

Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**

Secretaría de Salud

Jorge Alcocer Varela
Secretario de Salud

Instituto Nacional de Geriátría

Luis Miguel Francisco
Gutiérrez Robledo
Dirección General

Arturo Avila Avila
Dirección de Enseñanza
y Divulgación

Edgar Jaime Blanco Campero
Subdirección de Formación
Académica

Diana Consuelo Torres Ramos
Departamento de Desarrollo
de Recursos Humanos Especializados

Mónica del Carmen Vargas López
Subdirección de Desarrollo
y Extensión Académica

Andrea Lorena Garrido Romero
Departamento de
Educación a Distancia

Jennifer Esther Giron Castillo
Departamento de
Comunicación Científica

Autores

Arturo Avila Avila
Eduardo Sosa Tinoco
Jonny Pacheco Pacheco
María Guadalupe Escobedo Acosta
Verónica Bautista Eugenio
Victoria González García
Edgar Jaime Blanco Campero
María Isabel Negrete Redondo
Alma Laura Deyta Pantoja
Luis Miguel Francisco Gutiérrez Robledo

Coordinación editorial

Mónica del Carmen Vargas López
Jennifer Esther Giron Castillo

Diseño editorial

Brayan Reyes Cedeño

Agradecemos la colaboración de:

Brenda Aguilar Martínez

Copyright © 2022 Instituto Nacional de Geriátría
Todos los derechos reservados. ISBN: En trámite.

www.geriatria.salud.gob.mx

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualquiera de las siguientes formas: electrónicas o mecánicas incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación e información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo o por escrito del Instituto Nacional de Geriátría.

Este manual solo tiene fines educativos



Esta obra está bajo una licencia
de Creative Commons Reconocimiento
-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional



Guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**



Índice

Este manual es interactivo, puedes seleccionar el tema de tu interés o leerlo normalmente de inicio a fin.

Al terminar cada sección encontrarás el siguiente icono (🏠) si deseas regresar a esta página.

9 PRESENTACIÓN

10 INTRODUCCIÓN

24 CONCLUSIÓN

26 INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

28 COGNITIVO

30 Fluencia verbal semántica (animales)

32 Mini-Cog TM

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

36 Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)
Evaluación Cognitiva de Montreal

40 General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)
Evaluación de la Cognición por Medicina General

42 Prueba de categorías de Isaacs

43 Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)
Inventario y Cuestionario Neuropsiquiátrico

44 Escala Atenas de Insomnio

46 AFECTIVO

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

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

50 Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
Cuestionario sobre la salud del paciente de 9 ítems

52 Inventario de ansiedad de Beck

53 Escala de soledad de 3 ítems

54 FUNCIONAMIENTO

56 Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Katz)

58 Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de Lawton)

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

66 Timed Up and Go
Prueba Cronometrada Levántate y Anda

68 Revisión de la medicación

70 Velocidad de la marcha

72 FRAIL

73 Escala de Braden
(Valoración del riesgo de lesiones cutáneas por presión)

74 Escala de Norton
(Valoración del riesgo de lesiones cutáneas por presión)

75 Índice de Barthel

76 Identification of senior at risk hospitalized patients (ISAR-HP)
Identificación de riesgo de hospitalización en personas mayores

77 Hospital Admission Risk Profile (HARP)
Perfil de Riesgo en la Admisión Hospitalaria

78 Instrumento para la detección de problemas geriátricos (SPPICEES)

79 Escala Numérica Análoga (ENA)

80 Escala Visual Análoga (EVA)

81 Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

82 WHOQOL-OLD
Cuestionario sobre la Calidad de Vida en personas mayores

84 VISUAL

86 Valoración de la agudeza visual con carta de Snellen

88 Valoración visual con cartilla de bolsillo

90 Valoración de la agudeza visual (Aplicación Peek Acuity)

94 AUDITIVO

96 Evaluación auditiva con aplicación hearWHO

99 Prueba del susurro (valoración de la agudeza auditiva)

100 Valoración de la audición con aplicación (Prueba de Audición)

104 VITALIDAD

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

108 Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)
Instrumento Universal para el Despistaje de Malnutrición

110 SARC-F

112 ENTORNO

114 Evaluación de las barreras del entorno físico y la movilidad

115 Escala geriátrica de maltrato

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

118 Inventario de recursos sociales en personas mayores de Díaz-Veiga

120 Escala Lubben de red social de 6 ítems (LSNS-6)

121 Life Space Assessment (LSA)
Evaluación del espacio de vida

122 Adaptación de la Escala Gijón
de valoración socio-familiar

123 Spanish Revised Memory and Behavior Problems Checklist Scale (SpRMBPC).
Lista en español revisada de verificación de problemas de memoria y comportamiento

124 Evaluación de sobrecarga del cuidador Zarit & Zarit

126 ANEXOS

127 Cognitivo

143 Afectivo

149 Funcionamiento

177 Visual

180 Auditivo

182 Vitalidad

185 Entorno

202 Anexos Métricos

216 GLOSARIO

220 LISTADO DE REFERENCIAS

Presentación

Esta guía está sustentada en el modelo de envejecimiento saludable; mismo que enfatiza la importancia de que las personas mayores mantengan una capacidad intrínseca alta y estable para prevenir o ralentizar el desarrollo de discapacidades y dependencia de cuidados.

El texto es útil y de fácil uso para orientar a estudiantes, pasantes, cuidadores informales y profesionistas, con el fin de que brinden una atención de calidad a personas mayores, y por ello se incluyen instrumentos de evaluación geriátrica.






Está integrado por un objetivo general, introducción, instrumentos de evaluación, anexos, glosario y bibliografía.

El apartado de instrumentos está dividido en las siguientes áreas: cognitiva, afectiva, de funcionamiento, visual, auditivo, vitalidad y entorno. En cada una de ellas se especifican el objetivo, la descripción, los requerimientos, el tiempo de aplicación, las instrucciones, la calificación y sugerencias o pautas de interpretación.

Las instrucciones cuentan con un apoyo visual que contiene un enlace que llevará directamente a nuestro canal de Youtube (youtube.com/user/Geriatriamx) donde se encuentra una lista de reproducción titulada “Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral”. En ella se muestra cómo aplicar los instrumentos de evaluación geriátrica.

En los anexos encontrará únicamente los formatos de aplicación de cada uno en el mismo orden mencionado.

Finalmente, se incorpora un glosario para facilitar la comprensión de este documento. Para su uso, se incluyen los siguientes íconos que marcan su contenido:

-  **Objetivo general**
-  **Introducción**
-  **Anexos**
-  **Glosario**
-  **Referencias**

Instrumentos de evaluación

-  **Cognitivo**
-  **Auditivo**
-  **Afectivo**
-  **Vitalidad**
-  **Funcionamiento**
-  **Entorno**
-  **Visual**





Objetivo general

Proporcionar una guía para la selección y el uso de instrumentos de evaluación geriátrica integral en personas mayores, definidos por un equipo profesional multi e interdisciplinario con base en el modelo de envejecimiento saludable, con el fin de mejorar la calidad de la atención primaria de salud de las personas mayores en las distintas instituciones de los sectores público, social y privado.



Introducción

Tanto la disminución de la natalidad, la migración de personas como el aumento en la esperanza de vida de la población en nuestro país, han dado lugar, a un proceso de transición demográfica que llevará a un cambio de la pirámide poblacional. Se calcula que para 2033 el número de personas mayores será superior que el de menores de 15 años. Un país es considerado en proceso de envejecimiento cuando el 10% de su población es mayor de 60 años y envejecido cuando ésta alcanza el 20%, es decir, cuando 1 de cada 5 habitantes es una persona mayor de 60 años o más.

Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) , en el 2022 se estima que en México existen 15.5 millones de habitantes de 60 años y más, lo cual representa el 12% de la población total mexicana. Ante este panorama, surge la necesidad de crear políticas de salud que den respuesta a esta situación y que el personal de salud y todos aquellos que estén a cargo de la atención de personas mayores estén preparados para promover de manera efectiva un envejecimiento saludable en la población.

El Instituto Nacional de Geriátrica (INGER) a través de la Entidad de Certificación y Evaluación de Competencias, a partir del año 2018 ha realizado acciones orientadas a generar impacto en la capacitación y la certificación de personal profesional y no profesional de distintas áreas que brindan atención a personas mayores, dando respuesta a la demanda de servicios de alta calidad acorde al modelo de envejecimiento saludable.

Esto se ha logrado paulatinamente con el desarrollo y la implementación de estándares de competencia de la geriatría que integran múltiples instrumentos de evaluación, los cuales permiten obtener información sobre el estado de salud de las personas mayores y de su capacidad funcional.

Modelo de envejecimiento saludable

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud como, “el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de enfermedad o dolencia” (2015, 10).

