



Revisión

Las escalas en la COVID-19 persistente

Irene Arnanz González^a, Marta Martínez del Valle^b, Sara Recio García^c,
 Raquel Blasco Redondo^d, Teresa Benedito Pérez de Inestrosa^e, María Sanz Almazán^f,
 en representación de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
 y el colectivo Long COVID ACTS

^aServicio de Urgencias Hospital Universitario Infanta Leonor (Madrid). ^bSAMU Asturias. ^cNeuropsicóloga y Psicóloga General Sanitaria. Madrid. ^dCentro Regional de Medicina Deportiva. Junta de Castilla y León. ^eCentro de Salud Las Norias. El Ejido (Almería). ^fCentro de Salud de Riaza (Segovia).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 15 de marzo de 2021

Aceptado el 25 de marzo de 2021

On-line el 6 de mayo de 2021

Palabras clave:

COVID persistente

Síntomas

Escalas

R E S U M E N

Se define como COVID persistente el complejo sintomático multiorgánico que afecta a pacientes que han padecido la infección por SARS-CoV-2 y permanecen con sintomatología tras la fase aguda de la enfermedad. Estos pacientes presentan síntomas fluctuantes que originan una importante repercusión física, laboral y emocional. Para la valoración de todo este complejo proceso sintomático se hace necesario disponer de instrumentos de medida (escalas) que nos permitan poder cuantificar estos síntomas y sus fluctuaciones. Un grupo de expertos de la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) realizó una revisión de las principales áreas sintomáticas que pueden beneficiarse del uso de escalas, y posteriormente analizó las escalas disponibles en cada área y seleccionó las que pueden ser de mayor utilidad para el abordaje y seguimiento de los síntomas más frecuentes que presentan las personas afectadas por COVID persistente en nuestra práctica clínica diaria.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.

Publicado por Ergon Creación, S.A.

Scales in persistent COVID-19

A B S T R A C T

Long COVID is defined as the multiorgan symptom complex that affects those patients who have suffered from SARS-CoV-2 infection and remain with symptoms after the acute phase of the disease. These patients present symptom fluctuations that cause significant physical, working and emotional repercussions. For the assessment of all this complex symptomatic process, it is necessary to have measuring instruments (scales) that allow us to quantify these symptoms and their fluctuations. A group of experts from the Spanish Society of General and Family Physicians (SEMG) conducted a review of the main symptomatic areas that could

Keywords:

Long COVID

Symptoms

Scales

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: irenearnanz@semg.es (I. Arnanz González).

<http://dx.doi.org/10.24038/mgyf.2021.017>

2254-5506 / © 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia

benefit from the use of scales, and subsequently analyzed the scales available in each area and selected those that could be of greater usefulness for the approach and monitoring of the most frequent symptoms that people affected by long COVID in our daily clinical practice.

© 2021 Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia.
Published by Ergon Creación, S.A

Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”¹. Según esta definición, la salud comporta un aspecto subjetivo, que puede ser difícil de valorar mediante la anamnesis, la exploración física y las pruebas complementarias; para completar la valoración de los pacientes se pueden utilizar instrumentos de medida y escalas.

Las escalas de medición en salud son herramientas que permiten evaluar características físicas, psicológicas o sociales que en ocasiones no pueden medirse de forma objetiva, y sirven de apoyo en la práctica clínica de los profesionales sanitarios². Es importante tener en cuenta que pueden ser útiles en la toma de decisiones, pero en ningún caso sustituyen a la valoración clínica.

A la hora de seleccionar una escala para su utilización, se deben de tener en cuenta diversos aspectos⁴:

- Que haya demostrado suficiente validez, fiabilidad, especificidad, sensibilidad y valor predictivo para el uso que se ha establecido.
- Seleccionarla correctamente para que responda al fin para el que ha sido elegida.
- Que sea sencilla, breve y que el profesional que la va a utilizar esté familiarizado con su uso.
- Adaptada al nivel cultural del paciente, sobre todo si va a ser autocumplimentada.

