



Jhonatan Gamaliel Vazquez Cruz

Agenor Abarca Espinoza

Escalas Geriátricas

Geriatría

6

PASIÓN POR EDUCAR

B

Comitán de Domínguez Chiapas a 7 de septiembre de 2025.

ESCALAS GERIATRICAS



ANALIS DE LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACION
UTILES EN LA VALORACION INTEGRAL DEL ADULTO
MAYOR.

Mini-Cog

La escala Mini-Cog fue introducida en EE. UU. por Borson en el año 2000 como una prueba rápida de detección de demencia, combinando el recuerdo de tres palabras y la prueba del dibujo del reloj.

Objetivo: detectar probable deterioro cognitivo.

La escala Mini-Cog es una prueba rápida y sencilla para detectar posible demencia en adultos mayores, que consiste en una tarea de recuerdo de tres palabras y una prueba del reloj.

El puntaje de la prueba se basa en el número de palabras recordadas (0, 1, 2 o 3) y si la prueba del reloj se calificó como "normal" o "anormal"

Mini-Cog®

Instrucciones de administración y puntuación

Id.: _____ Fecha : _____

Dibujo del reloj

Id.: _____ Fecha : _____

Paso 1: Registro de tres palabras

Mire directamente a la persona y diga: "Escuche con atención. Voy a decirle tres palabras y quiero que las repita ahora e intente recordarlas. Las palabras son [seleccione una lista de palabras de las versiones de abajo]. ¿Podría repetirlas ahora?". Si la persona no puede repetir las palabras después de tres intentos, avance al paso 2 (dibujo del reloj).

Estas listas de palabras, y otras más, se han usado en uno o más estudios clínicos.¹⁻³ Si se repite el ejercicio, se recomienda usar una lista de palabras alternativa.

Versión 1	Versión 2	Versión 3	Versión 4	Versión 5	Versión 6
Banana	Líder	Aldea	Río	Capitán	Hija
Amanecer	Temporada	Cocina	Nación	Jardín	Cielo
Silla	Mesa	Bebé	Dedo	Foto	Montaña

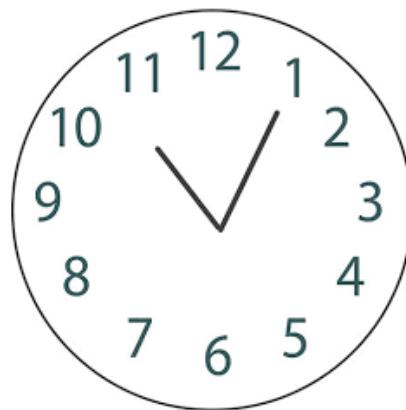
Paso 2: Dibujo del reloj

Diga: "Ahora quiero que dibuje un reloj. Primero, ponga todos los números en su lugar correspondiente". Cuando termine, diga: "Ahora dibuje las agujas para indicar que son las 11:10".

Use el círculo preimpreso (consulte la página siguiente) para este ejercicio. Repita las instrucciones según sea necesario, ya que esta no es una prueba de memoria. Avance al paso 3 si no se completa el reloj en tres minutos.

Paso 3: Recordar tres palabras

Pídale a la persona que repita las palabras que usted le dijo en el paso 1. Diga: "¿Cuáles son las tres palabras que le pedí que recordara?". Anote abajo el número de versión de la lista de palabras y las respuestas de la persona.



Mini-Mental State Examination (MMSE)

Mini-Examen del Estado Mental

Objetivo: detectar deterioro cognitivo leve o moderado

Descripción: Es una prueba cuya puntuación está altamente influenciada por la escolaridad y la edad, aquellas personas que obtengan una puntuación baja requieren una evaluación clínica y neuropsicológica más exhaustiva para confirmar y determinar el grado de deterioro cognitivo. Evalúa orientación, memoria, atención, cálculo, lenguaje y construcción.

Historia: Creado en 1975 por Folstein; versión mexicana adaptada por Reyes de Beaman.

Puntaje: Máximo 30 puntos; puntos bajos sugieren deterioro.

