

### Matriz de datos del inventarió de Beck

CASOS	Tristeza	Pesimismo	Sensación de fracaso	Insatisfacción	Culpa	Expectativas de castigo	Auto desprecíó	Autoacusación	Ideas Suicidas	Episodios De Llanto	Irritabilidad	Retirada Social	Indecisión	Cambios En La Imagen Corporal	Enlentecimiento	Insomnio	Amigabilidad	Pérdida De Apetito	Pérdida De Peso	Preocupaciones Somáticas	Bajo Nivel De Energía	Nivel de Depresión	
	Nº	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7	P8	P9	P10	P11	P12	P13	P14	P15	P16	P17	P18	P19	P20		P21
1.	2	2	2	3	0	1	0	0	1	1	0	2	1	1	1	1	1	2	0	1	1	23	Depresión Moderada
2.	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	3	11	Depresión Ligera
3.	2	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	2	2	1	0	2	14	Depresión Ligera
4.	0	3	0	1	0	1	2	3	1	3	2	1	1	0	1	1	0	1	0	0	2	23	Depresión Moderada
5.	0	2	0	0	0	0	0	1	0	3	0	0	1	2	0	0	0	0	1	2	1	13	Depresión Ligera
6.	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	1	0	3	10	Depresión Ligera
7.	0	2	1	1	0	1	0	1	0	3	0	2	2	2	2	3	2	0	1	1	3	27	Depresión Grave
8.	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	2	12	Depresión Ligera
9.	2	2	3	3	0	0	3	3	1	2	1	2	1	0	1	0	0	0	0	0	3	27	Depresión Grave
10.	1	2	0	1	0	0	0	0	0	3	0	2	1	1	2	2	1	0	0	1	1	18	Depresión Moderada

- De 0 a 9 puntos: No Depresión
- De 10 a 15 puntos: Depresión Ligera
- De 16 a 24 puntos: Depresión Moderada
- De 25 a 62 puntos: Depresión Grave.

- Matriz de los Datos obtenidos del Cuestionario Breve de La Calidad de Vida (CUBRECAVI)

casos	Salud	Integración social	Habilidades Funcionales	Actividad y Ocio	Calidad Ambiental	Satisfacción con la Vida	Educación	Ingresos	Calidad de vida	Nivel de calidad de Vida
1	40	15	30	10	10	20	65	15	25,625	Muy Bajo
2	99	60	70	60	20	55	90	15	58,625	Medio
3	90	60	90	70	20	55	30	15	53,75	Medio
4	20	80	60	10	10	20	80	15	36,875	Bajo
5	90	30	90	60	65	55	80	15	60,625	Medio
6	90	60	30	10	10	55	30	15	37,5	Bajo
7	40	15	60	10	10	20	30	15	25	Muy Bajo
8	60	50	60	30	20	55	30	15	40	Bajo
9	60	10	70	50	50	20	30	15	38,125	Bajo
10	40	20	30	50	50	20	30	15	31,875	Muy Bajo
PERCENTIL	62,9	40	59	36	26,5	37,5	49,5	15	40,8	



# CUBRECAVI

NOMBRE Y APELLIDOS

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

SEXO:

Mujer

Varón

ESTADO CIVIL:

Soltero

Casado

Separado/divorciado

Viudo

LUGAR DE RESIDENCIA:

En la comunidad

En una residencia

TELÉFONOS

DOMICILIO

CIUDAD / PROVINCIA

## INSTRUCCIONES

- A continuación encontrará algunas preguntas relacionadas con distintos aspectos de la calidad de vida.
- Para contestar, sólo debe marcar con un aspa o cruz (X) la opción que más se ajuste a sus preferencias.
- Responda **TODAS** las preguntas, son breves y sencillas.
- Si necesita alguna aclaración no dude en preguntar al aplicador.



Autores: R. Fernández-Ballesteros y M. D. Zamarrón.

Copyright © 2007 by TEA Ediciones, S.A., Madrid, España.

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial.

Impreso en España. Printed in Spain.