Sin embargo, se han propuesto otras definiciones más integrales. Young mencionó que “la salud se concibe como un recurso de la vida diaria y no como el objetivo de vivir, es un concepto positivo que enfatiza los recursos personales y sociales, así como las capacidades físicas y mentales” (2004, 1).

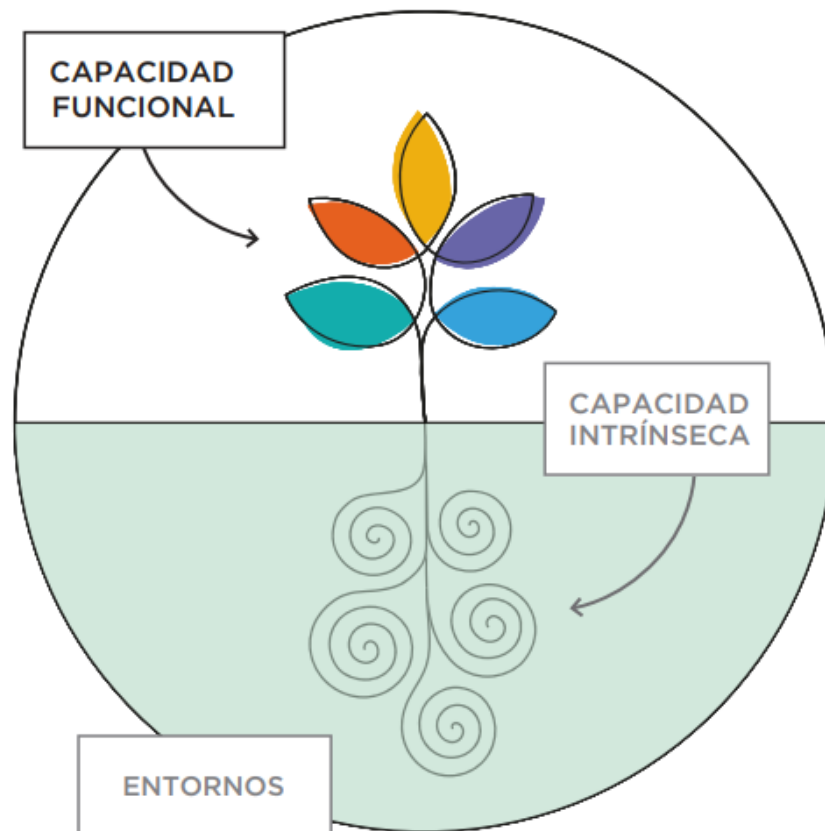
La Organización de los Estados Americanos (OEA) considera al envejecimiento como el “proceso gradual que se desarrolla durante el curso de vida y que conlleva cambios biológicos, fisiológicos, psicosociales y funcionales de distintas consecuencias, los cuales se asocian con interacciones dinámicas y permanentes entre la persona y su medio” (2015, 3). Además, define a la vejez como la construcción social de la última etapa del curso de vida, que marca las normas, las funciones y las responsabilidades que se esperan de una persona mayor.

Lo anterior, introduce al enfoque del modelo de envejecimiento saludable que se utiliza para referirse a un estado positivo, libre de enfermedades y que distingue entre individuos saludables y no saludables, cuya definición remite a que las personas en la vejez presentan una o más afecciones que si llegaran a estar controladas, tendrían poca influencia en su funcionamiento.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud en su Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud, propone un marco conceptual que pretende dar una nueva dirección a los esfuerzos de política pública relacionados no sólo con la salud, sino con el bienestar general de la población envejecida. Este modelo considera al envejecimiento saludable en un sentido amplio, basado en el curso de la vida y en perspectivas funcionales de las personas (2015, 30).

Cabe mencionar, que de acuerdo con la OMS, el envejecimiento saludable se define como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. A su vez, el término bienestar se considera en el sentido más amplio y abarca cuestiones como felicidad, satisfacción y plena realización; por lo que el concepto de envejecimiento saludable implica un enfoque integral (2015, 30).

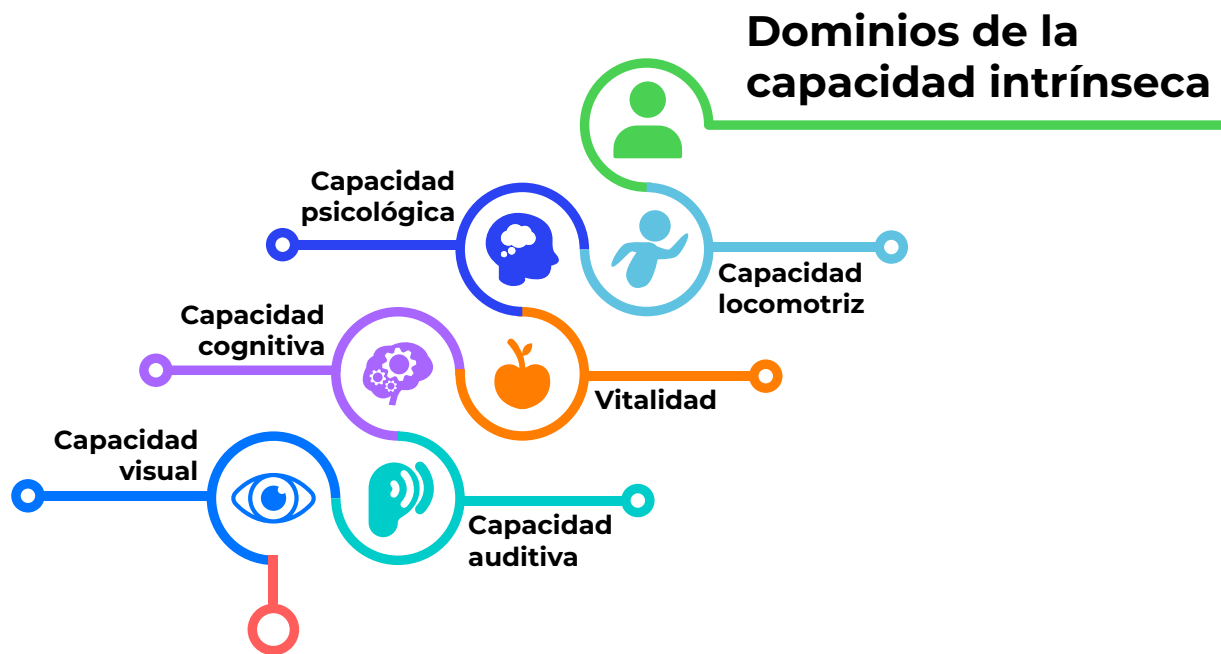
La Organización Mundial de la Salud ha impulsado para la Atención Integrada para Personas Mayores con la intención de prevenir, retrasar o revertir declives en la capacidad intrínseca. Los enfoques convencionales de atención de salud para las personas mayores se han centrado en las condiciones médicas, abordar la enfermedad sigue siendo importante; sin embargo, se tiende a pasar por alto aspectos más generales y frecuentes en la capacidad intrínseca tales como dificultades para oír, ver, recordar o el movilizarse.



La identificación y el manejo de estas capacidades pueden retardar la aparición de la dependencia, representando un beneficio para todas las personas mayores. Este objetivo se operacionaliza usando el constructo de capacidad intrínseca con lo cual se deriva en 6 dominios:

- Capacidad cognitiva
- Vitalidad (nutricional)
- Capacidad sensorial visual
- Capacidad sensorial auditiva
- Capacidad psicológica
- Capacidad locomotriz.

Estos 6 dominios están interrelacionados y contribuyen a la capacidad funcional. El deterioro en alguna de estas capacidades se relaciona estrechamente con la dependencia de cuidado en edad avanzada.



Además, la Asamblea General de la ONU declaró el Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable como la principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades. Es una iniciativa global de colaboración concertada, catalizadora y sostenida, en cuatro grandes áreas de acción:

1. Cambiar la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento.
2. Asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.
3. Ofrecer atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que responda a las necesidades de las personas mayores.
4. Brindar acceso a la atención de largo plazo para las personas mayores que la necesitan.

