



Nombre del alumno: Rashel Citlali
Rincón Galindo

Nombre del profesor: Agenor Abarca
Espinosa

Nombre del trabajo: Valoración
integral en el adulto mayor

Materia: Geriatria

Grado: 6to

Grupo: "A"

Comitán de Domínguez Chiapas a 03 de septiembre de 2025.

Mini-Mental State

Examination (MMSE)

Mini-Examen del Estado Mental

Objetivo:

Detectar deterioro cognitivo leve o demencia.

La Escala de Mini-Mental State, sirve para evaluar de forma rápida el estado cognitivo de una persona, ayudando a detectar deterioro cognitivo o demencia.

Descripción:

Esta versión del mini-examen del estado mental la adaptó y validó Sandra Reyes de Bea-man y colaboradores en población mexicana, 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 pala-bras 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.

Requerimientos:

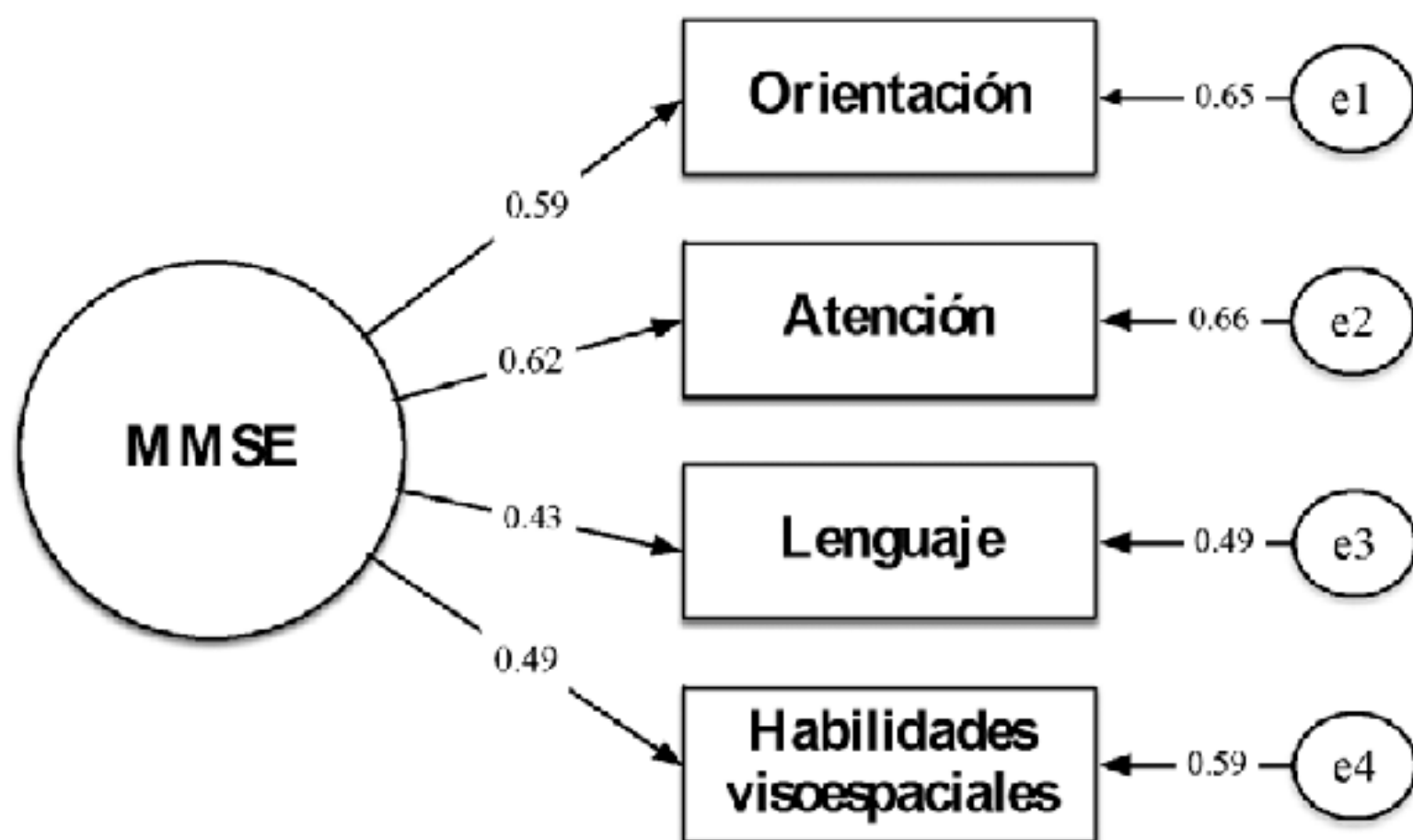
- Formato del mini-examen del estado mental
- Bolígrafo
- Hoja de papel para la orden verbal.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Calificación:

Se dará un punto por cada respuesta correcta.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

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



Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems.

Objetivo:

Evaluar síntomas depresivos presentes en la última semana.

La Geriatric Depression Scale, sirve para detectar síntomas de depresión en personas mayores, mediante un cuestionario breve y adaptado a esta población.

Descripción:

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

Requerimientos:

-Formato impreso. -Bolígrafo.

-Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

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

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. Hágle a la persona las preguntas de CESD-7 en el orden indicado.

3. Registre las respuestas con una v

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.

Geriatric Depression Scale

Name:		Date:	
Instructions: Choose the answer that best describes how you felt over the past week.			
Question	Statement	Answer	Score
1	Are you basically satisfied with your life?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
2	Have you dropped many of your activities and interests?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
3	Do you feel that your life is empty?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
4	Do you often get bored?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
5	Are you in good spirits most of the time?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
6	Are you afraid that something bad is going to happen to you?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
7	Do you feel happy most of the time?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
8	Do you often feel helpless?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
9	Do you prefer to stay at home, rather than going out and doing new things?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
10	Do you feel that you have more problems with your memory than most?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
11	Do you think that it is wonderful to be alive now?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
12	Do you feel pretty worthless the way you are now?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
13	Do you feel full of energy?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
14	Do you feel that your situation is hopeless?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
15	Do you think that most people are better off than you are?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
TOTAL SCORE:			

Scoring Instructions:

1. If the respondent answers "yes" to questions 1, 5, 7, 11, and 13, record 0 points in the score column. If the respondent answers "no", record 1 point in the score column.
2. If the respondent answers "yes" to questions 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, and 15, record 1 point in the score column. If the respondent answers "no", record 0 points in the score column.
3. Add up the score for each question to get a total score out of 15.

Interpretation:

1. A score > 5 points is suggestive of depression.
2. A score ≥ 10 points is almost always indicative of depression.
3. A score > 5 points should warrant a follow-up comprehensive assessment.

Escala de Braden

(Valoración del riesgo de úlceras por presión)

Objetivo:

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

La Escala de Braden se utiliza para valorar el riesgo de desarrollar úlceras por presión en pacientes, especialmente en personas hospitalizadas o con movilidad reducida.

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.

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 el 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 BRADEN

Versión Resumida

Valoración del
Riesgo de
desarrollar LPP

1

2

3

4

Percepción sensorial Capacidad para responder a la incomodidad relacionada con la presión	 Completamente limitada (no responde a estímulos dolorosos)	 Muy limitada (responde solo a estímulos dolorosos)	 Ligeramente limitada (responde a órdenes verbales)	 Sin limitaciones
Humedad El grado de exposición de la piel a la humedad, ya sea por sudor, orina, heces o drenaje de heridas	 Constantemente húmeda	 Muy húmeda	 Ligeramente húmeda	 Raramente húmeda
Actividad El nivel de actividad física, incluyendo la capacidad para deambular y realizar actividades de la vida diaria	 Encamada	 En silla	 Camina con ayuda	 Camina libremente
Movilidad La capacidad para cambiar de posición de forma independiente	 Completamente inmóvil	 Muy limitada	 Ligeramente limitada	 Sin limitaciones
Nutrición El patrón habitual de ingesta de alimentos, incluyendo la cantidad y calidad de la dieta	 Muy pobre	 Probablemente inadecuada	 Adecuada	 Excelente
Roce y Peligro Lesiones El grado en que la fricción y el cizallamiento afectan a la piel	<p>1</p> Problema (requiere ayuda para moverse)	<p>2</p> Problema potencial (movimientos débiles, mínima fricción)	<p>3</p> Sin problema aparente (se mueve independientemente)	