2.13. Boca seca.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.14. Sensación de náusea o ganas de vomitar.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.15. Gases.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.16. Levantarse a orinar por las noches.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.17. Escapárselle la orina.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.18. Zumbido de oídos.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.19. Hormigueos en los brazos o en las piernas.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.20. Picores en el cuerpo.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.21. Sofocos.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

2.22. Llorar con facilidad.  
 Nunca  Algunas veces  Bastantes veces  Muchas veces

**3. Por favor, indique con qué frecuencia le ocurren las cosas que se preguntan a continuación.**

3.1. ¿Se siente deprimido, triste, indefenso, desesperado, nervioso o angustiado?  
 Nunca  Casi nunca  A veces  Frecuentemente

3.2. ¿Tiene problemas de memoria, como olvidar el día de la semana, lo que ha estado haciendo o dónde ha puesto sus objetos personales?  
 Nunca  Casi nunca  A veces  Frecuentemente

3.3. ¿Se desorienta o pierde en algún lugar?  
 Nunca  Casi nunca  A veces  Frecuentemente

## INTEGRACIÓN SOCIAL

### 4. ¿Dónde vive Vd.?

En mi propio domicilio (o en el de un familiar).  En una residencia de ancianos.

¿Vive Vd. solo o acompañado?

Solo

Acompañado

¿Comparte su habitación de la residencia con alguien?

No

Sí

### 5. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con la persona con quien vive o comparte su habitación (en el caso de residentes)?

Satisfecho

Indiferente

Insatisfecho

### 6. ¿Con qué frecuencia suele Vd. verse (para hablar o tomar algo) con las siguientes personas?

#### 6.1. Hijos que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

#### 6.2. Nietos que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

#### 6.3. Familiares que no viven con Vd. en la misma casa.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

#### 6.4. Vecinos o personas de la residencia.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

#### 6.5. Amigos.

Todos o casi todos los días

Al menos 1 vez a la semana

Al menos 1 vez al mes

Nunca o casi nunca

No tengo

7. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con la relación que mantiene con las siguientes personas?

- 7.1. Su cónyuge.  Satisfecho  Indiferente  Insatisfecho  No tengo
- 7.2. Sus hijos.  Satisfecho  Indiferente  Insatisfecho  No tengo
- 7.3. Sus nietos.  Satisfecho  Indiferente  Insatisfecho  No tengo
- 7.4. Otros familiares.  Satisfecho  Indiferente  Insatisfecho  No tengo
- 7.5. Vecinos o personas de la residencia.  Satisfecho  Indiferente  Insatisfecho  No tengo
- 7.6. Amigos.  Satisfecho  Indiferente  Insatisfecho  No tengo

## HABILIDADES FUNCIONALES

8. ¿Cómo considera Vd. que puede valerse por sí mismo?

- Muy bien  Bien  Regular  Mal

9. ¿En qué medida tiene Vd. dificultades para realizar las siguientes actividades?

9.1. Cuidar de su aspecto físico (peinarse, lavarse, vestirse, ducharse...).

- Ninguna  Alguna  Bastante  Mucha

9.2. Realizar tareas domésticas.

- Ninguna  Alguna  Bastante  Mucha

9.3. Caminar.

- Ninguna  Alguna  Bastante  Mucha

9.4. Realizar tareas fuera de casa.

- Ninguna  Alguna  Bastante  Mucha

## ACTIVIDAD Y OCIO

10. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su nivel de actividad diaria?

Marque sólo una de las opciones.

- Paso el día casi completamente inactivo (leo, veo la televisión, etc.).
- Realizo algunas actividades cotidianas normales (hago algunas gestiones, voy a la compra o al cine).
- Realizo alguna actividad física o deportiva ocasional (caminar, pasear en bicicleta, jardinería, gimnasia suave, actividades que requieren un ligero esfuerzo, etc.).
- Realizo actividades físicas regularmente varias veces al mes (jugar al tenis, correr, natación, ciclismo, juegos de equipo, etc.).
- Realizo entrenamiento físico varias veces a la semana.



