



Inicio: [Guías Médicas.](#)

Guías Médicas

CUIDADOS PALIATIVOS EN EL ANCIANO

Autores:

E. López Álvarez - Geriatra. CHU Juan Canalejo-Oza (A Coruña)
JA Avellana Zaragoza - Geriatra. Hospital de La Ribera (Alcira- Valencia)

1. Introducción.
2. Cuidados paliativos en pacientes ancianos.
3. Adopción de medidas.
4. Objetivo de cuidados.
5. Bibliografía.
6. Anexos.

1. INTRODUCCIÓN

En el último siglo, en la sociedad en la que nos encontramos, las mejoras en las condiciones socioeconómicas, unido a los avances en las tecnologías, incluyendo los ocurridos en el campo de la sanidad, tanto en el ámbito preventivo de salud pública como nivel de diagnóstico y terapéutico, han traído aparejado un cambio a escala demográfica, con una baja tasa de natalidad y de mortalidad, conllevando una prolongación de la edad de los individuos y condicionando un aumento proporcional de los individuos de mayor edad; es decir un envejecimiento poblacional.

También ha ocurrido un cambio a nivel epidemiológico, con una variación en la incidencia y prevalencia de las causas de enfermedad y mortalidad; que evoluciona desde las enfermedades de etiología infecciosas a enfermedades de curso crónico, más dependientes de la edad, no sólo estarán presentes enfermedades de etapas etáreas anteriores sino las complicaciones de éstas.

La aproximación a estos cambios plantea la necesidad de separar lo que es enfermedad de envejecimiento.

Envejecimiento

Una de las características básicas de los seres vivos es su disposición para adecuarse a un entorno en constante transformación (Adaptación). El envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, ni de cuidados paliativos, sino que significa disminución de la capacidad del organismo de adaptarse a situaciones de estrés.

Esto conlleva que ante la enfermedad la respuesta sea distinta y por tanto que las manifestaciones que presenta no sean con frecuencia las esperadas en la población más joven, lo que dificulta su abordaje. A esto hay que unir el hecho de que se atribuyan manifestaciones patológicas al envejecimiento y se asuman como normales "para la edad" sin serlo. Lo frecuente es distinto de la normalidad y es importante diferenciarlo.

Además la comorbilidad es algo frecuente, con lo que los síntomas pueden solaparse en cuanto a las causas que los provocan, creando mayor incertidumbre y por otro lado provocan un mayor uso de medios diagnósticos y terapéuticos, con la posibilidad aumentada de iatrogenia.

Otra de las características diferenciales de la enfermedad en el anciano frente a edades más jóvenes, es su tendencia a provocar incapacidad.

La edad cronológica es un discriminante sensible de mortalidad, discapacidad, institucionalización y consumo de recursos entre grupos, pero es un predictor de baja fiabilidad en el individuo. En la actualidad el parámetro que es más fiable, cuantificable, transmisible y con mayor poder de discriminación entre sujetos es la función, esta se define como la capacidad personal de adaptarse a los problemas que plantea la vida diaria. Su evaluación sistemática ha demostrado ser más sensible que el tradicional juicio clínico en la detección de problemas. Ellen y cols 1987

2. CUIDADOS PALIATIVOS EN PACIENTES ANCIANOS.

Los cuidados paliativos en ancianos no difieren en su filosofía y desarrollo de lo de los pacientes más jóvenes, lo que sí hay que tener en consideración son algunas peculiaridades, en relación con las características antes referidas, a la hora del abordaje.

La OMS define de forma genérica los cuidados paliativos como el cuidado integral y activo de los pacientes cuya enfermedad no responde a tratamientos curativos.

La decisión más importante para la selección de estos enfermos es establecer la renuncia razonable al tratamiento curativo específico para la enfermedad.

Esta decisión está más establecida y aceptada para enfermos con cáncer en estadios determinados de enfermedad. Siendo más difícil en el resto de patologías. Se da la circunstancia que en el caso de los ancianos hay una mayor proporción, respecto a los grupos de edad más jóvenes, de patologías crónicas de etiología no oncológica que se encuentran en estas circunstancias.