Un elevado número de personas que han superado el episodio agudo de la COVID-19, independientemente de la gravedad del mismo, describen síntomas persistentes, prolongados durante meses; se ha denominado a esta nueva entidad COVID persistente o *Long COVID*⁵. Los síntomas y signos que presentan las personas afectadas por COVID persistente son muy variados e implican a múltiples órganos^{6,7}. Según la encuesta realizada por la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG) en colaboración con el colectivo de pacientes afectados por COVID persistente, los síntomas y signos más frecuentemente descritos son astenia, malestar general, cefalea, bajo estado de ánimo, dolores articulares, falta de concentración, entre otros, hasta alcanzar una lista con más de 200 síntomas diferentes⁷. Este nuevo “síndrome” supone un reto para los

profesionales sanitarios implicados en su abordaje, dada su complejidad, su variada clínica, con síntomas que en ocasiones son difíciles de valorar y cuantificar mediante pruebas diagnósticas, lo que hace necesaria la protocolización del abordaje del mismo y la utilización de herramientas que estandaricen el seguimiento de los pacientes.

El objetivo de la presente revisión fue determinar las principales áreas sintomáticas que precisaban del uso de escalas para su valoración como COVID persistente, así como revisar qué escalas podrían ser más útiles en la práctica clínica diaria para los profesionales sanitarios.

Para ello, el grupo de trabajo de COVID persistente de la SEMG, tras revisar la bibliografía existente hasta el momento, decidió agrupar la sintomatología de la COVID persistente susceptible de uso de escalas en 8 grupos: calidad de vida, fatiga, dolor, trastornos emocionales, ejercicio físico, disnea, trastornos del sueño y alteraciones cognitivas. Posteriormente, de cada una de las áreas elegidas se revisaron y recogieron las múltiples escalas disponibles. De éstas, se seleccionaron las que estuvieran validadas al español y tuvieran carácter clínico y se descartaron las utilizadas de forma exclusiva en investigación. Además, se priorizó que se ajustaran a las características de los pacientes con COVID persistente, con una visión global de los síntomas y que fueran sencillas y breves, de manera que se pudieran aplicar en la consulta diaria a pesar de la elevada carga asistencial. En esta revisión se comentarán los puntos fuertes y débiles de las escalas elegidas y el porqué de su elección.

Escalas de valoración en pacientes con COVID persistente

Escalas de calidad de vida

Cuestionario SF-36⁸

Es uno de los instrumentos más utilizados y evaluados. Está compuesto por 36 ítems que valoran los estados tanto positivos como negativos de la salud. Cubren las siguientes escalas: función física, papel físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, papel emocional y salud mental. Adicionalmente, incluye un ítem de transición que pregunta sobre el cambio en el estado de salud general respecto al año anterior.

Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

Cuestionario Euro QoL-5D⁹

Consta de dos apartados: el sistema descriptivo y la Escala Visual Analógica (EVA). El sistema descriptivo contiene 5 preguntas en las que se evalúan 5 dimensiones: movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor/malestar y ansiedad/depresión. Cada pregunta tiene 3 opciones de respuesta que van de 1 «no tengo problemas» a 3 «tengo muchos problemas». En esta parte del cuestionario el individuo debe marcar el nivel de gravedad correspondiente a su estado de salud en cada una de las dimensiones en referencia al mismo día que cumplimentó el cuestionario. En la EVA, el paciente debe puntuar su estado de salud en una escala que va de 0 (peor estado de salud imaginable) a 100 (mejor estado de salud imaginable).

Cuestionario QLQ-C30¹⁰

Es un cuestionario específico para cáncer. Está compuesto por 30 preguntas o ítems que valoran la calidad de vida en relación con aspectos físicos, emocionales, sociales y en general el nivel de funcionalidad de los pacientes con diagnóstico de cáncer. Evalúa la calidad de vida de la semana previa a la cumplimentación del cuestionario. El cuestionario se encuentra estructurado en 5 escalas funcionales (funcionamiento físico, actividades cotidianas, funcionamiento emocional, funcionamiento cognitivo y funcionamiento social), 3 escalas de síntomas (fatiga, dolor y náuseas, vómitos), 1 escala de estado global de salud y, por último, 6 ítems independientes (disnea, insomnio, anorexia, estreñimiento, diarrea e impacto económico).

