



Mi Universidad

Escalas

Briseida Guadalupe Torres Zamorano

Escalas de Evaluación

1er Parcial

Geriatría

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura en Medicina Humana

6º “A”

Comitán de Domínguez, Chis, A 06 de septiembre de 2025

Cognitivo:

Mini-Cog es una herramienta sencilla y rápida para detectar posible deterioro

cognitivo. No se ve afectada de forma significativa por el idioma, la cultura o la escolaridad, por lo que puede aplicarse en distintos contextos y con personas mayores. Consta de dos partes: la prueba de memoria de 3 palabras y el dibujo de un reloj, que permite evaluar memoria, lenguaje, habilidades visuales y motoras, así como funciones ejecutivas:

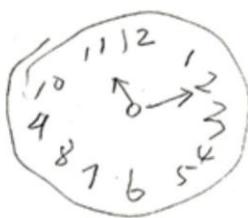
- Formato impreso en una hoja (carta o media carta) con un círculo dibujado o impreso.
- Bolígrafo, Reloj, Cronómetro o teléfono inteligente.
- Espacio privado, ventilado, iluminado y sin distracciones.

Tiempo de aplicación, Aproximadamente 5 minutos, según el contexto y la persona.

Instrucciones iniciales, Registrar: fecha, nombre completo, edad, sexo y años de escolaridad.

- Primer paso: registro de tres palabras (parte de la prueba).

Ejemplos de dibujos del reloj:



Normal = 2 puntos



Anormal = 0 puntos

Sugerencias o pautas de

Interpretación:

- Probable deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación cognitiva más amplia: 0-2 puntos.
- Muy poco probable que haya deterioro cognitivo: 3-5 puntos.

Mini-Examen del Estado Mental

Objetivo. Detectar deterioro cognitivo leve o demencia.

Descripción: Adaptado y validado en población mexicana por Sandra Reyes de Bea-man y colaboradores.

- Cambios realizados: Orientación en tiempo: se pregunta la hora (respuestas correctas dentro de ± 30 minutos).
- Orientación en espacio: en hospitalizados se pregunta el nombre del hospital; en otros contextos, “¿en dónde estamos ahora?”. Se consideran colonia/vecindario y ciudad.
- Palabras a registrar y recordar: papel, bicicleta, cuchara.
- Atención y cálculo: resta de 7 en 7 desde 100; alternativa: resta de 3 en 3 desde 20.
- Lenguaje: frase a repetir → ni no, ni sí, ni pero.
- Escolaridad baja (≤ 3 años): se asignan 8 puntos automáticos y se omiten algunos reactivos (resta de 7 en 7, leer “Cierre los ojos”, escribir frase, copiar pentágonos).
- Punto de corte: ≤ 24 puntos indica posible deterioro cognitivo.
- La puntuación está influenciada por edad y escolaridad.
- Una puntuación baja requiere evaluación clínica y neuropsicológica más profunda.

Tiempo de aplicación: Aproximadamente 10 minutos, variable según la persona y el contexto.

Instrucciones iniciales: Mirar directamente a la persona, captar su atención y explicar:

“Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado mental”.

Calificación: Se dará un punto por cada respuesta correcta. Sugerencias o pautas de Interpretación: Probable deterioro cognitivo: Puntaje ≤ 24 .

Sin deterioro cognitivo: Puntaje > 24 .

Mini-Mental State Examination (MMSE)

Mini-Examen del Estado Mental

Criterio de evaluación: Se dará un punto por cada respuesta correcta

Nombre del/a entrevistado/a: _____

Sabe leer: Sí No

Sabe escribir: Sí No

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

Hasta qué año estudió: _____

I. Orientación

(Tiempo)

1. ¿Qué fecha es hoy?

Respuesta			Real		
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año
0	0	0	0	0	0
1	1	1	1	1	1
2	2	2	2	2	2
3	3	3	3	3	3
4	4	4	4	4	4
5	5	5	5	5	5
6	6	6	6	6	6
7	7	7	7	7	7
8	8	8	8	8	8
9	9	9	9	9	9

¿Qué día de la semana es?

Respuesta						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué día de la semana es?

