



SEXTO SEMESTRE GRUPO A

ESCALAS DE ATENCION PARA LOS ANCIANOS

MATERIA: GERIATRIA

CATEDRATICO: DR. ESPINOSA ABARCA AGENOR

ALUMNO:

PABLO ADOLFO JIMENEZ VAZQUEZ

ESCALAS EN EL ADULTO MAYO

Las escalas en adultos mayores son herramientas estandarizadas para evaluar su estado de salud en áreas como la funcionalidad (Barthel, Katz), movilidad (Tinetti), cognición (MoCA, Mini-Cog), estado de ánimo (GDS), y riesgos como el de caídas (Tinetti, SARC-F) o sarcopenia (SARC-F). Estas escalas permiten una detección precoz de problemas, mejoran la objetividad de la valoración y facilitan la comunicación entre profesionales, optimizando el plan de tratamiento y seguimiento del adulto mayor.

Escalas de Funcionalidad

- **Índice de Katz:**Evalúa seis actividades básicas de la vida diaria (AVD): aseo, vestido, uso del baño, movilidad, alimentación y continencia. Ayuda a clasificar la dependencia funcional.
- **Escala de Lawton y Brody:**Mide las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), que son más complejas, como usar el teléfono, hacer compras, cocinar o manejar el dinero.

Escalas de Movilidad y Riesgo de Caídas

- **Escala de Tinetti:**Se enfoca en evaluar el equilibrio y la marcha para identificar el riesgo de caídas.
- **Escala SARC-F:**Es un cuestionario para detectar la sarcopenia, evaluando la fuerza, la dificultad para caminar, levantarse de una silla, subir escaleras y las caídas

Escalas Cognitivas

- **MoCA (Montreal Cognitive Assessment):**Evalúa la función cognitiva en general.
- **Mini-Cog:**Un instrumento de evaluación cognitiva que se puede aplicar de forma rápida.

Escalas Psicológicas y Sociales

- **Escala de Depresión Geriátrica (GDS):**Se utiliza para evaluar la presencia de depresión en el adulto mayor.

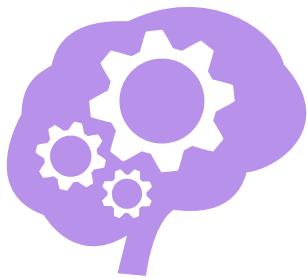
- **Escala de Zarit**:Diseñada para medir la sobrecarga del cuidador principal, evaluando cómo el cuidado afecta su salud física y emocional.

Importancia de las escalas

- **Diagnóstico y seguimiento**: Permiten detectar problemas físicos, psíquicos y sociales.
- **Objetividad**: Aumentan la objetividad y la reproducibilidad de la valoración.
- **Comunicación**: Facilitan la comunicación entre los diferentes profesionales que atienden al adulto mayor.
- **Planificación**: Ayudan a desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento adecuado.

Instrumentos de evaluación

Cognitivo



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**. (Anexo 1)

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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Vea directamente a la persona, logre su atención y dígale:

*“Quiero que nombre palabras que pertenecen a la categoría “animales”. Quiero que usted piense en cualquier animal que viva en el **aire, en el agua, en el bosque, todas las clases de animales**. Ahora quiero que me diga todos los animales que pueda. Tiene un minuto para hacer esto”.*

2. Inicie medición de tiempo, utilizando el cronómetro.
3. Anote las respuestas de la persona mayor.
4. Registre el total de palabras. Se cuentan todos los nombres válidos de animales evocados en 1 minuto. Se permiten nombres de animales extintos, imaginarios o mágicos. Los nombres propios, palabras incorrectas, variaciones o repeticiones no se consideran válidos.
5. Consulte las tablas normativas de fluencia verbal semántica con base a edad y escolaridad.

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:

Calificación:

Corresponderá de acuerdo con la edad, la escolaridad de la persona, así mismo la cantidad de palabras que haya mencionado. Únicamente serán válidas las que pertenezcan a la categoría de animales, evocadas en 1 minuto y sin variaciones o repeticiones

— Mini-Cog™



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-Cog™ 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**. (Anexo 2)

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.

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones: (ver video de aplicación)

Importante: registre la fecha, el nombre completo, la edad, el sexo y los años de escolaridad de la persona evaluada.

1. Registro de tres palabras.

Vea directamente a la persona, logre su atención y dígale:

"Escuche con cuidado. Voy a decir tres palabras que quiero que usted repita ahora y trate de recordar. Las palabras son plátano, amanecer, silla. Ahora repita las palabras".

Nota: Pueden usar otras series de 3 palabras como: líder, temporada, mesa; pueblo, cocina, bebé; río, nación, dedo; capitán, jardín, retrato; o hija, cielo, montaña. Si la persona no logra repetir las 3 palabras en un primer intento, dígale las 3 palabras nuevamente. Máximo se le darán hasta 3 intentos a la persona para repetir las 3 palabras. Si la persona no logra repetir las 3 palabras después de 3 intentos, continúe con la siguiente sección.

2. Dibujo del reloj.

Proporcione a la persona una hoja de papel con un círculo impreso o dibujado y un bolígrafo, y dígale las siguientes frases en el orden indicado:

“Ahora, quiero que me **dibuje un reloj**; primero, **coloque los números** donde van”

“Ahora coloque las **manecillas** del reloj en la posición **que indique las 11:10**”

Nota: (Repita las instrucciones según sea necesario ya que esta sección no es una prueba de memoria. Si la persona no ha terminado de dibujar el reloj en 3 minutos, deje pendiente esta sección y pase a lo siguiente).

3. Evocación de las tres palabras.

Dígale a la persona:

“¿Cuáles fueron las **tres palabras** que le pedí **que recordara**? ”

(plátano, amanecer, silla; u otra serie de palabras).

Calificación:

Puntuación de las palabras (0 a 3 puntos):

1 punto por cada palabra recordada correctamente de forma espontánea, es decir, sin pistas.

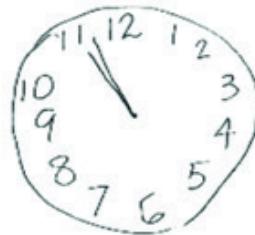
Puntuación del reloj (0 o 2 puntos):

Un reloj normal equivale a 2 puntos; para considerarlo normal debe cumplir con lo siguiente: tiene todos los números del 1 al 12, cada uno sólo una vez, están presentes en el orden correcto y aproximadamente en la dirección correcta dentro del círculo; dos manecillas están presentes, una apuntando al 11 y la otra al 2; la longitud de las manecillas no se puntúa. El no cumplir con los criterios de un reloj normal o el rehusarse a dibujar el reloj se califica como 0 puntos.

Ejemplos de dibujos del reloj:



Normal = 2 puntos



Anormal = 0 puntos

Para sacar el criterio total: Sumar los puntos por las palabras y los puntos por el reloj.

El puntaje máximo alcanzable es de 5 puntos (3 puntos para la sección de tres palabras y 2 puntos para la sección de dibujo del reloj).

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-Mental State Examination (MMSE)

Mini-Examen del Estado Mental



Objetivo:

Detectar deterioro cognitivo leve o demencia.

Descripción:

Esta versión del mini-examen del estado mental la adaptó y validó Sandra Reyes de Beauman 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. (Anexo 3)

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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele: "Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado mental"
2. Pregunte si sabe leer o escribir.

3. Pregunte hasta qué año estudió en caso de 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 “cierre los ojos” (1 punto), la escritura de frase (1 punto) y la copia de los pentágonos (1 punto).
4. Diga tal cual la instrucción que está establecida en cada dominio del formato.
5. Realice la sumatoria a fin de establecer el resultado final.

Calificación:

Se dará un punto por cada respuesta correcta.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- **Probable deterioro cognitivo:** Puntaje ≤ 24 .
- **Sin deterioro cognitivo:** Puntaje > 24 .

Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])

Evaluación Cognitiva de Montreal



Objetivo:

Detectar trastorno neurocognitivo leve y estadios tempranos de demencia.

Descripción:

El instrumento de evaluación cognitiva de Montreal **evalúa** los siguientes dominios cognitivos: **atención y concentración; funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visuoespaciales, razonamiento conceptual, cálculo y orientación**. Tiene varias versiones alternas con la intención de disminuir los posibles efectos de aprendizaje cuando se utiliza de manera repetida en la misma persona. MoCA[®] ha sido probado en 14 idiomas y en personas de edades entre 49 y más de 85 años y con diversos grados de escolaridad.

MoCA[®] ha sido usado en diversos contextos desde atención comunitaria de la salud, establecimientos hospitalarios, hasta servicios de urgencias. Puede utilizarse en personas de distintas culturas, múltiples grupos de edad y diferentes niveles de escolaridad. (Anexo 4)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Reloj, cronómetro o teléfono inteligente.
- Espacio privado, ventilado, iluminado y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Evaluación visuoespacial/ejecutiva.

A. Vea directamente a la persona, logre su atención, indíquele el lugar correcto en el formato de MoCA[®] y dígale:

“Me gustaría que **dibuje** una **línea alternando** entre **cifras y letras**, respetando el orden numérico y el orden alfabético. Comience aquí (señale el 1) y dibuje una línea hacia la letra **A**, y a continuación hacia el **2**, etc. **Termine aquí** (señale la **E**).”

B. Cuando la persona haya terminado el trazo alternado de números y letras, señalando el dibujo del cubo en el formato de MoCA[®], dígale:

“Me gustaría que **copiara** este **dibujo** de la manera más precisa posible”

C. Cuando la persona haya terminado la copia del dibujo del cubo; señalando el espacio adecuado en el formato de MoCA® dígale:

“Ahora me gustaría que dibuje un **reloj**, que incluya todos los números, y que marque las **11 y 10**.”

2. Evaluación de identificación y nominación.

A continuación, pídale a la persona que nombre cada uno de los animales mostrados en el formato de MoCA® de izquierda a derecha.

3. Evaluación de memoria.

Dígale a la persona lo siguiente:

“Ésta es una prueba de memoria. Le voy a **leer una lista de palabras** que debe **recordar**. Escuche con atención y, cuando yo termine, me gustaría que me **diga todas las palabras** que pueda recordar, en el orden que desee”.

Ahora léale a la persona la lista de 5 palabras de la sección de memoria del formato de MoCA® a un ritmo de una palabra por segundo. Luego de leer la lista de palabras una primera vez, marque con una paloma, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que la persona logre repetir. Cuando la persona haya terminado (se haya acordado de todas las palabras) o cuando no pueda acordarse de más palabras, dígale a la persona:

“Ahora le voy a **leer la misma lista** de palabras **una vez más**. Intenta acordarse del mayor número posible de palabras, incluyendo las que repitió en la primera ronda”.

Importante: Marque con una paloma, en el espacio reservado a dicho efecto, todas las palabras que la persona repita la segunda vez. Al final del segundo intento, infórmeme a la persona que deberá recordar estas palabras, ya que tendrá que repetirlas más tarde (en 5 minutos), al final de la prueba; dígale: “Le volveré a preguntar estas palabras al final de la prueba”

4. Evaluación de atención y concentración.

Dígale a la persona lo siguiente:

“Le voy a **leer una serie de números**, y cuando haya terminado, me gustaría que **repita** estos números en el **mismo orden** en el que yo los he dicho”.

Lea la secuencia de cinco números de la sección de atención del formato de MoCA® a un ritmo de uno por segundo.

Ahora dígale a la persona:

“Le voy a leer una serie de números, y cuando haya terminado, deberá repetirlos hacia atrás”.

A continuación, a la persona dígale:

“Voy a leerle una serie de letras. Cada vez que diga la letra ‘A’, dé un golpecito con la mano. Cuando diga una letra que no sea la A, no dé ningún golpecito”.

Dígale a la persona:

“Ahora me gustaría que restará 7 de 100, y que continuará restando 7 a la cifra de su respuesta anterior, hasta que le pida que pare”.

Puede repetir las instrucciones una vez más si lo considera necesario.

5. Evaluación de lenguaje.

Dígale lo siguiente a la persona:

“Ahora le voy a **leer** una **frase**. Repítala exactamente cuando yo termine:
“**[Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy]**”.

“Ahora le voy a **leer** otra **frase**. Repítala exactamente cuando yo termine:
“**[El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación]**”.

A continuación, dígale a la persona lo siguiente:

“Me gustaría que me **diga el mayor número** posible de **palabras** que **comienzan** por la **letra** que le diga. Puede decir cualquier tipo de palabra, excepto nombres propios, números, conjugaciones verbales (p. ej. ‘meto’, ‘metes’, ‘mete’) y palabras de la misma familia (p.ej. ‘manzana’, ‘manzano’). Le pediré que pare al minuto. ¿Está preparado? Ahora, **diga el mayor número** posible de **palabras** que **comiencen** por la letra **F**”.

6. Evaluación de abstracción.

Como ejemplo, pídale a la persona que le diga a qué categoría pertenecen un **plátano** y una **naranja**; si la persona da una respuesta concreta; repítale a la persona sólo una vez más:

“Dígame **otra** categoría a la que también puedan **pertenecer** un plátano y una naranja”.

Si la persona no da la respuesta adecuada, dígale:

“Sí, y las dos pertenecen también a la categoría de frutas”.

No dé otras instrucciones o explicaciones.

Lo anterior fue un ensayo, a continuación, exprésele a la persona lo siguiente:

"Ahora un **tren** y una **bicicleta**"

No dé instrucciones o pistas supplementarias; cuando la persona haya terminado, dígale:

"Ahora un **reloj** y una **regla**"

7. Evaluación de recuerdo diferido.

Habiendo pasado no más de 5 minutos desde el paso 3 (evaluación de memoria), a continuación, a la persona dígale:

"Antes le leí una serie de palabras y le pedí que las recordase. Dígame **todas las palabras** de las que se acuerde"

Para las palabras de las que la persona no se acuerde espontáneamente, puede proporcionarle pistas de categoría semántica. Luego, para las palabras de las que la persona no se acuerda, a pesar de las pistas semánticas, puede ofrecerle una selección de respuestas posibles, de las cuales la persona debe identificar la palabra adecuada. A continuación, se presentan las pistas para cada una de las palabras:

ROSTRO	categoría semántica: parte del cuerpo	elección múltiple: nariz, rostro, mano
SEDA	categoría semántica: tela	elección múltiple: lana, algodón, seda
IGLESIA	categoría semántica: edificio	elección múltiple: iglesia, escuela, hospital
CLÁVEL	categoría semántica: flor	elección múltiple: rosa, clavel, tulipán
ROJO	categoría semántica: color	elección múltiple: rojo, azul, verde

8. Evaluación de orientación.

Ahora dígale a la persona:

"Dígame en qué **fecha** estamos hoy"

Si la persona ofrece una respuesta incompleta, dígale:

"Dígame el **año**, el **mes**, el **día** del mes (fecha) y el **día** de la **semana**".

A continuación, pídale a la persona:

"Dígame cómo se llama el **lugar** donde estamos ahora y en qué **localidad** nos encontramos".

Registre la fecha, el nombre completo, la edad, el sexo y los años de escolaridad de la persona evaluada.

Instrumentos de evaluación

Afectivo





Geriatic 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 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**. (Anexo 5)

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: (ver video de aplicación)

1. Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

"Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado afectivo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda con Sí o No".

2. Hágale a la persona las preguntas indicadas en el formato de la Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems.

Calificación:

El puntaje máximo es de 15 puntos. Sume los puntos por cada respuesta Sí o No en negritas.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo con la sumatoria del puntaje obtenido por las respuestas de la persona mayor se puede considerar lo siguiente:

- **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.