Resultado

>14 pts:
Riesgo Bajo

13-14 pts:
Riesgo Moderado

≤12 pts:
Riesgo Alto

O si
Existencia
LPP

Revaloración Escala Braden

Cada 6 meses o siempre
que haya cambios en
situación clínica

Cada 2 meses o siempre
que haya cambios en
situación clínica

Cada mes o siempre
que haya cambios en
situación clínica



MAY 2025
Más info y bibliografía en:
www.heridasenred.com

Con la colaboración de:
SmithNephew

SARC-F

Objetivo:

Identificar la presencia de probable sarcopenia en la persona mayor.

La SARC-F es una escala breve y practica empleada en geriatría para el cribado (detección inicial) de la sarcopenia, que es la pérdida progresiva de masa y función muscular asociada al envejecimiento.

Descripción:

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

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

Es rápido y de fácil aplicación.

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones:

Aplique el cuestionario, marcando la puntuación para cada pregunta.

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

Calificación:

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

Sugerencias o pautas de interpretación:

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

Escala SARC-F versión en español – México

Ítem	Preguntas	Puntaje
1. Fuerza	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kilogramos?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
2. Asistencia para caminar	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares o incapaz = 2
3. 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
4. Subir escaleras	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
5. Caídas	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1 a 3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

Si el puntaje total es ≥ 4 puntos se define como sarcopenia.

Referencia:

Parra-Rodríguez L, Szlejf C, García-González AI, Malmstrom TK, Cruz-Arenas E, **Rosas-Carrasco O**. Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Spanish-Language Version of the SARC-F to Assess Sarcopenia in Mexican Community-Dwelling Older Adults. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(12):1142-1146. doi:10.1016/j.jamda.2016.09.008

Versión original en inglés:

Malmstrom TK, Morley JE. SARC-F: a simple questionnaire to rapidly diagnose sarcopenia. J Am Med Dir Assoc. 2013;14(8):531-2. doi:10.1016/j.jamda.2013.05.018.

Escala geriátrica de maltrato.

Objetivo:

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

La Escala Geriátrica de Maltrato sirve para detectar posibles situaciones de abuso, negligencia o maltrato en personas mayores, facilitando la identificación temprana y la intervención oportuna.

Descripción:

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

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación:

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

Instrucciones:

1. En caso de que la persona mayor esté 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 plantear 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.

Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor					
Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. 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 a usted ...	0 No 1 Si → * No respondió	1. una vez? 2. pocas veces? 3. muchas veces? 99. no respondió	01 un año y menos 98 no recuerda	Registre el parentesco que tiene con la persona mayor	1. Hombre 2. Mujer
FISICO					
1 ¿Le han golpeado?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
2 ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<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"/>
4 ¿Le han aventado algún objeto?	<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"/>
PSICOLOGICO					
6 ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<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"/>
8 ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<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"/>
10 ¿No han respetado sus decisiones?	<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"/>
NEGLIGENCIA					
12 ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?	<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"/>
14 ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<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"/>
ECONOMICO					
16 ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<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"/>
18 ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<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"/>
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"/>
SEXUAL					
21 ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<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"/>
Total	Maltrato: Si ① No ②				
	/22				

Older American and Resource Socials (OARS)

(Escala de Recursos Sociales)

Objetivo:

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

La Older Americans Resources and Services, sirve para evaluar la red y el apoyo social de las personas mayores, valorando con quién cuentan para ayuda práctica, emocional y de compañía.

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.

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.

Escala OARS

Escala de recursos sociales



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.

La Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria de Lawton y Brody, sirve para valorar el grado de autonomía de una persona mayor en tareas más complejas de la vida cotidiana, como usar el teléfono, manejar dinero, hacer compras o tomar medicación.