Cuadro 3.2.7. ESCALA MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN (MMSE-30)

Orientación temporal	
Día	0 <input type="radio"/> 1
Fecha	0 <input type="radio"/> 1
Mes	0 <input type="radio"/> 1
Estación	0 <input type="radio"/> 1
Año	0 <input type="radio"/> 1
Orientación espacial	
Hospital o lugar	0 <input type="radio"/> 1
Planta	0 <input type="radio"/> 1
Ciudad	0 <input type="radio"/> 1
Provincia	0 <input type="radio"/> 1
Nación	0 <input type="radio"/> 1
Fijación	
Repita estas 3 palabras hasta aprenderlas:	
Papel	0 <input type="radio"/> 1
Bicicleta	0 <input type="radio"/> 1
Cuchara	0 <input type="radio"/> 1
Concentración (solo una de las 2 opciones)	
a. Restar desde 100 de 7 en 7	0 <input type="radio"/> 1 2 3 4 5
b. Deletré la palabra "MUNDO" al revés	0 1 2 3 4 <input type="radio"/> 5
Memoria	
¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes?	0 1 2 <input type="radio"/> 3
Lenguaje	
Mostrar un bolígrafo, ¿Qué es esto?	0 <input type="radio"/> 1
Repetirlo con el reloj	0 <input type="radio"/> 1
Repita la frase: "Ni si, ni no, ni peros"	0 <input type="radio"/> 1 1
Tome este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa	0 1 2 <input type="radio"/> 3
Lea esto y haga lo que	0 <input type="radio"/> 1
CIERRE LOS OJOS	
Escriba una frase	0 <input type="radio"/> 1
Copie este dibujo	0 <input type="radio"/> 1
	Total = Años escolarización = Deterioro cognitivo: <18 puntos en analfabetos. <21 puntos en escolaridad baja (no estudios primarios). <24 puntos en escolaridad alta (estudios primarios o más).

Montreal Cognitive Assessment (MoCA)

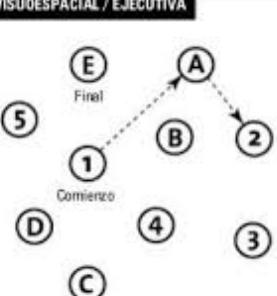
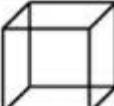
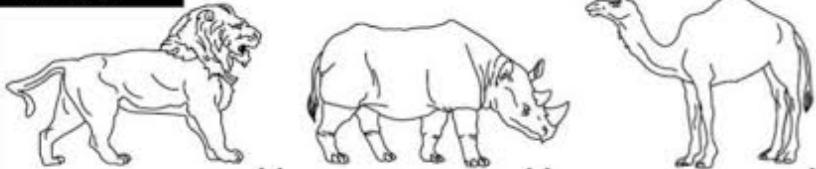
Evaluación Cognitiva de Montreal

Objetivo: detectar trastornos neurocognitivo leve y estadios tempranos de demencias

Descripción: El instrumento de evaluación cognitiva de Montreal evalúa los siguientes dominios cognitivos: **atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación.**

Historia: Desarrollada en 1996 en Canadá; validada en México.

Puntaje: 0–25 = probable trastorno cognitivo; 26–30 = normal. Máximo 30 puntos (+1 si ≤12 años de escolaridad).

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: Nivel de estudios: Sexo:	Fecha de nacimiento: FECHA:
VISUELOESPACIAL / EJECUTIVA  		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	Puntos
		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas	—/5
IDENTIFICACIÓN 		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	—/3
MEMORIA Lee la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		<input type="checkbox"/> ROSTRO <input type="checkbox"/> SEDA <input type="checkbox"/> IGLESIA <input type="checkbox"/> CLAVEL <input type="checkbox"/> ROJO	Sin puntos
ATENCIÓN Lee la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos: El paciente debe repetirlos a la inversa:		<input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 <input type="checkbox"/> 7 4 2	—/2
Leer la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B	—/1
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65	—/3
LENGUAJE Repita: El gato se escurre bap el solí cuando los perros entran en la sala.		<input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida.	—/2
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comienzan por la letra "P" en 1 min.		<input type="checkbox"/> (N ≥ 11 palabras)	—/1
ABSTRACCIÓN Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta		<input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla	—/2
RECUERDO DIFERIDO Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		<input type="checkbox"/> ROSTRO <input type="checkbox"/> SEDA <input type="checkbox"/> IGLESIA <input type="checkbox"/> CLAVEL <input type="checkbox"/> ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Opcional Pista de categoría Pista elección múltiple			
ORIENTACIÓN <input type="checkbox"/> Dia del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Dia de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad			—/6
		Normal ≥ 26 / 30	TOTAL <input type="checkbox"/> /30
		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios	

Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems

Objetivo: Evaluar el estado afectivo de la persona mayor.