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**. (Anexo 6)

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: (ver video de aplicación)

1. Vea directamente a la persona, logre su atención y explíquele:

“Le voy a hacer algunas preguntas para evaluar su estado de ánimo, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana de acuerdo lo siguiente”

- 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.

2. Hágale a la persona las preguntas de CESD-7 en el orden indicado.
3. Registre las respuestas con una ✓
4. Sume el valor de las respuestas obtenidas y registre en el apartado de resultado.
5. Registre con una ✓ la interpretación final, según el resultado.

Calificación:

Se tiene un puntaje mínimo de 0 y máximo de 21 puntos. Sumar los puntos por cada respuesta.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo con la sumatoria de todas las respuestas de la persona mayor con el puntaje obtenido, se pueden considerar los siguientes parámetros:

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

Instrumentos de evaluación

Funcionamiento





Actividades básicas de la vida diaria (Índice de 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**. (Anexo 7)

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: (ver video de aplicación)

Nota: Si la persona mayor no se encuentra cognoscitivamente íntegra interrogar al cuidador.

1. Para obtener el índice de Katz se requiere observar a la persona mayor.
2. Preguntar si realiza cada una de las actividades.
3. En la columna correspondiente deberá registrar la manera en que la persona mayor realiza cada actividad otorgando 1 o 0 puntos, de acuerdo con lo establecido en las características descritas en cada una de ellas.
4. Sume el total de los puntos otorgados.
5. Registre en el apartado el resultado.

Calificación:

El índice de Katz cuenta con un puntaje numérico que a continuación se describe:

- **Puntaje máximo:** 6/6
- **Puntaje mínimo:** 0/6

Y un puntaje alfabético:

- [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**.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- El puntaje **6** indica **total independencia**.
- Cualquier puntaje **menor** de **6** indica **dependencia**, el cual puede llegar a “0” en un estado de dependencia total. Así mismo deberá registrarse el puntaje alfabético según corresponda a fin de tener una interpretación descriptiva, y mencionarse la o las actividades para las cuales la persona conserva o no la independencia para realizarlas.

Actividades instrumentales de la vida diaria (índice de 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. **Evaluá 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. [\(Anexo 8\)](#)

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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. La información se obtiene directamente de la persona mayor o de su cuidador, si ésta no se encuentra cognoscitivamente íntegra.
2. Registre marcando con una x, en la columna correspondiente a 1 o 0 puntos; para ello es importante identificar la manera en que la persona mayor realiza cada actividad para otorgar o no el puntaje, de acuerdo con lo establecido en las características descritas en cada una de ellas.
3. Sume el total de los puntos.
4. Registre en el apartado de resultado.

Calificación:

- El puntaje máximo es 8/8
- El puntaje mínimo es 0/8
- **El puntaje máximo puede ser menor cuando se omiten las actividades que nunca ha realizado la persona mayor, por ejemplo, si la persona mayor nunca ha cocinado Total:7/7.**

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- Los **8** puntos **indican independencia total** para realizar las **actividades instrumentales de la vida diaria**.
- Un resultado **menor** **indica deterioro funcional; excepto** cuando se omiten **actividades que nunca realizó** la persona mayor

Short Physical Performance Battery (SPPB)

Batería Corta de Desempeño Físico



Objetivo:

Identificar el desempeño físico de la persona mayor.

Descripción:

La batería corta de desempeño físico conocida por sus siglas en inglés SPPB (Short Physical Performance Battery), es un instrumento que **evalúa tres aspectos de la movilidad: equilibrio, velocidad de marcha y fuerza de miembros o extremidades inferiores para levantarse de una silla. Apoya a la probable detección de desenlaces adversos tales como mortalidad e institucionalización, así como su asociación con discapacidad y dependencia de cuidados.** (Anexo 9)

Requerimientos:

- Espacio privado, ventilado, iluminado y libre de distracciones, acondicionado con mobiliario cómodo para la realización de actividades incluyendo el espacio de 4 metros.
- Bolígrafo
- Formato impreso
- Protocolo de aplicación.
- Cronómetro o teléfono inteligente.
- Flexómetro para medir distancia de 4 metros.
- Silla sin descansabrazo y respaldo recto.
- Cinta para delimitar área en piso.

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Explique a la persona mayor el propósito de aplicación de la batería corta de desempeño físico.
2. Prepare el espacio, a fin de desarrollar la evaluación (mida y marque con cinta el espacio de 4 metros).
3. Aplique la prueba
4. Registre en el formato correspondiente.
5. Sume el puntaje obtenido por cada uno de los apartados.
6. Determine la interpretación según el resultado.

Protocolo de aplicación:

Importante: todas las pruebas deben realizarse en el mismo orden en que se presentan en este protocolo.

Las instrucciones para los participantes se muestran en **negrita** y **cursiva** y deben darse exactamente como están escritas en este guion.

1. PRUEBA DE EQUILIBRIO

El/la participante debe ser capaz de ponerse de pie sin ayuda y sin el uso de un bastón o un andador. Se le puede ayudar a levantarse.

Ahora comencemos la evaluación. Ahora me gustaría que intente mover su cuerpo en diferentes movimientos. Primero le describiré y le mostraré cada movimiento. Entonces me gustaría que intentara hacerlo. Si no puede hacer un movimiento en particular, o si cree que no sería seguro tratar de hacerlo, dígame y pasaremos al siguiente. Permítame enfatizar que no quiero que intente hacer ningún ejercicio que considere inseguro.

1. De pie con los pies juntos uno al lado del otro.

1. *Ahora le mostraré el primer movimiento.*
2. (Demostrar) **Quiero que intente pararse con los pies juntos uno al lado del otro, durante unos 10 segundos.**
3. **Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que se detenga.**
4. Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a poner los pies juntos uno al lado del otro.
5. De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.
6. Cuando el/la participante tenga los pies juntos, pregúntele “**¿Está listo/a?**”
7. Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, “**Listo, empezamos**”.
8. Detenga el cronómetro y diga “**Deténgase**” después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.
9. Si el/la participante no puede mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y vaya a la prueba de velocidad de marcha.

2. De pie con los pies en semi-tándem.

1. *Ahora le mostraré el segundo movimiento.*
2. (Demostrar) *Ahora quiero que intente pararse con el lado del talón de un pie tocando el dedo gordo del otro pie durante unos 10 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted.*
3. *Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que se detenga.*
4. Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a colocarse en la posición de semi-tándem.
5. De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.
6. Cuando el/la participante tenga sus pies juntos en semi-tándem, pregúntele “*¿Está listo/a?*”
7. Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, “***Listo, empezamos.***”
8. Detenga el cronómetro y diga “***Deténgase***” después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.
9. Si el/la participante no puede mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y vaya a la prueba de velocidad de marcha.

3. De pie con los pies en tandem completo.

1. Ahora le mostraré el tercer movimiento.
2. (Demostrar) *Ahora quiero que intente pararse con el talón de un pie delante y tocar los dedos del otro pie durante unos 10 segundos. Puede poner cualquiera de los pies delante, lo que sea más cómodo para usted.*
3. *Puede usar los brazos, doblar las rodillas o mover el cuerpo para mantener el equilibrio, pero trate de no mover los pies. Intente mantener esta posición hasta que le diga que se detenga.*
4. Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a colocarse en la posición tandem completo.
5. De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.

6. Cuando el/la participante tenga sus pies juntos en tandem completo, pregúntele “¿Está listo/a?”
7. **Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, “Listo, empezamos”.**
8. **Detenga el cronómetro y diga “Deténgase” después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.**

2. PRUEBA DE VELOCIDAD Y MARCHA

Ahora voy a observar cómo camina normalmente. Si usa bastón u otro auxiliar para caminar y siente que lo necesita para caminar una distancia corta, entonces puede usarlo.

1. Primera prueba de velocidad de marcha.

1. **Este es el trayecto que hay que caminar. Quiero que camine hasta el otro extremo del trayecto a su velocidad habitual, como si estuviera caminando por la calle para ir a la tienda.**

2. Demostrar como caminar por el trayecto al/la participante.
3. Camine hasta el final del trayecto pasando la cinta antes de detenerse. Caminaré junto a usted.

¿Siente que esto sería seguro?

4. Pida al/la participante que se pare con ambos pies tocando la línea desalida.
5. **Cuando quiera que inicie, le diré: “Listo, empezamos”.** Cuando el/la participante haya comprendido esta instrucción, dígale: “**Listo, empezamos**”.
6. Presione el botón para activar el cronómetro cuando el/la participante comience a caminar.
7. Camine detrás y a un lado del/la participante.
8. Detenga el cronómetro cuando uno de los pies del/la participante haya cruzado completamente la línea final.

2. Segunda prueba de velocidad de marcha.

1. Ahora quiero que repita la prueba. Recuerde caminar a su ritmo habitual y llegar un poco más allá del otro extremo del trayecto.

2. Asegúrese de que el/la participante se pare con ambos pies tocando la línea de salida.

3. **Cuando quiera que inicie, le diré: “Listo, empezamos”.** Cuando el/la participante haya comprendido esta instrucción, dígale: **“Listo, empezamos”**.

4. Presione el botón para activar el cronómetro cuando el/la participante comience a caminar.

5. Camine detrás y a un lado del/la participante.

6. Detenga el cronómetro cuando uno de los pies del/la participante haya cruzado completamente la línea final.

3. PRUEBA DE LEVANTAMIENTO DE LA SILLA

1. Levantamiento único de la silla

1. Hagamos la última prueba de movimiento. ¿Cree que sería seguro para usted intentar levantarse de una silla sin usar los brazos?

2. **La siguiente prueba mide que tanta fuerza tiene en sus piernas.**

3. (Demuestre y explique el procedimiento.) **Primero, doble los brazos sobre el pecho y siéntese de manera que sus pies estén en el piso; luego levántese manteniendo los brazos cruzados sobre el pecho.**

4. Por favor póngase de pie manteniendo sus brazos cruzados sobre el pecho. (Anote resultado).

5. Si el/la participante no puede levantarse sin usar los brazos, dígale **“De acuerdo, traté de ponerse de pie usando los brazos”**. Este es el final de la prueba. Anote el resultado y vaya a la hoja de puntuación.

2. Levantamiento de la silla

1. ¿Cree que sería seguro para usted intentar levantarse de una silla cinco veces sin usar los brazos?

2. (Demostrar y explicar el procedimiento): **Por favor, levántese derecho lo más RÁPIDO que pueda cinco veces, sin detenerse entre los levantamientos. Cada vez que se levante, siéntese y luego levántese de nuevo. Mantenga sus brazos cruzados sobre su pecho. Le estaré tomando el tiempo con un cronómetro.**

3. Cuando el/la participante este sentado/a correctamente, dígale: **“¿Listo/a?, Levántese”** y empiecea tomar el tiempo.

4. Cuente en voz alta, cada vez que el/la participante se levanta de la silla, hasta contar 5 levantamientos.

5. Detenga al/la participante si este/a se cansa mucho o presenta dificultad para respirar al estar levantándose repetidamente de la silla.

6. Detenga el cronómetro cuando el/la participante se haya levantado por quinta ocasión.

7. También detenga el cronómetro:

- Si el/la participante usa sus brazos
- Después de 1 minuto, si el/la participante no ha completado los 5 levantamientos.
- A su juicio, si le preocupa la seguridad del/la participante

8. Si el/la participante se detiene y parece que estar fatigado/a antes de completar los 5 levantamientos de la silla, confírmelo preguntándole “**¿Puede continuar?**”

9. Si el/la participante responde “Si”, continúe tomando el tiempo. Si el/la participante responde “No”, deténgalo/a y reinicie el cronómetro.

Calificación:

Apartado 1.	Prueba de balance: realice la sumatoria del apartado a+b+c y registre el resultado _____/4 puntos máximo.
Apartado 2.	Velocidad de la marcha (recorrido 4 metros): del tiempo requerido para recorrer la distancia registrada en segundos determine el puntaje y registre resultado _____/4 puntos máximo.
Apartado 3.	Prueba de levantarse cinco veces de la silla: del tiempo requerido para levantarse 5 veces de la silla registrado en segundos determine el puntaje y registre resultado _____/4 puntos máximo.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- Sume el puntaje obtenido de la evaluación de los apartados 1+2+3 y registre _____/12 puntos máximo.
- **Si la persona mayor tiene un puntaje menor a 8 puntos (< 8 puntos) se identifica un desempeño físico bajo.**

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** trascendentales para el diagnóstico de la fragilidad: **fatiga, resistencia, desempeño aeróbico, multimorbilidad y pérdida de peso en el último año.** (Anexo 10)

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: (ver video de aplicación)

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.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Para interpretar utilice los siguientes criterios:

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



Timed Up and Go

Prueba Cronometrada

Levántate y Anda

Objetivo:

Evaluar la movilidad básica en personas mayores y sus probables trastornos de la marcha y balance.

Descripción:

La “prueba cronometrada de levántate y anda” es una prueba auxiliar en el **diagnóstico de trastornos de la marcha y el balance y su asociación con un riesgo de caídas** determinado. Sus ventajas son la rapidez y facilidad para realizarla, así como el poco requerimiento de material y espacio físico, en ella **la persona puede usar su calzado habitual y cualquier dispositivo de ayuda que normalmente use.** ([Anexo 11](#))

Requerimientos:

- Silla sin descansabrazos.
- Flexómetro.
- 1 cono de tránsito.
- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.
- Marcas visibles de las líneas de inicio (silla) y de fin de un trayecto de 3 metros, con un cono como indicador.

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Indicarle a la persona mayor, sentarse en la silla con la espalda apoyada en el respaldo.
2. Pídale a la persona que se levante de la silla, camine a paso normal una distancia de 3 metros, haga que la persona de la vuelta camine nuevamente hacia la silla y se vuelva a sentar.
3. Mida el tiempo en que la persona mayor realiza la prueba. El cronometraje comienza cuando la persona comienza a levantarse de la silla y termina cuando regresa a la silla y se sienta.
4. Dar un intento de prueba.

Calificación:

Anote el tiempo medido expresado **en segundos**.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo con los resultados se considera las siguientes categorías:

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



Prueba del susurro (valoración de la agudeza auditiva)

Objetivo:

Evaluar la agudeza auditiva de la persona mayor.

Descripción:

Es una herramienta que evalúa la capacidad auditiva de la persona. Es de fácil aplicación e interpretación y bajo costo. ([Anexo 12](#))

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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Determinar un sitio aislado de ruido, interferencias o distractores.
2. Establecer previamente y enlistar dos combinaciones de 3 números o letras (ejemplos 7-6-A, R-S-3, B-L-2).
3. No existe una combinación de números y letras estandarizada.
4. Indicar a la persona mayor permanecer sentada.
5. Situarse a un brazo de distancia (aprox. 60 cm) por detrás de la persona (para evitar la lectura de los labios).
6. Se evalúa cada oído por separado, comenzando con el oído con mejor audición, el oído que no se va a evaluar deberá ocluirse suavemente.
7. Exhalar silenciosamente antes de pronunciar la combinación procurando sea con la voz más silenciosa posible.
8. Susurrar una combinación de 3 números o letras y pedir a la persona que la repita al finalizar.
9. Realizar la prueba con combinaciones de números y letras diferentes para el oído derecho y para el oído izquierdo.

Revisión de la medicación



Objetivo:

Identificar los medicamentos potencialmente inapropiados con base en los criterios de Beers y STOPP/START.