Real						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué hora es aproximadamente?

Respuesta		Real	
Hr.	Min.	Hr.	Min.
0	0	0	0
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

(Espacio)

¿En dónde estamos ahora?	0	1
¿En qué área o departamento estamos ahora?	0	1
¿Qué colonia es esta?	0	1
¿Qué ciudad es esta?	0	1
¿Qué piso es este?	0	1

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

II. Registro

3. Le voy a decir 3 objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted repita:

Papel	Bicicleta	Cuchara
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

Ahora digálos usted:

INC	CORR	
93	0	1
86	0	1
79	0	1

(máx. 3)

0	1	2	3
---	---	---	---

III. Atención y Cálculo

4. Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100.

INC	CORR	
93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

IV. Lenguaje

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sigálas en el orden en que se las voy a decir. Sólo se la puedo decir una vez.

INC	CORR	
17	0	1
14	0	1
11	0	1
8	0	1

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

(Espacio)

Por favor haga lo que dice aquí:

Cierre los ojos

(máx. 1)

0	1
---	---

Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje (atrás de esta hoja)

(máx. 1)

0	1
---	---

V. Memoria diferida

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio:

INC	CORR	
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

(máx. 3)

0	1	2	3
---	---	---	---

Copie, por favor, este dibujo tal como esta. (mostrar atrás de esta hoja)

(máx. 1)

0	1
---	---

Muestre el RELOJ y diga:

¿Qué es esto?

Muestre el LAPÍZ y diga:

¿Qué es esto?

(máx. 2)

0	1	2
---	---	---

Puntaje total:

0	1	2	3
0	1	2	3

A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, darles 8 puntos de entrada y obviar la resta de 7 en 7 a partir de 100 (5 puntos), la lectura de "cierra los ojos" (1 punto), la escritura de frase (1 punto) y la copia de los pentágonos (1 punto).

Interpretación:

Puntaje ≤ 24 = Probable deterioro cognitivo.

Puntaje > 24 = Sin deterioro cognitivo.

Sensibilidad: 97%

Especificidad: 88%

Área bajo la curva: 0.849

Afectivo:

Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems (GDS-15)

Objetivo: Evaluar el estado afectivo en personas mayores.

Requerimientos: Formato impreso de la escala • Bolígrafo

Tiempo de aplicación: 5 minutos (puede variar según el contexto y la situación de la persona)

Instrucciones para el evaluador:

1. Establezca contacto visual y logre la atención de la persona.

2. Explique: "Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado afectivo. Tome en cuenta únicamente cómo se ha sentido durante la última semana. Por favor responda con Sí o No".

Calificación: Puntaje máximo: 15

• Sumar 1 punto por cada respuesta que coincida con lo indicado arriba (Sí o No).

Interpretación: 0 – 4 puntos → Normal (sin depresión significativa)

• ≥ 5 puntos → Presencia de síntomas depresivos (posible depresión, requiere valoración clínica adicional)

Geriatric Depression Scale (GDS-15) Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems

1. ¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	No (1)
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	Sí (1)	No (0)
3. ¿Siente que su vida está vacía?	Sí (1)	No (0)
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	Sí (1)	No (0)
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	Sí (1)	No (0)
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	No (1)
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado(a), desprotegido(a)?	Sí (1)	No (0)
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	Sí (1)	No (0)
10. ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	Sí (1)	No (0)
11. ¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo(a)?	Sí (0)	No (1)
12. ¿Actualmente se siente un(a) inútil?	Sí (1)	No (0)
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	No (1)
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	Sí (1)	No (0)
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	Sí (1)	No (0)

Resultado: _____/15

Calificación:
- El puntaje máximo es de 15 puntos. Sumar los puntos por cada respuesta Sí o No en negritas.

Interpretación

- Normal: 0 - 4 puntos.
- Presencia de síntomas depresivos: 5 o más puntos.

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7 ítems)

Objetivo: Evaluar síntomas depresivos presentes en la última semana.

Tiempo de aplicación: 5 minutos (puede variar según la situación de la persona)

Calificación: Puntaje mínimo: 0, Puntaje máximo: 21, Cada ítem se califica de 0 a 3 según la frecuencia.