Descripción: La escala geriátrica de depresión corresponde a 15 ítems de los cuales 10 ítems indican presenciales de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa

Historia: Creada por Yesavage en los 80s; versión corta de 15 ítems.

Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems

1. En general, estás 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 útil?	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 ultima semana.

Descripción: El CESD-7 consta de 7 ítems que indican la probable presencia de síntomas depresivos y la frecuencia durante la ultima semana en que los presento.

Historia: Versión reducida del Center for Epidemiologic Studies Depression Scale.

Puntaje: 0–21; <5 = normal, ≥5 = síntomas significativos.

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			
	Punto menor (punto 0 ó menor que 1 punto)	Punto medio o regular (1 ó 2 puntos)	Algunos de estos síntomas (3 ó 4 días)	Todos al tiempo o la mayoría del tiempo (5 ó 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 /21

Normal □

Síntomas depresivos significativos □

Interpretación:

- Normal: < 5 puntos

- Síntomas depresivos significativos: igual o mayor a 5 puntos

Escala de Braden

(Valoración del riesgo de úlceras por presión)

Historia: Creada en 1985 por Braden y Bergstrom; adaptada en México en 2004.

Descripción: Evalúa percepción sensorial, humedad, actividad, movilidad, nutrición y fricción. Evaluar el riesgo de desarrollo de úlceras por presión de la persona mayor

Puntaje: 6–23; menor puntaje = mayor riesgo.

ESCALA BRADEN Versión Resumida				
	1	2	3	4
Percepción sensorial Capacidad para responder a la incomodidad relacionada con la presión	Completamente limitada (no responde a estímulos dolorosos)	Muy limitada (responde solo a estímulos dolorosos)	Ligeramente limitada (responde a órdenes verbales)	Sin limitaciones
Humedad El grado de exposición de la piel a la humedad, ya sea por sudor, orina, heces o drenaje de heridas	Constantemente húmeda	Muy húmeda	Ligeramente húmeda	Raramente húmeda
Actividad El nivel de actividad física, incluyendo la capacidad para deambular y realizar actividades de la vida diaria	Encamada	En silla	Camina con ayuda	Camina libremente
Movilidad La capacidad para cambiar de posición de forma independiente	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones
Nutrición El patrón habitual de ingesta de alimentos, incluyendo la cantidad y calidad de la dieta	Muy pobre	Probablemente inadecuada	Adequate	Excelente
Rocío y Peligro Lesiones El grado en que la fricción y el cizallamiento afectan a la piel	1 Problema (requiere ayuda para moverse)	2 Problema potencial (movimientos débiles, mínima fricción)	3 Sin problema aparente (se mueve independientemente)	
Resultado	>14 pts: Riesgo Bajo	13-14 pts: Riesgo Moderado	≤12 pts: Riesgo Alto	<i>Osi Lpp</i>
Revaloración Escala Braden	Cada 6 meses o siempre que haya cambios en situación clínica	Cada 2 meses o siempre que haya cambios en situación clínica	Cada mes o siempre que haya cambios en situación clínica	

Escala de Norton.

(Valoración del riesgo de ulceras por presiones)

Objetivo: valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión

Historia: Creada en 1962 en Reino Unido.

Descripción: Evalúa estado físico, mental, actividad, movilidad e incontinencia.

Puntaje: 5–20; ≤12 = alto riesgo, ≤16 = riesgo moderado.



Índice de Katz

Objetivo: Valorar independencia en actividades básicas (baño, vestido, alimentación, etc.).

Historia: Creado en 1963 para medir autocuidado.

Descripción: La Escala de Katz evalúa la independencia en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) como aseo, vestido, uso del baño, movilidad, continencia y alimentación

Puntaje: 0–6 (máx. independencia = 6).