Descripción:

La historia de medicación consiste en preguntar a la persona mayor respecto al **consumo de medicamentos y productos terapéuticos alternativos, incluyendo productos herbarios, medicina complementaria o alternativa y tradicional** con el fin de promover la reducción de la dosis o retiro de medicamentos potencialmente inapropiados. Se deberá hacer uso del índice de adecuación de la medicación, criterios de Beers y STOPP/START. ([Anexo 13](#))

Requerimientos:

- Formato impreso “listado de medicación”
- Bolígrafo.
- Criterios de Beers.
- Criterios START/STOPP.
- Espacio privado, ventilado, iluminado y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Salude y preséntese ante la persona mayor.
2. Mencione el objetivo de la entrevista.
3. Recopile la información de identificación (datos generales) y pregunte la manera en que requiere que le llame a la persona mayor.
4. Solicite los medicamentos que la persona mayor está utilizando.
5. Elabore el listado completo y actualizado de medicamentos prescritos, considere los medicamentos de venta libre y automedicados, así como suplementos, vitaminas y remedios utilizados (medicina alternativa o tradicional).
6. Analice la información previa a fin de identificar medicamentos cuya utilización representa más riesgos que beneficios en personas mayores utilizando índice de adecuación de la medicación, criterios de Beers, criterios STOPP/START.
7. Registre en el apartado correspondiente acorde a los criterios utilizados.

Resultados:

La utilización de los criterios debe verse como una guía para identificar medicamentos cuya utilización representa más riesgos que beneficios en personas mayores. Estos criterios no deben aplicarse de forma punitiva.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Esta lista no pretende sustituir al juicio clínico ni los valores o necesidades de pacientes individuales. La prescripción y el manejo de enfermedades o condiciones de salud deben individualizarse e involucrar una toma compartida de decisiones, **la prescripción y descripción de medicamentos es responsabilidad única del médico.**



Velocidad de la marcha

Objetivo:

Examinar la función física relacionada con la movilidad de la persona mayor.

Descripción:

Herramienta para medir la movilidad, dentro de la capacidad intrínseca es una **prueba estrictamente cuantitativa que determina el tiempo en que la persona mayor camina cierta distancia**; es un parámetro de evaluación que ha tomado gran relevancia recientemente y es muy sencillo de realizar. **La disminución en la velocidad de marcha se ha asociado a cambios en el sistema nervioso central como son un menor volumen de la corteza prefrontal y un mayor tiempo de reacción.** ([Anexo 14](#))

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones, plano, libre de obstáculos y lo suficientemente amplio para evaluar la velocidad de marcha.
- Marcas visibles de las líneas de inicio y fin de un trayecto de 4 metros.
- Cronómetro (reloj o de teléfono inteligente).

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Si la persona mayor, ya utiliza un auxiliar de la marcha (bastón, andadera, etc.) puede emplearlo durante la prueba.
2. Explique a la persona que le realizará una prueba para medir su velocidad para caminar, y que su caminar deberá hacerlo a su paso habitual.
3. Indíquele a la persona el punto de partida y el punto de fin del trayecto donde deberá caminar.
4. Mida con el cronómetro o teléfono inteligente el tiempo que le toma a la persona caminar el trayecto de 4 metros. (Active el cronómetro en inicio al momento que la persona empiece a caminar, detenga el cronómetro cuando la persona toque la línea marcada).
5. Registre el tiempo de trayectoria del caminar de la persona evaluada.
6. Calcule la velocidad de la marcha, de acuerdo a la operación sugerida.

Calificación:

Para calcular la velocidad de marcha, realice la siguiente división: 4 (que corresponde a los metros recorridos) entre (÷) los segundos que le tomó a la persona recorrerlos, obteniéndose así la velocidad en m/seg

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- < 1 m/seg
(≥ 4 seg en total) = Predice riesgo de desenlaces adversos

- < 0.8 m/seg
(≥ 5 seg en total) = Disminución de desempeño como parte de los componentes que definen a la sarcopenia

Valoración de la agudeza visual (aplicación Peek Acuity)



Objetivo:

Valorar la agudeza visual para identificar oportunamente un déficit que requiera una valoración especializada.

Descripción:

La agudeza visual se valora a través de la aplicación Peek Acuity para teléfonos inteligentes, dicha aplicación permite realizar la prueba de visión que se encuentra disponible en play store cuya descarga es gratuita. Fue diseñada por expertos y permite identificar a las personas que necesitan un examen visual más detallado.

Esta prueba utiliza una forma de *E* la cual apunta a diferentes direcciones y cambia el tamaño para medir la agudeza visual.

Requerimientos:

- Teléfono inteligente con aplicación descargada, bien calibrada y con la configuración adecuada.
- Cinta métrica o flexómetro.
- Silla.
- Papel y pluma.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

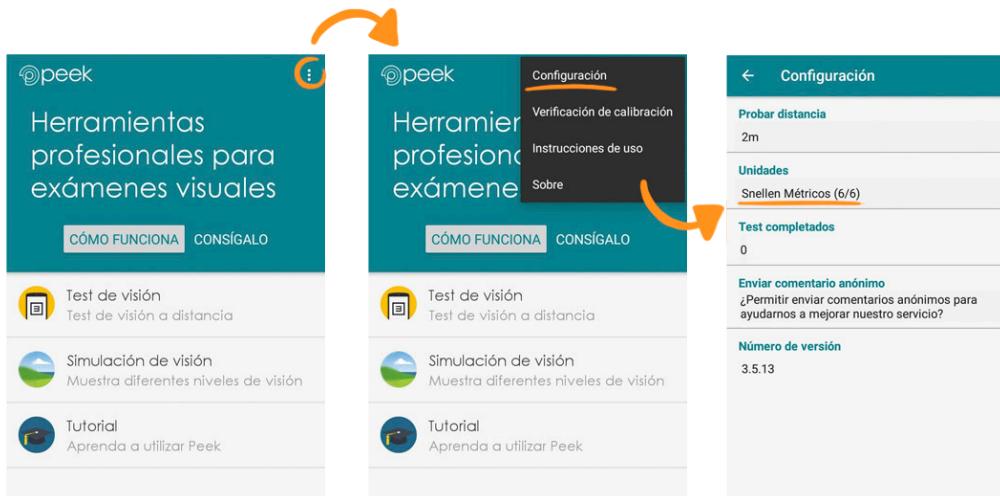
Tiempo de aplicación:

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

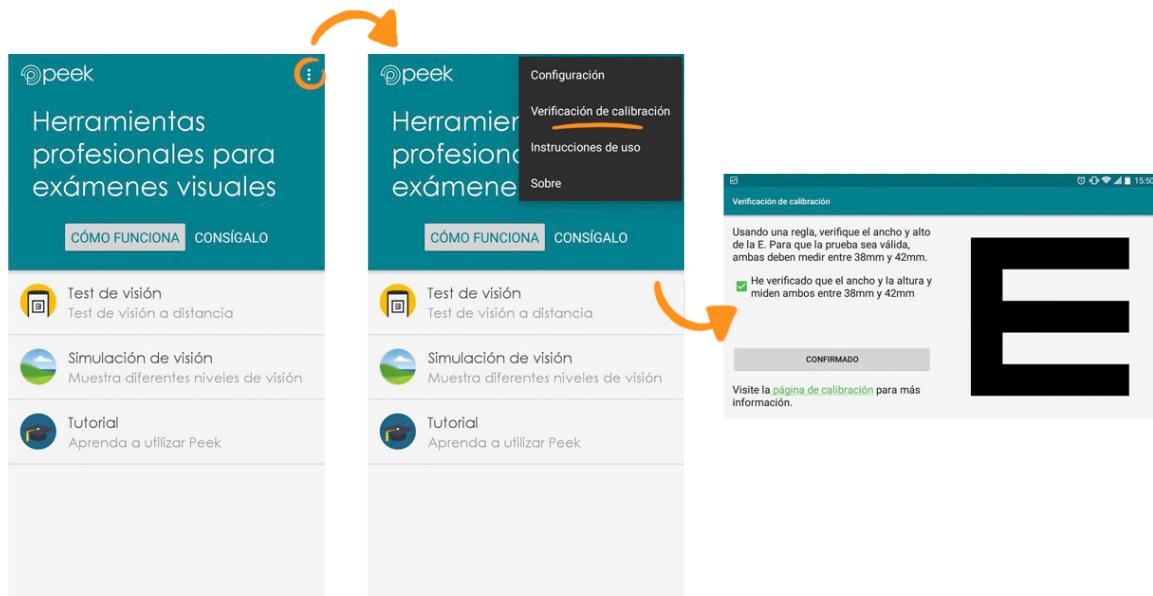
Instrucciones: (ver video de aplicación)

Es importante que se sigan los siguientes pasos antes de aplicar la prueba:

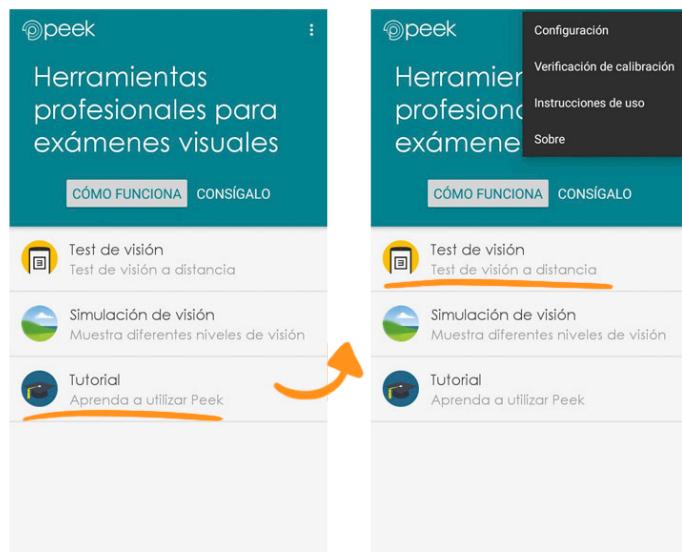
1. Configurar la aplicación en el teléfono. Seleccionando la distancia, y en el apartado de unidad: Snellen métricos 6/6.



2. Verificar la calibración de la aplicación en el teléfono, para asegurar que la prueba se realizará en la forma correcta, siguiendo las instrucciones de la aplicación:



3. Revisar con cuidado el tutorial, para comprobar todo el procedimiento e iniciar la prueba



4. Medir con la cinta una distancia de dos metros entre usted y la persona a valorar.
5. Asegurar una buena iluminación y evitar luz refleje sobre el teléfono.
6. Pedir a la persona que se siente bien apoyada en el respaldo de la silla (para poder identificar si la persona se separa e inclina hacia el frente).
7. Mantener el dispositivo a la altura de los ojos de la persona.
8. Evitar inclinar el teléfono durante la prueba.
9. Pedir a la persona que se cubra uno de los ojos con la palma de la mano.
10. Pedir a la persona que muestre con su dedo índice en qué dirección considera que la E está apuntando.
11. Deslizar en la pantalla del dispositivo en la dirección que señala la persona. No necesita comprobar si es correcto. La E cambia automáticamente de dirección en varias ocasiones.
12. En caso de que la persona mencione que no puede ver la E, puede agitar el teléfono para que aparezca una nueva imagen.
13. Continúe la prueba hasta que el teléfono vibre indicando que la prueba ha concluido.

Calificación:

Al finalizar, el dispositivo muestra el resultado, en caso de que el resultado muestre una agudeza disminuida, la aplicación solicitará una nueva prueba ahora a 1 metro de distancia. Si a un metro resulta agudeza disminuida solicitará una siguiente prueba a 30 cm en la cual aparecerán barras y se le pide a la persona que mencione cuántas barras se muestran (en este caso la aplicación presenta como opciones No lo ve/Sí lo ve).

Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo con la OMS, la discapacidad visual puede ser moderada, grave o ceguera.

- **A) Visión normal:** Una agudeza visual de 6/6
- **B) Discapacidad visual moderada:** Una agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60.
- **C) Discapacidad visual grave:** Una agudeza visual inferior a 6/60 e igual o superior a 3/60.
- **D) 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

Importante: Los resultados obtenidos de la aplicación no indican un diagnóstico y no sustituyen una valoración especializada.

Nota: Es importante mantener la aplicación actualizada en todo momento, para obtener las últimas actualizaciones técnicas, ingresa a la página www.peekvision.org.



Valoración de la agudeza visual con carta de Snellen

Objetivo:

Valorar la agudeza visual para identificar oportunamente un déficit que deba ser referido a una valoración especializada.

Descripción:

La **agudeza visual** se evalúa a través de la carta de Snellen de 6 metros principalmente con la identificación de letras y símbolos (optotipos).

Este método evalúa la **visión lejana** y sigue siendo la forma recomendable para revisar la agudeza visual en el primer contacto. Ésta permite evaluar la agudeza visual al identificar correctamente diez optotipos (letras B, C, D, E, F, L, O, P, T y Z). Esta valoración se estableció a partir de una relación geométrica entre **la distancia y el tamaño de un objeto** y así el cálculo al cual una persona con visión normal (emétrope) distingue correctamente dos objetos cercanos de forma separada. Las letras tienen un tamaño decreciente dependiendo del nivel en que se encuentran. (Anexo 15)

Requerimientos:

- Carta de Snellen.
- Cinta métrica o flexómetro
- Papel.
- Bolígrafo.
- Formato impreso.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones: (ver video de aplicación)

Es necesario reiterar la importancia de respetar la distancia establecida (6 metros) a la que se debe de realizar la prueba con una cartilla de Snellen, idealmente adquirida en establecimientos de equipo médico.

1. Determine la distancia de 6 metros a la cual deberá colocarse la carta.
2. El espacio donde se realice la prueba deberá contar con luz adecuada.
3. Pedir a la persona que se siente o permanezca parada enfrente de la cartilla a la distancia indicada.
4. Hay que asegurarse de que la cartilla está a la altura de los ojos de la persona.
5. La prueba se realiza con auxiliares de corrección (lentes de contacto o anteojos).

6. Haga la prueba con un ojo a la vez. Al explorar el ojo derecho cubra el izquierdo, una vez explorado el derecho continúe con el izquierdo. Asegúrese de que el ojo esté bien cubierto.
7. Pedir a la persona que lea la carta desde la letra más grande a la más pequeña, usted deberá ir señalando las letras.
8. La línea en la cual la persona no puede leer o es evidente un esfuerzo visual es en la cual se determina su resultado.
9. Si se pueden leer las letras de la línea que corresponde a la agudeza visual 6/6 su visión es normal.
10. Registrar los resultados de cada ojo.

Calificación:

De acuerdo con la OMS, la discapacidad visual puede ser moderada, grave o ceguera.

La expresión numérica de la agudeza visual se hace mediante una fracción cuyo numerador es la distancia a la que se ve el optotípico y el denominador la distancia a la que la percibiría un ojo emétrope; así, por ejemplo: 6/6 (m) o 20/20 (pies) es una visión normal y se considera déficit visual a una agudeza visual de 6/18.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- **A) Visión normal:** una agudeza visual de 6/6
- **B) Discapacidad visual moderada:** una agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60.
- **C) Discapacidad visual grave:** una agudeza visual inferior a 6/60 e igual o superior a 3/60.
- **D) 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.

Importante: Los resultados obtenidos de la aplicación no indican un diagnóstico y no sustituyen una valoración especializada.



Valoración visual con cartilla de bolsillo

Objetivo:

Valorar la agudeza visual para identificar oportunamente un déficit que requiera de una valoración especializada.