Interpretación: < 5 puntos → Normal (sin síntomas significativos). ≥ 5 puntos → Presencia de síntomas depresivos significativos (requiere valoración clínica adicional)

Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7 ítems)

Preguntas <i>Durante la última semana usted...</i>	Opciones de respuesta y puntos correspondientes			
	Rara vez o nunca (menos de 1 día)	Pocas veces o alguna vez (1-2 días)	Un número de veces considerable (3-4 días)	Todo el tiempo o la mayoría del tiempo (5-7 días)
¿Sentía como si no pudiera quitarse la tristeza?	0	1	2	3
¿Le costaba concentrarse en lo que estaba haciendo?	0	1	2	3
¿Se sintió deprimido/a?	0	1	2	3
¿Le parecía que todo lo que hacía era un esfuerzo?	0	1	2	3
¿No durmió bien?	0	1	2	3
¿Disfrutó de la vida?	3	2	1	0
¿Se sintió triste?	0	1	2	3

Resultado

Normal

Síntomas depresivos significativos

Interpretación:

- Normal: < 5 puntos
- Síntomas depresivos significativos: Igual o mayor a 5 puntos

Funcionamiento:

Índice de Katz –

Actividades Básicas de la Vida Diaria

Objetivo: Identificar el grado de independencia de la persona mayor en la realización de actividades básicas de la vida diaria.

Instrucciones para el evaluador: Si la persona mayor no está cognitivamente íntegra, preguntar al cuidador.

- Observar la ejecución de cada actividad cuando sea posible.
- Preguntar si realiza cada una de las actividades y registrar la respuesta.
- Asignar: 1 punto → Independiente en la actividad, 0 puntos → Dependiente en la actividad, Sumar los puntos y registrar el total (máx. 6).

Calificación: Puntaje máximo: 6/6 → Independencia total, Puntaje mínimo: 0/6 → Dependencia total

Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)

INDEPENDENCIA EN ABVD		
	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
1) Baño (Esponja, regadera o tina)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Si: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.		
2) Vestido	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.		
3) Uso del sanitario	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Si: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí misma/o el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por sí mismo/a.		
4) Transferencias	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Si: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.		
5) Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si: Control total de esfínteres. Si: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.		
6) Alimentación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Si: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. Si: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.		
Calificación de Katz	Resultado /6[]	
[A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria. [B] Independencia en todas las actividades menos en una. [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional. [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional. [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional. [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad. [G] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria. [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.		

Índice de Lawton: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Objetivo: Identificar el grado de independencia de la persona mayor en la realización de actividades instrumentales de la vida diaria.

Descripción: El índice de Lawton evalúa 8 actividades instrumentales, útiles para la vida cotidiana y detección temprana de deterioro funcional en personas mayores:

- 1.Uso del teléfono
- 2.Preparación de comidas (cocinar)
- 3.Lavado de ropa
- 4.Realización de tareas del hogar
- 5.Uso de transporte
- 6.Manejo de finanzas
- 7.Compras
- 8.Administración de medicamentos

Instrucciones para el evaluador: Obtener la información de la persona mayor o del cuidador (si no está cognitivamente íntegra).

- Marcar con una X en la columna de 1 punto (independiente) o 0 puntos (dependiente).
- Identificar cómo realiza cada actividad antes de asignar el puntaje.
- Sumar el total y registrar el resultado.

Calificación: Puntaje máximo: 8/8 (independencia total), Puntaje mínimo: 0/8 (dependencia total), Si la persona nunca realizó alguna actividad (ej. cocinar), se ajusta el puntaje máximo posible

Interpretación: 8 puntos → Independencia total en AIVD

- < 8 puntos → Indica deterioro funcional, excepto cuando se omiten actividades que la persona nunca realizó

Actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton)