ÍNDICE DE KATZ Índice de independencia en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Versión original

ACTIVIDAD	DESCRIPCIÓN DE LA DEPENDENCIA
BAÑARSE	INDEPENDIENTE: necesita ayuda para lavarse una parte del cuerpo, o lo hace solo. DEPENDIENTE: incluye la necesidad de ayuda para entrar o salir de la bañera
VESTIRSE	INDEPENDIENTE: se viste totalmente (Incluye coger las prendas del armario) sin ayuda. Excluye el atado de los cordones de los zapatos. DEPENDIENTE: no se viste solo
USAR EL RETRETE	INDEPENDIENTE: no precisa ningún tipo de ayuda (incluye la entrada y salida del baño). Usa el baño. DEPENDIENTE: incluye usar urinal o cuña.
MOVILIDAD	INDEPENDIENTE: no requiere ayuda para sentarse o acceder a la cama. DEPENDIENTE: precisa ayuda para utilizar la cama/silla. No realiza uno o más desplazamientos
CONTINENCIA	INDEPENDIENTE: control completo de la micción y la defecación. DEPENDIENTE: incluye control total o parcial mediante enemas, sondas o el empleo reglado del orinal y/o cuña.
ALIMENTACIÓN	INDEPENDIENTE: lleva la comida del plato, o equivalente, a la boca sin ayuda. DEPENDIENTE: incluye no comer y la nutrición parenteral o enteral por sonda

Por ayuda se entiende la supervisión, dirección o ayuda personal activa. La evaluación debe realizarse según lo que el enfermo realice y no sobre lo que sería capaz de realizar.

CLASIFICACIÓN

- A Independiente en todas las actividades
- B Independiente en todas las actividades, salvo una
- C Independiente en todas las actividades, excepto bañarse y otra función adicional
- D Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse y otra función adicional
- E Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional
- F Independiente en todas las actividades, excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional
- G Dependiente en las seis funciones

Escala de LAWTON Y BRODY

Objetivo: evalúa la autonomía funcional de adultos mayores

Historia: La escala fue desarrollada por M. Powell Lawton y Lucille M. Brody.

Fue publicada en 1969 en el artículo "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living"

Descripción: La Escala de Lawton y Brody evalúa la autonomía funcional de adultos mayores mediante 8 Actividades de la Vida Diaria Instrumentales (AVDI), como usar el teléfono o manejar dinero

Puntaje: Cada actividad se puntuá de 0 a 1, sumando un total entre 0 (máxima dependencia) y 8 (independencia total)

ESCALA LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia		1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares		
Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar		1
No es capaz de usar el teléfono		0
HACER COMPRAS		
Realiza independientemente todas las compras necesarias		1
Realiza independientemente pequeñas compras		0
Necesita ir acompañado/a para hacer cualquier compra		0
Totalmente incapaz de comprar		0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo/a 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 le sirvan las comidas		0
CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo/a 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 participa en ninguna labor de la casa		0
LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo/a toda su ropa		1
Lava por si solo/a pequeñas prendas		1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche		1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otra medio de transporte		1
Viaja en transporte público cuando va a acompañado/a por otra persona		1
Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros		0
No viaja		0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta		1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente		0
No es capaz de administrarse su medicación		0
MANEJOS DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo/a		1
Necesita ayuda en grandes compras, bancos...		1
Incapaz de manejar dinero		0

FRAIL

Objetivo: Detectar fragilidad en adultos mayores.

Historia: Herramienta sencilla de 5 preguntas.

Descripción: La escala FRAIL (acrónimo de Fatiga, Resistencia, Ambladura, Resistencia, Ambuladura, InfecCiones y pérdida de peso, en inglés Fatigue, Resistance, Ambulation, Illness, Weight loss) es un cuestionario breve de cinco ítems para identificar la fragilidad en personas adultas mayores.

Puntaje: 0 = robusto; 1–2 = prefrágil; 3–5 = frágil.

The infographic is titled "CUESTIONARIO FRAIL DE" and includes the following sections:

- SÍNDROME DE FRAGILIDAD:** A vertical column on the left side of the table.
- FlashCards Geriatría NARM:** Logos at the top left.
- FRAGILIDAD:** A blue ribbon banner at the top right.
- TIP:** A small red box.
- Diagnóstico:** A small orange box.
- FRAGILIDAD: ≥ 3 criterios. PRE-FRAGIL: 1 o 2 criterios.** A blue ribbon banner at the bottom right.