Optimizar la capacidad funcional es clave para el envejecimiento

Es necesario acelerar las acciones con el fin de lograr un impacto medible en las personas mayores para año 2030

En ese sentido la actualización de la guía de instrumentos permite identificar diversos instrumentos de acuerdo a:

Capacidad intrínseca:

- Cognitiva: Fluencia verbal semántica (animales), MiniCog, Mini examen del estado mental (MMSE), Evaluación cognitiva de Montreal (MoCA), Evaluación de la cognición por el médico general (GPCog), Prueba de categorías de Isaacs, Cuestionario e Inventario Neuropsiquiátrico (NPI-Q), Escala de insomnio de Atenas.
- Afectiva: Escala geriátrica de depresión de 15 ítems (GDS), Escala de depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7 ítems), PHQ-9, Inventario de ansiedad de Beck, Escala de soledad de 3 ítems.
- Funcionamiento: Índice de Katz, Índice de Lawton, Índice de Barthel, SPPB, Frail, Prueba cronometrada de levantarse y andar, velocidad de la marcha, Escalas de Braden y de Norton, revisión de la medicación, ISARP-HP, HARP, SPICEES, dolor ENA, dolor EVA, WHODAS, WHOQOL-OLD.
- Vitalidad: MNA-SF, MUST, SARC-F.
- Visual: Aplicación móvil Peek Acuity, carta Snellen, cartilla de bolsillo.
- Auditiva: Prueba de susurro, Aplicaciones móviles hearWHO y prueba de audición.

Entorno:

- Evaluación de barreras, escala geriátrica de maltrato, OARS, inventario de recursos sociales de Díaz-Veiga, escala Lubben de red social de 6 ítems LSNS-6, evaluación del espacio de vida LSA, escala de Gijón, Lista en español revisada de verificación de problemas de memoria y comportamiento y la escala Zarit.

A continuación, se describirán los principales conceptos que componen dicho marco:

Capacidad funcional

La capacidad funcional comprende los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Ésta es determinada por la interacción de la capacidad intrínseca de la persona con las características del entorno en el que ha vivido y vive (OMS 2015, 30).

Capacidad intrínseca

Es la combinación de las capacidades físicas, mentales y psicosociales que posee una persona. En el núcleo de la capacidad intrínseca se encuentra la herencia genética, seguida de las características de salud, como son: hábitos de salud o cambios por la edad.

Éstos generan una disminución de la reserva fisiológica, factores de riesgo, enfermedades y lesiones durante el curso de vida, y la presencia de síndromes geriátricos. Además de las características personales, como el sexo, el origen étnico, la ocupación, el nivel educativo, el género y nivel socioeconómico, que pueden determinar el contexto social de la persona, representando factores de riesgo o de protección para enfermar, discapacitarse o morir prematuramente (OMS 2015, 31).

Entorno

Son los factores ambientales y culturales que forman parte del contexto de vida de una persona. Entre ellos se encuentran el hogar, la comunidad y la sociedad en general; las relaciones interpersonales, las actitudes y los valores, el ambiente construido, el transporte, las redes sociales, las políticas de salud y sociales, la accesibilidad a los servicios y tecnologías, los cuales pueden funcionar como factores facilitadores o barreras.

En este sentido, las personas mayores reconocen que es importante tener las siguientes capacidades:

- Satisfacer necesidades básicas; por ejemplo, alimentarse sin ayuda.
- Crear y mantener relaciones; por ejemplo, iniciar nuevas amistades.
- Aprender, crecer y tomar decisiones; por ejemplo, participar en un curso.
- Movilidad; por ejemplo, trasladarse de la casa al trabajo.
- Contribuir; por ejemplo, transmisión de experiencia y conocimientos.

Estas capacidades son fundamentales para que las personas mayores puedan ser y hacer las cosas que valoran, permitiéndoles envejecer de forma plena en un entorno óptimo para su desarrollo personal, participar activamente y contribuir en sus comunidades, conservando su autonomía y salud.

En el mismo orden de ideas, es importante hacer la siguiente consideración: lo que las personas mayores pueden hacer física y mentalmente (capacidad intrínseca) es sólo una parte de su potencial. Lo que realmente son capaces de ser y hacer (capacidad funcional) dependerá de la adecuación que exista entre ellas y su entorno; un entorno facilitador brindará a la persona mayor la posibilidad de autorrealizarse y potenciar sus capacidades (OMS 2015, 171).

El envejecimiento saludable refleja la interacción permanente entre las personas y los entornos, la cual se traduce en trayectorias de capacidad intrínseca y capacidad funcional, lo cual, se ilustra en la figura 1:

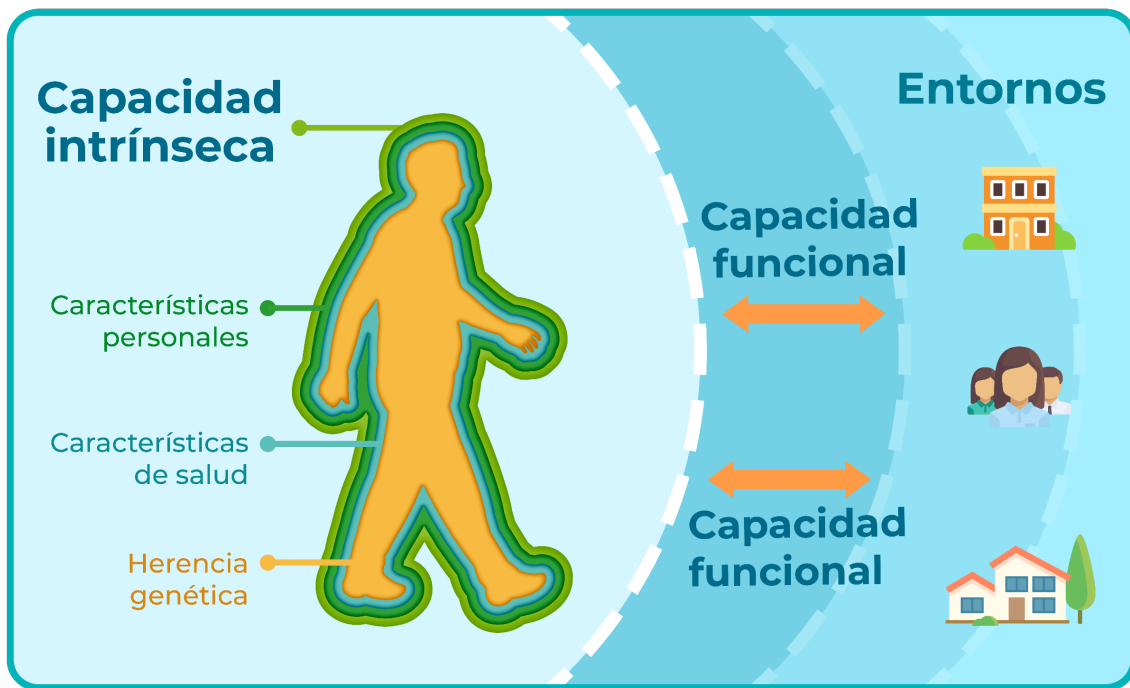


Figura 1. Capacidad funcional. Adaptado de Organización Mundial de la Salud (2015, 31).

Trayectorias de capacidad intrínseca

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF), el funcionamiento es un término general que hace referencia a las funciones de las estructuras corporales, las actividades y la participación; mismas que denotan los aspectos positivos de la interacción entre una persona (con afecciones de salud) y los factores individuales contextuales (factores ambientales y personales) (2001, 12).

La interacción permanente entre las personas y los entornos que habitan se puede traducir en tres trayectorias hipotéticas de capacidad intrínseca y de capacidad funcional. Estas posibles trayectorias se representan en la figura 2, que muestra en un eje la capacidad física y en el otro el tiempo (edad) de tres personas que comienzan en el mismo punto de partida a mediana edad (OMS 2015, 33).

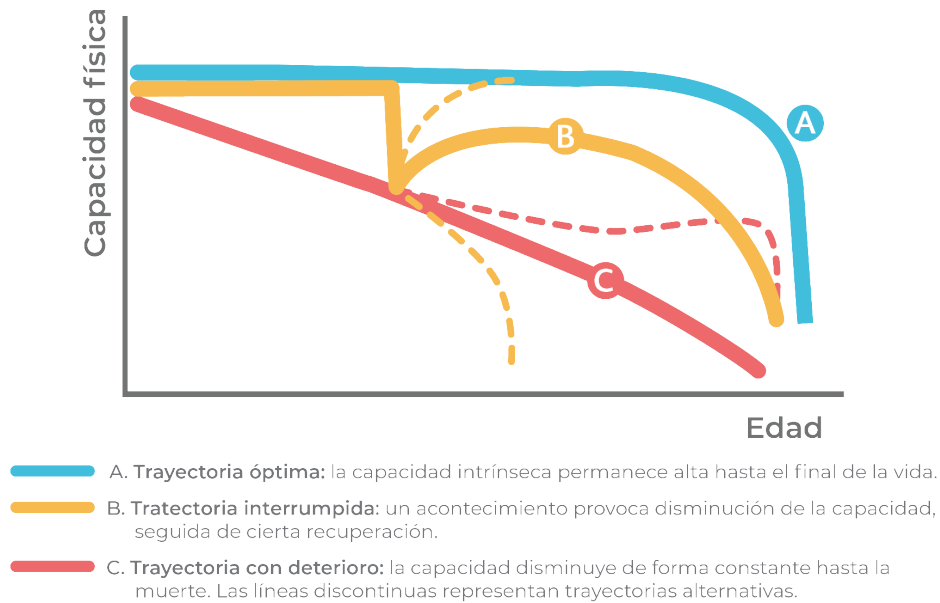


Figura 2. Tres trayectorias hipotéticas de capacidad física.
(Organización Mundial de la Salud 2015, 33).