INDEPENDENCIA EN AVID		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
1) Capacidad para usar teléfono		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Lo opera por iniciativa propia, lo marca sin problemas.		□	□
Sí: Marca sólo unos cuantos números bien conocidos.		□	□
Sí: Contesta el teléfono pero no llama.		□	□
No: No usa el teléfono.		□	□
2) Transporte		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Se transporta solo/a.		□	□
Sí: Se transporta solo/a, únicamente en taxi pero no puede usar otros recursos.		□	□
Sí: Viaja en transporte colectivo acompañado.		□	□
No: Viaja en taxi o auto acompañado.		□	□
No: No sale.		□	□
3) Medicación		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Es capaz de tomarla a su hora y dosis correctas.		□	□
No: Se hace responsable sólo si le preparan por adelantado.		□	□
No: Es incapaz de hacerse cargo.		□	□
4) Finanzas		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Maneja sus asuntos independientemente.		□	□
No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.		□	□
No: Es incapaz de manejar dinero.		□	□
5) Compras		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Vigila sus necesidades independientemente.		□	□
No: Hace independientemente sólo pequeñas compras.		□	□
No: Necesita compañía para cualquier compra.		□	□
No: Incapaz de cualquier compra.		□	□
6) Cocina		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.		□	□
No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario.		□	□
No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada.		□	□
No: Necesita que le preparen los alimentos.		□	□
7) Cuidado del hogar		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima.		□	□
Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente.		□	□
Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia.		□	□
No: Necesita ayuda en todas las actividades.		□	□
No: No participa.		□	□
8) Lavandería		Sí (1 punto)	No (0 puntos)
Sí: Se ocupa de su ropa independientemente.		□	□
Sí: Lava sólo pequeñas cosas.		□	□
No: Todos se lo tienen que lavar.		□	□

Resultado /8

FRAIL

Es un cuestionario breve para detectar probable fragilidad en personas mayores.

- Componentes: 5 preguntas con respuestas “sí” o “no” sobre:

1.Fatiga 2.Resistencia 3.Desempeño aeróbico 4.Multimorbilidad

5.Pérdida de peso en el último año

- Requerimientos: formato impreso, bolígrafo y un espacio privado, ventilado, iluminado y sin distracciones.

- Tiempo de aplicación: alrededor de 5 minutos.

•Aplicación: Explicar el objetivo a la persona mayor y Realizar las 5 preguntas siguiendo la guía y registrar las respuestas.

- Calificación: suma de 0 a 5 puntos.

•0 puntos: sin fragilidad (robusto).

•1–2 puntos: probable pre-fragilidad.

•3–5 puntos: probable fragilidad.

FRAIL

	Puntuación
[Fatigue (fatiga)] En las últimas 4 semanas; ¿Qué tanto tiempo se sintió	1 = Todo el tiempo 2 = La mayor parte del tiempo 3= Algo de tiempo 4 = Muy poco tiempo 5 = Nada de tiempo Respuestas 1 o 2 son puntuadas como 1 y el resto como 0.
[Resistance (resistencia)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?	1 = Si 0 = No
[Aerobic (actividad aeróbica)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?	1 = Si 0 = No
[Illnesses (enfermedades)] Para las 11 enfermedades, los participantes se les pregunta: ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?	1 = Si 0 = No. El total de enfermedades (0-11) son recodificadas como 0-4 = 0 y 5-11 = 1. Las enfermedades incluyen: hipertensión arterial sistémica, diabetes, cáncer (otro que no sea un cáncer menor en piel), enfermedad pulmonar crónica, cardiopatía isquémica, insuficiencia cardiaca congestiva, angina, asma, artritis (incluyendo osteoartrosis y artritis reumatoide), enfermedad vascular cerebral (embolia) y enfermedad renal crónica.
[Lost of weight (pérdida de peso)] ¿Cuánto pesa con su ropa sin zapatos? [peso actual]" Hace un año ¿Cuánto pesaba con ropa y sin zapatos? [Peso hace un año]	El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: $[(\text{Peso hace un año} - \text{Peso actual}) / \text{Peso hace un año}] * 100.$ Si la pérdida de peso es $\geq 5\%$ se suma un punto (+1), si es $\leq 4\%$ se puntuá como 0.

Puntuación total: _____

Interpretación

El rango de la puntuación total va de 0 a 5 puntos, 1 punto por cada componente.