Podríamos así dividirlos diferenciar en dos grandes grupos:

- Oncológicos: la incidencia del cáncer se incrementa con la edad (es la segunda causa de muerte en mayores de 65 años), si además unimos el retraso en la consulta, con lo que no se suele realizar un diagnóstico en fases precoces, así como el empleo de menos métodos curativos, nos encontramos en mayor proporción de pacientes en situación de cuidados paliativos.
- No oncológicos: Existen otras patologías, no oncológicas y con mayor prevalencia en ancianos, que conducen a la muerte del paciente de forma directa o por complicaciones indirectamente relacionadas con la enfermedad:
 - enfermedades neurológicas degenerativas (demencia, enfermedad de parkinson)
 - enfermedad cerebrovascular
 - neumopatías crónicas
 - cardiopatías
 - hepatopatías
 - insuficiencia renal crónica avanzada
 - inmovilismo irreversible

En estos pacientes con enfermedades no oncológicas la tendencia general es a una evolución más lenta y renunciar al tratamiento específico suele ser más difícil. El paciente y su familia no tienen habitualmente la misma percepción de gravedad que en las oncológicas. Es más difícil establecer un pronóstico, el riesgo de error es elevado. Ante ello los criterios pronósticos deben considerarse orientativos, (tabla I), más si tenemos en cuenta las características de la presentación de la enfermedad en el anciano comentadas anteriormente. Por todo ello la aproximación clásica no nos es suficiente, precisando el empleo de la Valoración Geriátrica como herramienta imprescindible para el abordaje de estos pacientes. La valoración debe llevarla a cabo un equipo multidisciplinar cuyo fin es el establecimiento y monitorización de un plan individualizado.

Tabla 1

<ul style="list-style-type: none">● Neumopatía crónica: FEV1 < 30% del valor previsto● Deterioro funcional grave no recuperable: índice de Barthel < 20, índice de Katz: F,G● Demencia estadio clínico severo● Insuficiencia cardiaca grado IV de la NYHA● Enfermedad de Parkinson: estadio V de Hoehn y Yahr● Hepatopatía crónica estadio C de Child
--

Imprimir Tabla

3. ADOPCIÓN DE MEDIDAS.

La toma de decisiones es difícil de realizar y más en este grupo de población al que nos referimos. Además debemos tener en cuenta que no existe un punto definido a partir del cual solamente realizamos cuidados paliativos; sino un continuum de cuidados, una transición evolutiva. Para facilitar este proceso se propone el análisis, utilizando la valoración geriátrica, sopesando las medidas que vamos a establecer y en función de los principios bioéticos, de:

- Situación evolutiva y progresión de la enfermedad
- Frecuencia de complicaciones
- Valoración de la crisis actual
- Actitud del enfermo ante los cuidados
- Grado de control de síntomas
- Opinión de la familia

Valoración geriátrica

Componentes de la valoración geriátrica

- Valoración clínica
- Valoración funcional

- Valoración mental
- Valoración social

Valoración clínica

Realización de la historia clínica, ésta presenta características especiales: anamnesis más difícil y larga. Debe corroborarse con el cuidador principal.

La historia contempla distintos aspectos:

- Antecedentes personales
- Historia por aparatos
- Enfermedad actual
- Fármacos (fármacos que esté tomando, dosis, modificación de dosis, aquellos que ha suspendido...)
- Exploración física
- Pruebas complementarias

Valoración funcional

Uno de los objetivos primordiales en el cuidado del anciano es prevenir la incapacidad y preservar la independencia. La salud del anciano, como mejor se mide es en términos de función (OMS, 1959)

La prevalencia de enfermedades y la pérdida funcional se incrementan con la edad, siendo responsable de la aparición de ésta última no sólo el grado de severidad de la enfermedad sino también el manejo que se realice.

La valoración debe hacerse teniendo en cuenta la situación previa, si se realiza en el momento agudo, y la actual. Debe corroborarse con el cuidador principal.