Descripción:

Las cartillas de bolsillo es una carta de medición homologadas para **visión cercana**, que cuenta con letras en diferentes tamaños para determinar la **capacidad de lectura y discriminación de caracteres a menor distancia**. Para la valoración de la agudeza visual a corta distancia podemos utilizar dicha cartilla, esta prueba se realiza a 35/36 cm de distancia. (Anexo 16)

Requerimientos

- Cartilla de bolsillo
- Cinta métrica o regla
- Silla
- 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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

Seguir las indicaciones de aplicación acorde a la cartilla de bolsillo a utilizar.

Cartilla de bolsillo de Rosenbaum

1. Pedir a la persona que se siente bien recargado al respaldo de la silla.
2. Asegurar un lugar bien iluminado.
3. Medir con la cinta métrica o regla una distancia de 36 cm y colocar la cartilla a la altura de los ojos.
4. Mantener la cartilla fija mientras la persona identifica las letras.
5. Se puede permitir o no el uso de auxiliares visuales.
6. Pedir a la persona que se cubra uno de los ojos con la palma de la mano y valorar cada ojo por separado
7. Pedir que identifique las letras de la cartilla y la dirección de la letra E en cada una de las líneas.

8. Registrar los resultados de ambos ojos.

Cartilla de bolsillo de Snellen

1. Determine la distancia de 6 pies o 1.8 m. a la cual deberá colocarse la cartilla.
2. El espacio donde se realice la prueba deberá contar con luz adecuada.
3. Pedir a la persona que se siente o permanezca parada enfrente de la cartilla a la distancia indicada.
4. Asegurar que la cartilla está a la altura de los ojos de la persona.
5. La prueba se realiza con auxiliares de corrección (lentes de contacto o anteojos).
6. Haga la prueba con un ojo a la vez. Al explorar el ojo derecho cubra el izquierdo, una vez explorado el derecho continúe con el izquierdo. Asegúrese de que el ojo esté bien cubierto.
7. Pedir a la persona que lea la carta desde la letra más grande a la más pequeña, ir señalando las letras.
8. La línea en la cual la persona no puede leer o es evidente un esfuerzo visual es en la cual se determina su resultado.
9. Si se pueden leer las letras de la línea que corresponde a la agudeza visual 6/6 su visión es normal.
10. Registrar los resultados de ambos ojos.



Escala de Braden

(valoración del riesgo de úlceras por presión)

Objetivo:

Evaluar el riesgo de desarrollar úlceras por presión de la persona mayor.

Descripción:

La escala de Braden fue desarrollada por Bárbara Braden y Nancy Bergstrom en Estados Unidos de América en 1985. En 2004 la Comisión Permanente de Enfermería (México) a través de un proceso riguroso aseguró la disposición de este instrumento adaptado de la versión original validada para población mexicana.

Establece la **probabilidad de desarrollar úlceras por presión** en una persona, en función de una serie de parámetros considerados como **factores de riesgo**. (Anexo 17)

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.

Instrucciones:

1. De acuerdo con su observación como evaluador, por cada criterio y elemento de evaluación asigne el puntaje que corresponda según la situación de la persona mayor.
2. Realice la sumatoria de todos los puntos obtenidos y registre el resultado en apartado correspondiente.

Calificación:

El puntaje máximo es de 24 y el mínimo de 5 puntos. A menor puntuación mayor riesgo.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Para categorizar es necesario sumar el puntaje y de acuerdo con el resultado definir el tipo de riesgo:

- **Alto riesgo:** puntuación total ≤12
- **Riesgo medio:** puntuación total 13-14
- **Riesgo bajo:** puntuación 15-16 si es menor de 75 años o de 15-18 si es mayor o igual a 75 años.



Escala de Norton

(valoración del riesgo de úlceras por presión)

Objetivo:

Valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión.

Descripción:

Las escalas de valoración de riesgo para desarrollar úlceras por presión son instrumentos que establecen una puntuación **o probabilidad de riesgo para desarrollar úlceras por presión** en una persona, en función de una serie de parámetros considerados como **factores de riesgo**.

La escala de Norton fue desarrollada por Norton, McLaren y Exton-Smith en Reino Unido en 1962. Es específica para personas mayores, es una escala negativa a menor puntuación mayor riesgo. ([Anexo 18](#))

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.

Instrucciones:

1. De acuerdo con su observación como evaluador, por cada criterio y elemento de evaluación asigne el puntaje que corresponda según la situación de la persona mayor.
2. Realice la sumatoria de todos los puntos obtenidos y registre el resultado en apartado correspondiente.

Calificación:

El puntaje máximo es de 20 y un mínimo de 5 puntos.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo con la observación y el puntaje obtenido es necesario considerar lo siguiente:

- **Riesgo alto:** Puntuación ≤ 12
- **Riesgo moderado:** Puntuación ≤ 16

Instrumentos de evaluación

Nutricional



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. (Anexo 19)

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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Antes de aplicar cuestionario obtenga los siguientes datos:
 - a) Peso: Se requiere báscula calibrada. Retire zapatos y la mayor cantidad de ropa y/o accesorios posibles.
 - b) Estatura: Se requiere un estadímetro. Retire calzado, si no es posible su medición utilice la circunferencia de pantorrilla.
 - c) Circunferencia de pantorrilla: Se requiere cinta métrica. Con el paciente sentado y con la pierna izquierda descubierta y colgando o de pie con el peso corporal distribuido en ambos pies. Coloque la cinta métrica alrededor de la pantorrilla

en su punto más ancho y en ángulo recto con respecto a la longitud de la pierna. Realice la medición en cm y para corroborar que sea el punto más ancho, tome medidas adicionales por arriba y debajo del punto establecido.

2. Aplique el cuestionario y subraye el puntaje correspondiente.

3. Sume los puntos correspondientes.

Nota: en caso de no poder hacer el apartado F1, tiene como opción a desarrollar el F2, únicamente considere una opción, para determinar el puntaje.

Calificación:

El puntaje máximo es de 14 y un mínimo de 0 puntos. Del apartado A al E, de acuerdo con las preguntas asigne el puntaje correspondiente.

Si el apartado F1 es posible desarrollarlo, ya no es necesario desarrollar el F2.

Para identificar el procedimiento correcto de ambos apartados consulte la guía para llenar el formulario MNA.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- Una puntuación total **igual o mayor a 12**, indica que la persona tiene un **estado nutricional normal** y no requiere una intervención adicional.
- Una puntuación total **entre 8 y 11** indica que la persona está en **riesgo de desnutrición**.

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).

Descripción:

El instrumento universal para despistaje de mala nutrición fue desarrollado y publicado en 2003 por el Grupo de Acción ante la Mala nutrición del Reino Unido, es el instrumento más utilizado en dicho país, tanto en la práctica clínica como en investigación, se ha empleado en personas mayores en comunidad, hospital o institución.

Una de sus características más valiosas es que contempla una **alternativa para las situaciones en que no se pueden obtener variables antropométricas**, como el peso corporal o la talla, haciendo uso de “criterios subjetivos” como una aproximación a dichas variables.

MUST es una herramienta de despistaje útil para detectar casos de **mala nutrición**, ofreciendo la oportunidad de **incidir en etapas iniciales** y **disminuir el riesgo de mortalidad y hospitalización prolongada**. Originalmente fue desarrollada en inglés y actualmente se cuenta con versiones traducidas al español, sin embargo, no existen a la fecha estudios de adaptación transcultural en población mexicana.

MUST Incluye directrices de tratamiento que pueden emplearse para desarrollar un plan de atención.

- Son cinco pasos los que guían la aplicación de este instrumento:
- Paso 1: calcular el índice de masa corporal
- Paso 2: estimar el porcentaje de peso perdido involuntariamente en los últimos tres a seis meses
- Paso 3: estimar el efecto de las enfermedades agudas
- Paso 4: establecer el riesgo global de desnutrición
- Paso 5: directrices de tratamiento

El grupo que desarrolló el instrumento recomienda que el personal que lo aplique debe estar formalmente capacitado, ofreciendo la información y el material en su página de internet www.bapen.org.uk

Requerimientos:

- Hoja de papel para registro de datos.
- Bolígrafo.
- Báscula clínica.
- Estadímetro.
- Cinta Métrica.

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones:

1. Se calcula el índice de masa corporal (IMC) a partir de la estatura medida con estadiómetro y se asignan los puntos de acuerdo con los siguientes valores:
 - IMC > 20 kg/m² = 0 puntos.
 - IMC 18.5 - 20 kg/m² = 1 punto.
 - IMC < 18.4 kg/m² = 2 puntos.
2. Se cuantifica el peso actual medido con una báscula clínica y se estima el porcentaje de peso corporal que ha perdido de manera involuntaria en los últimos tres a seis meses, se asignan los puntos de la siguiente manera:
 - < 5% = 0 puntos.
 - 5 a 10% = 1 punto.
 - 10% = 2 puntos.
3. Si el paciente está muy enfermo y/o se determina que no hay/habrá adecuada nutrición en cinco días, se asignan dos puntos.
4. Se suman los puntos de los pasos uno a tres y se asigna una categoría de riesgo nutricional de la siguiente forma:
 - Riesgo bajo = 0 puntos.
 - Riesgo Intermedio = 1 punto.
 - Riesgo alto = 2 o más puntos.
5. Se establece la estrategia terapéutica dependiendo de la categoría de riesgo nutricional que tiene el individuo. En caso de que no se puedan obtener las variables antropométricas se pueden sustituir los puntos uno y dos por criterios subjetivos de la siguiente forma: Índice de masa corporal. Por medio de la impresión clínica se asigna una categoría: delgado, peso aceptable y sobrepeso. Pérdida de peso. Pérdida del apetito, disminución de la ingesta y disfagia durante los últimos tres a seis meses.

Calificación:

A mayor puntuación mayor riesgo.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- **Riesgo bajo:** (0 puntos). Puede continuar con su estilo de vida con revisión periódica.
- **Riesgo intermedio:** (1 punto). Se debe estructurar un plan de cuidado nutricional y revaloración.
- **Riesgo alto:** (2 puntos). Llevar a cabo una intervención y acción directa para evitar complicaciones asociadas.

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. [\(Anexo 20\)](#)

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.

Sugerencias o pautas de interpretación:

- **Alta probabilidad de sarcopenia** = 4 o más puntos.
- **Baja probabilidad de sarcopenia** = 0, 1, 2 o 3 puntos.

Instrumentos de evaluación

Entorno



Evaluación de las barreras del entorno físico y la movilidad



Objetivo:

Identificar la existencia de barreras del entorno físico y para la movilidad.

Descripción:

Preguntas que corresponden al proceso de **evaluación del entorno**, como parte de la entrevista, será necesario aplicar las siguientes preguntas con opción dicotómica, que en caso de ser afirmativas podrían identificar la existencia de barreras para la movilidad **dentro y fuera del domicilio**, barreras para la movilidad en el **transporte**, barreras para la **actividad física** y barreras para la **participación social**, además de la accesibilidad a **dispositivos auxiliares**. Dicho cuestionario es elaborado con base al estándar de competencia 0964 Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores. ([Anexo 21](#))

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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Explique a la persona mayor el propósito de la evaluación.
2. Diga a la persona que existen dos opciones de respuesta “sí y no”.
3. Pregunte a la persona conforme al formato, y en caso de abundar en la respuesta registre en el apartado observaciones o anexe una hoja con las mismas.
4. Registre con una (X) la respuesta según corresponda a la persona mayor.
5. Registre en el recuadro de interpretación según las respuestas la presencia de barreras para la movilidad y accesibilidad.

Calificación:

Este cuestionario permite identificar elementos meramente descriptivos a fin de detectar las barreras para la movilidad de la persona mayor.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Este cuestionario permitirá de manera descriptiva, identificar la existencia o no de/el tipo(s) de barrera(s) para la movilidad y accesibilidad a dispositivos auxiliares en la persona mayor junto con su entorno.



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. ([Anexo 22](#))

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. En caso de que la persona mayor este acompañada, solicitar que se les permita estar a solas para efectuar el interrogatorio.
2. Asegúrese que la persona mayor no tenga problemas auditivos o deterioro cognitivo que le dificulten escuchar o comprender las preguntas.
3. Diga a la persona mayor:

"Usted sabe que en el diario vivir se afrontan situaciones delicadas que no llegamos a compartir o confiar tan fácilmente, pero llegan a afectar nuestra tranquilidad, no obstante, el identificar lo que pasa, permitirá tomar medidas necesarias para que ya no sucedan o disminuyan esas situaciones que ponen en riesgo su integridad".

4. Efectúe las preguntas con respeto y calidez.
5. Dé el tiempo suficiente para responder a cada una de las preguntas, y siga la guía del formato en los apartados A, B, C, D y E.
6. Si detecta alguna duda o confusión en la respuesta, vuelva a plantearla aclarando los términos no comprendidos

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Derivado de las respuestas de la persona mayor, esta escala permitirá identificar elementos descriptivos cuya respuesta afirmativa es indicador de posible maltrato. Especifique si hay o no maltrato, y qué tipo.

Older American and Resource Socials (OARS)

Escala de Recursos Sociales



Objetivo:

Identificar el tipo de recursos sociales con los que cuenta la persona mayor.

Descripción:

Cuestionario compuesto por 13 preguntas que exploran la **composición de los recursos sociales** con los que cuenta la persona mayor: **familia, amistades, visitas y percepción de apoyo**, es decir, la disponibilidad de un individuo para ayudar a la persona mayor en caso de necesitarlo. Su característica es identificar las redes sociales en cuanto a su estructura. ([Anexo 23](#))

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.

Instrucciones:

1. El entrevistador deberá llenar previamente los datos de información general que ya se conozcan.
2. Llene los datos que se le solicitan sin dejar ninguna pregunta sin contestar.
3. En las preguntas donde encuentre un cuadrado, marque con una X la opción elegida.
4. En las preguntas donde encuentre una línea continua, conteste con letra legible lo que se le pide.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Contiene una escala de seis categorías de recursos sociales, con base en las respuestas de la persona mayor identifique cuál escala se aproxima a su condición.

La pregunta 13 es clave para determinar la categoría.

1. Excelentes recursos sociales.

Las relaciones sociales son muy satisfactorias (pregunta 13) y amplias (conoce cinco o más personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono por lo menos una vez al día; tiene una persona en quien confiar, vive con cuatro o más personas, visita familiares o amigos por lo menos una vez por semana) y al menos una persona le cuidaría indefinidamente.

2. Buenos recursos sociales.

Las relaciones sociales son satisfactorias (pregunta 13) y adecuadas (conoce de tres a cuatro personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono de dos a seis veces por semana; tiene una persona en quien confiar, vive al menos con tres personas, visita familiares o amigos por lo menos de una a tres veces al mes) y al menos una persona le cuidaría indefinidamente, o bien se podría obtener ayuda a corto plazo.

3. Recursos sociales ligeramente deteriorados.

Las relaciones sociales son insatisfactorias (pregunta 13) de mala calidad y escasas (conoce de una a dos personas que podría visitar, habla o le hablan por teléfono una vez por semana al menos; tiene una persona en quien confiar, vive al menos con dos personas, visita familiares o amigos por lo menos una vez cada tres meses) por lo menos una persona le cuidaría indefinidamente, o bien se podría obtener ayuda a corto plazo.

4. Recursos sociales moderadamente deteriorados.

Las relaciones sociales son insatisfactorias (pregunta 13) de mala calidad y escasas (conoce de una a dos personas que podría visitar, habla o le hablan por teléfono una vez por semana al menos; tiene una persona en quien confiar, vive con dos personas, visita familiares o amigos cada tres meses) y solo se podría obtener ayuda a corto plazo, o bien de vez en cuando.