- **Probable fragilidad:** 3 a 5 puntos.
- **Probable pre-fragilidad:** 1 a 2 puntos.
- **Sin fragilidad o robustez:** 0 puntos.

Timed Up and Go (TUG)

Objetivo: evaluar movilidad básica en personas mayores, detectando trastornos de marcha, balance y riesgo de caídas.

•Descripción: Prueba rápida y sencilla donde la persona se levanta de una silla, camina 3 metros, da la vuelta y regresa a sentarse. Puede usar su calzado habitual y dispositivos de apoyo.

•Requerimientos:

•Silla sin descansabrazos

•Flexómetro

•Cono de tránsito (marca de 3 m)

•Formato impreso y bolígrafo

•Espacio privado, ventilado e iluminado

•Tiempo de aplicación: aprox. 10 minutos.

•Procedimiento:

1. Persona sentada con espalda apoyada.

2. Levantarse, caminar 3 m, girar, volver y sentarse.

3. Cronometrar desde que inicia a levantarse hasta que vuelve a sentarse.

4. Un intento de prueba.

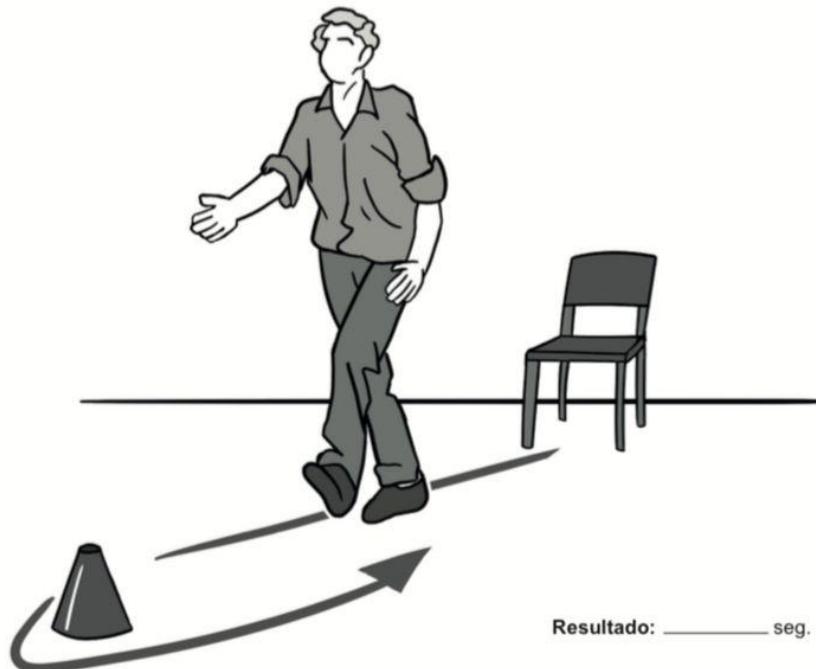
•Interpretación (según tiempo):

•< 10 s: normal

•11–13 s: discapacidad leve de movilidad

•> 13 s: alto riesgo de caídas

Timed Up and Go
Prueba Cronometrada Levántate y Anda



Interpretación

- **Normal:** <10 segundos.
- **Discapacidad leve de la movilidad:** 11-13 segundos.
- **Riesgo elevado de caídas:** >13 segundos.

Carta de Snellen

La valoración de la agudeza visual con la carta de Snellen es una de las pruebas más utilizadas en la práctica clínica porque permite detectar de manera sencilla si una persona presenta algún déficit visual que requiera atención especializada. Se basa en un principio geométrico que relaciona el tamaño de los optotipos (letras) con la distancia a la que se observan.

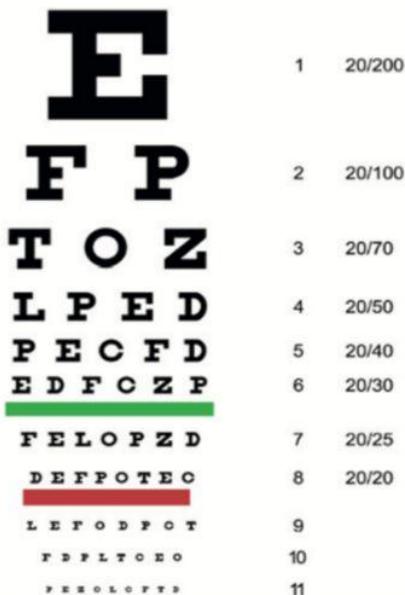
Objetivo: identificar de forma temprana alteraciones visuales que requieran referencia al especialista.