Las funciones físicas se pueden dividir en tres categorías jerárquicas, para la medición de cada una de ellas existen numerosos instrumentos, de los que citaremos algunos de los usados en nuestro medio.

Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD):

Evalúan el grado de integración en la comunidad, las relaciones sociales. No son esenciales para el mantenimiento de la independencia, pero su afectación es precoz ante cualquier deterioro.

Participación en grupos de tertulia, aficiones.....

Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD):

Representan actividades funcionales necesarias para adaptarse independientemente a su medio: Escribir, cocinar transporte, compras, lavar, teléfono, manejo de medicación o del dinero

Escalas:

- Escala del Centro Geriátrico de Filadelfia de Lawton
- Otras: PACE II, OARS (ambas la sección de AIVD)...

Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Son aquellas actividades básicas para el autocuidado: comer aseo, continencia urinaria y fecal, caminar, transferencias...

Escalas:

- Índice de Barthel
- Índice de Katz
- Escala de incapacidad física de Cruz Roja.
- Otras.

Valoración mental

Hay dos aspectos que hay que tener en cuenta: la esfera afectiva y la esfera cognitiva. La presencia de una alteración traduce una enfermedad y no debe ser justificada por el envejecimiento.

Valoraremos el estado basal o previo y la situación actual. Es, como nos hemos referido anteriormente, importante

recabar información del cuidador principal. Debemos realizar una historia adecuada incluyendo distintos aspectos: estado de ánimo, memoria, nivel de conciencia, lenguaje... Tiempo de evolución. En este caso los distintos test lo que nos aportan son apoyo para el diagnóstico.

Test:

- Test de Pfeiffer SPMSQ
- Test de Shulman
- Mini Mental State Folstein
- Test de informador
- Escala de depresión geriátrica

Valoración Social

Evalúa la relación del anciano con el medio social en que se desenvuelve, Se valora la situación del anciano y la de sus cuidadores. Se tienen en cuenta:

La actividad social del anciano. Soporte social: la red social (tamaño, frecuencia de contactos, dispersión geográfica). Tipo de apoyo formal o informal. Carga de cuidadores. Sistemas de alivio, Recursos sociales,

Escalas:

- OARS
- Family APGAR
- Otros

En conjunto cada uno de los aspectos de la valoración, como ya se ha comentado previamente nos llevan a detectar las necesidades de cada anciano y a establecer en función de ello un adecuado plan de cuidados

4. Objetivo de cuidados

El objetivo sigue siendo igual que en poblaciones jóvenes, mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de los familiares y cuidadores.

Los principales componentes que inciden sobre la calidad de vida son:

- Control de síntomas (especialmente el dolor)
- Mejoría de la situación funcional, tener en cuenta la tendencia a la incapacidad que ejercen las enfermedades en el anciano
- Mejoría de la situación afectiva
- Cuidados al entorno social (familia, cuidadores).

Para conseguirlo en los pacientes ancianos deberemos aplicar la valoración geriátrica y así establecer un plan de cuidados individualizado por parte de un equipo multidisciplinar, incluyendo no sólo al paciente sino a su entorno (familia, cuidadores), permitiendo el seguimiento y la toma de decisiones ante las distintas circunstancias que se presenten.

Síntomas:

El control de síntomas es uno de los elementos clave de los cuidados paliativos.

Síntomas más frecuentes:

- Esfera somática: dolor, disnea, anorexia, inmovilidad, estreñimiento, confusión
- Esfera emotiva: depresión, miedo, ansiedad.
- Sociales: pérdida de estatus social, cambio del papel que juega en su familiar, miedo a la dependencia

Los síntomas más frecuentes son la anorexia y astenia. El dolor, la disnea y dependencia los más importantes y temidos por el enfermo. Y la confusión y la incontinencia los más estresantes para los cuidadores.

Dolor:

Su valoración (utilización de escalas) no difiere del realizado en personas jóvenes; pero a veces es difícil realizarlo por presentarse de forma menos llamativa y/o atípicamente, como confusión, agitación. Complicándose además en pacientes con deterioro cognitivo previo, trastornos sensitivos, comorbilidad, ayudado por la autopercepción de que presentar dolor es una consecuencia del envejecimiento.