Escalas de dolor

Escala Española de gradación del dolor crónico¹¹

Está dirigido a población general con dolor agudo o crónico. Es autoadministrado con varias dimensiones: sensorial, afectiva y evaluativa. Se obtienen tres resultados: valor de intensidad total, valor de intensidad actual y escala visual analógica.

Cuestionario de Dolor McGill¹²

Su objetivo es proporcionar una valoración desde una triple perspectiva: sensorial, afectivo-motivacional y evaluativa. Evalúa aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

Brief Pain Inventory¹³

Es autoadministrado, de fácil comprensión para el paciente y más breve que el Cuestionario de McGill. Mide varias dimensiones: la intensidad (4 ítems), el impacto del dolor en las actividades de la vida diaria (7 ítems) y el nivel de alivio, localización y causas del dolor (15 ítems). Sirve para valorar la capacidad funcional, sobre todo en relación con la repercusión subjetiva sobre las actividades de la vida diaria, laboral, ocio y patrón de sueño.

Escalas de disnea

Escala Modified Medical Research Council (mMRC)¹⁴

Se utiliza fundamentalmente en el seguimiento de patologías pulmonares crónicas y se correlaciona bien con la distancia recorrida en la prueba de la marcha de 6 minutos. Expresa la relación entre la actividad física y la magnitud de la disnea. Sus preguntas y contenidos son sencillos. Se relaciona con actividades de la vida diaria, por lo que cuenta con gran aceptación en las historias clínicas de todo el mundo. Esta escala toma en cuenta la distancia que una persona puede caminar en terreno llano o empinado y la realización de ciertas tareas con la manifestación del síntoma.

Escala de la New York Heart Association NYHA¹⁵

Se utiliza principalmente en cardiología para valorar la repercusión de una disnea ligada a la insuficiencia cardiaca o a una enfermedad vascular pulmonar. Se distinguen cuatro clases en función de la repercusión de la disnea en la actividad física.

Escala de Borg¹⁶

Permite valorar y cuantificar de manera sencilla y reproducible una disnea aguda o que aparece tras la realización de un ejercicio concreto. Esta escala modificada consta de 12 puntos. Se pide a los pacientes que nos indiquen el número más apropiado de su disnea en reposo y tras ejercicio.

Escalas de fatiga

Escala modificada del impacto de fatiga (MFIS)¹⁷

Escala multidimensional que se ha utilizado en numerosas patologías crónicas (neurológicas fundamentalmente; destacan la ELA y la EM). Consta de 21 ítems distribuidos en 3 subescalas: física, cognitiva y psicosocial. La puntuación final oscila entre 0 y 84. Se ha establecido como punto de corte para definir presencia de fatiga la puntuación de 38. Valora en un solo formulario diferentes aspectos relacionados con la fatiga, la afectación cognitiva y la emocional. Valora aspectos físicos y cognitivos, pero está firmemente centrada en la fatiga mental y sus consecuencias, sobre todo en el impacto que tiene la fatiga sobre el paciente.

Escalas de ejercicio físico

Cuestionario Internacional de Actividad Física (Escala IPAQ)^{18,19}

Mide el nivel de actividad física (AF) y aporta información sobre gasto energético estimado en 24 horas en las distintas áreas de la vida diaria, a través de 27 preguntas (siete en la versión corta) en cuatro dominios: laboral, doméstico, de transporte y del tiempo libre. El indicador de actividad física se expresa tanto de manera continua (en MET-minutos/semana), como de manera categórica. Clasifica el nivel de actividad física en bajo, moderado o alto. La IPAQ ha sido ampliamente utilizada en diversos estudios internacionales. Se ha evaluado su validez y fiabilidad y ha sido propuesta por la OMS como un instrumento a utilizar para vigilancia

epidemiológica de tipo poblacional. Tiene la ventaja de ser aplicable a grandes muestras de distintos niveles socioeconómicos dada su simplicidad tanto en la administración (se puede completar en 15 minutos) como en la obtención de las puntuaciones.

