



Escalas de valoración

Javier Jiménez Ruiz

Primer Parcial

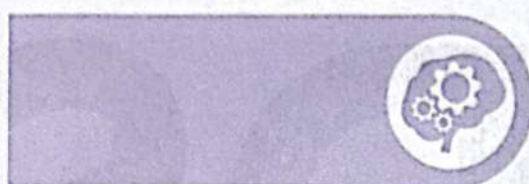
Geriatría

Dr. Agenor Abarca Espinosa

Licenciatura en Medicina Humana

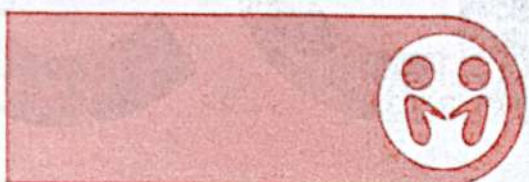
6° "A"

Comitán de Domínguez, Chis. A 07 de septiembre de 2025.



Cognitivo

- **Fluencia verbal semántica**
- **Mini-Cog**
- **Mini-Mental**



Afectivo

- **Geriatric Depression Scale (15 ítems)**
- **Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-7 ítems)**



Funcionamiento

- **Actividades básicas de la vida diaria (índice Katz)**
- **Actividades instrumentales de la vida diaria (índice Lawton)**
- **FRAIL**



Nutricional

- **Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) Mini evaluación nutricional, formato corto.**
- **SARC-F**



Entorno

- **Escala geriátrica de maltrato**
- **Inventario de recursos sociales en personas mayores (Díaz-Veiga)**

Cognitivo

1. Fluencia verbal semántica (animales)

Objetivo: Evaluar la producción espontánea de palabras bajo ciertas condiciones que restringen su búsqueda.

Descripción:

La evaluación de la fluencia verbal semántica forma parte de la batería de herramientas para evaluar el lenguaje, representa una tarea compleja desde el punto de vista cognoscitivo, pues implica procesos lingüísticos, mnésicos y ejecutivos. Se ha descrito que los resultados de esta prueba son influenciados por características sociodemográficas como son el sexo, la edad, la escolaridad y la ocupación.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Cronómetro.
- Hoja de papel.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Palabras que pertenezca a una sola categoría, un munito.

1.	7.	13.	19.	25.
2.	8.	14.	20.	26.
3.	9.	15.	21.	27.
4.	10.	16.	22.	28.
5.	11.	17.	23.	29.
6.	12.	18.	24.	30.

Total de palabras:

2. Mini-Cog TM

Objetivo: Detectar probable deterioro cognitivo.

Descripción:

Es un instrumento simple y rápido. No tiene influencia significativa del idioma, la cultura o la escolaridad. El Mini-CogTM permite identificar a quienes requieren una evaluación más exhaustiva. Es adecuado para su uso en todos los tipos de establecimientos de salud; es apropiado para ser utilizado con personas mayores, en contextos de múltiples idiomas, culturas y grados de escolaridad. Se compone de dos secciones, la primera es una prueba de 3 palabras y la segunda el dibujo de un reloj. La inclusión del dibujo de un reloj permite evaluar varios dominios cognitivos como: memoria, comprensión del lenguaje, habilidades visuales y motrices, funciones ejecutivas.

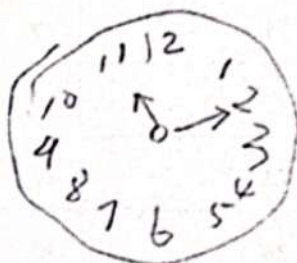
Requerimientos:

- Formato impreso.
- Una hoja de papel (tamaño media carta o carta) con un círculo impreso o dibujado).
- Bolígrafo, Reloj, Cronómetro o teléfono inteligente.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Ver a la persona directamente, decirle 3 palabras y que las repita (3 intentos) si no logra continuar con el reloj, que coloque los números en orden después las manecillas indicando una hora (3 minutos), evocación de las 3 palabras nuevamente.

-5 puntos en total, uno por cada palabra y uno por cada indicación del reloj.

Ejemplos de dibujos del reloj:



Normal = 2 puntos



Anormal = 0 puntos

3. Mini-Mental State

Objetivo:

Detectar deterioro cognitivo leve o demencia.

