIONARIO MONTGOMERY-ASBERG DEPRESSION RATING SCALE

Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatr* 1979.134:382-9.

Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la Montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9.

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN INFANTIL - CDI-

Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). *Psychopharmacology Bulletin*. 1985. 21:995-8.
Kovacs M. *Children's Depression Inventory (CDI) Manual*. 1992. Toronto: Multi Health Systems, Inc.

Del Barrio V, Moreno-Rosset C & López-Martínez R. El "Children's Depression Inventory (CDI; Kovacs, 1992). Su aplicación en la población española. *Clínica y Salud*. 1999.10(3): 393-416.

ESCALA DE RIESGO SUICIDA DE PLUTCHICK

- Plutchick R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Comprehensive Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.

Rubio G, Montero I, Jáuregui J, Villanueva R, Casado MA, Marín JJ, Santo-Domingo J. Validación de la escala de riesgo suicida de Plutchik en población española. *Arch Neurobiol* 1998; 61(2): 143-52.

ESCALA DE DESESPERANZA DE BECK

Beck AT, Weissman A, Lester D, Trexler L. The measurement of pessimism: The hopelessness Scale. *Consult J Clin Psychol.* 1974, 42(6): 861-865.

Estudio prospectivo de la desesperanza en pacientes psicóticos de inicio: características psicométricas de la escala de desesperanza de Beck en este grupo. *Anales de psiquiatría.* 1995; 11(4): 121-125.

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract* 1978; 6: 1231-9.

Smilkstein G, Ashworth C, Montano D. Validity and reliability of the Family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract* 1982; 15: 303-11.

Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996;18 (6): 289-295.

APOYO SOCIAL PERCIBIDO O FUNCIONAL - CUESTIONARIO DUKE-UNC -

Broadhead WE, Gehlbach SH, Degruy FV, Kaplan BH. The Duke-UNC functional social support questionnaire: measurement of social support in family medicine patients. Med Care 1988; 26: 709-23.

De la Revilla L, Bailón E, Luna J, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. Aten Primaria, 1991; 8: 688-92.

Bellón JA, Delgado A, Luna J, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de apoyo social funcional Duke-UNC-11. Aten Primaria, 1996; 18: 153-63.

CUESTIONARIO DE FUNCIONAMIENTO SEXUAL DEL HOSPITAL GENERAL DE MASSACHUSETTS -MGH-

Labbate LA, Lare SB. Sexual Dysfunction in Male Psychiatric Outpatients: Validity of the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire. Psychother Psychosom 2001;70:221-225.

Validación en población española en proceso.

■ ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Hamilton, M. The assessment of anxiety states by rating. *Brit J Med Psychol* 1959; 32:50-55.

Hamilton MC. Diagnosis and rating of anxiety. *Br j Psychiatry*. 1969; 3: 76 - 79.

Lobo A, Camorro L, Luque A et al. Validación de las versiones en español de la montgomery Anxiety Rating Scale para la evaluación de la depresión y de la ansiedad. *Medicina clínica* 2002. 118(13): 493-9.

PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

- ◆ Cuestionario de salud general de Goldberg -GHQ28-
- ◆ Deteccion consumo alcohol - Cuestionario Cage camuflado -

NUTRICIONAL - METABÓLICO

- ◆ Riesgo nutricional -Cuestionario "Conozca su salud nutricional"-

ACTIVIDAD - EJERCICIO

- ◆ Autonomía para las actividades de la vida diaria - Índice de Barthel -
- ◆ Actividades instrumental de la vida diaria - Escala de Lawton y Brody-
- ◆ Escala sobre el perfil de habilidades de la vida cotidiana -Life Skill Profile "LSP"-

SUEÑO - DESCANSO

- ◆ Cuestionario de Oviedo del sueño

COGNITIVO - PERCEPTUAL

- ◆ Mini Examen Cognoscitivo -MEC-

AUTOPERCEPCIÓN - AUTOCONCEPTO

- ◆ Cuestionario para cribado de anorexia y bulimia -SCOFF-
- ◆ Cuestionario de actitudes ante la alimentación -EAT-
- ◆ Escala de evaluación de insatisfacción corporal en adolescentes -EEICA-
- ◆ Escala de evaluación de la imagen corporal -Gardner-
- ◆ Cuestionario Montgomery-Asberg depression rating scale
- ◆ Cuestionario de depresión infantil -CDI-
- ◆ Escala de riesgo suicida de Plutchick
- ◆ Escala de desesperanza de Beck

ROL - RELACIONES

- ◆ Percepción de la función familiar - cuestionario apgar familiar-
- ◆ Apoyo social percibido o funcional - cuestionario duke-unc -

SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

- ◆ Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachussets -MGH-

ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

- ◆ Escala de ansiedad de Hamilton



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Andalucía en familia
Apoyo a las **familias andaluzas**