- A. La persona alcanza una capacidad física alta y estable que se mantiene en el tiempo (meseta), hasta un descenso brusco que coincide con la etapa final de la vida o muerte. Es el modelo ideal de curso de vida en donde se mantiene la capacidad física alta y estable durante toda la vida.
- B. La persona alcanza una capacidad física alta y estable al igual que en la trayectoria anterior; sin embargo, existe un evento adverso (enfermedad, accidente, hospitalización) en un momento dado, generando un descenso brusco. Dependerá del nivel de resiliencia de la persona para que la trayectoria regrese a su línea base, continúe con disminución de la capacidad o haya discapacidad y/o muerte prematura.
- C. En la vida de la persona existe un evento determinante para continuar con una vida de discapacidad y muerte prematura; la persona necesitará de un entorno facilitador para mejorar su calidad de vida.

Discapacidad y dependencia

La OMS con base en la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud (CIF 2001, 27); define a la discapacidad como el equilibrio negativo entre las capacidades de una persona y los requisitos de su entorno. Esta definición incluye el área social, envejecimiento y salud, además de los siguientes elementos:

- Deficiencia: “anormalidad o pérdida de una estructura o de una función fisiológica”.
- Limitación en la actividad: “dificultad que una persona tiene para realizar una actividad” graduándose de leve a grave en términos de calidad y cantidad en relación (extensión o intensidad) a cómo se espera que la realice una persona sin esa condición específica de salud.
- Restricción en la participación: “son los problemas que puede tener una persona para implicarse al momento de realizar una tarea en situaciones vitales” (CIF 2001, 207).

La discapacidad se desarrolla cuando existe deficiencia en las funciones o en las estructuras corporales de una persona, que genera limitaciones en las actividades que realiza y a la vez restringe su participación o crea problemas para involucrarse al realizar una tarea, tal como se observa en la figura 3:

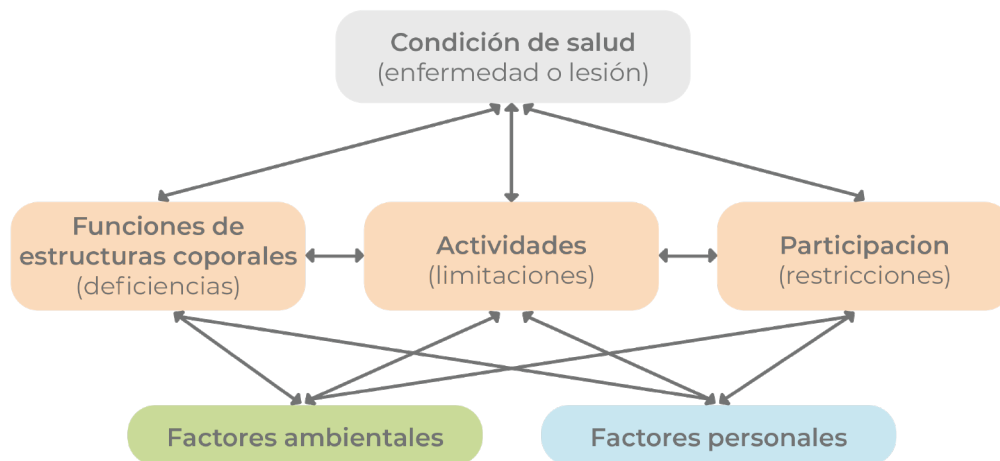


Figura. 3. Interacciones entre los componentes de la CIF. Adaptado de Organización Mundial de la Salud (2001, 30).

En relación con lo anterior, la CIF (2001, 35): establece cinco elementos presentes en las personas que determinan su grado de funcionamiento:

1. Funciones corporales (visual, cardiovascular, respiratorio, etc.).
2. Estructuras corporales (órganos, aparatos y sistemas).
3. Actividades (trabajar, estudiar, etc.).

4. Participación (involucrarse en las actividades y tomar decisiones).
5. Factores ambientales (entorno físico, social y actitudes de las personas que viven y se desarrollan en el mismo).

Dichos elementos deben estar en equilibrio con el entorno y las condiciones de salud del individuo. Cuando el equilibrio se altera, puede presentarse la discapacidad e incluso la dependencia de cuidados o pérdida de independencia.

En la figura 4 se muestra el resumen de las características de las personas mayores de acuerdo con diversas clasificaciones alineadas a las tres categorías de la trayectoria de la capacidad intrínseca y la capacidad funcional con base en el marco de envejecimiento saludable.

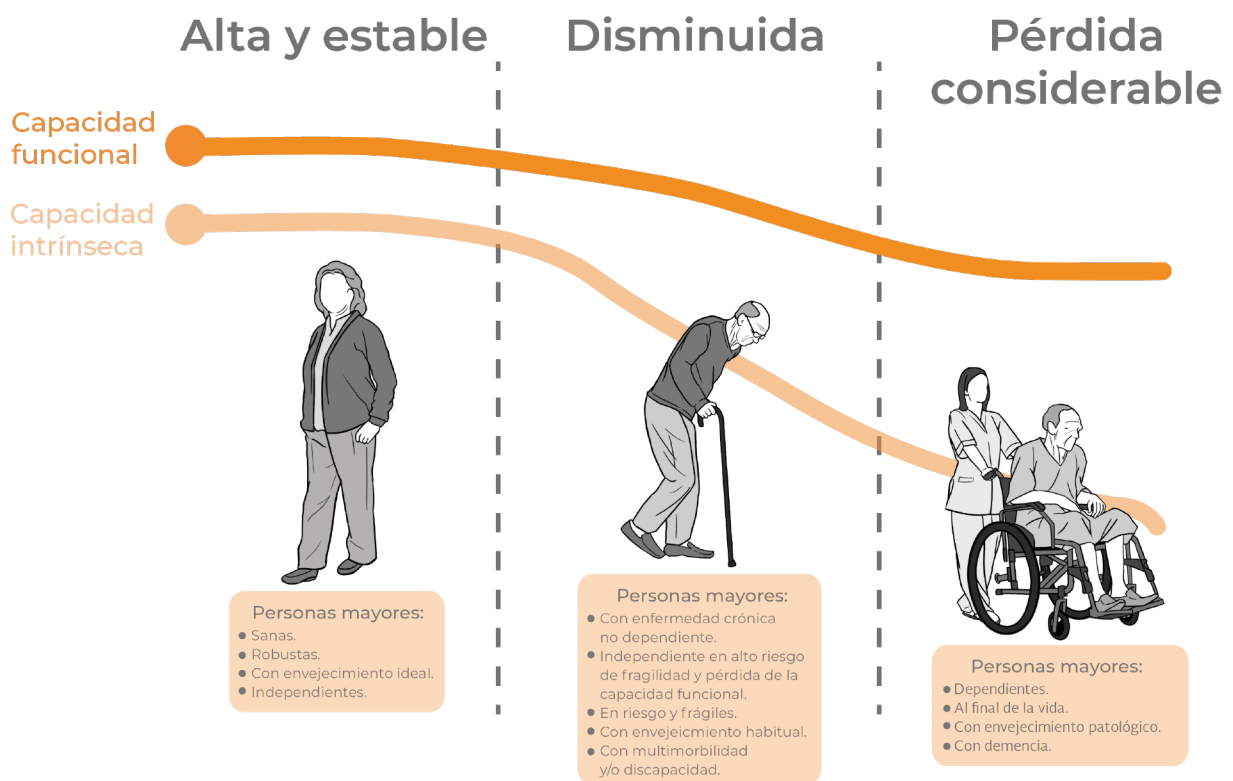


Figura 4. Tres trayectorias hipotéticas de capacidad física. Adaptado de Organización Mundial de la Salud (2015, 34).

Comunicación con la persona mayor

Con el fin de facilitar la recopilación de datos en los instrumentos de esta guía, también se integra un apartado que aporta información de las particularidades del envejecimiento y los lineamientos a seguir para lograr una comunicación efectiva, debido a que es uno de los elementos más importantes en la relación humana que permite comprender ideas, adquirir conocimientos y generar vínculos con otras personas.

Particularidades en la comunicación con personas mayores

Durante el proceso de envejecimiento las personas experimentan cambios fisiológicos que pueden disminuir sus capacidades funcionales y afectan la forma de interactuar con su entorno, por ejemplo, la disminución de la audición y las alteraciones del lenguaje en el emisor o el receptor, pueden ser barreras que limitan el proceso de comunicación (Galain et al. 2015, 131).