Descripción:

Esta versión del mini-examen del estado mental la adaptó y validó Sandra Reyes de Beaman y colaboradores en población mexicana, se realizaron algunos cambios a saber: en orientación de tiempo se reemplazó la pregunta acerca de la estación del año por la hora, considerándose correctas respuestas entre 0.5 horas antes o después de la hora exacta real; en orientación en espacio, la pregunta ¿cuál es el nombre de este hospital? solo se le hace a personas que se encuentran hospitalizadas, en otros contextos se cambia por ¿en dónde estamos ahora?, este dominio también considera la colonia o vecindario y la ciudad; las palabras a registrar y recordar se cambiaron por papel, bicicleta y cuchara; en atención y cálculo se mantuvo la resta de 7 en 7 empezando por 100, dejando como alternativa la resta de 3 en 3 empezando por 20; en lenguaje la frase a repetir es ni no, ni si, ni pero. Otro ajuste que se realizó a esta versión fue que en personas con 3 o menos años de escolaridad formal, se les asigna 8 puntos, y no se aplican los reactivos de la resta de 7 en 7, leer la orden escrita "Cierre los ojos", escribir una frase o enunciado, no copiar el dibujo de los pentágonos; lo cual permite utilizar el mismo valor de corte para identificar posible deterioro cognitivo con 24 o menos puntos del mini-examen del estado mental.

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.

Requerimientos:

- Formato del mini-examen del estado mental
- Bolígrafo
- Hoja de papel para la orden verbal.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

10 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona. Ver directamente a la persona, lograr su atención, hacer preguntas, si sabe leer/escribir/año de estudio/100-7/lectura de cierre los ojos/escritura de frase y copia de pentágonos para obtener un puntaje final.

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: ☐ SI ☐ NO

Sabe escribir: ☐ SI ☐ NO

Hasta qué año estudió: _____

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

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

INC	CORR
0	1
0	1
0	1
0	1
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

Ahora dígalos usted:

INC	CORR
0	1
0	1
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
65	0 1

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

4a. Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir del 20.

INC	CORR
17	0 1
14	0 1
11	0 1
8	0 1
5	0 1

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

IV. Lenguaje

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

- TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA
- DÓBLELO POR LA MITAD
- Y DÉJELO EN EL SUELO

INC	CORR
0	1
0	1
0	1

(máx. 3) 0 1 2 3

(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
0	1
0	1
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?

INC	CORR
0	1
0	1

Muestre el LÁPIZ y diga: ¿Qué es esto?

(máx. 2) 0 1 2

Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Sólo se la puedo decir una sola vez, así que ponga mucha atención.

NI NO, NI SÍ, NI PERO

(máx. 1) 0 1

Puntaje total:

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

A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, daries 8 puntos de entrada y obviar la resta de 7 en 7 a partir de 100 (5 puntos), la lectura de "cierre 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

1. Geriatric Depression Scale (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 la presencia de síntomas depresivos si se responden afirmativamente, mientras que otros 5 ítems indican síntomas depresivos cuando se les da una respuesta negativa. La escala geriátrica de depresión se ha probado en personas mayores sanas, enfermas o con deterioro cognitivo leve a moderado en distintos contextos como el comunitario, hospitalario y de cuidados a largo plazo.

Requerimientos

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

-Ver directamente a la persona, logre su atención y explique que le va a hacer unas preguntas para evaluar su estado afectivo, como se ha sentido en la última semana.

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.

2. Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CESD-7 ítems)

Objetivo: Evaluar síntomas depresivos presentes en la última semana.

Descripción:

El CESD-7 consta de 7 ítems que indican la probable presencia de síntomas depresivos y la frecuencia durante la última semana en que los presentó.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Ver directamente a la persona, lograr su atención y explicar, tomar en cuenta como se ha sentido en la última semana.

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

Preguntas Durante la última semana usted...	Opciones de respuesta y puntos correspondientes			
	Siempre o casi siempre (puntos de 1-3)	Pocas veces o algunas veces (0-2 puntos)	Un número de veces considerable (0-1 punto)	Todo el tiempo o casi todo el tiempo (0-2 puntos)
¿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 <input type="text" value="/21"/>	Normal <input type="checkbox"/> Síntomas depresivos significativos <input type="checkbox"/>			

Interpretación:

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

Funcionamiento

1. Actividades básicas de la vida diaria (índice Katz)

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

Descripción:

El índice de Katz está constituido por 6 ítems, cada uno corresponde a una actividad a evaluar como alimentación, vestido, baño, continencia urinaria/fecal, transferencias y uso del sanitario.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Se requiere observar a la persona mayor, preguntar si realiza cada una de las actividades.

Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)		Si (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVO	1) Baño (Esponja, regadera o tina) 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 piernas). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Vestido Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Si: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en atornillarse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Uso del sanitario Si: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arrojar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Si: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarlo y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Transferencias 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Continencia 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Alimentación Si: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. Si: Que se alimente solo y que tenga asistencia solo para cortar la carne o untar mermelada. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente pasivo o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Calificación de Katz

[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 baño y/o otra actividad adicional.

[D] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.

[E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.

[F] Dependencia en las seis actividades básicas de la vida diaria.

[G] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

Resultado /6/

2. Actividades instrumentales de la vida diaria (índice Lawton)

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

Descripción:

El índice de Lawton apoya a la detección de los primeros indicios del deterioro funcional en la persona mayor que vive en su domicilio o en instituciones de cuidados a largo plazo, lo que permite monitorear con regularidad a la persona mayor en riesgo de dependencia de cuidados. Evalúa 8 actividades: usar el teléfono, cocinar, lavar ropa, hacer tareas de la casa, usar transporte; manejar las finanzas, hacer compras, administrar medicamentos.

En cuanto a la validez y confiabilidad se ha confirmado que la validez de este índice es de relevancia en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud, así como para evaluarlos. Las medidas de confiabilidad con los componentes básicos se le consideran aceptables. Su aplicación en la clínica permite detectar precozmente el plan terapéutico e identificar la necesidad de asistencia.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 10 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

-Puntaje máximo 8/8

-Puntaje mínimo 0/8

-8 puntos: Independencia total

-Resultado menor indica deterioro funcional

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

3. Frail

Objetivo: Identificar probable fragilidad en la persona mayor.

Descripción:

La herramienta de detección "FRAIL" es un cuestionario sencillo que consta de 5 preguntas dicotómicas, que abordan 5 puntos trascendentes para el diagnóstico de la fragilidad: fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, multimorbilidad y pérdida de peso en el último año.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Instrucciones:

1. Diga a la persona mayor el objetivo del cuestionario, y mencione que hará 5 preguntas de las cuales le tendrá que decir sí o no según sea su caso.

2. Pregunte de acuerdo con la guía del instrumento y anote la respuesta en el espacio asignado

Calificación: De acuerdo con el puntaje asignado se realiza la sumatoria de las preguntas teniendo un rango total de 0-5 puntos máximos como resultado.

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: ¿Algun 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 cardíaca congestiva, angina, asma, artritis (incluyendo osteoartritis 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: $\left[\frac{\text{Peso hace un año} - \text{Peso actual}}{\text{Peso hace un año}} \right] \times 100$ Si la pérdida de peso es ≥5% se suma un punto (+1). Si es <5% se puntúa como 0.
Puntuación total: _____	
Interpretación El rango de la puntuación total va de 0 a 5 puntos, 1 punto por cada componente. <ul style="list-style-type: none"> • Probable fragilidad: 3 a 5 puntos • Probable pre-fragilidad: 1 a 2 puntos • Sin fragilidad o robustez: 0 puntos 	

Nutricional

1. Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) Mini evaluación nutricional, formato corto.

Objetivo: Evaluar el estado nutricional de la persona mayor.

Descripción:

Este instrumento consta de 7 ítems. Es una versión reducida del MNA conserva la precisión y validez de la versión larga del MNA. Actualmente, el MNA-SF es la versión preferida del MNA en la práctica clínica habitual, en el ámbito comunitario, hospitalario y en instituciones de cuidados a largo plazo (residencias geriátricas, centros sociosanitarios), debido a su facilidad de uso y practicidad. Está validado en español y en distintos contextos.

La frecuencia de valoración se recomienda anualmente en pacientes ambulatorios, cada 3 meses en pacientes hospitalizados o ingresados en centros de larga estancia, y en toda persona mayor en la que ocurran cambios en el estado clínico del paciente.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Cinta métrica.
- Báscula calibrada.
- Estadímetro.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Se requiere peso, estatura, circunferencia de pantorrilla,

Mini-Nutritional Assessment-Short Form (MNA-SF) Mini-Evaluación Nutricional – Formato Corto	
Criterio	
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/m ² 1 = IMC ≤ 19 < 21 kg/m ² 2 = IMC ≤ 21 < 23 kg/m ² 3 = IMC ≥ 23 kg/m ²	
F2. Perímetro de la pantorrilla (cm): 0 = < 31 cm 1 = ≥ 31 cm	
Interpretación:	
Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido	
<input type="checkbox"/> Estado nutricional normal: 12 - 14 puntos <input type="checkbox"/> Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos <input type="checkbox"/> Desnutrición: 0 - 7 puntos	

Resultado: 14

2. SARC-F

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

Descripción: Este instrumento fue adaptado y validado el 2016 en población mexicana por Lorena Parra y colaboradores.