"FRAIL"	CRITERIOS	CUESTIONARIO
F	FATIGUE	¿ Se siente usted Fatigado o Cansado ?
R	RESISTANCE	¿ Se siente Incapaz de subir un piso de escaleras ?
A	AEROBIC	¿ Se le dificultaría caminar una manzana completa ?
I	ILLNESSES	¿ Usted tiene más de 5 enfermedades actualmente ?
L	LOST OF WEIGHT	¿ Ha perdido más del 5% de peso en los últimos 6 meses ?

Malnutrition universal Screening Tool (MUST)

Instrumento Universal para el Despistaje de Mala Nutrición

Objetivo: Identificar a personas mayores con riesgo de mala nutrición (desnutrición u obesidad)

Historia: Desarrollada en Reino Unido (BAPEN).

Descripción: La escala MUST (Malnutrition Universal Screening Tool o Herramienta Universal de Cribado de Desnutrición) es un instrumento clínico de cinco pasos que evalúa el estado nutricional de adultos, identificando a aquellos con malnutrición o en riesgo de desnutrición, incluyendo a los obesos. La escala analiza el índice de masa corporal (IMC), la pérdida de peso involuntaria y la consecuencia de enfermedades agudas

Puntaje: 0 = bajo riesgo, 1 = moderado, ≥ 2 = alto riesgo.

Los 5 pasos del 'MUST'

Paso 1

Mida la estatura y el peso y calcule la puntuación del IMC utilizando la tabla adjunta. Si no puede obtener la estatura ni el peso, utilice los procedimientos alternativos que se muestran en esta guía.

Paso 2

Anote el porcentaje de pérdida de peso involuntaria y la puntuación con ayuda de las tablas adjuntas.

Paso 3

Determine el efecto y la puntuación de las enfermedades agudas.

Paso 4

Sume las puntuaciones de los pasos 1, 2 y 3 para obtener el riesgo global de malnutrición.

Paso 5

Utilice las directrices de tratamiento y/o las normas locales para desarrollar un plan de cuidados.

SARC-F

Objetivo: Identificar la presencia de probable sarcopenia en la persona mayor

Historia: Creada en 2013 como tamizaje simple.

Descripción: es un cuestionario de cinco ítems que evalúa la sarcopenia, o pérdida de masa y fuerza muscular, en adultos mayores. Se puntúa de 0 a 10 (0 es la mejor puntuación)

SARC-F

Objetivo:

Identificar la presencia de probable sarcopenia en la persona mayor.

Instrucciones:

Aplique el cuestionario, marcando la puntuación para cada pregunta. Sume los puntos, anote el puntaje total y marque la interpretación que corresponda.

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 Mucho o incapaz = 2
Assistance in walking (Asistencia para caminar)	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucho, 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 Mucho o incapaz sin ayuda = 2
Climb stairs (Subir escaleras)	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucho 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: _____

Interpretación

Alta probabilidad de sarcopenia = 4 o más probabilidades.

1, 2 ó 3 puntos = Baja probabilidad de sarcopenia.

Escala Geriatrica del Maltrato

Objetivo: detectar algunas o algunos tipos de malos tratos en los dominios negligencia, psicológico, físico, financiero y sexual.

Historia: Diseñada para adultos mayores vulnerables.

Descripción: 22 preguntas divididas en 5 secciones.

Puntaje: Cualitativo según respuestas.

Escala Geriatrica de Maltrato al adulto mayor					
Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Digame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.					
	A Si me responsta en el paso a abajo	B ¿Esto ocurrió... →	C ¿Desde hace cuántos años ocurre esto? →	D Quién fue el responsable? PARENTESCO	E ¿Es hombre o mujer?
¿Durante los últimos 12 meses a usted ...	0 No 1 Si → * No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 98. no respondió	01 un año y menos 99 no recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
NEGIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 ¿Le han quitado su dinero?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Maltrato: Si <input checked="" type="radio"/> (1) No <input type="radio"/> (0)	
				/22	