5. Recursos sociales bastante deteriorados.

Las relaciones sociales son insatisfactorias (pregunta 13) de muy mala calidad y escasas (no conoce personas que podría visitar, hablarles o que le hablen por teléfono una vez por semana al menos; no tiene personas en quien confiar, vive solo o con una persona, visita familiares o amigos cada seis meses) y solo se podría obtener ayuda a corto plazo y solo se conseguiría ayuda de vez en cuando.

6. Recursos sociales totalmente deteriorados.

Las relaciones sociales son muy insatisfactorias (pregunta 13) de muy mala calidad y escasas (no conoce personas que podría visitar, ninguna vez habla ni le hablan por teléfono; no tiene personas en quien confiar, vive solo, nunca visita familiares o amigos) y no se podría obtener ayuda de vez en cuando.

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**. (Anexo 24)

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.

Instrucciones: (ver video de aplicación)

1. Vea directamente a la persona mayor, logre su atención y diga lo siguiente

"Las preguntas que voy a realizar son en función de la frecuencia con la que se ve y habla con cónyuge/hijos/familiares próximos/amigos, tipo de apoyo recibido y grado de satisfacción con cónyuge/hijos/familiares próximos/amigos".

2. Registre con una X la respuesta en el espacio según la siguiente codificación:

Frecuencia:	De ver y hablar con cónyuge/hijos/ familiares próximos/amigos:		
	1: Menos de una vez al mes	2: 1 o 2 veces al mes	
	3: 1 vez a la semana o más.		
Tipos de apoyo:	a: Apoyo emocional b: Apoyo instrumental		
Satisfacción:	1: Poco 2: Algo 3: Mucho		

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Derivado de las respuestas de la persona mayor, este inventario permitirá identificar elementos descriptivos cuyas respuestas indicarán qué personas son próximas, qué tipo de apoyo proporcionan y el grado de satisfacción con el apoyo recibido, mismos que tendrán que registrarse tal cual sea la situación de la persona mayor.



Anexos

Fluencia verbal semántica (animales)

Escolaridad	31-55 años de edad	54-64 años de edad	64-69 años de edad	70-75 años de edad	75-79 años de edad	80 y más años de edad
0 años	10-18 nombres 9 (-1 DE) 6 (-2 DE)	8-20 nombres 7 (-1 DE) 1 (-2 DE)	10-18 nombres 9 (-1 DE) 6 (-2 DE)	10-18 nombres 9 (-1 DE) 5 (-2 DE)	8-17 nombres 7 (-1 DE) 3 (-2 DE)	8-17 nombres 7 (-1 DE) 3 (-2 DE)
1-5 años	10-18 nombres 9 (-1 DE) 6 (-2 DE)	8-20 nombres 7 (-1 DE) 1 (-2 DE)	11-20 nombres 10 (-1 DE) 6 (-2 DE)	10-19 nombres 9 (-1 DE) 5 (-2 DE)	9-19 nombres 8 (-1 DE) 4 (-2 DE)	9-17 nombres 8 (-1 DE) 4 (-2 DE)
6-8 años	13-22 nombres 12 (-1 DE) 8 (-2 DE)	14-24 nombres 13 (-1 DE) 8 (-2 DE)	13-21 nombres 12 (-1 DE) 8 (-2 DE)	11-20 nombres 10 (-1 DE) 6 (-2 DE)	10-19 nombres 9 (-1 DE) 6 (-2 DE)	10-9 nombres 9 (-1 DE) 5 (-2 DE)
9 o más años	17-28 nombres 16 (-1 DE) 11 (-2 DE)	17-26 nombres 16 (-1 DE) 12 (-2 DE)	15-24 nombres 14 (-1 DE) 9 (-2 DE)	15-25 nombres 14 (-1 DE) 9 (-2 DE)	14-23 nombres 13 (-1 DE) 9 (-2 DE)	11-23 nombres 10 (-1 DE) 4 (-2 DE)

DE = Desviación Estándar.

Interpretación

Marque con una de acuerdo al resultado obtenido

- Resultado dentro del rango normal para edad y escolaridad significa que no hay deterioro cognitivo en este dominio.
- Resultado menor a -1.0 desviación estándar para la edad y la escolaridad significa probable deterioro en fluencia verbal semántica.

Referencias:

- Oliveros, M. Chávez, Y. Rodríguez Agudelo, I. Acosta Castillo, N. García Ramírez, G. Rojas de la Torre y A. L. Sosa Ortiz. 2015. "Fluidez verbal-semántica en adultos mayores mexicanos: valores normativos". Neurología 30 (4): 189–194. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2013.12.013>
- Mokri H., JA Avila-Funes, C Meillon, LM Gutiérrez Robledo y H. Amieva. 2019. "Normative data for the Mini-Mental State Examination, the free and cued selective reminding test and the Isaacs set test for an older adult Mexican". Clin Neuropsychol 27 (6): 1004-18 <https://bit.ly/32pZPmG>
- Ostrosky-Solís, F., A. Ardila, and M. Rosselli. 1999. "NEUROPSI: a brief neuropsychological test battery in spanish with norms by age and educational level". Journal of the International Neuropsychological Society 5 (5): 413–433.
- Ostrosky-Solís, F., Ma Esther Gómez-Pérez, Esmeralda Matute, Mónica Rosselli, Alfredo Ardila, and David Pineda. 2007. "NEUROPSI ATTENTION AND MEMORY: a neuropsychological test battery in spanish with norms by age and educational level". Applied Neuropsychology 14 (3): 156–170. <https://doi.org/10.1080/09084280701508655>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Mini-Cog™

Calificación:

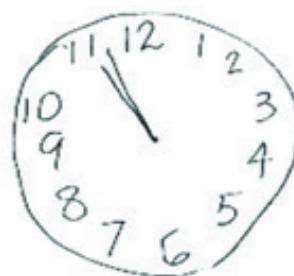
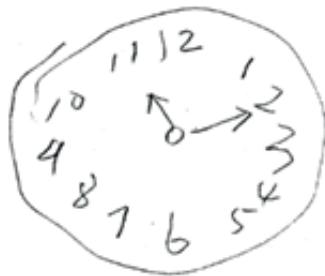
Puntuación de las palabras: (0 a 3 puntos):

1 punto por cada palabra recordada correctamente de forma espontánea, es decir, sin pistas.

Puntuación del reloj (0 o 2 puntos):

Un reloj normal equivale a 2 puntos; para considerarlo normal debe cumplir con lo siguiente: tiene todos los números del 1 al 12, cada uno sólo una vez, están presentes en el orden correcto y aproximadamente en la dirección correcta dentro del círculo; dos manecillas están presentes, una apuntando al 11 y la otra al 2; la longitud de las manecillas no se puntuá. El no cumplir con los criterios de un reloj normal o el rehusarse a dibujar el reloj se califica como 0 puntos.

Ejemplos de dibujos del reloj:



Normal = 2 puntos

Anormal = 0 puntos

Para sacar el criterio total: Sumar los puntos por las palabras y los puntos por el reloj.

El puntaje máximo alcanzable es de 5 puntos (3 puntos para la sección de tres palabras y 2 puntos para la sección de dibujo del reloj).

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.

Referencias:

1. Borson, S., J. Scanlan, M. Brush, P. Vitaliano, and A. Dokmak. 2000. "The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15 (11): 1021.
2. Carnero-Pardo, Cristóbal, Isabel Cruz-Orduña, Beatriz Espejo-Martínez, Carolina Martos-Aparicio, Samuel López-Alcalde, and Javier Olazarán. 2013. "Utility of the Mini-Cog for detection of cognitive impairment in primary care: data from two spanish studies". *International Journal of Alzheimer's Disease* 2013: 1-7. <https://doi.org/10.1155/2013/285462>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Mini-Cog™

Sección 1. Registro de tres palabras.

Instrucción para la persona mayor:

- "Escuche con cuidado. Voy a decir tres palabras que quiero que usted repita ahora y trate de recordar. Las palabras son":

1.

2.

3.

Registre las palabras que se mencionan a la persona mayor.

- "Ahora repita las palabras".

Nota: Si la persona no logra repetir las 3 palabras en un primer intento, dígale las 3 palabras nuevamente. Máximo se le darán hasta 3 intentos a la persona para repetir las 3 palabras. Si la persona no logra repetir las 3 palabras después de 3 intentos, continúe con la siguiente sección.

¿Tiene alguna pregunta antes de que comencemos?

Sección 2. Dibujo del reloj.

Proporcione a la persona una hoja de papel con un círculo impreso o dibujado y un bolígrafo, y dígale las siguientes frases en el orden indicado:

- "Ahora, quiero que me dibuje un reloj; primero, coloque los números donde van"
- "Ahora coloque las manecillas del reloj en la posición que indique las 11:10"

Registre marcando con una X o ✓ según sea el caso



Reloj normal



Agujas incorrectas



Faltan algunos números

Asigne 2 puntos .

Sección 3. Evocación de las tres palabras.

Dígale a la persona:

- "¿Cuáles fueron las tres palabras que le pedí que recordara?"

Registre las palabras que se mencionan a la persona mayor.

1.

2.

3.

Correcta: 01

Incorrecta:

Correcta: 01

Incorrecta:

Correcta: 01

Incorrecta:

Registre marcando con una X o ✓ según sea el caso por cada palabra evocada por la persona mayor.

Sume los resultados de dibujo de reloj y evocación de palabras.

Resultado global: _____

Interpretación

Registre marcando con una X o ✓ según sea el caso

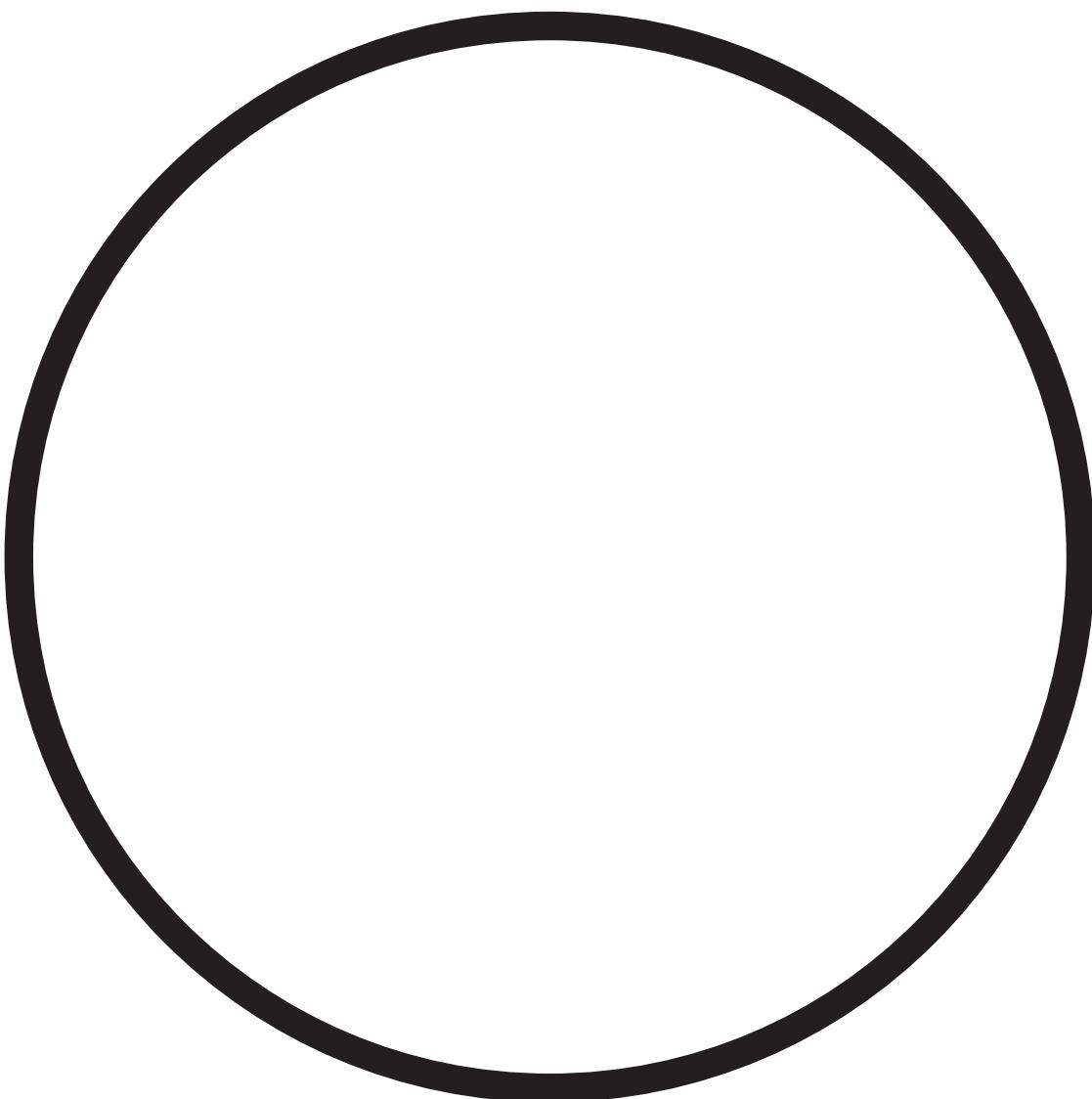
- **Probable deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación cognitiva más amplia:** 0-2 puntos.
- **Muy poco probable que haya deterioro cognitivo:** 3-5 puntos.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Mini-Cog™



Referencias:

1. Borson, S., J. Scanlan, M. Brush, P. Vitaliano, and A. Dokmak. 2000. "The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly". *International Journal of Geriatric Psychiatry* 15 (11): 1021.
2. Carnero-Pardo, Cristóbal, Isabel Cruz-Orduña, Beatriz Espejo-Martínez, Carolina Martos-Aparicio, Samuel López-Alcalde, and Javier Olazarán. 2013. "Utility of the Mini-Cog for detection of cognitive impairment in primary care: data from two spanish studies". *International Journal of Alzheimer's Disease* 2013: 1-7.
<https://doi.org/10.1155/2013/285462>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



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

<input type="checkbox"/>	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)

	INC	CORR
¿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



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.

II. Registro

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

Papel	Bicicleta	Cuchara
-------	-----------	---------

Ahora digálos usted:

Papel	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
86	0
79	0
72	0
65	0

(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
14	0
11	0
8	0
5	0

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

IV. Lenguaje

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígálas 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 DEJELO 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:

Papel	INC	CORR
	0	1
	0	1
	0	1

(máx. 3) 0 1 2 3

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

(máx. 1) 0 1

INC CORR

0	1
0	1
0	1

Muestre el RELOJ y diga:

¿Qué es esto?

Muestre el LÁPIZ y diga:

¿Qué es esto?