SARC-F (Strength, Assistance in walking, Rise from chair, Climb stairs- Falls) por sus siglas en inglés consta de 5 ítems que evalúan fuerza, asistencia para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y caídas.

Es rápido y de fácil aplicación.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Instrucciones:

Aplique el cuestionario, marcando la puntuación para cada pregunta.

1. Sume los puntos, anote el puntaje total y marque la interpretación que corresponda.

Calificación: El puntaje máximo es de 10 y el mínimo 0 puntos. A mayor puntuación mayor riesgo.

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: _____		

Interpretación

Alta probabilidad de sarcopenia = 4 o más probabilidades.

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

Entorno

1. Escala geriátrica de maltrato

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

Descripción: Escala de 22 preguntas dividida en cinco secciones que permite identificar el maltrato en la persona mayor.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Hay que efectuar las preguntas con respeto y calidez, tenemos que darle el tiempo suficiente para poder responderlas y si se detecta alguna duda o confusión poder volver a plantearla.

Escala geriátrica de maltrato

Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se plantean 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 alguna de las siguientes problemáticas en el último año, dentro o fuera del hogar.

	A Si es respondido sí o no a B	B ¿Cómo se siente?	C ¿Cómo se siente dentro o fuera del hogar?	D ¿Cómo se siente dentro o fuera del hogar?	E ¿Cómo se siente dentro o fuera del hogar?	
¿Durante los últimos 12 meses usted...						
FÍSICO						
1. ¿Le han golpeado?						
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?						
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?						
4. ¿Le han averiado algún objeto?						
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?						
PSICOLÓGICO						
6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?						
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?						
8. ¿Le han distado o le han cerrado de la casa?						
9. ¿Le han hecho sentir miedo?						
10. ¿No han respetado sus decisiones?						
11. ¿Le han prohibido salir o que le visiten?						
NEGLIGENCIA						
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?						
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?						
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?						
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?						
ECONÓMICO						
16. ¿Alguien le ha mantenido o morado su dinero sin su consentimiento?						
17. ¿Le han quitado su dinero?						
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?						
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?						
20. ¿Le han perseguido para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?						
SEXUAL						
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?						
22. ¿Le han forzado a que gerencie sin su consentimiento?						
Total:		/22		Maltrato: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

2. Inventario de recursos sociales en personas mayores (Díaz-Veiga)

Objetivo: Identificar la frecuencia, tipos de apoyo y nivel de satisfacción que recibe la persona mayor de su entorno inmediato.

Descripción: Cuestionario que explora aspectos estructurales de las redes sociales (tamaño, y frecuencia de contactos), funcionales (apoyo emocional e instrumental) y la satisfacción subjetiva de las relaciones.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 10 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Ver directamente a la persona mayor, lograr su atención, y realizarle las preguntas de manera respetuosa.

El resultado de las respuestas de la persona mayor, el inventario permitirá identificar elementos descriptivos cuyas respuestas indicarán que personas son próximas, que tipo de apoyo proporcionan y el grado de satisfacción, de igual manera debemos registrarlo durante la encuesta.

Instrucciones:

Marcar con una cruz (X) la respuesta en el espacio según la siguiente codificación:

Identificación	
Estado civil: Casado/a _____ Soltero/a _____ Viudo / a _____	
¿Tiene usted hijos?	Si _____ No _____
¿Tiene usted "parientes": sobrinos, hermanos, primos, etc.?	Si _____ No _____
¿Tiene usted relación con amigos?	Si _____ No _____
Análisis de las relaciones	
Cónyuge	
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ¹
¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?	a _____ b _____ ²
¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ³
Hijos	
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ¹
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?	a _____ b _____ ²
¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ³
Familiares próximos	
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares o parientes?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ¹
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estos familiares?	a _____ b _____ ²
¿En qué grado está satisfecho de la relación con estas personas?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ³
Amigos	
¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ¹
¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?	a _____ b _____ ²
¿En qué grado está satisfecho de la relación con sus amigos?	1 _____ 2 _____ 3 _____ ³

1 Frecuencia 1: menos de una vez al mes; 2: 1 o 2 veces al mes; 3: 1 vez a la semana o más.
2 Tipo de apoyo a: apoyo emocional; b: apoyo instrumental.
3 Grado de satisfacción 1: poco; 2: algo; 3: mucho

Bibliografía

-Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral (Instituto nacional de geriatría) 2020