Descripción: El índice de Lawton apoya a la detección de los primeros indicios del deterioro funcional en la persona mayor que vive en su domicilio o en instituciones de cuidados a largo plazo, lo que permite monitorear con regularidad a la persona mayor en riesgo de dependencia de cuidados. Evalúa 8 actividades: usar el teléfono, cocinar, lavar ropa, hacer tareas de la casa, usar transporte, manejar las finanzas, hacer compras, administrar medicamentos. En cuanto a la validez y confiabilidad se ha confirmado que la validez de este índice es de relevancia en el contexto clínico, para focalizar y planificar servicios de salud, así como para evaluarlos. Las medidas de confiabilidad con los componentes básicos se le consideran aceptables. Su aplicación en la clínica permite detectar precozmente el plan terapéutico e identificar la necesidad de asistencia.

Requerimientos:

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

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

Instrucciones:

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.
- 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.



CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
Usa el teléfono por iniciativa propia		1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares		1
Es capaz de entender al teléfono para recibir llamadas		1
No es capaz de usar el teléfono		0
HACER COMPRAS		
Hace independientemente todas las compras necesarias		1
Hace independientemente pequeñas compras		1
Necesita o acompaña para hacer cualquier compra		0
Totalmente incapaz de comprar		0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza recetas y sigue las comidas por sí sola adecuadamente		1
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes		1
Prepara comidas y sigue las comidas, pero necesita una lista adecuada		1
Necesita que le preparen y le sirvan las comidas		0
CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa limpia y con agua caliente para bañarse/ ducharse		1
Realiza tareas ligeras como lavar los platos o hacer las camas		1
Hace tareas ligeras pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza		1
Necesita ayuda en todas las labores de la casa		1
No participa en mantenimiento de la casa		0
LAVADO DE LA ROPA		
Lava por sí sola toda su ropa		1
Lava por sí sola pequeñas prendas		1
Toda el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
USO DE MEDIO DE TRANSPORTE		
Maneja solo/a en transporte público o conduce su propio vehículo		1
Es capaz de ir en un taxi o pedir una cita medio de transporte		1
Maneja en transporte público cuando va acompañado/a por otra persona		1
Solo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros		0
No viaja		0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta		1
Tras su medicación a la dosis le es preparada previamente		1
No es capaz de administrar su medicación		0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí misma		1
Necesita ayuda en grandes compras, bancos...		1
Incapaz de manejar dinero		0

FLUENCIA VERBAL SEMÁNTICA (ANIMALES)

Objetivo:

Evaluar la capacidad de recuperación léxica, la memoria semántica y las funciones ejecutivas implicadas en la organización y búsqueda de palabras en una categoría determinada.

Sirve como herramienta de detección temprana de deterioro cognitivo, alteraciones del lenguaje o del funcionamiento ejecutivo.

¿Para qué sirve?

- Exploración neuropsicológica en contextos clínicos (demencias, daño cerebral, trastornos neurológicos y psiquiátricos).
- Diferenciación de tipos de deterioro cognitivo:
 - Alzheimer → mayor afectación semántica.
 - Trastornos frontales → dificultades en estrategias y control atencional.
- Medición del rendimiento cognitivo en investigación.
- Seguimiento de la evolución de una enfermedad o del efecto de un tratamiento.

¿Cómo se evalúa?

Procedimiento:

1. Se da la instrucción:
“Durante 1 minuto, dígame todos los [ej. animales] que pueda recordar. No repita y no mencione nombres propios.”
2. El evaluador registra todas las palabras dichas, incluyendo errores y repeticiones.
3. Se utilizan categorías semánticas habituales: animales, frutas, medios de transporte, prendas de vestir.

Puntuación:

- Puntaje bruto: número total de palabras correctas.
- Errores: repeticiones, intrusiones (palabras fuera de la categoría), neologismos.
- Análisis cualitativo:
 - *Clustering*: agrupación de palabras por subcategorías (ej. “perro, gato, caballo” = animales domésticos).
 - *Switching*: número de cambios entre grupos semánticos (ej. de animales de granja a animales marinos).