Su tratamiento tampoco difiere de los jóvenes, utilizar la dosificación necesaria así como los coadyuvantes precisos y no quedarse en infradosis. En los pacientes ancianos hay que tener una mayor vigilancia en la utilización de fentanilo y metadona, lo que no impide su utilización si son necesarios.

Síndrome confusional agudo:

Ocurre en el 85% de los pacientes con neoplasia avanzada. A veces es difícil de diferenciar, pero es una de las presentaciones habituales de enfermedad o exacerbaciones de la misma, debemos estar atentos a su presentación e intentar tratar la causa siempre que sea posible y lo más precozmente o si no lo es ajustar el tratamiento sintomático (neurolepticos). Hay que tener en cuenta que es uno de los síntomas que más perturban a los familiares.

Disnea:

Su presencia es más frecuente que en los jóvenes. Su tratamiento no difiere de ellos.

Depresión:

Muy difícil de detectar en este grupo poblacional, hay que tener en cuenta esta patología para poder diagnosticarla y no atribuirle a otras causas ni al envejecimiento la sintomatología que se presenta. El tratamiento y abordaje no difiere de la población joven.

Deterioro funcional:

Una de las grandes preocupaciones de esta población incluso más que la propia muerte. Se deben instaurar todas las medidas necesarias para disminuir la incidencia de este gran problema manteniendo siempre el grado máximo de independencia posible, adecuando nuestras actuaciones tanto diagnósticas como terapéuticas en este sentido. Hay que tener en cuenta que a la hora de producirse deterioro, no sólo influye la enfermedad sino el manejo que empleemos, por lo que debemos adecuar las actuaciones que realicemos a las características que hemos comentado de los pacientes ancianos para intentar minimizar las consecuencias negativas de nuestras intervenciones.

5. Bibliografía

1. De la Fuente C. Fundamentos demográficos y biomédicos para una atención sanitaria específica al anciano. De Rodríguez Mañas L, Solano JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001; 15-55
2. Sepulveda Moya et al Cuidados paliativos en unidades geriátricas de agudos. Rev ESP Geriatr Gerontol 1999; 34 (S2): 5-12
3. Chistrakis NA, Escarce JJ. Survival of medicare Patients after enrollement in hospice programs. N Engl J Med 1996; 335 172-8
4. Marantz et al Prognosis in isqueamic heart disease: can you tell as much as the besides as in the nucleari laboratory. Arch Intern Med 1992; 152: 2433-7.
5. Morgan S. Supportive and palliative care for patients with COPD. Nurs times. 2003 May 20-26; 99 (20): 46-7.
6. Goy E, Ganzini L. End of life care in geriatric psychiatry. Clin Geriatr Med. 2003 Nov; 19(4): 841-56,vii-viii
7. Shuster JI Jr. Palliative cares for advanced dementia. Clin Geriatr Med. 2000 May; 16(2): 373-86.
8. Ganzini L et al. Nurses´ experiences with hospice patients who refused food and fluids to hasten death. N Engl J Med. 2004 Jul 349; 4
9. Muriel R, Gillick, MD. Advance care planning. N Engl J Med. 2004 Jul 350; 1
10. Baztán JJ, Marañón E, Jiménez C. Cuidados paliativos. En SalgadoA, González Montalvo JI, Alarcón MT Fundamentos prácticos de la asistencia al anciano. Barcelona: Masson 1996.
11. Stacie T et al. Cuidados paliativos. Geriatrics Rew Syllabus. 2002; 1(3): 63-72
12. Rodríguez Mañas L, Solano JJ. Bases de la Atención Sanitaria al Anciano. Madrid: SEMEG 2001.
13. Lewis LM et al. Un recognized delirium in emergency department geriatric patients. Am j Emerg Med 195; 13:142-47
14. Reuben et al. Looking inside the black box of comprehensive geriatric assessment. A classification system for problems, recommendations and implementation strategies. J Am Geriatr Soc 1996; 44:835-8
15. Reuben DB Making hospitals better places for sick older persons. J Am Geriatr Soc 2000; 48:1728-9
16. Carbonnin P et al. Is aged an independent risk factor of adverse drug reactions in hospitalised medical patients? J Am Geriatr Soc 1991; 39:1093-99
17. Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel index. Md State Med J. 1965Feb;14:61-5.

18. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function JAMA. 1963 Sep 21;185:914-9
19. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969;9:179-186.
20. Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, Lum O, Huang V, Adey M, Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res.1982-83;17(1):37-49.
21. Pfeiffer E. Short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients J Am Geriatr Soc. 1975 Oct;23(10):433-41
22. 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 Nov;12(3):189-98.
23. Lobo A, Saz P, Marcos G, Dia JL, de la Camara C, Ventura T, Morales Asin F, Fernando Pascual L, Montanes JA, Aznar S. Revalidation and standardization of the cognition mini-exam (first Spanish version of the Mini-Mental Status Examination) in the general geriatric population Med Clin (Barc). 1999 Jun 5;112(20):767-74. Med Clin (Barc) 1999Jul10;113(5):197.

6. Anexos

Indice BARTHEL

	P	I	A		P	I	A
ALIMENTACIÓN				<p>10 Independiente: Capaz de comer solo en un tiempo razonable. Usa cubiertos. La comida puede ponerla otro.</p> <p>5 Ayuda para cortar, untar la mantequilla pero come solo</p> <p>0 Dependiente</p>	<p>10 Continente. Si precisa sonda o colector se arregla solo</p> <p>5 Incontinente ocasional máximo uno en 24h, necesita ayuda para manipulación de sondas o dispositivos</p> <p>0 Incontinente o incapacidad de manejar sonda</p>		
BAÑO				<p>5 Independiente: Baño completo, sale y entra de la ducha.</p> <p>0 Dependiente</p>	<p>10 Independiente Se limpia solo, se sienta y se levanta del retrete solo.</p> <p>5 Ayuda Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse, ponerse la ropa</p> <p>0 Dependiente</p>		
VESTIDO				<p>10 Independiente: Se viste se desnuda, se ata los zapatos. Se coloca solo el corsé</p> <p>5 Ayuda. Necesita ayuda pero al menos la mitad de las tareas las hace solo en un tiempo razonable</p> <p>0 Dependiente</p>	<p>15 Independiente No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas lo hace independiente</p> <p>10 Mínima ayuda Necesita mínima supervisión</p> <p>5 Ayuda Es capaz de sentarse pero necesita mucha ayuda para el traslado</p> <p>0 Dependiente</p>		
ASEO PERSONAL				<p>5 Independiente. Se lava las manos, la cara y los dientes. Si se afeita se pone solo el enchufe</p> <p>0 Dependiente</p>	<p>15 Independiente Camina al menos 50m independiente/ con ayudas(bastón o andador)</p> <p>10 Mínima ayuda Mínima supervisión/ayuda para 50m</p> <p>5 Independiente en silla de ruedas propulsa solo la silla de ruedas</p> <p>0 Dependiente</p>		
DEPOSICIÓN				<p>10 Continente. Si precisa enemas o</p>	<p>10 Independiente Sube y baja solo las</p>		

supositorios se arregla solo

5 Incontinente ocasión al menos de una vez por semana

0 Incontinente

escaleras

5 Ayuda para subir y bajar las escaleras

0 Dependiente

[Imprimir Tabla](#)

Test de PFEIFFER

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?

2. ¿Cuál es el día de la semana?

3. ¿Cuál es el nombre de este sitio?

4. ¿Cuál es su nº de teléfono?, si no tiene, preguntar las señas completas

5. ¿Que edad tiene?

6. ¿Dónde ha nacido?

7. ¿Cómo se llama el actual presidente del gobierno?

8. ¿Cómo se llama el anterior presidente del gobierno?