**11. ¿Con qué frecuencia realiza Vd. las siguientes actividades?**

- 11.1. Leer un libro o un periódico.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.2. Visitar a parientes o amigos.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.3. Ver la televisión.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.4. Escuchar la radio.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.5. Caminar.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.6. Jugar con otras personas a juegos recreativos.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.7. Cuidar niños.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.8. Hacer manualidades (coser, ganchillo, punto).  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.9. Hacer recados o gestiones.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.10. Ir de compras.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca
- 11.11. Viajar.  
 Frecuentemente     Ocasionalmente     Nunca

**12. ¿Qué grado de satisfacción, en términos generales, tiene Vd. con la forma con que ocupa el tiempo?**

- Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho

## CALIDAD AMBIENTAL

**13. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con los siguientes aspectos de la casa o de la residencia donde vive?**

- 13.1. El ruido / silencio.  
 Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho
- 13.2. La temperatura.  
 Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho
- 13.3. La iluminación.  
 Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho
- 13.4. El orden y la limpieza.  
 Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho
- 13.5. El mobiliario.  
 Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho
- 13.6. Las comodidades (electrodomésticos, etc.).  
 Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho

**14. ¿Qué grado de satisfacción tiene Vd. con su vivienda / residencia en general?**

- Satisfecho     Indiferente     Insatisfecho

## SATISFACCIÓN CON LA VIDA

**15. ¿En qué medida está Vd. satisfecho, en términos generales, con la vida?**

- Mucho     Bastante     Algo     Nada

## EDUCACIÓN

16. ¿Podría decirme el nivel máximo de estudios terminados que ha alcanzado Vd.?

Marque sólo una de las opciones.

- Menos de estudios primarios (No sabe leer).
- Menos de estudios primarios (Sabe leer).
- Estudios primarios completos.
- Formación profesional de 1º grado.
- Formación profesional de 2º grado.
- Bachiller elemental o E.G.B.
- Bachiller superior, B.U.P. o C.O.U.
- Estudios de grado medio.
- Estudios universitarios o superiores.

## INGRESOS

17. ¿Podría decirme los ingresos mensuales que, por todos los conceptos, entran en su hogar?

Marque sólo una de las opciones.

- Hasta 300 €.
- De 301 € a 450 €.
- De 451 € a 600 €.
- De 601 € a 900 €.
- De 901 € a 1.200 €.
- De 1.201 € a 1.600 €.
- De 1.601 € a 2.100 €.
- De 2.101 € a 2.700 €.
- Más de 2.700 €.

## SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS

18. ¿Con qué frecuencia utiliza Vd. los servicios sociales y sanitarios que le ofrece la comunidad o la residencia?

- Frecuentemente
- Ocasionalmente
- Nunca

19. ¿En qué medida está Vd. satisfecho con los servicios sociales y sanitarios que utiliza?

- Muy satisfecho
- Bastante satisfecho
- Algo satisfecho
- Nada satisfecho

## IMPORTANCIA DE LOS COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

20. Como Vd. sabe, mejorar la calidad de vida de cada persona es un objetivo importante. ¿A cuál de los siguientes aspectos concede Vd. más importancia y es más determinante en su calidad de vida? Indique cuál es el primero, el segundo y el tercero más importante para Vd.

Anote en el recuadro de la izquierda el orden de importancia que le concede a cada aspecto (p.ej., 1º, 2º, etc.).

- 20.1.  Tener buena salud.
- 20.2.  Mantener buenas relaciones familiares y sociales.
- 20.3.  Poder valerme por mi mismo.
- 20.4.  Mantenerme activo.
- 20.5.  Tener una vivienda buena y cómoda.
- 20.6.  Sentirme satisfecho con la vida.
- 20.7.  Tener oportunidades de aprender y conocer nuevas cosas.
- 20.8.  Tener una buena pensión o renta.
- 20.9.  Tener buenos servicios sociales y sanitarios.
- 20.10.  Otras. ¿Cuáles? \_\_\_\_\_
- 20.11.  Ninguna.

21. ¿Cómo valora Vd. su propia calidad de vida?

- Alta
- Media
- Baja

YA HA TERMINADO, MUCHAS GRACIAS.

En este cuestionario aparecen varios grupos de afirmaciones. Por favor, lea con atención cada una. A continuación, señale cuál de las afirmaciones de cada grupo describe mejor cómo se ha sentido durante esta última semana, incluido en el día de hoy. Asegúrese de leer todas las afirmaciones dentro de cada grupo antes de efectuar la elección y marque una con una X

1.

- No me siento triste.
- Me siento triste.
- Me siento triste continuamente y no puedo dejar de estarlo.
- Me siento tan triste o tan desgraciado que no puedo soportarlo.