Interpretación:

- Se compara el rendimiento con tablas normativas según edad y nivel educativo.
- Un rendimiento bajo puede sugerir dificultades en la memoria semántica (temporales) o en la flexibilidad cognitiva/estrategias (frontales).



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, amnésicos y ejecutivos. Se ha descrito que los resultados de esta prueba son influenciados por características sociodemográficas como son el sexo, la edad, la escolaridad y la ocupación.

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación: 3 - 5 minutos.

Instrucciones:

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



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons International*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y 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 Geriátria.



Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CES-D)

Objetivo:

Evaluar la presencia y la intensidad de síntomas depresivos en población general y clínica, especialmente en estudios epidemiológicos y de investigación. No es un instrumento diagnóstico, sino de detección y cribado.

¿Para qué sirve?:

- Identificar síntomas depresivos en la población.
- Detectar riesgo de depresión en diferentes grupos (jóvenes, adultos, mayores).
- Monitorear cambios en el estado de ánimo a lo largo del tiempo o tras una intervención.
- Investigar prevalencia de depresión en estudios poblacionales y clínicos.

¿Cómo se evalúa?:

Características:

- Autoinforme de 20 ítems.
- Cada ítem evalúa la frecuencia de síntomas depresivos durante la última semana.
- Las respuestas se puntúan en una escala de 4 opciones:
 - 0 = Rara vez o nunca (menos de 1 día)
 - 1 = Algunas veces (1–2 días)
 - 2 = A menudo (3–4 días)
 - 3 = La mayor parte o todo el tiempo (5–7 días)

Puntuación:

- Rango total: 0 a 60 puntos.
- Punto de corte habitual:
- ≥ 16 puntos sugiere la presencia de síntomas depresivos clínicamente significativos.
- Algunos ítems están redactados en positivo y deben puntuarse de manera inversa (ej. “me sentí feliz”, “disfruté de la vida”).

Interpretación:

- 0–15 puntos: rango normal.
- 16–26 puntos: probable depresión leve a moderada.

- ≥ 27 puntos: probable depresión mayor (se recomienda evaluación clínica completa).

Anexo
Formulario de evaluación de la CES-D-10

La información necesaria para las respuestas y puntuaciones se proporciona en la parte superior. Por favor, marque durante cuánto tiempo ha estado sintiendo cada una de las cosas que se describen en el formulario que sigue en las últimas dos semanas.

Cuestión (últimas dos...)	Nunca (0 o 1 día)	En la semana pasada		Últimas dos semanas (los días 17 a 28)	
		Ningún (1 o 2 días)	Quasi-siempre (3 o 4 días)	Siempre (5 o 7 días)	
1. Tiene poco interés	0	1	2	3	4
2. Ha perdido interés en las cosas	0	1	2	3	4
3. Tiene dificultad para encontrar placer en las que antes encontraba	0	1	2	3	4
4. Ha perdido apetito(a)	0	1	2	3	4
5. Duerme un poco más	0	1	2	3	4
6. Ha perdido peso	0	1	2	3	4
7. Ha ganado mucho peso	0	1	2	3	4
8. Tiene una mala digestión	0	1	2	3	4
9. Siente que vive una mala persona	0	1	2	3	4
10. Ha perdido energía en sus actividades diarias	0	1	2	3	4
11. Duerme más de lo habitual	0	1	2	3	4
12. Siente que vive mucho más lento	0	1	2	3	4
13. Ha perdido agilidad(a)	0	1	2	3	4
14. Siente dolor de algún miembro(a)	0	1	2	3	4
15. Quasi-siempre triste	0	1	2	3	4
16. Ha perdido interés(a) por el trabajo	0	1	2	3	4
17. Siente algo de cansancio o fatiga	0	1	2	3	4
18. Pierde peso sin intentar	0	1	2	3	4
19. Ha ganado mucho peso sin querer	0	1	2	3	4
20. Ha perdido concentración en las cosas importantes	0	1	2	3	4
21. Ha pensado por veces que realmente no vale la pena	0	1	2	3	4
22. Siente que vive tan lento(a) como una gusli	0	1	2	3	4
23. Siente que todo lo que hace es un esfuerzo	0	1	2	3	4
24. Ha perdido esperanza(a) sobre el futuro	0	1	2	3	4
25. Pasa mucho más tiempo pensando	0	1	2	3	4
26. Ha perdido interés(a) por el futuro	0	1	2	3	4
27. Ha perdido peso	0	1	2	3	4
28. Ha perdido interés en la sexualidad	0	1	2	3	4
29. Ha perdido energía	0	1	2	3	4
30. Los pensamientos están poco tranquilos	0	1	2	3	4
31. Está triste en la vida	0	1	2	3	4
32. Tiene ataques de nervios	0	1	2	3	4
33. Ha perdido interés	0	1	2	3	4
34. Siente que hace cosas por costumbre	0	1	2	3	4
35. Siente que la desgracia le ha pasado	0	1	2	3	4