9. Dígame el primer apellido de su madre

10. Restar de 3 en 3 desde 20

[Imprimir Tabla](#)

MINIEXAMEN COGNOSCITIVO de LOBO

ORIENTACION

1. - Día Fecha Mes Estación* Año (5)

(En Marzo, Junio, Septiembre y Diciembre se dan por válidas cualquiera de las dos estaciones del mes)

2.- Lugar , Planta , Ciudad, Provincia , Nación

(en 1 y 2 señalar abreviaturas de items correctos)

MEMORIA DE FIJACION

3.- Repita estas 3 palabras: Peseta - Caballo - Manzana (3)

(repetir hasta que las aprenda y contar nº de intentos)

CONCENTRACION Y CALCULO

4.- Si tiene 30 pesetas y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántas le van quedando? (5)

(Anotar 1 punto cada vez que la diferencia de 3 sea correcta, aunque la anterior fuera incorrecta. Máx 5 p.)

5.- Repita estas tres cifras: "5-9-2" (Anotar nº de intentos)
Ahora hacia atrás (1 p. por cada cifra en orden correcto) (3)

MEMORIA (Repetición)

6.- ¿Recuerda las tres palabras que le dije antes? (3)

LENGUAJE Y CONSTRUCCION

7.- Mostrar un bolígrafo y preguntar: ¿Qué es ésto? (2)

Repetir con un reloj

8.- Repita esta frase: "En un trigal había cinco perros" (1)

9.- Una manzana y una pera son frutas ¿verdad?
¿Que son el rojo y el verde?-. ¿y un perro y un gato? (2)

10.- Coja un papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo (3)

(no repita ni ayude. Puntúe un movimiento como correcto si es realizado en el orden correcto)

11.- Lea esto y haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS (1)

12.- Escriba una frase completa (1)

(la frase debe tener un sujeto. real o implícito, y en verbo. "Ayúdeme" o "váyase" pueden aceptarse)

13.- Copie este dibujo. (1)

(cada pentágono debe tener 5 lados y 5 vértices y la intersección formar un diamante)

TOTAL:

Anotar nivel de estudios

[Imprimir Tabla](#)

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

	PUNTOS
Capacidad para usar el teléfono:	
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1

Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar No utiliza el teléfono	1 0
Hacer compras:	
Realiza todos las compras necesarias independientemente	1
Realiza independientemente pequeñas compras	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra	0
Totalmente incapaz de comprar	0
Preparación de la comida:	
Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
Cuidado de la casa:	
Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1
No participo en ninguna labor de la casa	0
Lavado de la ropa:	
Lava por sí solo todo su ropa	1
Lava por sí solo pequeños prendas	1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
Uso de medios de transporte:	
Viaja solo 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	0
Responsabilidad respecto a su medicación:	
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcto	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente	0
No es capaz de administrarse su medicación	0
Manejo de sus asuntos económicos:	
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes (compras, bancos)	1
Incapaz de manejar dinero	0
TOTAL	
Máxima dependencia: 0 puntos 8 puntos: independencia total.	

[Imprimir Tabla](#)

YASEVAGE (GDS)r

1. ¿Esta satisfecho con su vida?	SI NO
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	SI NO
3. ¿Siente que su vida esta vacía?	SI NO
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI NO
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	SI NO
6. ¿Teme que le pase algo malo?	SI NO
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	SI NO
8. ¿Se siente a menudo abandonado?	SI NO
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	SI NO
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente de su edad?	SI NO
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	SI NO
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	SI NO
13. ¿Se siente lleno de energía?	SI NO
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	SI NO
15. ¿Cree que mucha gente esta mejor que usted?	SI NO

0-5 normal

6-9 compatible con depresión leve

10-15 compatible con depresión establecida

Sumar un punto por cada respuesta marcada en negrita

[Imprimir Tabla](#)

www.secpal.com

Sociedad Española
de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

Sociedad Española
de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

Sociedad Española
de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

Sociedad Española
de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

Sociedad Española
de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

Sociedad Española
de Cuidados Paliativos

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com

www.secpal.com