En las personas mayores aumenta la posibilidad de la presencia de condiciones de salud no favorables que alteran los procesos cognitivos, como la atención, la memoria, la percepción, las funciones ejecutivas (coordinar, tomar decisiones, planear, tener iniciativa) y la solución de problemas. Esas mismas problemáticas afectan el lenguaje, tanto en la articulación de la palabra como en la dificultad para nombrar personas u objetos. También se pueden disminuir la movilidad y la coordinación de movimientos (Galain et al. 2015, 132).

El proceso de comunicación puede ser complicado cuando se presentan condiciones de salud no favorables, por lo que es importante desarrollar ciertas habilidades comunicativas y personales como la empatía y el respeto para mantener una comunicación efectiva y afectiva con la persona mayor.

Lineamientos para mejorar la comunicación con las personas mayores

A continuación, se describen algunos lineamientos que recomienda Abreu (s.f) (citado por Galain et.al. 2015) para mejorar la comunicación con las personas mayores:

- **Tomarse el tiempo necesario:** Es importante adaptarse al ritmo de comunicación de la persona mayor, respetar sus pausas y no dar la impresión de estar apresurados o desinteresados.
- **Evitar las distracciones auditivas y visuales:** Factores externos como el ruido o la presencia de estímulos visuales pueden ser elementos que provocan la pérdida de atención en un proceso de comunicación. Es preferible ubicar un espacio con distracciones mínimas para lograr una comunicación efectiva.

-
- **Sentarse cerca y de frente:** En el caso de las personas con dificultades auditivas o visuales es importante acercarse lo más posible para darle la oportunidad a la persona de comprender los mensajes, leyendo los labios y gestos.
 - **Hablar lento, claro y fuerte:** En un proceso de comunicación la claridad de los mensajes es fundamental para que estos sean comprendidos, por ello es importante utilizar un lenguaje sencillo y de fácil comprensión, mantener un ritmo y tono de voz apropiados. En el caso de la comunicación con personas mayores con disminución auditiva en ocasiones será necesario utilizar un tono de voz más fuerte de lo habitual.
 - **Utilizar palabras cortas y frases sencillas:** El uso de un lenguaje técnico o especializado puede generar dificultades de comprensión; el uso de conceptos abstractos o complejos puede representar una barrera comunicativa, por lo que es recomendable adecuar el lenguaje en función del contexto del receptor.
 - **Tener a la mano carteles o folletos fáciles de leer:** El uso de recursos gráficos suele ser un apoyo importante en los procesos de comunicación; por ejemplo, se recomienda utilizar materiales de fácil lectura con fuente grande y que contengan imágenes que ilustren la información.
 - **Estar preparado para ayudar a sentarse, pararse, vestirse y desplazarse:** En el caso de la comunicación con personas mayores es importante considerar que en ocasiones la persona puede necesitar nuestra ayuda para realizar movimientos, caminar o utilizar algunos objetos, por lo que es necesaria una actitud de disponibilidad, sin que esta provoque que la persona se sienta dependiente o subestimada en sus posibilidades (Galain et al. 2015, 133-134).

Lo que debe evitarse en la comunicación con las personas mayores

Es importante mantener una actitud respetuosa. El trato de “abuelo”, “don”, “doña”, “mi viejo” o similares con algunas personas mayores puede resultar cercano o amistoso, sin embargo, en general puede parecer demasiado familiar, incluso irrespetuoso o reforzar el edadismo. Es necesario preguntar a la persona mayor cómo prefiere que le nombren para que se sienta cómoda, ya que merece el mismo trato formal que todas las personas. Es correcto referirse a ellas como “señor”, “señora” o llamarlas por su nombre o apellido. Asimismo, la persona mayor “no deberá ser tratada como un padre o abuelo, por más que genere sentimientos familiares” (Galain et al. 2015, 134).

Importancia de la comunicación efectiva con las personas mayores

El personal de salud que trata con personas mayores deberá desarrollar una comunicación que permita y facilite la realización de sus actividades.

La comunicación es importante por las siguientes razones:

- Ante una comunicación afectiva, la persona mayor se siente entendida, reconocida y se expresa con mayor facilidad.
- La interacción, el intercambio de información y la comprensión promueven confianza en las personas.
- Se facilita la obtención de información fidedigna y completa.
- La actitud mental en el proceso de escuchar permite captar las expresiones verbales y no verbales.
- Existe un elevado nivel de satisfacción con el servicio recibido.

Parte del perfil profesional de quien trabaja con personas mayores es poseer, además de paciencia, un espíritu humanista y facilidad de comunicación afectiva (Hernández 2006, 139-140).

Por lo tanto, el proceso de comunicación efectiva permitirá lograr los objetivos establecidos. Es fundamental conocer los tipos de comunicación, las barreras que pueden interferir en el proceso y específicamente saber con cuál persona se genera el canal de comunicación para dirigirse de manera óptima.

Durante la comunicación con personas mayores, algunas veces existen actitudes o pensamientos negativos que pueden llevar a una aplicación sesgada de los instrumentos de evaluación geriátrica y poner en riesgo a la persona mayor. La comunicación efectiva está relacionada con el respeto y las actitudes positivas, lo que facilita la recopilación de información confiable y suficiente de la persona mayor.

Respuesta ante situaciones emergentes

En el momento de la aplicación de los instrumentos de evaluación, pueden presentarse algunas situaciones emergentes. A continuación se describen algunas y cómo actuar ante ellas:

Existen algunas creencias respecto al comportamiento de las personas frente a la emergencia, no todas con fundamento. Por otra parte, se planifican los medios técnicos y la

organización formal, pero se olvida a menudo un aspecto esencial: la respuesta de las personas en estas situaciones, lo que permite y determina la eficacia, el éxito o el fracaso en su resolución (Fidalgo s.f).

Por lo tanto, es relevante saber cómo actuar ante una situación emergente cuando está el profesional con la persona mayor.

Accidente presenciado de la persona mayor.

- Observar la circunstancia en la que se ha producido el accidente en la persona mayor.
- Determinar su respuesta espontánea a estímulos verbales/físicos.
- Preguntar por la presencia de dolor/limitación de movimiento.
- Detectar posibles lesiones para su enlace al sistema de emergencias.

En caso de crisis emocional de la persona mayor.

- Mantener la calma, usar un tono sereno y suave de voz.
- Escuchar activamente a la persona mayor.
- Evitar confrontaciones, dando tiempo para expresarse y recuperarse.
- Ofrecer apoyo mediante la activación del sistema de salud.



Conclusión

El envejecimiento saludable es el principal objetivo en la atención de las personas mayores, tanto a nivel individual como colectivo. Para ello es relevante y aplicable la perspectiva de curso de vida que permitirá comprender las trayectorias e interrelación del funcionamiento de las personas.

La discapacidad no se limita a lo físico y cognitivo, también puede ser psicosocial, sin embargo, el entorno puede revertir o disminuir la discapacidad al ser un facilitador y no una barrera. Lo fundamental es que la persona pueda ser y hacer lo que es importante para sí misma, a través de la expresión de su resiliencia que en conjunto permite la vitalidad y el bienestar en la vejez.

Una de las estrategias que contribuyen al logro del envejecimiento saludable es la evaluación geriátrica integral (cognitiva, afectiva, de funcionamiento, nutricional y entorno) para determinar la capacidad funcional de las personas mayores.

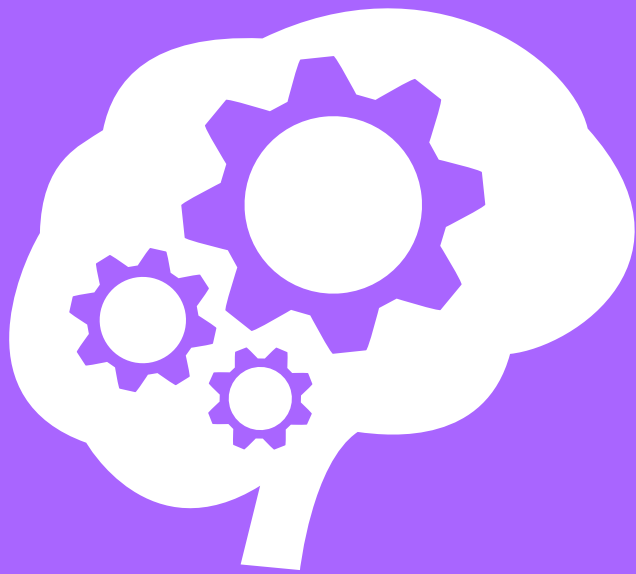
Asociado a ello, es necesario utilizar los lineamientos de comunicación como frases sencillas, material con información adicional, de preferencia visual, nivelar la voz acorde a las necesidades de la persona, ser respetuoso y técnicas de comunicación efectiva que facilitan la recopilación de la información de la persona mayor.