(máx. 2) 0 1 2

Puntaje total:

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

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 “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%

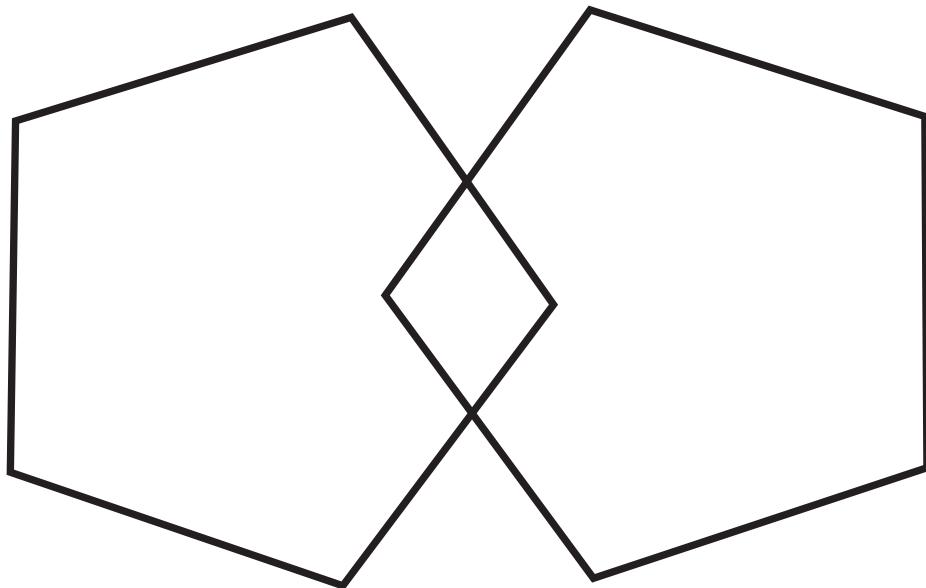
Especificidad: 88%

Área bajo la curva: 0.849



Mini-Mental State Examination (MMSE) Mini-Examen del Estado Mental

CIERRE SUS OJOS



Referencias:

1. Beaman, Sandra Reyes de, Peter E. Beaman, Carmen García-Peña, Miguel Ángel Villa, Julieta Heres, Alejandro Córdova, and Carol Jagger. 2004. "Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE in spanish)". *Aging, Neuropsychology and Cognition* 11 (1): 1–11. <https://doi.org/10.1076/anec.11.1.1.29366>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Montreal Cognitive Assessment (MoCA®) Evaluación Cognitiva Montreal

Calificación:

Puntuación visuoespacial/ejecutiva (máximo 5 puntos):

- A. Se otorga 1 punto en el trazo alternado de números y letras si la línea dibujada por la persona evaluada sigue esta secuencia: 1 – A – 2 – B – 3 – C – 4 – D – 5 – E. Se asigna 0 si la persona no corrige inmediatamente un error cualquiera que este sea.
- B. Se da 1 punto en el dibujo de copia del cubo es correcto, es decir, cumple con todos los siguientes: el dibujo es tridimensional; todas las líneas están presentes; no se añaden líneas; las líneas son relativamente paralelas y aproximadamente de la misma longitud (los prismas rectangulares son aceptables). Se asigna 0 si no se han respetado todos los criterios anteriores.
- C. Se asigna 1 punto por cada uno de los criterios siguientes respecto al dibujo del reloj:
- Contorno (1 punto): el contorno debe ser un círculo con poca deformación. (p.ej. una leve deformación al cerrar el círculo)
 - Números (1 punto): todos los números deben estar presentes, sin añadir ninguno; los números deben seguir el orden correcto y estar bien colocados; se aceptarán los números romanos, así como los números colocados fuera del contorno.
 - Manecillas (1 punto): las dos manecillas deben indicar la hora correcta; la manecilla de las horas debe ser claramente más pequeña que la manecilla de los minutos. El punto de unión de las manecillas debe estar cerca del centro del reloj.
 - No se asignan puntos si no se han respetado los criterios anteriores.

Puntuación de identificación y nominación (máximo 3 puntos): se asigna 1 punto por la identificación correcta de cada uno de los dibujos: camello o dromedario, león y rinoceronte.

Puntuación de atención y concentración (máximo 6 puntos): se asigna 1 punto por cada una de las secuencias repetidas correctamente (la primera 2-1-8-5-4 y la segunda 2-4-7); se asigna 1 punto si no se comete más de un error en los golpecitos con cada letra "A" mencionada; en la resta secuencial de 7 en 7, se asignan 3 puntos por 4-5 restas correcta, 2 puntos por 2-3 restas correctas, 1 punto por 1 resta correcta, 0 puntos si ninguna resta es correcta; cada resta se valora de forma individual, si la persona comete un error en la resta y da una cifra errónea, pero resta 7 correctamente de dicha cifra errónea, se asignan puntos, por ej., $100 - 7 = 92 - 85 - 78 - 71 - 64$. "92" es incorrecto, pero todos los números siguientes son correctos, dado que se trata de 4 respuestas correctas, el puntaje en este caso es de tres puntos.

Puntuación de lenguaje (máximo 3 puntos): se asigna 1 punto por cada frase repetida correctamente, la repetición debe ser exacta, se debe prestar atención a los errores de omisión, sustitución o adición; se asigna un punto si la persona dice 11 palabras o más en un minuto, que empiecen con la letra F.

Puntuación de abstracción (máximo 2 puntos): se asigna 1 punto por cada una de las parejas contestadas correctamente; se aceptan las siguientes respuestas: para tren/bicicleta - medios de transporte, medios de locomoción, para viajar; regla/reloj - instrumentos de medición, para medir; respuestas no aceptables: para tren/bicicleta - tienen ruedas, ruedan; y para regla/reloj: tienen números.

Puntuación de recuerdo diferido (máximo 5 puntos): se asigna 1 punto por cada una de las palabras recordadas espontáneamente, sin pistas de categorías semánticas ni de elecciones múltiples.

Puntuación de orientación (máximo 6 puntos): se asigna 1 punto por cada una de las respuestas correctas; la persona debe decir la fecha exacta y el lugar exacto (hospital, clínica, oficina, centro comunitario, etc.); no se asigna ningún punto si la persona se equivoca por un día en el día del mes y de la semana.

La calificación máxima posible de MoCA® es 30 puntos. En personas con 12 o menos años de escolaridad se debe ajustar la calificación sumando 1 punto adicional a la calificación total.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

El puntaje máximo posible de MoCA® es 30 puntos. En personas con 12 o menos años de escolaridad se debe ajustar la calificación sumando 1 punto adicional a la calificación total.

Para interpretar es necesario considerar lo siguiente:

- **Probable trastorno cognitivo:** 0-25 puntos.
- **Se considera normal:** 26-30 puntos.



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons International, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA®) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

Versión 8.1 Spanish (Spain)

Nombre:

Nivel de estudios:

Sexo:

Fecha de

imiento:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Copiar el cubo		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"/>			
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdeselas 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	
		1 ^{er} INTENTO							
		2 ^º INTENTO							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetirlos en el mismo orden.					
				<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 4					
				El paciente debe repetirlos en orden inverso.					
				<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2					
Lea 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									
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									
4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos									
LENGUAJE		Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. <input type="checkbox"/>							
		El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. <input type="checkbox"/>							
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. <input type="checkbox"/> (N ≥ 11 palabras)									
ABSTRACCIÓN		Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla							
RECUERDO DIFERIDO		(MIS)	Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS	ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
Puntuación de la escala de memoria (MIS)		X3							
		X2	Pista de categoría						
		X1	Pista de elección múltiple					MIS = _____ / 15	
ORIENTACIÓN		<input type="checkbox"/> Fecha	<input type="checkbox"/> Mes	<input type="checkbox"/> Año	<input type="checkbox"/> Día de la semana	<input type="checkbox"/> Lugar	<input type="checkbox"/> Localidad	/6	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org MIS: /15									
Administrado por: _____									
Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.									
Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios									
TOTAL /30									

MOCA - Spain/Spanish - Version of 19 Feb 2018 - Mapi.
ID061021 / MOCA-8.1-Test_AU11.0_spa-ES.doc

MIS: /15

Administrado por:

Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.

TOTAL **/30**

Referencias

1. Aguilar-Navarro, Sara G., Alberto J. Mimenza-Alvarado, Alberto A. Palacios-García, Alejandra Samudio-Cruz, Lidia A. Gutiérrez-Gutiérrez y José A. Ávila-Funes. 2018. "Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México". *Revista Colombiana de Psiquiatría* 47 (4): 237–243. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>
 2. Nasreddine, Ziad S., Natalie A. Phillips, Valérie Bédirian, Simon Charbonneau, Victor Whitehead, Isabelle Collin, Jeffrey L. Cummings, and Howard Chertkow. 2005. "The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment". *Journal of the American Geriatrics Society* 53 (4): 695–699. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



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 Si o No en negritas.

Interpretación

Normal: 0 - 4 puntos.

Presencia de síntomas depresivos: 5 o más puntos.

Referencias:

- Sheikh, Javaid I., and Jerome A. Yesavage. 1986. "Geriatric Depression Scale (GDS): recent evidence and development of a shorter version". *Clinical Gerontologist: The Journal of Aging and Mental Health* 5 (1-2): 165-173. https://doi.org/10.1300/J018v05n01_09
- Yesavage, J. A. 1988. "Geriatric Depression Scale". *Psychopharmacology Bulletin* 24 (4): 709-711.
- Yesavage, J. A., T. L. Brink, T. L. Rose, O. Lum, V. Huang, M. Adey, and V. O. Leirer. 1983-1982. "Development and Validation of a Geriatric Depression Screening Scale: A Preliminary Report". *Journal of Psychiatric Research* 17 (1): 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4)



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



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 /21
Normal
Síntomas depresivos significativos

Interpretación:

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

Referencias:

1. Salinas-Rodríguez, Aarón, Betty Manrique-Espinoza, Gilberto Isaac Acosta-Castillo, Aurora Franco-Núñez, Óscar Rosas-Carrasco, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo y Ana Luisa Sosa-Ortiz. 2014. "Validación de un punto de corte para la versión breve de la escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos en adultos mayores mexicanos". Salud Pública de México 56 (3): 279–285. <https://bit.ly/2oGizzR>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz)

INDEPENDENCIA EN ABVD

	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
1) Baño (Esponja, regadera o tina) Sí: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Sí: 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Vestido Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Uso del sanitario Sí: 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). Sí: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por si mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Transferencias Sí: 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). Sí: 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 Sí: Control total de esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de enfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Alimentación Sí: Que se alimente por si solo sin asistencia alguna. Sí: 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.	<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 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.

Resultado
/6 []

Referencias:

1. Katz, Sidney, Amasa. B. Ford, Roland. W. Moskowitz, B. A. Jackson, and M. W. Jaffe. 1963. "Studies of Illness in the Aged. The Index of Adl: A Standardized Measure of Biological and Psychosocial Function". *JAMA* 185 (12): 914–919.
2. Cabañero-Martínez, M. José, Julio Cabrero-García, Miguel Richart-Martínez, and Carmen Luz Muñoz-Mendoza. 2009. "The Spanish Versions of the Barthel Index (BI) and the Katz Index (KI) of Activities of Daily Living (ADL): A Structured Review". *Archives of Gerontology and Geriatrics* 49 (1): e77-e84. <https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.006>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Actividades instrumentales de la vida diaria (índice de Lawton)

INDEPENDENCIA EN IADL

	Sí (1 punto)	No (0 puntos)
1) Capacidad para usar teléfono 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Transporte 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Medicación 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Finanzas Sí: Maneja sus asuntos independientemente. No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras. No: Es incapaz de manejar dinero.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Compras Sí: Vigila sus necesidades independientemente. No: Hace independientemente sólo pequeñas compras. No: Necesita compañía para cualquier compra. No: Incapaz de cualquier compra.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Cocina 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Cuidado del hogar 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Lavandería Sí: Se ocupa de su ropa independientemente. Sí: Lava sólo pequeñas cosas. No: Todos se lo tienen que lavar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultado /8
Referencias:

1. Lawton, M. Powell and Elaine M. Brody. 1969. "Assessment of Older People: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living". *The Gerontologist* 9 (3_Part_1): 179–186. https://doi.org/10.1093/geront/9.3_Part_1.179
2. Vergara, Itziar, Miren Orive, Gemma Navarro, and José María Quintana. 2012. "Validation of the spanish version of the Lawton IADL scale for its application in elderly people". *Health and Quality of Life Outcomes* 10 (130): 1-7. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Short Physical Performance Battery (SPPB) Batería Corta de Desempeño Físico

1. Prueba de balance		
	A. Pararse con los pies uno al lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	B. Pararse en posición semi-tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 puntos) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
	C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Tiempo en seg _____ (máx. 15)	Sí <input type="checkbox"/> (2 puntos) Sí <input type="checkbox"/> (1 punto) No <input type="checkbox"/> (0 punto) Se rehúsa <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 0= <3.0 seg o no lo intenta. <input type="checkbox"/> 1= 3.0 a 9.99 seg. <input type="checkbox"/> 2= 10 a 15 seg.		
SUBTOTAL		Puntos: /4
2. Velocidad de marcha (recorrido de 4 metros)		
A. Primera medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.		
Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>		B. Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.
Calificación de la medición menor. <input type="checkbox"/> 1= >8.70 seg. <input type="checkbox"/> 2= 6.21 a 8.70 seg. <input type="checkbox"/> 3= 4.82 a 6.20 seg. <input type="checkbox"/> 4= <4.82 seg.		
SUBTOTAL		Puntos: /4
3. Prueba de levantarse cinco veces de una silla		
A. Prueba previa (no se califica, sólo para decidir si pasa a B)  ¿El paciente se levanta sin apoyarse en los brazos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.		
Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>		B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla
Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>		Calificación de la actividad. 0= Incapaz de realizar cinco repeticiones o tarda > 60 seg 1= 16.7 a 60 seg. 2= 13.7 a 16.69 seg. 3= 11.2 a 13.69 seg 4= < o igual 11.19 seg
SUBTOTAL		Puntos: /4
TOTAL BATERÍA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)/12		
Puntos: /12		

Referencias:

- Guralnik, J. M., E. M. Simonsick, L. Ferrucci, R. J. Glynn, L. F. Berkman, D. G. Blazer, P. A. Scherr, and R. B. Wallace. 1994. "A short physical performance battery assessing lower extremity function: association with self-reported disability and prediction of mortality and nursing home admission". *Journal of Gerontology* 49 (2): M85-94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.m85>
- Izquierdo, Mikel, Álvaro Casas, Fabricio Zambom Ferraresi, Nicolás Velilla, Cristina Alonso-Bouzón y Leocadio Rodríguez-Mañas. 2017. Programa de ejercicio físico multicomponente vivifrail: guía para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años. <http://vivifrail.com/wp-content/uploads/2019/11/VIVIFRAILESP-Interactivo.pdf>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



FRAIL

	Puntuación
<p>[Fatigue (fatiga)] En las últimas 4 semanas; ¿Qué tanto tiempo se sintió</p>	<p>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.</p>
<p>[Resistance (resistencia)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para subir 10 escalones (una escalera)?</p>	<p>1 = Si 0 = No</p>
<p>[Aerobic (actividad aeróbica)] Usted solo sin ningún auxiliar como bastón o andadera; ¿Tiene dificultad para caminar 100 metros (dos cuadras) sin descansar?</p>	<p>1 = Si 0 = No</p>
<p>[Illnesses (enfermedades)] Para las 11 enfermedades, los participantes se les pregunta: ¿Algún doctor o médico le ha comentado que tiene [mencionar la enfermedad]?</p>	<p>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.</p>
<p>[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]</p>	<p>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.</p>

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.

