

SMA INDEPENDENCE SCALE (SMAIS): CAREGIVER VERSION

Escala de Independencia para la AME (SMAIS), versión de informe del cuidador

Nos gustaría conocer el nivel de independencia de la persona con AME a la que está cuidando. Seleccione la opción que mejor describa la cantidad de asistencia que esta persona necesita de usted o de otra persona para realizar cada actividad. Piense en los últimos 7 días y escoja solo una respuesta por actividad.

Piense en la cantidad de ayuda que el paciente ha necesitado de otra persona para realizar la actividad durante los últimos 7 días.	No necesita ayuda	Necesita algo de ayuda	No puede hacer esto en absoluto sin ayuda	No procede (por ejemplo, debido a la edad)
BAÑO/HIGIENE				
1. Lavarse el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Lavarse la cara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Lavarse las manos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Lavarse el cuerpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Lavarse los dientes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Cepillarse/peinarse el pelo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Limpiarse después de utilizar el inodoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VESTIRSE				
8. Ponerse una camisa o una chaqueta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ponerse pantalones o una falda	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ponerse calcetines o zapatos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piense en la cantidad de ayuda que el paciente ha necesitado de otra persona para realizar la actividad durante los últimos 7 días.	No necesita ayuda	Necesita algo de ayuda	No puede hacer esto en absoluto sin ayuda	No procede (por ejemplo, debido a la edad)
COMER/BEBER				
11. Comer usando las manos, un tenedor o una cuchara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Beber de una taza o vaso sin una pajita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Preparar un tentempié	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Abrir una botella con un tapón de rosca	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Abrir una lata de refresco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LEVANTAR/MOVER OBJETOS				
16. Levantar objetos pequeños de una mesa (por ejemplo, monedas o un lápiz)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Levantar un objeto grande de una mesa (por ejemplo, un libro pesado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Mover un objeto grande por la mesa (por ejemplo, deslizar un libro pesado)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MOVILIDAD/FUERZA				
19. Transferirse desde o a la silla de ruedas (por ejemplo, a una cama o al inodoro)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Cambiar de posición en la cama para estar más cómodo/a	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Moverse por la casa en la silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Moverse por la casa cuando no está en la silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Mantener la cabeza erguida sin un collarín o una cinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Piense en la cantidad de ayuda que el paciente ha necesitado de otra persona para realizar la actividad durante los últimos 7 días.	No necesita ayuda	Necesita algo de ayuda	No puede hacer esto en absoluto sin ayuda	No procede (por ejemplo, debido a la edad)
TAREAS RUTINARIAS				
24. Hacer tareas domésticas (por ejemplo, limpiar la casa, lavar los platos o lavar la ropa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Hacer la compra (por ejemplo, comida o ropa)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
OTRAS TAREAS				
26. Escribir o colorear con un bolígrafo, lápiz o pintura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Pasar la página de un libro o revista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Usar un teclado y ratón de ordenador, o el mando de la televisión	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Usar un dispositivo de pantalla táctil (por ejemplo, un teléfono móvil o una tablet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>