La implementación de los principios de la evaluación geriátrica integral puede considerarse una forma de materializar los conceptos de la atención integral y centrada en las personas contribuyendo a mejorar la calidad de atención de la salud en la población de personas mayores.



Instrumentos de evaluación





Cognitivo

Instrumentos de evaluación





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**. (Ver 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 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:

Puntuación:

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 dígame:

“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, dígame 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 dígame 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).

Puntuación:

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

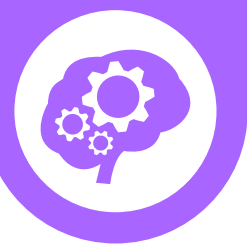
Para sacar el criterio total: Sumar los puntos por las palabras y los puntos por el reloj.

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: 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 Beaman y colaboradores en población mexicana, **se realizaron algunos cambios a saber:** en **orientación de tiempo** se reemplazó la pregunta acerca de la estación del año por la hora, considerándose correctas respuestas entre 0.5 horas antes o después de la hora exacta real; en **orientación en espacio**, la pregunta ¿cuál es el nombre de este hospital? solo se le hace a personas que se encuentran hospitalizadas, en otros contextos se cambia por ¿en dónde estamos ahora?, este dominio también considera la colonia o vecindario y la ciudad; las palabras a registrar y recordar se cambiaron por papel, bicicleta y cuchara; en **atención y cálculo** se mantuvo la resta de 7 en 7 empezando por 100, dejando como alternativa la resta de 3 en 3 empezando por 20; en **lenguaje** la frase a repetir es ni no, ni sí, 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:



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.

Puntuación:

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, indíquelo el lugar correcto en el formato de MoCA® y dígame:

*“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®, dígame:

*“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® díglele:

*“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, díglele a la persona:

*“Ahora le voy a **leer** la **misma lista** de palabras **una vez más**. Intente 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, infórmele a la persona que deberá recordar estas palabras, ya que tendrá que repetirlas más tarde (en 5 minutos), al final de la prueba; díglele: “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 díglele a la persona:

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

A continuación, a la persona díglele:

“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, díglele a la persona lo siguiente:

*“Me gustaría que me **diga** el **mayor número** posible de **palabras** que **comiencen** 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** con 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, díglele:

“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 suplementarias; cuando la persona haya terminado, dígame:

*“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 dígame:

*“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
CLAVEL	categoría semántica: flor	elección múltiple: rosa, clavel, tulipán
ROJO	categoría semántica: color	elección múltiple: rojo, azul, verde

8. Evaluación de orientación.

Ahora dígame a la persona:

*“Dígame en qué **fecha** estamos hoy”*

Si la persona ofrece una respuesta incompleta, dígame:

*“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.





General Practitioner Assessment of Cognition (GPCOG)

Evaluación de la Cognición por Medicina General

Objetivo:

Detectar probable deterioro cognitivo en la persona mayor.

Descripción:

Es un instrumento diseñado para la evaluación cognitiva. Cuenta con dos etapas: una evaluación dirigida a la persona mayor y otro cuestionario dirigido al informante que acompañe a la persona mayor (esto solo es necesario si la persona mayor al terminar la prueba obtiene un resultado con una puntuación de 5-8). El instrumento se compone por los siguientes apartados: orientación, dibujar un reloj, información relevante y memoria. (Anexo 5)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Una hoja de papel tamaño carta o media carta con un círculo dibujado.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

10 minutos aproximadamente.

Instrucciones: [▶ Ver video de aplicación](#)

Es importante colocar la fecha y nombre de la persona mayor.

Etapas 1. Exámen del paciente.

1. Memoria.

Al inicio de la prueba se le proporciona un nombre y dirección, este puede tener cuatro ensayos y se le mencionará que debe recordarlo porque se lo volverá a preguntar en unos minutos:

“Le diré un nombre y una dirección la cual debe memorizar: Juan Díaz, calle mayor 42, Soria; (puede repetirla 4 veces), debe recordarla ya que se la preguntaré en unos minutos”.

2. Orientación en tiempo.

Colóquese frente a la persona mayor, logre su atención y pregunte la fecha exacta.

Dígale:

“¿Me podría decir la fecha del día de hoy?”

3. Dibujo del reloj.

Se le proporcionará a la persona mayor una hoja blanca con el círculo dibujado. Se le pedirá que marque todos los números que van dentro del reloj y se le indicará que coloque las manecillas indicando las 11:10, de la siguiente manera:

“Le voy a pedir que en este círculo dibuje un reloj, marcando las horas con los números que correspondan, cuando termine de colocar los números: le voy a pedir que coloque las manecillas del reloj indicando las 11:10”.

4. Información.

Se le pedirá a la persona mayor mencione una noticia reciente:

“Por favor, ¿podría platicarme una noticia reciente que haya visto u observado los últimos días?”.

Etapas 2. Entrevista al cuidador o acompañante.

Se dirigirá al cuidador y se le pedirá que conteste las preguntas de la manera más sincera posible:

“Le voy a realizar una serie de preguntas, las cuales le voy a pedir que me responda de la manera más sincera que pueda”.

Realizar las preguntas del cuestionario.

Puntuación:

Primera etapa

- **9:** No hay deterioro cognitivo observable.
- **5-8:** Requiere más información (se hará la aplicación del cuestionario al acompañante).
- **0-4:** Hay indicios de deterioro cognitivo.

Segunda etapa:

- **4-6:** No hay deterioro cognitivo observable.
- **0-3:** Se indica deterioro cognitivo.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- **Probable o presencia de deterioro cognitivo:** con una puntuación de 0-8, en el primer cuestionario y 0-3 en el cuestionario al acompañante o cuidador. Se sugiere realizar pruebas más exhaustivas.
- **Sin presencia o baja probabilidad de deterioro cognitivo:** al obtener una puntuación de 9 en el primer cuestionario, al tener una puntuación de 5-8 en el primer cuestionario realizar el segundo cuestionario y obtener una puntuación de 4-6.





Prueba de categorías de Isaacs

Objetivo:

Evaluar la fluidez verbal como parte de la detección de trastorno neurocognitivo en la persona mayor.

Descripción:

La fluencia verbal es parte importante para evaluar el lenguaje de la persona mayor, ya que implica aspectos cognoscitivos. El test mide la fluidez verbal en cuatro categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Su aplicación no requiere considerar la escolaridad. ([Anexo 6](#))

Requerimientos:

- Formato impreso
- Cronómetro
- Bolígrafo
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

20 minutos máximo

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“Le voy a pedir que en un minuto me diga todas las palabras que recuerde de cada una de las categorías que le mencionaré a continuación: colores, animales, frutas y ciudades”.

Es importante que se anoten todas y cada una de las palabras que la persona mayor menciona. Las repeticiones o las palabras que no correspondan a la categoría pedida no puntúan.

Puntuación:

La puntuación es sobre 10 elementos de cada categoría, sin que se repitan y el cronómetro podrá ser detenido aunque no llegue al minuto. Se puntúa en un total de 40.

Una puntuación de 25 o menos representa un probable trastorno neurocognitivo.



Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q)

Inventario y Cuestionario Neuropsiquiátrico

Objetivo:

Evaluar cambios conductuales en pacientes con demencia y el estrés generado en sus cuidadores.

Descripción:

Es un cuestionario de auto aplicación el cual valora los cambios de conducta que presenta el paciente, explorando diez aspectos diferentes: delirios, alucinaciones, agitación/agresión, depresión/disforia, ansiedad, exaltación/euforia, apatía/indiferencia, desinhibición, irritabilidad, conducta motora anómala, sueño y apetito. La información se obtiene en entrevista con el informante del paciente. (Anexo 7)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

15 minutos.

Instrucciones:

[Ver video de aplicación](#)

1. Por favor responda las siguientes preguntas; basado en cambios que han ocurrido desde que el paciente empezó a experimentar problemas cognitivos o de memoria.

Indique 1= SI, solo si el síntoma o síntomas han estado presentes en el último mes; de otro modo indique 0= NO

Para cada ítem marcado con "SI", registre la INTENSIDAD del síntoma (como éste afecta al paciente):

1= Leve (notable, pero no es un cambio significativo), 2= Moderado (significativo, pero no afecta al paciente) o 3= Intenso (muy marcado o prominente; cambio dramático)

Así también para cada ítem marcado con "SI", registre la relación que exista con el ESTRÉS causado:

0= no existe afectación, 1= mínima, 2= leve, 3= moderada, 4= grave y 5= muy grave.





Escala Atenas de Insomnio

Objetivo:

Detectar problemas de insomnio o calidad de sueño en personas mayores.