Escala Global de Actividad Física (GPAQ)²⁰

Presentan características muy similares a la anterior en las evaluaciones prácticas de la condición física saludable como instrumento de valoración del sedentarismo. Brinda así mismo fiabilidad y validez a la IPAQ, al ser ambos instrumentos de fácil utilización y al alcance de todos. La GPAQ se compone de 16 preguntas sobre la actividad física realizada en una semana habitual. Contiene preguntas que dan información sobre la intensidad (baja, moderada, alta), la frecuencia (días en una semana habitual) y la duración (horas y minutos en un día habitual). También se incluye una pregunta sobre el comportamiento sedentario. Se puede cumplimentar en 15 minutos.

Escalas de trastornos del sueño

Cuestionario de Oviedo Calidad de Sueño (COS)²¹

Cuestionario heteroadministrado de ayuda diagnóstica para los trastornos del sueño tipo insomnio e hiperinsomnio, según los criterios DSM-IV y CIE-10. Consta de 15 ítems. A la hora de interpretación de los resultados los ítems valorados se agrupan en 3 subescalas: satisfacción subjetiva del sueño, insomnio e hipersomnia; además existen otros dos ítems que valoran el uso de ayuda para dormir o fenómenos adversos durante el sueño (parasomnias, ronquidos). Explora dimensiones como latencia del sueño, duración, eficiencia, disfunción diurna y proporciona información sobre la gravedad del mismo. Puede orientar al clínico sobre diferentes dimensiones del insomnio y su gravedad. Una laguna encontrada es que ha sido validado únicamente en pacientes depresivos, por lo que son necesarios más estudios que confirmen y amplíen los datos ofrecidos hasta ahora.

Índice de Calidad del sueño de Pittsburg (PSQI)²²

Autoadministrado, sencillo y suele ser bien aceptado por los pacientes. En población general se puede utilizar como elemento de cribado para detectar “buenos” y “malos” dormidores. Se obtienen 7 puntuaciones que nos informan de otros componentes de la calidad del sueño: calidad subjetiva, latencia de sueño, duración de sueño, eficiencia habitual de sueño, perturbaciones de sueño (frecuencia de alteraciones como tos, ronquidos, calor, frío...), uso de medicación hipnótica, disfunción diurna (facilidad para dormirse realizando alguna actividad). Puede orientar al clínico sobre los componentes del sueño más deteriorados.

Índice de Gravedad del Insomnio (ISI)²³

Desarrollado con el objetivo de crear un cuestionario breve para evaluar la gravedad de los componentes diurno y nocturno del insomnio. Puede ser de utilidad para, una vez detectados los problemas de sueño con los cuestionarios anteriores, valorar la gravedad de los mismos. Es breve y autoadministrado.

Escalas de valoración de trastornos emocionales

Escala de Valoración del Estado de Ánimo (EVEA)²⁴

Evalúa el estado de ánimo actual y transitorio en un momento dado. Muy utilizada en un contexto de la administración de un procedimiento de inducción del estado de ánimo. Este carácter transitorio es una de las razones por las que se seleccionó esta prueba en el estudio, ya que la sintomatología en COVID persistente es fluctuante y el estado anímico puede variar a lo largo de los días. Ha sido administrada tanto en contexto clínico como en población sin patología. La escala EVEA es un inventario de autoinforme que consta de 16 ítems, con una escala de respuesta tipo Likert de 11 puntos (de 0 “nada” a 10 “mucho”). Está compuesta por 4 subescalas que evalúan cuatro estados de ánimo: ansiedad, ira-hostilidad, tristeza-depresión y alegría. Su tiempo de administración es breve, de 1 a 2 minutos.

Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HAD)²⁵

Es el instrumento más utilizado de autoevaluación para valorar malestar emocional en personas con enfermedad física en contexto hospitalario (fibromialgia, cáncer, fatiga crónica, VIH, problemas cardíacos...), ya que se excluyen los ítems de carácter somático que normalmente incluyen las escalas emocionales. Este hecho es el que llevó a seleccionar esta prueba en el estudio de COVID persistente, pues los síntomas físicos que presentan los pacientes (fatiga, falta de apetito, insomnio...) pueden distorsionar las puntuaciones en otras pruebas de valoración emocional y llevar a un diagnóstico erróneo. La HAD es una escala sencilla y rápida de contestar, compuesta de 14 ítems y dos subescalas, ansiedad (HADA) y depresión (HADD), con puntuaciones de 0 a 3.

Escala de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG)²⁶

Una de las más administradas en atención primaria para detectar “probables casos” de ansiedad y depresión. Consta de dos subescalas: ansiedad y depresión, cada una con un total de 9 ítems que hacen referencia a los síntomas de los últimos 15 días. Es una escala sencilla que permite hacer una criba inicial, con 4 ítems obligatorios en cada subescala, para discriminar la posibilidad de un trastorno psicopatológico. En el caso de dos o más respuestas afirmativas en la subescala de ansiedad, una o más en la subescala de depresión, se contestan los cinco siguientes ítems de cada subescala. Los puntos de corte establecidos por el creador se sitúan en un valor igual o mayor de 4 para la escala de ansiedad, y un valor igual o mayor de 2 para la depresión. En población geriátrica, se ha propuesto utilizar la EADG sin subescalas y con valor de corte igual o mayor de 6.

Escalas de valoración de alteraciones cognitivas

Escala de Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA)²⁷

Prueba de cribado cognitivo para detectar deterioro cognitivo en personas con demencia. También ha sido validada para múltiples entidades neuropsiquiátricas y cerebrovasculares. Debe ser administrada por un profesional y requiere un tiempo para la valoración de 5 a 10 minutos. Da información de diferentes áreas cognitivas: orientación temporal y espacial, atención, concentración, memoria de trabajo, función eje-

cutiva, capacidades visoespaciales, memoria a corto plazo y lenguaje. Se seleccionó esta escala debido al rastreo global de las capacidades cognitivas; es una prueba que ha demostrado mayor sensibilidad (90 %) que el Mini Mental State (MMSE)²⁸ para detectar deterioro cognitivo leve. Su punto de corte es un valor mayor de 26.

Escala Trail Making Test (TMT)²⁹

Es uno de los test neuropsicológicos más utilizados para evaluar los procesos de atención, la velocidad de procesamiento y la flexibilidad cognitiva. Es un instrumento heteroaplicado que consta de 2 partes: TMT-A y TMT-B. En ambas se recoge el tiempo de ejecución y los errores cometidos, además de información cualitativa. Comparten la instrucción de unir los elementos tan rápido como puedan sin cometer errores y sin levantar el lápiz del papel. La parte A, que evalúa principalmente la atención selectiva, consiste en unir números del 1 al 25 ascendente; en la parte B, que evalúa, entre otras, la atención alternante, el evaluado tiene que alternar entre números y letras (los números en orden ascendente y las letras en orden alfabético). Esta prueba neuropsicológica fue seleccionada porque no es difícil de aplicar y evalúa principalmente los procesos de atención tan frecuentes en los pacientes de COVID persistente. Igualmente, sus baremos están actualizados para población española y para cada grupo de edad, tanto jóvenes (desde 18 años) como mayores (hasta 91 años). Al ser una prueba baremada rigurosamente en nuestra población, le otorga un carácter objetivo a la hora de evaluar los procesos de atención. Sin embargo, no es posible conocer otras áreas cognitivas, como la memoria o lenguaje, de las que también se queja la población con COVID persistente.