- Descripción: Evalúa la visión lejana a 6 metros con letras de tamaño decreciente (optotipos). Se explora un ojo a la vez, con los lentes habituales si los usa.
- Requerimientos: Carta de Snellen, Flexómetro o cinta métrica, Formato impreso, Espacio iluminado, privado y libre de distracciones, Tiempo de aplicación: ~10 minutos.

Procedimiento:

1. Colocar la carta a 6 metros, a la altura de los ojos.
 2. Pedir al paciente leer de la letra más grande a la más pequeña.
 3. Explorar un ojo a la vez (cubriendo el otro).
 4. Registrar la última línea que logra leer sin esfuerzo.
- Interpretación de resultados (expresados como fracción, ej. 6/6):
 - Visión normal: 6/6
 - Discapacidad visual moderada: <6/18 hasta 6/60
 - Discapacidad visual grave: <6/60 hasta $\geq 3/60$
 - Ceguera: <3/60 o pérdida de campo visual en el mejor ojo con la mejor corrección
- ⚠ Importante: la prueba es solo de tamizaje y no sustituye una valoración oftalmológica.

Valoración de la agudeza visual con carta de Snellen



Nota: Esta cartilla no es para colocar en pared, únicamente para subrayar resultados.

Resultados agudeza visual

Ojo izquierdo: _____ / _____ Ojo derecho: _____ / _____

Interpretación:

Interpretación: registre marcando con una X o ✓ según resultado

Visión normal: Agudeza visual de 6/6		Discapacidad visual moderada: Agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60	
Discapacidad visual grave: Agudeza visual inferior a 6/60 e igual o superior a 3/60.		Ceguera.: Agudeza visual de presentación inferior a 3/60 o una pérdida del campo visual 1 en el mejor ojo y con la mejor corrección .	

MNA-SF (Mini Evaluación Nutricional)

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de la persona mayor y detectar riesgo de desnutrición.

- Mantiene la validez y precisión de la versión larga.
- Se aplica en distintos contextos: comunitario, hospitalario y en residencias.
- Frecuencia recomendada:
- Anual en pacientes ambulatorios.
- Cada 3 meses en hospitalizados o en centros de larga estancia.
- Cada vez que existan cambios clínicos importantes.

Requerimientos:

- Formato impreso y bolígrafo.
- Báscula calibrada (peso).
- Estadímetro (talla).
- Cinta métrica (circunferencia de pantorrilla).
- Espacio privado, ventilado e iluminado.

Tiempo de aplicación: ~5 minutos.

Procedimiento: Obtener peso, talla y circunferencia de pantorrilla.

2. Aplicar el cuestionario y marcar el puntaje correspondiente.

3. Sumar los puntos.

4. En caso de poder realizar F1 (IMC), no es necesario aplicar F2 (circunferencia de pantorrilla).

Calificación:

- Puntaje total: 0–14 puntos.
- ≥ 12 puntos: estado nutricional normal.
- 8–11 puntos: riesgo de desnutrición.
- (<8 puntos = desnutrición, aunque no lo incluiste, aparece en la versión completa de la guía).

Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) Mini-Evaluación Nutricional – Formato Corto

Cribaje

A. Ha perdido el apetito? Ha comido menos por falta de apetito, problemas digestivos, dificultades de masticación o deglución en los últimos 3 meses?