2.

- No me siento especialmente desanimado respecto al futuro.
- Me siento desanimado respecto al futuro.
- Siento que no tengo que esperar nada.
- Siento que el futuro es desesperanzador y las cosas no mejorarán.

3.

- No me siento fracasado.
- Creo que he fracasado más que la mayoría de las personas.
- Cuando miro hacia atrás, sólo veo fracaso tras fracaso.
- Me siento una persona totalmente fracasada.

4.

- Las cosas me satisfacen tanto como antes.
- No disfruto de las cosas tanto como antes.
- Ya no obtengo una satisfacción auténtica de las cosas.
- Estoy insatisfecho o aburrido de todo.

5.

- No me siento especialmente culpable.
- Me siento culpable en bastantes ocasiones.
- Me siento culpable en la mayoría de las ocasiones.
- Me siento culpable constantemente.

6.

- No creo que esté siendo castigado.
- Me siento como si fuese a ser castigado.
- Espero ser castigado.
- Siento que estoy siendo castigado.

7.

- No estoy decepcionado de mí mismo.
- Estoy decepcionado de mí mismo.
- Me da vergüenza de mí mismo.
- Me detesta.

8.

- No me considero peor que cualquier otro.
- Me autocrítico por mis debilidades o por mis errores.
- Continúa me culpo por mis faltas.
- Me culpo por todo lo malo que sucede.

9.

- No tengo ningún pensamiento de suicidio.
- A veces pienso en suicidarme, pero no lo cometería.
- Desearía suicidarme.
- Me suicidaría si tuviese la oportunidad.

10.

- No lloro más de lo que solía llorar.
- Ahora lloro más que antes.
- Lloro continuamente.
- Antes era capaz de llorar, pero ahora no puedo, incluso aunque quiera.

11.

- No estoy más irritado de lo normal en mí.
- Me molesto o irrito más fácilmente que antes.
- Me siento irritado continuamente.
- No me irrito absolutamente nada por las cosas que antes solían irritarme.



12.

- No he perdido el interés por los demás.
- Estoy menos interesado en los demás que antes.
- He perdido la mayor parte de mi interés por los demás.
- He perdido todo el interés por los demás.

13.

- Tomo decisiones más o menos como siempre he hecho.
- Evito tomar decisiones más que antes.
- Tomar decisiones me resulta mucho más difícil que antes.
- Ya me es imposible tomar decisiones.

14.

- No creo tener peor aspecto que antes.
- Me temo que ahora parezca más viejo o poco atractivo.
- Creo que se han producido cambios permanentes en mi aspecto que me hacen parecer poco atractivo.
- Creo que tengo un aspecto horrible.

15.

- Trabajo igual que antes.
- Me cuesta un esfuerzo extra comenzar a hacer algo.
- Tengo que obligarme mucho para hacer algo.
- No puedo hacer nada en absoluto.

16.

- Duermo tan bien como siempre.
- No duermo tan bien como antes.
- Me despierto una o dos horas antes de lo habitual y me resulta difícil volver a dormir.
- Me despierto varias horas antes de lo habitual y no puedo volverme a dormir.

17.

- No me siento más cansado de lo normal.
- Me canso más fácilmente que antes.
- Me canso en cuanto hago cualquier cosa.
- Estoy demasiado cansado para hacer nada.

18.

- Mi apetito no ha disminuido.
- No tengo tan buen apetito como antes.
- Ahora tengo mucho menos apetito.
- He perdido completamente el apetito.

19.

- Últimamente he perdido poco peso o no he perdido nada.
- He perdido más de 2 kilos y medio.
- He perdido más de 4 kilos.
- He perdido más de 7 kilos.
- Estoy a dieta para adelgazar SI/NO.

20.

- No estoy preocupado por mi salud más de lo normal.
- Estoy preocupado por problemas físicos como dolores, molestias, malestar de estómago o estreñimiento.
- Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar algo más.
- Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que soy incapaz de pensar en cualquier cosa.

21.

- No he observado ningún cambio reciente en mi interés.
- Estoy menos interesado por el sexo que antes.
- Estoy mucho menos interesado por el sexo.
- He perdido totalmente mi interés por el sexo.

