Modificación del cuestionario de fallos de memoria en la vida cotidiana (MEF-30)³⁰

Es uno de los autoinformes más utilizados para valorar olvidos cotidianos. A través de 30 ítems y 5 opciones de respuesta (de nunca a siempre) se conocen los fallos de memoria y su frecuencia en la vida cotidiana. Se establecen varios puntos de corte: por debajo de 8 (funcionamiento mnésico óptimo), entre 8 y 35 (funcionamiento normal con fallos de memoria sin influencia en el desempeño cotidiano), entre 36 y 50 (deterioro mnésico con alguna repercusión en su actividad diaria), y por encima de 50 (deterioro mnésico moderado o grave con mayor impacto en su funcionamiento cotidiano). Es importante contemplar las quejas cognitivas de los pacientes con COVID persistente y su impacto en su día a día; sin embargo, un punto débil de la escala puede ser el carácter subjetivo de los autoinformes para valorar las alteraciones cognitivas. No obstante, los estudios han observado buenos indicadores de fiabilidad ($\alpha=0,92$) y correlaciones significativas con pruebas de despistaje cognitivo.

Conclusiones

Nos encontramos ante una entidad clínica nueva y desconocida para los profesionales, un complejo sintomático multiorgánico que afecta a quienes han padecido la COVID-19 y que permanecen con sintomatología tras la considerada fase aguda de la enfermedad. El uso de una escala integral (que aborde el

estado físico, emocional, funcional y social) para valorar a estos pacientes puede ser de una gran utilidad al clínico, tanto en el diagnóstico, como de apoyo a la selección de tratamientos, e incluso para la comunicación entre profesionales que pueden atender a un mismo paciente. Además, el grupo de expertos de la SEMG considera que el uso de escalas puede ser una forma muy útil de establecer criterios y referencias poblacionales para facilitar un abordaje común.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Constitución de la Organización Mundial de la Salud. Documentos básicos. 48ª ed. 2014. [Internet] [acceso 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://apps.who.int/gb/bd/PDF/bd48/basic-documents-48th-edition-sp.pdf?ua=1#page=7>
2. Luján-Tangarife J, Cardona-Arias J. Construcción y validación de escalas de medición en salud: revisión de propiedades psicométricas. Arch Med. 2015; 11: 1-10.
3. López Alonso SR, Morales Asencio JM. ¿Para qué se administran las escalas, cuestionarios, test e índices? Index Enferm. 2005; 14: 7-8.
4. Martín Lesende I, Álvarez Solar M, Benítez del Rosario MA, Espinosa Almendro JM, Gorroñogoitia Iturbe A, Muñoz Cobos F, et al. Atención a las personas mayores desde la Atención Primaria. Grupo de Trabajo de Atención al Mayor de la semFYC. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. 2016. Disponible en: <https://www.semfy.com/wp-content/uploads/2016/05/Atencion-a-las-personas-mayores.pdf>
5. Información científica-técnica. Enfermedad por coronavirus, COVID-19. Actualización de 15 de enero 2021. Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. [Internet] [acceso 27 de enero de 2021]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/ITCoronavirus.pdf>
6. Carfi A, Bernabei R, Landi F, Gemelli Against COVID-19 Post-Acute Care Study Group. Persistent symptoms in patients after acute COVID-19. JAMA. 2020; 324: 603-5.
7. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia. COVID-19 persistente. Encuesta [Internet]. [acceso 27 de enero de 2021] Disponible en: https://www.semg.es/images/2020/Noticias/20201111_Resultados_Encuesta_COVID_Persistente.pdf
8. Ware JE Jr, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36) (I). Conceptual framework and item selection. Med Care. 1992; 30: 473-83.
9. EuroQol Group. EuroQol a new facility for the measurement of health-related quality of life. Health Policy. 1990; 16: 199-208.
10. Osoba D. Lessons learned from measuring health-related Quality of Life in oncology. J Clin Oncol. 1994; 12: 608-16.
11. Ruiz López R, Pagerols M, Collado A. Cuestionario del dolor en español: resultados de su empleo sistematizado durante el periodo 1990-93. Pain. 1993; 11S6.
12. Lázaro C, Bosch f, torrubia R, Banos JE. The development of a Spanish Questionnaire for Assessing Pain: Preliminary data concerning reliability and validity. Eu J Psychol Assess. 1994; 10: 145-51.
13. Badia X, Muriel C, Gracia A, Nunez-Olarte JM, Perulero N, Galvez R, et al. Validation of the Spanish version of the Brief Pain