Descripción:

Es un instrumento conformado por 8 preguntas con 4 opciones cada una, la cual evalúa diferentes intensidades y problemas de insomnio que puedan tener las personas. [\(Anexo 8\)](#)

Requerimientos:

- Formato impreso
- Bolígrafo
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

De 5 a 10 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

*“A continuación le haré una serie de preguntas referentes a su percepción sobre su sueño en una escala de 0 a 3, en donde: **0=ningún problema, 1=ligeramente retrasado, 2= marcadamente retrasado y 3= muy retrasado o no durmió en absoluto**”.*

Puntuación:

- **0-7 puntos:** normal
- **8 puntos o más:** problemas de insomnio.





Afectivo



Instrumentos de evaluación





Geriatric Depression Scale (GDS-15)

Escala Geriátrica de Depresión de 15 ítems

Objetivo:

Evaluar el estado afectivo de la persona mayor.

Descripción:

La escala geriátrica de depresión corresponde a 15 ítems de los cuales **10 ítems** indican 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 9)

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 explíquela:

“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.

Puntuación:

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

“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. Háglele 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.

Puntuación:

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





Patient Health Questionnaire (PHQ-9)

Cuestionario sobre la salud del paciente de 9 ítems

Objetivo:

Evaluar síntomas depresivos en personas mayores durante las últimas 2 semanas.

Descripción:

El PHQ-9 consta de sólo 9 ítems que evalúan la presencia y gravedad de síntomas depresivos en las últimas 2 semanas previas a la entrevista, de acuerdo con los criterios del Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM V). El PHQ-9 incluye una pregunta extra que también permite profundizar el grado de interferencia de los síntomas en la vida diaria de la persona mayor. El PHQ-9 permite monitorizar la respuesta al tratamiento de la depresión.

Ha sido traducido a más de 70 idiomas diferentes y dialectos por lo que su uso está avalado internacionalmente. El PHQ-9 se considera una medida de detección de la depresión mayor en entornos de atención primaria. [\(Anexo 11\)](#)

Requerimientos

- Formato impreso
- Bolígrafo

- Espacio privado, ventilado, iluminado, sin distracciones

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente entre 1-3 minutos debido a su fácil aplicación.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

1. Observe a los ojos a la persona mayor, logre su atención y explíquele:

“A continuación le haré unas preguntas para evaluar su estado de ánimo, por favor tome en cuenta como se ha sentido únicamente durante las últimas dos semanas y conteste de acuerdo con lo siguiente:”

- Ningún día.
- Varios días.
- Más de la mitad de los días.
- Casi todos los días.

Haga las preguntas debidamente ordenadas del 1-9 a la persona mayor.

2. Registre marcando con una x, la columna correspondiente al puntaje de 0-3 de acuerdo con las respuestas obtenidas.

-
3. Sume el total de puntos y registre en el apartado de puntaje total.
 4. En caso de haber obtenido puntuación mayor a 0 en alguno de los reactivos previos, realice la última pregunta del instrumento y registre la respuesta.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo con la sumatoria del puntaje obtenido en las respuestas, se considerarán las siguientes categorías:

- **0-4** = mínima existencia o ausencia de síntomas depresivos.
- **5-9** = síntomas depresivos leves.
- **10-14** = síntomas depresivos moderados.
- **15-19** = síntomas depresivos moderados a graves.
- **20-27** = síntomas depresivos graves.





Inventario de ansiedad de Beck.

Objetivo:

Evaluar la presencia de síntomas somáticos de ansiedad.

Descripción:

Es un instrumento compuesto por 21 ítems; de los cuales cada uno presenta un signo o síntoma. El evaluador debe preguntar si en la última semana ha sentido la presencia del síntoma en una escala de: nada, ligeramente, moderadamente y severamente. (Anexo 12)

Requerimientos

- Formato impreso.
- Bolígrafo.

- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

20 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“A continuación voy a mencionarle algunos síntomas, de los cuales quiero que señale si los ha experimentado en la última semana hasta el día de hoy; además si estos han sido: nada, ligeramente, moderadamente y severamente”.

Puntuación:

Cada ítem se evalúa en una escala del 0 al 3:

- 0 = en absoluto.
- 1= levemente.
- 2 = moderadamente.
- 3 = severamente.

La puntuación global es de 0 a 63 puntos.

- Presencia de síntomas:
- 0-5 ausente o mínima.
- 6-15 leve.
- 16-30 moderada.
- 31-63 grave.





Escala de soledad de 3 ítems

Objetivo:

Conocer el grado de soledad en la que se encuentra la persona.

Descripción:

Es una escala compuesta por 3 ítems, en los que se evalúa la frecuencia con la que la persona se siente en compañía, excluido o aislado de los demás. Se evalúa de acuerdo con la percepción de la persona en un rango de: casi nunca, a veces o a menudo. (Anexo 13)

Requerimientos

- Formato impreso.
- Bolígrafo.

- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente 5 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

"A continuación le voy a leer tres situaciones de las cuales usted me va a indicar cómo se siente o cómo se acopla a cada una en su día a día".

Puntuación:

- La puntuación va del 3 al 9.
- 9 es la puntuación más alta indicando que la persona presenta soledad.





Funcionamiento



Instrumentos de evaluación





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 14)

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.

Puntuación:

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. **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. (Anexo 15)

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.

Puntuación:

- 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 16)

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:



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 ayudarlo 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 tándem 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 ayudarlo a colocarse en la posición tándem 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 tándem 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 de salida.
5. **Cuando quiera que inicie, le diré: “Listo, empezamos”.** Cuando el/la participante haya comprendido esta instrucción, dígame: **“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, dígame: **“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, dígame ***“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, dígame: ***“¿Listo/a?, Levántese”*** y empiece a 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.

Puntuación:

Apartado 1.	Prueba de equilibrio: 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.





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 17)

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.

Puntuación:

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.
- **Riesgo elevado de caídas:** >13 segundos





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 18](#))

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 desprescripción 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 19)

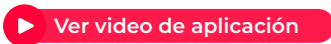
Requerimientos:

- 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:



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. Indíquelo 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.

Puntuación:

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

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- **< 1 m/seg (\geq 4 seg en total)** = Predice riesgo de desenlaces adversos
- **< 0.8 m/seg (\geq 5 seg en total)** = Disminución de desempeño como parte de los componentes que definen a la sarcopenia





FRAIL

Objetivo:

Identificar probable fragilidad en la persona mayor.

Descripción:

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

[▶ 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

Puntuación:

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.





Escala de Braden

(Valoración del riesgo de lesiones cutáneas por presión)

Objetivo:

Evaluar el riesgo de desarrollar lesiones cutáneas 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 lesiones cutáneas por presión** en una persona, en función de una serie de parámetros considerados como **factores de riesgo**. ([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. 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.

Puntuación:

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 lesiones cutáneas por presión)

Objetivo:

Valorar el riesgo de desarrollar lesiones cutáneas 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 lesiones cutáneas 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 22)

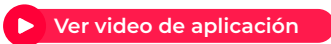
Requerimientos:

- 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.

Puntuación:

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 13 - 16





Índice de Barthel

Objetivo:

Valorar el grado de independencia o dependencia de la persona mayor.

Descripción:

Evalúa las actividades básicas de la vida diaria valorando el nivel de independencia del paciente, estas preguntas abarcan las siguientes actividades: baño, vestido, aseo personal, uso de retrete, uso de escaleras, traslado de cama-sillón, desplazamiento, control de orina, control de heces y alimentación, la aplicación de esta escala es sencilla y no se requiere grado de estudios del paciente. (Anexo 23)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

De 5 a 10 minutos dependiendo de la capacidad de respuesta de la persona mayor

Instrucciones:

[Ver video de aplicación](#)

1. Para una correcta aplicación de la escala es necesario realizar las preguntas concretas y claras.

Ver directamente a la persona, conseguir su atención y decirle:

"A continuación le voy a realizar una serie de preguntas sobre las actividades que realiza en su vida diaria, de las cuales le voy a solicitar que me señale la que se adecua a la manera en que las lleva a cabo (al realizar la modificación o adecuación de las oraciones puede ser de la siguiente manera):

'Al realizar su baño, usted ¿Se baña completo, entra y sale sin ayuda, sin necesidad de supervisión? O ¿Necesita ayuda o supervisión para bañarse?'

Puntuación:

El rango de evaluación es de 0-100 puntos, valorando cada reactivo en 0, 5, 10 o 15 puntos ya sea el caso, la sumatoria de todos los puntos nos debe dar un total de 100; en personas sin discapacidad, se puede considerar un ejemplo de discapacidad a la persona en silla de ruedas, dando un puntaje de 80 puntos.