Referencias:

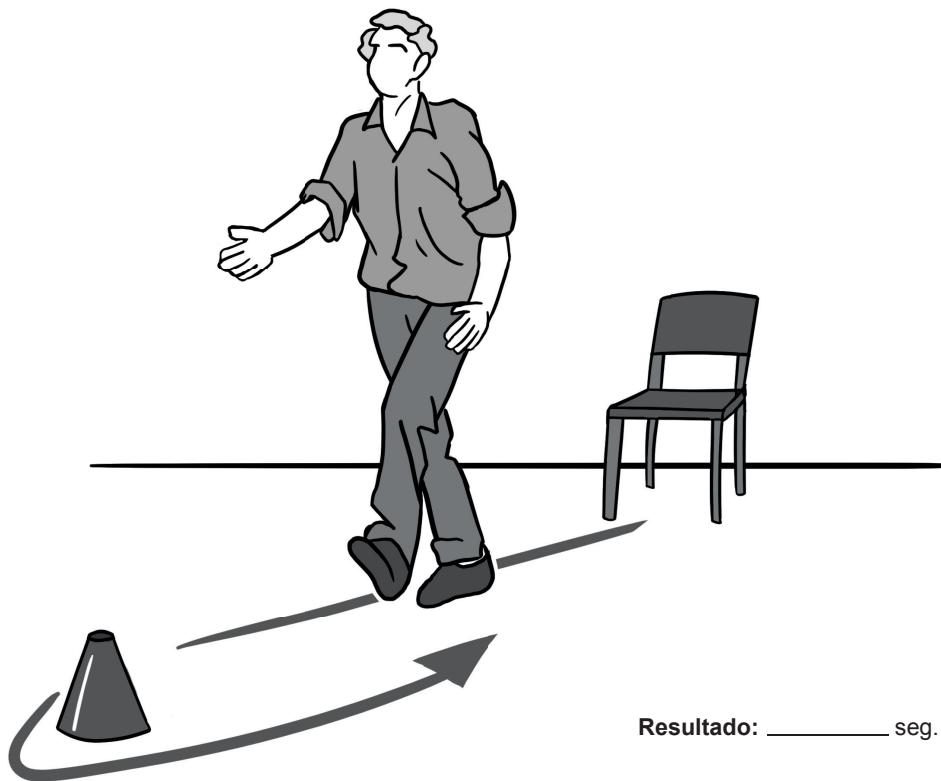
1. Morley, John E., Bruno Vellas, G. Abellan van Kan, Stefan D. Anker, Juergen M. Bauer, Roberto Bernabei, Matteo Cesari, et al. 2013. "Frailty consensus: a call to action". *Journal of the American Medical Directors Association* 14 (6): 392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>
2. Rosas-Carrasco, Oscar, Esteban Cruz-Arenas, Lorena Parra-Rodríguez, Ana Isabel García-González, Luis Horacio Contreras-González, and Claudia Szlejf. 2016. "Cross-Cultural Adaptation and Validation of the FRAIL Scale to Assess Frailty in Mexican Adults". *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (12): 1094–1098. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.07.008>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



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.

Referencias:

1. Podsiadlo, D., and S. Richardson. 1991. "The Timed 'Up & Go': a test of basic functional mobility for frail elderly persons". *Journal of the American Geriatrics Society* 39 (2): 142–148.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Prueba del susurro (valoración de la agudeza auditiva)

Objetivo:

Evaluar la agudeza auditiva de la persona mayor.

Descripción:

Es una herramienta que evalúa la capacidad auditiva de la persona. Es de fácil aplicación e interpretación y bajo costo.

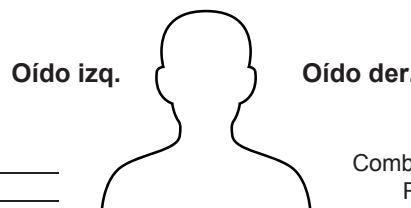
Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación: 10 minutos.

Instrucciones:

1. Determinar un sitio aislado de ruido, interferencias o distractores.
2. Establecer previamente y enlistar dos combinaciones de 3 números o letras (ejemplos 7-6-A, R-S-3, B-L-2).
No existe una combinación de números y letras estandarizada.
3. Indicar a la persona mayor permanecer sentada.
4. Situarse a un brazo de distancia (aprox. 60 cm) por detrás de la persona (para evitar la lectura de los labios).
5. Se evalúa cada oído por separado, comenzando con el oído con mejor audición, el oído que no se va evaluar deberá ocluirse suavemente.
6. Exhalar silenciosamente antes de pronunciar la combinación procurando sea con la voz más silenciosa posible.
7. Susurrar una combinación de 3 números o letras y pedir a la persona que la repita al finalizar.
8. Realizar la prueba con combinaciones de números y letras diferentes para el oído derecho y para el oído izquierdo.



Combinaciones: _____
Repetición: _____

Combinaciones: _____
Repetición: _____

Calificación:

- Los resultados no indican un diagnóstico y no sustituyen una valoración especializada.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Se establece de acuerdo a los siguientes criterios.

- La prueba es negativa a déficit auditivo si la persona repite correctamente la combinación; si la persona no repite correctamente, se repite con una combinación de números y letras diferentes.
- La prueba es positiva a déficit auditivo si la persona no repite correctamente las combinaciones.

Registre marcando con una X o ✓ según resultado

OI - Positiva Negativa

OD - Positiva Negativa

Referencias:

1. Pirozzo, Sandi, Tracey Papinczak, and Paul Glasziou. 2003. "Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review". *BMJ* 327: 967. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7421.967>
2. Strawbridge, William J., and Margaret I. Wallhagen. 2017. "Simple tests compare well with a hand-held audiometer for hearing loss screening in primary care". *Journal of the American Geriatrics Society* 65 (10): 2282–2284. <https://doi.org/10.1111/jgs.15044>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Revisión de la Medicación

Listado de medicación

¿Qué medicamentos consume?

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de uso	Vía de administración	Tiempo de utilización	Indicación	Reacciones adversas

¿Qué otros productos consume?

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia de uso	Vía de administración	Tiempo de utilización	Indicación	Reacciones adversas

Observaciones:

Medicamentos potencialmente inapropiados (Criterios de BEERS, criterios STOPP/START)

Referencias:

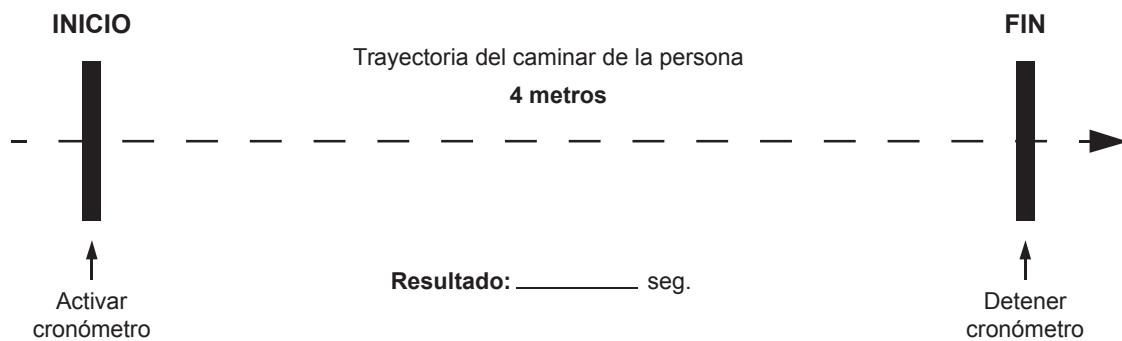
1. "American Geriatrics Society 2015 Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults". 2015. Journal of the American Geriatrics Society 63 (11): 2227–2246. <https://doi.org/10.1111/jgs.13702>
2. "American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults". 2019. Journal of the American Geriatrics Society 67 (4): 674–694. <https://doi.org/10.1111/jgs.15767>
3. Delgado Silveira, E., B. Montero Errasquín, M. Muñoz García, M. Vélez-Díaz-Pallarés, I. Lozano Montoya, C. Sánchez-Castellano y A. J. Cruz-Jentoft. 2015. "Mejorando la prescripción de medicamentos en las personas mayores: una nueva edición de los criterios STOPP-START". Revista Española de Geriatría y Gerontología 50 (2): 89–96. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>
4. O' Mahony, Denis, David O 'Sullivan, Stephen Byrne, Marie Noelle O'Connor, Cristin Ryan, and Paul Gallagher. 2015. "STOPP/START Criteria for Potentially Inappropriate Prescribing in Older People: Version 2". Age and Ageing 44 (2): 213–218. <https://doi.org/10.1093/ageing/afu145>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Velocidad de la marcha



Importante: Para calcular la velocidad de marcha, realice la siguiente división: 4 (que corresponde a los metros recorridos) entre los segundos que le tomó a la persona recorrerlos, obteniéndose así la velocidad en m/seg.

$$vm = \frac{4 \text{ metros}}{(X) \text{ segundos}} = () \text{ m/seg}$$

Interpretación

**< 1 m/seg
(≥ 4 seg en total)** = Predice riesgo de desenlaces adversos.

**< 0.8 m/seg
(≥ 5 seg en total)** = Disminución de desempeño como parte de los componentes que definen a la sarcopenia.

Referencias:

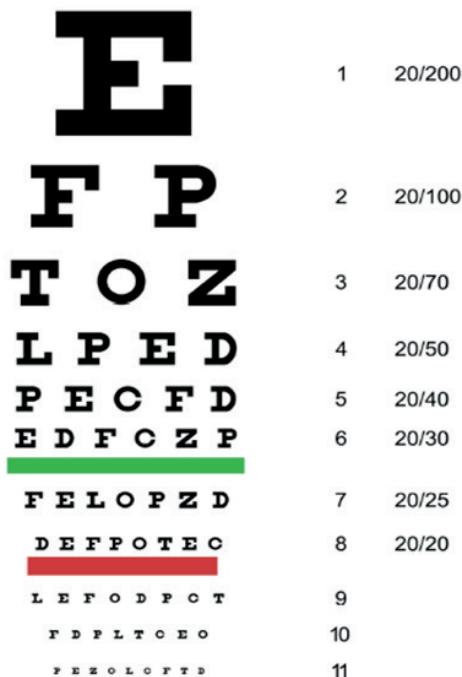
1. Abizanda Soler P, Alfonso Silguero S. A y Navarro López J L. 2015. Tratado de medicina geriátrica: valoración funcional en el anciano. PDF.
2. Varela Pinedo, Luis Fernando, Pedro José Ortiz Saavedra y Helver Alejandro Chávez Jimeno. 2009. "Velocidad de la marcha en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú". Revista Médica Herediana 20 (3): 133–138. <https://bit.ly/2MSqcev>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



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 .	

Referencias:

1. Akpek, Esen K. y Roderick A. Smith. 2013. "Overview of Age-Related Ocular Conditions". The American Journal of Managed Care 19 (5 Suppl): S67-S75.
2. Martín Herranz, Raúl y Gerardo Vecilla Antolínez. 2011. Manual de optometría. México: Editorial Médica Panamericana.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Valoración visual con cartilla de bolsillo

CARTILLA DE BOLSILLO DE SNELLEN



CARTILLA DE BOLSILLO DE ROSENBAUM



Cartillas ejemplo, no es adecuada para evaluar.

Resultados agudeza visual

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

Calificación:

- Los resultados obtenidos de la aplicación no indican un diagnóstico y no sustituyen una valoración especializada.

Interpretación:

De acuerdo a la cartilla de bolsillo utilizada, marca con una (x) si la persona mayor tiene una visión normal o requiere valoración especializada.

Si resulta una disminución visual en uno o ambos ojos referir a una valoración especializada.

Cartilla de bolsillo de Snellen	Visión normal: La persona mayor puede leer a una distancia equivalente 20/20 pies		Requiere valoración especializada.	
Cartilla de bolsillo de Rosenbaum	Visión normal: la persona mayor puede leer a una distancia equivalente de 6.1/7.6 mt. ó 20/25 pies		Requiere valoración especializada.	



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Escala de Braden

(Valoración del riesgo de úlceras por presión)

Criterios	Puntuación por criterio	Puntuación por criterio			
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión.	<u>1. Completamente limitada</u> Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos, quejándose, estremeciéndose o agarrándose o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	<u>2. Muy limitada</u> Reacciona solo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.	<u>3. Ligeramente limitada</u> Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar al menos en una de las extremidades.	<u>4. Sin limitaciones</u> Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad.	<u>1. Constantemente húmeda</u> La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente.	<u>2. A menudo húmeda</u> La piel está a menudo pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	<u>3. Ocasionalmente húmeda</u> La piel está ocasionalmente húmeda requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	<u>4. Raramente húmeda</u> La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
ACTIVIDAD Nivel de actividad física.	<u>1. Encamado/a</u> Paciente constantemente encamado/a.	<u>2. En silla</u> Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y necesita ayuda para poder pasar a una silla o a una silla de ruedas.	<u>3. Deambula ocasionalmente</u> Deambula ocasionalmente con o sin ayuda durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en silla de ruedas.	<u>4. Deambula frecuentemente</u> Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.	<u>1. Completamente inmóvil</u> Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	<u>2. Muy limitada</u> Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.	<u>3. Ligeramente limitada</u> Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	<u>4. Sin limitaciones</u> Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo



Criterios	Puntuación por criterio	Puntuación por criterio		
1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Rara vez toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofreceza. NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	2. Probablemente inadequada Rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético. Recibe menos de la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.	3. Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece. Recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades.	4. Excelente Ingerie la mayor parte de la comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios de carne o productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos.	
		1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo		
	1. Problema Requiere moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarla completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o la silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2. Probablemente inadequada Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujetión u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalarse hacia abajo.	3. Adecuada Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla.	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
		1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo		

Interpretación del puntaje

- **Alto Riesgo:** puntuación Total < 12
- **Riesgo Medio:** puntuación Total 13-14
- **Riesgo Bajo:** puntuación total 15-16 si es menor de 75 años o de 15-18 si es mayor o igual a 75 años



Este material está registrado bajo licencia Creative Commons International, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Escala de Norton (valoración del riesgo de úlceras por presión)

Criterio	Evaluado	Puntos
Estado físico	4= Bueno. 3= Débil. 2= Malo. 1= Muy mala.	
Estado mental	4= Alerta. 3= Apático. 2= Confuso. 1= Estuporoso.	
Actividad	4= Camina. 3= Camina con ayuda. 2= En silla de ruedas. 1= En cama.	
Movilidad	4= Completa. 3= Limitada ligeramente. 2= Muy limitada.	
Incontinencia	4= No hay. 3= Ocasional. 2= Usualmente urinaria. 1= Doble incontinencia.	
Resultado		

Calificación:

- El puntaje máximo es de 20 y un mínimo de 5 puntos.
Marque con una de acuerdo al resultado obtenido

Interpretación

Riesgo alto: Puntuación ≤ 12

Riesgo moderado: Puntuación ≤ 16

Referencias:

1. García-Fernández, Francisco Pedro, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, y J. Javier Soldevilla Agreda. 2011. "Escala de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en la infancia". *Gerokomos* 22 (1): 26–34. <https://bit.ly/2MpmvOr>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



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 modera
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

Referencias:

1. Kaiser, M. J., J. M. Bauer, C. Ramsch, W. Uter, Y. Guigoz, T. Cederholm, D. R. Thomas, et al. 2009. "Validation of the Mini Nutritional Assessment Short-Form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status". *The Journal of Nutrition, Health & Aging* 13 (9): 782–788.
2. Nestlé Nutrition Institute. 2013. Cribado nutricional tan sencillo como MNA: Guía para llenar el formulario Mini Nutritional Assessment cribar e intervenir. <https://goo.gl/krmhRt>
3. Rubenstein, L. Z., J. O. Harker, A. Salvà, Y. Guigoz, and B. Vellas. 2001. "Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the Short-Form Mini-Nutritional Assessment (MNA-SF)". *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences* 56 (6): M366-M372. <https://doi.org/10.1093/gerona/56.6.m366>
4. Vellas, B., Y. Guigoz, P. J. Garry, F. Nourhashemi, D. Bennahum, S. Lauque, and J. L. Albareda. 1999. "The Mini Nutritional Assessment (MNA) and Its Use in Grading the Nutritional State of Elderly Patients". *Nutrition* 15 (2): 116–122. [https://doi.org/10.1016/s0899-9007\(98\)00171-3](https://doi.org/10.1016/s0899-9007(98)00171-3)



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



SARC-F

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.