- Inventory in patients with oncological pain. *Med Clin (Barc)*. 2003; 120: 52-9.
14. Parshall MB, Schwartzstein RM, Adams L, Banzett RB, Manning HL, Bourbeau J, et al. An official American Thoracic Society statement: update on the mechanisms, assessment, and management of dyspnea. *Am J Respir Crit Care Med*. 2012; 185: 435-52.
 15. Güell Rous MR, Puy Rion MC. Rehabilitación respiratoria. En: Álvarez-Sala Walther JL, Casan Clará P, Rodríguez de Castro F, Rodríguez Hermosa JL, Villena Garrido V, eds. *Neumología clínica*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2017. p. 90-6.
 16. Casan Clará P. Disnea. En: Álvarez-Sala Walther JL, Casan Clará P, Rodríguez de Castro F, Rodríguez Hermosa JL, Villena Garrido V, eds. *Neumología clínica*. 2ª ed. Barcelona: Elsevier España; 2017. p. 1-6.
 17. Kos D, Kerckhofs E, Carrea I, Verza R, Ramos M, Jansa J. Evaluation of the Modified Fatigue Impact Scale in four different European countries. *Mult Scler*. 2005; 11: 76-80
 18. Craig CL, Marshall AL, Sjoström M, Bauman AE, Booth ML, Ainsworth BE, et al. International physical activity questionnaire: 12-country reliability and validity. *Med Sci Sports Exerc*. 2003; 35: 1381-95.
 19. Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones mundiales sobre la actividad física para la salud [sede Web]. Organización Mundial de la Salud; [acceso el 27 de enero de 2021]. Disponible en: https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/
 20. Herrmann SD, Heumann KJ, Der Ananian CA, Ainsworth BE. Validity and reliability of the global physical activity questionnaire (GPAQ). *Meas Phys Educ Exerc Sci*. 2013 [acceso: 27/01/2021]; 17: 221-35.
 21. Bobes J, González MP, Ayuso JL, Gibert J, Sáiz J, Vallejo J, Rico F, Oviedo. Sleep Questionnaire (OSQ): A new semistructured interview for sleeps disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 1998; 8 (Suppl 2): S162.
 22. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburg Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989; 28: 193-213.
 23. Fernandez-Mendoza J, Rodríguez-Muñoz A, Vela-Bueno A, Olavarrieta-Bernardino S, Calhoun L, Bixler E, et al. The Spanish version of the Insomnia Severity Index: a confirmatory factor analysis. *Sleep Med*. 2012; 13: 207-10.
 24. Sanz J. Un instrumento para evaluar la eficacia de los procedimientos de inducción de estado de ánimo: La "Escala de Valoración del Estado de Ánimo" (EVEA). *Anal Modif Conducta*. 2001; 111: 71-110.
 25. Bjelland I, Dahl AA, Haug TT, Neckelmann D. The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. An updated literature review. *J Psychosom Res*. 2002; 52: 69-77.
 26. Montón C, Pérez-Echevarría MJ, Campos R. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Aten Primaria*. 1993; 12: 345-9.
 27. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005; 53: 695-9.
 28. Folstein M, Folstein S, McHugh PR. "Minimal State": a practical method for grading cognitive state of the patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975; 12: 189-98.
 29. Reitan RM. Validity of the Trail Making Test as an indication of organic brain damage. *Percept Mot Skills*. 1958; 8: 271-6.
 30. Lozoya-Delgado P, Ruiz-Sánchez de León JM, Pedrero-Pérez EJ. Validación de un cuestionario de quejas cognitivas para adultos jóvenes: relación entre las quejas subjetivas de memoria, la sintomatología prefrontal y el estrés percibido. *Rev Neurol*. 2012; 54: 137-50.