Short Physical Performance Battery (SPPB)

Objetivo:

Evaluar el rendimiento físico funcional en adultos mayores, especialmente la capacidad de movilidad y fuerza de miembros inferiores. Sirve para predecir riesgo de discapacidad, caídas y dependencia funcional.

¿Para qué sirve?:

- Detectar deterioro físico temprano en personas mayores.
- Identificar riesgo de fragilidad y pérdida de independencia.
- Monitorear cambios en la capacidad física tras intervenciones (rehabilitación, ejercicio).
- Evaluar función física global en estudios epidemiológicos o clínicos.

¿Cómo se evalúa?:

Componentes de la SPPB

La prueba tiene tres subpruebas:

1. Equilibrio en bipedestación
 - Posiciones: pies juntos, semi-tándem, tándem (cada una 10 segundos).
 - Puntaje: 0–4 según tiempo mantenido y estabilidad.
2. Prueba de velocidad de la marcha
 - Caminar 4 metros a velocidad habitual.
 - Se cronometran los segundos.
 - Puntaje: 0–4 según tiempo empleado.
3. Prueba de fuerza de miembros inferiores (sentarse y levantarse de una silla)
 - Levantarse de una silla sin usar los brazos 5 veces consecutivas.
 - Puntaje: 0–4 según tiempo requerido.

Puntuación total:

- Rango: 0 a 12 puntos (suma de las tres subpruebas).
- Interpretación:
 - 10–12: buen rendimiento físico.
 - 7–9: riesgo leve de deterioro funcional.
 - 4–6: riesgo moderado.
 - 0–3: alto riesgo de discapacidad y dependencia.

Esta escala es rápida, objetiva y ampliamente utilizada en geriatría y estudios de movilidad.

1º. Mantener equilibrio con posición:

Pies juntos



Pies en semitandem



pies en tándem



Pies juntos y en semitandem +1 punto si mantiene 10 seg. por cada posición.

Posición tándem: 10 seg. + 2 puntos, 3-9.99 seg. +1 punto, < 3 seg. 0 puntos.

Si no puede mantener alguna de ellas se pasa a la 2ª prueba.

2º. Prueba de velocidad de la marcha a 4 m. Se coge el mejor de dos intentos.

Puntuación: <4.82 seg. +4 puntos, 4.82-6.20 seg. +3 puntos, 6.21-8.70 seg. +2 puntos, >8.70 seg. +1 punto, 0 puntos si no puede realizarlo.



Puntuación global es la de la suma de las 3 pruebas, entre 0 y 12 puntos. El punto de corte habitual en fragilidad es <10 puntos.

Traducida y modificada por el autor de la versión original (Riskowski JL et al. 2012)

3º. Prueba de levantarse y sentarse de la silla, con los brazos cruzados sobre el pecho, 5 veces seguidas tan rápido como pueda. Primero se le pide que lo haga una vez para ver su capacidad.

Puntuación: ≤11.19 seg. +4 puntos, 11.20-13.69 seg. +3 puntos, 13.70-16.69 seg. +2 puntos, >16.70 seg. +1 punto, 0 puntos si >60 seg. o no es capaz de realizar ninguna.