- 0 = ha comido mucho menos
1 = ha comido menos
2 = ha comido igual

B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

- 0 = pérdida de peso > 3 kg
1 = no lo sabe
2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg
3 = no ha habido pérdida de peso

C. Movilidad

- 0 = de la cama al sillón
1 = autonomía en el interior
2 = sale del domicilio

D. Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses

- 0 = sí 2 = no

E. Problemas neuropsicológicos

- 0 = demencia o depresión grave
1 = demencia moderada
2 = sin problemas psicológicos

F1. Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg/(talla en m²)

- 0 = IMC < 19 kg/m²
1 = IMC ≤ 19 < 21 kg/m²
2 = IMC ≤ 21 < 23 kg/m²
3 = IMC ≥ 23 kg/m²

F2. Perímetro de la pantorrilla (cm):

- 0 = < 31 cm
1 = ≥ 31 cm

Interpretación:

Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido

- Estado nutricional normal:** 12 - 14 puntos
 Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos
 Desnutrición: 0 - 7 puntos

Resultado:

/14

SARC-F

Objetivo: Identificar la presencia de probable sarcopenia en personas mayores.

Descripción:

- Cuestionario breve, validado en población mexicana (2016).
- Consta de 5 ítems que evalúan: Fuerza, Asistencia para caminar, Levantarse de una silla, Subir escaleras, Caídas
- Rápido y fácil de aplicar.

Tiempo de aplicación: ~5 minutos.

Procedimiento:

1. Aplicar las 5 preguntas y asignar puntaje.
2. Sumar la puntuación total (0–10).
3. Marcar la interpretación correspondiente.

Interpretación:

- 0–3 puntos: baja probabilidad de sarcopenia.
- ≥ 4 puntos: alta probabilidad de sarcopenia.

Datos de la persona mayor		
Nombre completo:		
Edad:	Sexo:	Fecha:
Preguntas		Puntaje
Strength (Fuerza)	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kg?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Assistance in walking (Asistencia para caminar)	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares o incapaz = 2
Rise from chair (Levantarse de una silla)	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse de una silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz sin ayuda = 2
Climb stairs (Subir escaleras)	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Falls (Caídas)	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1-3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

Puntuación total: _____

Entorno:

Evaluación de Barreras del Entorno Físico y la Movilidad

Objetivo: Detectar la existencia de barreras físicas y de movilidad que afectan a la persona mayor en su vida cotidiana.

Descripción: Cuestionario con preguntas dicotómicas (sí/no).

Explora barreras dentro y fuera del domicilio, en el transporte, en la actividad física y participación social.

También identifica accesibilidad a dispositivos auxiliares.

Basado en el estándar de competencia 0964 sobre evaluación de la capacidad funcional en personas mayores.

Tiempo de aplicación: ~10 minutos

Procedimiento:

1. Explicar a la persona mayor el propósito de la evaluación.
2. Formular las preguntas según el cuestionario y registrar respuestas.
3. Marcar con "X" en sí/no.
4. En caso de comentarios adicionales, anotar en observaciones o en hoja anexa.
5. Registrar en el apartado de interpretación el tipo de barreras detectadas.

Calificación:

- Es una evaluación descriptiva, no numérica.
- Permite identificar si existen barreras y de qué tipo.

Interpretación:

- Permite ubicar la presencia o ausencia de barreras de movilidad y accesibilidad, así como la necesidad de apoyos o dispositivos auxiliares.

Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad

Barreras para la actividad física (cont.)	Si	No
¿Considera que su comunidad es segura para realizar actividad física?		
¿Considera que el flujo vehicular en su colonia le permite realizar actividad física?		
¿Tiene usted el tiempo para realizar actividad física?		
¿Sabe usted como iniciar un programa seguro de actividad física en casa?		
<i>En caso que la persona mayor labore, realizar la siguiente pregunta:</i> ¿En su lugar de trabajo se promueve la actividad física? <i>En caso que la respuesta sea Sí realizar la siguiente pregunta</i>		
¿Usted realiza actividad física en su trabajo?		
Cuando usted ha acudido a consulta, ¿Le han prescrito realizar actividad física?		
Barreras para la participación social	Si	No
¿Conoce usted los lugares de encuentro que incluyan a personas mayores en su comunidad (centros recreativos, escuelas, bibliotecas, centros comunitarios, parques o jardines)?		
¿Los sectores público y privado realizan actividades de participación para adultos mayores en su comunidad?		
¿Usted participa en actividades comunitarias: (recreación, actividades físicas, sociales o espirituales)?		
¿Considera que la ubicación es conveniente para usted?		
¿Considera que el horario es conveniente?		
¿La admisión para participantes es abierta?		
¿El precio para participar constituye algún problema para usted?		
¿Conoce usted la gama de actividades que puede realizar en su comunidad?		
¿Tiene interés en llevarlas a cabo?		
¿Considera usted que las actividades alientan/estimulan la participación de personas de diferentes edades?		

Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad

Barreras para la participación social (cont.)	Si	No
¿Las instalaciones de dichos lugares de encuentro promueven el uso compartido para personas de distintas edades?		
¿Los lugares de encuentro y las actividades locales promueven el acercamiento e intercambio entre los vecinos?		
Barreras para la movilidad en el transporte	Si	No
¿El transporte público es accesible en cuanto a precio?		
¿Considera que el transporte público es confiable y frecuente?		
¿Considera que las rutas de transportes son adecuadas de acuerdo a sus necesidades?		
De acuerdo a su condición de salud, ¿considera que los vehículos son accesibles?		
¿Considera que las paradas del transporte son adecuadas?		
¿Considera usted que la actitud del conductor al manejar es la correcta?		
¿Considera usted que los caminos en su comunidad presentan buen estado de conservación?		
Dispositivos auxiliares	Si	No
¿Le han prescrito dispositivos auxiliares o ayudas técnicas?		
¿Usted considera que requiere de ellos? Sólo si su respuesta es Sí en ésta y la anterior pregunta, continuar con las siguientes.		
¿Dispone de ellos?		
¿Se los han ofrecido de manera gratuita en alguna dependencia del gobierno?		
¿Ha acudido a algún otro lugar para que le apoyen con ellos?		

Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad

Barreras para la actividad física (cont.)	Si	No
¿Considera que su comunidad es segura para realizar actividad física?		
¿Considera que el flujo vehicular en su colonia le permite realizar actividad física?		
¿Tiene usted el tiempo para realizar actividad física?		
¿Sabe usted como iniciar un programa seguro de actividad física en casa?		
<i>En caso que la persona mayor labore, realizar la siguiente pregunta:</i> ¿En su lugar de trabajo se promueve la actividad física? <i>En caso que la respuesta sea Sí realizar la siguiente pregunta</i>		
¿Usted realiza actividad física en su trabajo?		
Cuando usted ha acudido a consulta, ¿Le han prescrito realizar actividad física?		
Barreras para la participación social	Si	No
¿Conoce usted los lugares de encuentro que incluyan a personas mayores en su comunidad (centros recreativos, escuelas, bibliotecas, centros comunitarios, parques o jardines)?		
¿Los sectores público y privado realizan actividades de participación para adultos mayores en su comunidad?		
¿Usted participa en actividades comunitarias: (recreación, actividades físicas, sociales o espirituales)?		
¿Considera que la ubicación es conveniente para usted?		
¿Considera que el horario es conveniente?		
¿La admisión para participantes es abierta?		
¿El precio para participar constituye algún problema para usted?		
¿Conoce usted la gama de actividades que puede realizar en su comunidad?		
¿Tiene interés en llevarlas a cabo?		
¿Considera usted que las actividades alientan/estimulan la participación de personas de diferentes edades?		

Interpretación

- De acuerdo a las respuestas de manera descriptiva identifique el tipo de barreras de la persona mayor en su entorno.

Barreras en el entorno físico para la movilidad

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Barreras para la movilidad dentro de su domicilio | <input type="checkbox"/> Barreras para la movilidad en el transporte |
| <input type="checkbox"/> Barreras para la movilidad fuera de su domicilio | <input type="checkbox"/> Otras: _____ |

Barreras para la accesibilidad a dispositivos auxiliares

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presencia de barreras | <input type="checkbox"/> Ausencia de barreras |
|--|---|

Barreras para la realización de actividades de participación social / recreación

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presencia de barreras | <input type="checkbox"/> Ausencia de barreras |
|--|---|

Bibliografía

- Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. Instituto nacional de geriatría (INGER)
- Consejo de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. 2017. Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores.
- Martín Herranz, Raúl y Gerardo Vecilla Antolinez. 2011. Manual de optometría. México: Editorial Médica Panamericana.