Referencias:

1. Parra-Rodríguez, Lorena, Claudia Szlejf, Ana Isabel García-González, Theodore K. Malmstrom, Esteban Cruz-Arenas, y Oscar Rosas-Carrasco. 2016. "Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults". *Journal of the American Medical Directors Association* 17 (12): 1142-1146. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2016.09.008>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Evaluación de las barreras del entorno físico y la movilidad

Movilidad dentro de su domicilio	Sí	No
¿En su hogar existe el espacio suficiente para permitir su libre movimiento?		
De acuerdo a su condición de salud, ¿Su vivienda está adaptada para una persona mayor, (superficies lisas, pasillos lo suficientemente ancho para –en su caso- el paso de la silla de ruedas, cocinas diseñadas de manera acorde).		
¿Considera que su vivienda es la idónea de acuerdo a su condición de salud? <i>Solo en caso que la respuesta haya sido NO, contestar las siguientes 2 preguntas.</i>		
¿El equipamiento para modificar su vivienda está disponible?		
¿Está usted en posibilidades de cambiar a una vivienda mejor adaptada de acuerdo a su condición de salud?		
Movilidad fuera de su domicilio	Sí	No
Cuando usted sale del hogar, ¿Considera que puede realizar su traslado sin problemas?		
¿El camino para los peatones está libre de obstrucciones?		
¿En su comunidad, las aceras presentan un correcto mantenimiento?		
En su comunidad, ¿Las aceras están libres de obstrucciones (por ejemplo, vendedores ambulantes, vehículos estacionados, árboles)?		
¿Usted considera que las normas y reglas de tránsito se respetan?		
¿Los edificios públicos que usted visita son accesibles?		
Barreras para la actividad física	Sí	No
¿Usted realiza actividad física en la comunidad y/o en el hogar?		
¿Usted se encuentra interesado en realizar actividad física?		
¿Considera que su situación de salud le permite realizar actividad física?		
¿En su comunidad se promueve la actividad física? <i>En caso que la respuesta sea SÍ, contestar las siguientes 2 preguntas.</i>		
¿Considera que las instalaciones para hacer actividad física en su comunidad toman en cuenta las preferencias o necesidades de las personas mayores?		



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad

Barreras para la actividad física (cont.)	Sí	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	Sí	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?		



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad

Barreras para la participación social (cont.)	Sí	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	Sí	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	Sí	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?		



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad

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 |
|--|---|

Referencias:

1. Consejo de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. 2017. Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores. (Documento elaborado con base al EC0964) https://www.conocer.gob.mx/contenido/publicaciones_dof/2017/EC0964.pdf



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Escala geriátrica de maltrato

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. Dígame si usted ha vivido alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.

	A Si su respuesta es sí pase a B	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 usted...	0 No 1 Sí* * No respondió	1 una vez? 2 pocas veces? 3 mucha veces? 99 No respondió	1 Un año y menos 98 No recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1 Hombre 2 Mujer
FÍSICO					
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"/>
PSICOLÓGICO					
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"/>
NEGLIGENCIA					
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"/>
ECONÓMICO					
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: /22

Maltrato: Sí
No

Referencias:

1. Giraldo-Rodríguez, Liliana, and Oscar Rosas-Carrasco. 2013. "Development and Psychometric Properties of the Geriatric Mistreatment Scale". *Geriatrics & Gerontology International* 13 (2): 466–474. <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Older American and Resource Socials (OARS) Escala de Recursos Sociales

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

1. ¿Su estado civil es?

- Soltero (a).
- Casado (a) o Unión Libre.
- Viudo (a).
- Divorciado (a).
- Separado (a).

2. Instrucción: Si la respuesta es casado(a), pregunte: ¿Vive su esposo(a)?

- No.
- Sí.

3. ¿Con quién vive usted? (Anote más de un número cuando sea necesario)

- Nadie.
- Esposo (a).
- Hijos (as).
- Nietos (as).
- Padres.
- Hermanos (as).
- Otros familiares políticos no incluidos en las categorías anteriores.
- Amigos (as).
- Cuidadores pagados
- Otros (especifique) _____

4. ¿Con cuántas personas vive? _____

5. ¿En el último año, cuántas veces visitó a su familia, amigos, durante los fines de semana o las vacaciones, o para ir de compras o de excursión?

- Nunca.
- Cada seis meses.
- Cada tres meses.
- Cada mes.
- Menos de una vez al mes o únicamente en vacaciones.
- Menos de una vez a la semana.
- 1 – 3 veces a la semana.
- Más de cuatro veces a la semana.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Older American and Resource Socials (OARS) Escala de Recursos Sociales

6. ¿ A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarles en casa?

- Ninguna.
- Una ó dos.
- De tres a cuatro.
- Cinco ó más.

7. ¿ En la última semana, cuántas veces habló por teléfono con amigos, familiares u otros, ya sea porque les llamará usted o ellos le llamarán? (Aunque el sujeto carezca de teléfono la pregunta sigue haciéndose).

- Ninguna vez.
- Una vez a la semana.
- Dos a seis veces a la semana.
- Más de seis veces a la semana.
- Una vez al día.

8. ¿Cuántas veces en la última semana pasó algún tiempo con alguien que no vive con usted, ya sea porque lo visitaron, usted los visitó o salieron juntos?

- Ninguna vez.
- Una vez.
- 2 – 6 veces al día.
- Más de seis veces al día.

9. ¿Tiene alguien en quién confiar?.

- No
- Sí

Especifique: _____

10. ¿Se encuentra solo(a) o se siente en soledad a menudo, a veces o casi nunca?

- Casi nunca.
- Algunas veces.
- A menudo.

11. ¿Ve a sus familiares y amigos a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?

- Algo triste por la poca frecuencia.
- Tan a menudo como quisiera.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Older American and Resource Socials (OARS) Escala de Recursos Sociales

12. Si alguna vez necesitase ayuda por encontrarse enfermo(a) o incapacitado(a) ¿Tendría quién le prestase ayuda, por ejemplo: su esposa(o), un miembro de su familia o un amigo(a)?.

- () No.
 () Sí. *Si ha contestado Sí pregunte "A" y "B"*

A.- ¿Esa persona cuidaría de usted?

- () Sólo de forma pasajera (para ir al médico, haciendo la comida, etc)
 () Durante un corto período de tiempo (semanas hasta seis meses)
 () De forma indefinida.

B.- ¿Quién sería esa persona?

Nombre: _____

Relación: _____

13. ¿Cómo considera la convivencia y apoyo de familiares y amigos?

- () Muy insatisfactoria.
 () Insatisfactoria.
 () Muy satisfactoria.
 () Satisfactoria

Evaluador: _____

Referencias:

1. Grau Fibla, G., P. Eiroa Patiño, and A. Cayuela Domínguez. 1996. “[Spanish version of the OARS Multidimensional Functional Assessment Questionnaire: cross-cultural adaptation and validity measurement]”. *Atención Primaria* 17 (8): 486–495.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Inventario de recursos sociales en personas mayores Díaz-Veiga

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?

Sí _____ No _____

¿Tiene usted "parientes": sobrinos, hermanos, primos, etc.?

Sí _____ No _____

¿Tiene usted relación con amigos?

Sí _____ 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

Referencias:

1. Díaz Veiga, Pura, Rocío Fernández Ballesteros y María Izal. 1985. "Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos". Memoria de licenciatura no publicada. Universidad Autónoma de Madrid.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Código de identificación: _____

Fecha de recopilación: ____ / ____ / ____

I. FICHA DE IDENTIFICACIÓN

Nombre(s) y apellido(s): _____

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____

Edad: _____ años

Sexo: H M

Domicilio completo: _____

Estado civil: _____ Ocupación principal: _____ Escolaridad (en años): _____

Religión: _____ Número telefónico (local o móvil): (____) _____

Lugar de nacimiento: _____

II. INFORME SOBRE LA CAPACIDAD INTRÍNSECA

2.1 Informe del estado de salud

Habitus exterior:

Motivo de la visita/consulta y padecimiento actual:

Antecedentes heredofamiliares:

Antecedentes personales no patológicos:

Antecedentes personales patológicos



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Información sobre directrices anticipadas (marque con una **✓**):

<input type="checkbox"/> Contempla directrices anticipadas	Qué ha contemplado:
<input type="checkbox"/> Aún no contempla directrices anticipadas	Personas a quienes ha informado de las mismas: <input type="checkbox"/> Amigos <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Testigos <input type="checkbox"/> Personas de confianza

Síntomas por aparatos y sistemas:

Enfermedades autorreportadas:

Enfermedades probables:

Factores de riesgo identificados :

FC: _____ X'

FR: _____ X

Temp: _____ °C

Talla: _____ mts.

TA: _____ mmHg

Peso: _____ Kg

2.2 Informe sobre la medicación

Medicamentos:

Nombre	Dosis	Frecuencia de uso	Vía de administración	Tiempo de uso	Indicado para	Reacciones adversas



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Productos terapéuticos alternativos:

Nombre	Dosis	Frecuencia de uso	Vía de administración	Tiempo de uso	Indicado para	Reacciones adversas

Medicamentos potencialmente inapropiados (criterios de Beers/STOPP)

2.3 Informe de los cuestionarios y las pruebas realizadas

Índice de Katz	Resultado: _____/6 [<input type="checkbox"/>]	Interpretación
Índice de Lawton	Resultado: _____/8	Interpretación
Velocidad de la marcha	Resultado Tiempo: _____ seg.	Interpretación
Prueba cronometrada levántate y anda	Resultado Tiempo: _____ seg.	Interpretación
Batería corta de desempeño físico	Resultado Total de la actividad: _____/12.	Interpretación
Caídas en el último año	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Número de caídas en el último año _____



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Agudeza visual

Seleccione el instrumento que utilizó para medir la agudeza visual. (marque con una ✓)

 Tarjeta de bolsillo

 Carta de pared de Snellen

 Peek Acuity

Resultado

Ojo izquierdo

Ojo derecho

/

/

Interpretación

Audición (marque con una ✓)

Obstrucción de conductos auditivos externos

 Presencia

 Ausencia

Prueba del susurro

Resultado

Oído izquierdo

Oído derecho

Positivo []

Negativo []

Positivo []

Negativo []

Interpretación

Estado cognitivo

Prueba Mini-Cog™

Resultado: ____/5

Interpretación

Mini Examen del Estado Mental

Resultado: ____/30

Interpretación

Describa las áreas alteradas

Montreal Cognitive Assessment (MoCA©)

Resultado: ____/30

Interpretación

Prueba de fluencia semántica (Animales)

Resultado: _____

Nº de palabras en un minuto

Interpretación

Estado afectivo

Seleccione el instrumento que utilizó para evaluar a la persona mayor. (marque con una ✓)

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

 Escala Geriátrica de Depresión (GDS-15)

Interpretación

Resultado: _____ / _____



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Estado nutricional

Mini-Evaluación Nutricional
- versión corta (MNA-SF)

Resultado: ____/14

Interpretación

SARC-F

Resultado: ____/10

Interpretación

MUST

Resultado: _____

Interpretación

Úlceras por presión

Seleccione el instrumento que utilizó para evaluar a la persona mayor.(marque con una ✓)

[] Escala Braden

[] Escala Norton

Interpretación

Resultado: ____ / ____

Fragilidad

Instrumento FRAIL

Resultado: ____/5

Interpretación

Autopercepción de salud (marque con una ✓)

[] Positiva

[] Negativa

Considera su salud:

[] Excelente

[] Regular

[] Muy buena

[] Mala

[] Buena

[] Muy mala

Percepción del estado de salud comparada con otras personas de su edad: (marque con una ✓)

[] Mejor

[] Igual

[] Peor

Impedimento de desarrollar sus actividades habituales por estado de salud:

[] No

[] Sí



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Síndromes geriátricos identificados (marque con una ✓)

<input type="checkbox"/> Polifarmacia	<input type="checkbox"/> Dependencia funcional	<input type="checkbox"/> Déficit sensorial	<input type="checkbox"/> Auditivo <input type="checkbox"/> Visual	<input type="checkbox"/> Transtornos del dormir
<input type="checkbox"/> Probable deterioro cognitivo	<input type="checkbox"/> Caídas	<input type="checkbox"/> Probable depresión		<input type="checkbox"/> Riesgo de desnutrición <input type="checkbox"/> Desnutrición
<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria	<input type="checkbox"/> Ulceras por presión	<input type="checkbox"/> Fragilidad		<input type="checkbox"/> Patología de pies
<input type="checkbox"/> Dolor crónico	<input type="checkbox"/> Probable maltrato	<input type="checkbox"/> Patología bucodental		<input type="checkbox"/> Transtornos de marcha
<input type="checkbox"/> Otro (especifique)				

III. INFORME SOBRE EL ENTORNO

Afilación a servicios de salud/seguridad social (marque con una ✓)

<input type="checkbox"/> Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS	<input type="checkbox"/> Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado ISSSTE
<input type="checkbox"/> INSABI	<input type="checkbox"/> Petróleos Mexicanos PEMEX
<input type="checkbox"/> Instituto de Salud del Estado de México ISEM	<input type="checkbox"/> Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios ISSEMyM
<input type="checkbox"/> Secretaría de Marina SEMAR	<input type="checkbox"/> Secretaría de la Defensa Nacional SEDENA
<input type="checkbox"/> Otro (especifique):	

Disponibilidad de cuidador primario (especifique):

Suficiencia económica

Fuentes de ingreso económico

(especificar fuente de ingresos, marque con una ✓)

<input type="checkbox"/> Aún trabaja	<input type="checkbox"/> Apoyo de cónyuge	<input type="checkbox"/> Pensión: <input type="checkbox"/> Jubilación <input type="checkbox"/> Invalidez	<input type="checkbox"/> Apoyo familiar <input type="checkbox"/> Viudez
<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____			

Interpretación del Inventario de Recursos Sociales

Interpretación



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Presencia de probable maltrato incluyendo signos/hallazgos (marque con una ✓)

Temor a padecer daño físico, psicológico y sexual por alguien en casa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Situaciones en las que otros disponen de sus pertenencias/dinero/ tarjetas bancarias/otros sin su consentimiento	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Respeto de autonomía en la toma de decisiones	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Signos/hallazgos	En caso de presentarse, describa los signos/hallazgos evidentes en la persona mayor	

Barreras de el entorno físico para la movilidad (marque con una ✓)

<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 (marque con una ✓)

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

Barreras para la realización de actividades de participación social/recreación (marque con una ✓)

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

Descripción de las actividades/participación con limitación/restricción con base a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF).

-------	--

Estado de la capacidad funcional de la persona mayor. (marque con una ✓)

<input type="checkbox"/> Alta y estable	<input type="checkbox"/> Disminuida	<input type="checkbox"/> Pérdida considerable
---	-------------------------------------	---



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Informe sobre la capacidad funcional

Observaciones:

Elaboró:

Nombre(s) y apellido(s) completos

Firma

Referencias:

1. Consejo de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. 2017. Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores. (Documento elaborado con base al EC0964) https://www.conocer.gob.mx/contenido/publicaciones_dof/2017/EC0964.pdf



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.