La interpretación según los valores es la siguiente:

- **0-20: Dependencia total.**
- **21-60: Dependencia grave.**
- **61-90: Dependencia moderada.**
- **91-99: Dependencia escasa.**
- **100: Independencia.**





Identification of senior at risk hospitalized patients (ISAR-HP)

Identificación de riesgo de hospitalización en personas mayores

Objetivo:

Detectar el riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización en personas mayores.

Descripción:

Es un instrumento de 4 ítems que se realiza antes de la admisión a hospitalización, se evalúa si la persona necesita ayuda, ocupa algún auxiliar y los años de escolaridad. [\(Anexo 24\)](#)

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 5 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“Le voy a hacer 4 preguntas de las cuales me va a responder si o no, de acuerdo a la percepción que tiene sobre cada una, es importante que las responda de la manera más honesta posible”

Puntuación:

- 0-1 riesgo bajo.
- 2-3 riesgo intermedio.
- 4-5 riesgo alto.





Hospital Admission Risk Profile (HARP)

Perfil de Riesgo en la Admisión Hospitalaria

Objetivo:

Detectar el estado funcional previo, el estado mental y la edad como factores para la pérdida de autonomía durante la hospitalización de las personas mayores.

Descripción:

Es un instrumento dividido en tres apartados, en el primero se evalúa la edad de la persona, en el segundo las actividades instrumentales previas a la hospitalización y el tercero es una abreviatura del mini examen del estado mental. ([Anexo 25](#))

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación y libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 10 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

1. Ver directamente a la persona, conseguir su atención y decirle:

"Le voy a realizar una serie de preguntas, es importante que responda de la manera más honesta posible en la primera parte y para la segunda que preste mucha atención, cabe mencionar que no existen respuestas buenas o malas".

Puntuación:

La puntuación se divide en 3, los cuales tendrán que ser sumados al terminar la aplicación.

Puntaje de edad, puntaje de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y puntaje del estado mental.

- 0-1 riesgo bajo.
- 2-3 riesgo intermedio.
- 4-5 riesgo alto.





Instrumento para la detección de problemas geriátricos (SPPICEES)

Objetivo:

Detectar si existe riesgo de desarrollar síndromes geriátricos.

Descripción:

Es un instrumento que consta de 8 ítems en los cuales por el acrónimo SPPICEES en su traducción al español se evalúa: integridad de la piel, problemas de nutrición, dolor, inmovilidad, confusión, eliminación, apoyo social y trastornos del sueño; es de fácil aplicación se puede dirigir directamente al paciente o al cuidador primario de ser necesario. [\(Anexo 26\)](#)

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 10 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“Le voy a realizar una serie de preguntas, es importante que responda de la manera más honesta posible, respondiendo sí o no correspondiente a su percepción, cabe mencionar que no existen respuestas buenas o malas”.

Puntuación:

La puntuación en este instrumento no está dada por un valor numérico, ya que al responder que sí a cualquiera de los ítems se debe realizar una intervención inmediata y una evaluación más exhaustiva según el área que lo requiera.





Escala Numérica Análoga (ENA)

Objetivo:

Evaluar la percepción de intensidad del dolor de la persona.

Descripción:

El paciente selecciona el número que mejor evalúa la intensidad del síntoma donde 0 es la ausencia y 10 la mayor intensidad. Es la forma más sencilla y usada para evaluar la intensidad del dolor.

Requerimientos:

- Ninguno

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 1 a 3 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“En una escala donde 0 es sin dolor y 10 el máximo dolor dígame qué número representa su dolor”.

Puntuación:

La puntuación es subjetiva a lo que refiera el paciente.

- 0 = sin dolor.
- 10 = máximo dolor.





Escala Visual Análoga (EVA)

Objetivo:

Evaluar la percepción de intensidad del dolor de la persona.

Descripción:

Es necesario contar con una pequeña regla; que por el lado hacia el paciente tiene una línea recta de 10 cm de largo; en donde el extremo izquierdo indica: sin dolor y extremo derecho: máximo dolor posible. Sobre esta línea corre una escala numérica, donde es importante pedirle al paciente que señale el nivel donde se encuentra su dolor.

Por el lado de la regla que mira al evaluador (médico, enfermera, etc.) esta misma línea tiene marcados los cm. del 0 al 10, en el lugar que seleccionó el paciente ese será el valor asignado al dolor, es decir si el nivel quedó a los 5cm, el valor asignado al dolor será de 5.

Esta escala también puede ser con colores, en una imagen que va aumentando en la intensidad de un color rojo y en el ancho de la columna, en el reverso, ambas reglas tienen una numeración del 0 al 10. (Anexo 27)

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 2 a 5 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

"A continuación le voy a mostrar una imagen con una regla en la que se muestra una numeración del cero al diez en la cual le voy a pedir que señale un número que represente su dolor".

Puntuación:

La puntuación es subjetiva a lo que refiera el paciente.

- 0 = sin dolor.
- 10 = máximo dolor.





Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

Objetivo:

Evaluar la discapacidad mediante aspectos cognitivos, físicos y sociales.

Descripción:

Instrumento de evaluación práctico en el que se mide la discapacidad y la salud de la persona, en 6 dominios de la vida: cognición, movilidad, cuidado personal, relaciones, actividades cotidianas y participación. Es un instrumento útil ya que es un sólido respaldo teórico, tiene buenas propiedades psicométricas, puede aplicarse en diversos contextos y es fácil de usar. Consta de un cuestionario de 12 preguntas. (Anexo 28)

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente 20 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

1. Debe identificar que todo aquello escrito con otro color es lo que se le dirá al entrevistado. Vea directamente a la persona, logre su atención y dígame:

"Voy a realizarle una serie de preguntas acerca de las dificultades que tiene debido a las condiciones de su salud en los últimos 30 días, es importante que estas sean respondidas de la manera más honesta y se adecue a su situación; en donde, 1 es ninguna, 2 leve, 3 moderada, 4 grave y 5 extrema o no puede hacerlo".





WHOQOL-OLD

Cuestionario sobre la Calidad de Vida en personas mayores

Objetivo:

Evaluar la calidad de vida en las personas mayores.

Descripción:

Es un instrumento formado por 24 ítems, dividido en 6 áreas: habilidades sensoriales, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte e intimidad; cada una de estas áreas contiene 4 ítems. [\(Anexo 29\)](#)

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación:

20 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

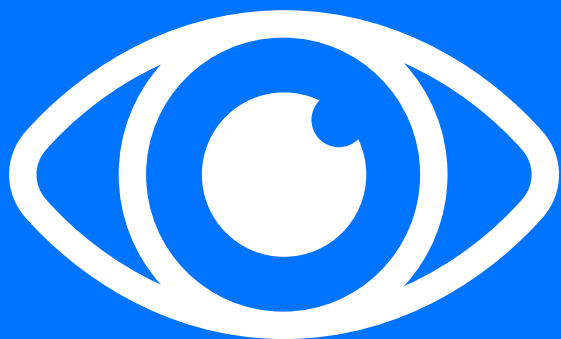
1. Vea directamente a la persona, logre su atención y dígame:

“A continuación voy a leer una serie de oraciones, de las cuales le voy a pedir que me señale si se siente identificado con ellas; de acuerdo con una escala del 1 al 5, donde 1 es muy mal, 2 poco, 3 lo normal, 4 bastante bien y 5 muy bien. Estas categorías son de acuerdo a su percepción”.

Puntuación:

La evaluación final va de 4 a 20 puntos.





Visual



Instrumentos de evaluación





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 30](#))

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:



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.

Puntuación:

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 optotipo y el denominador la distancia a la que la percibiría un ojo emétrepe; 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 31](#))

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.





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:

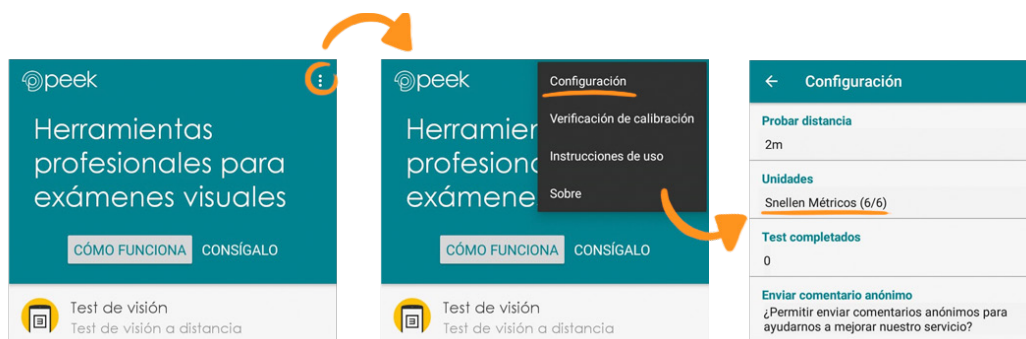
5 minutos aproximados, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Instrucciones:

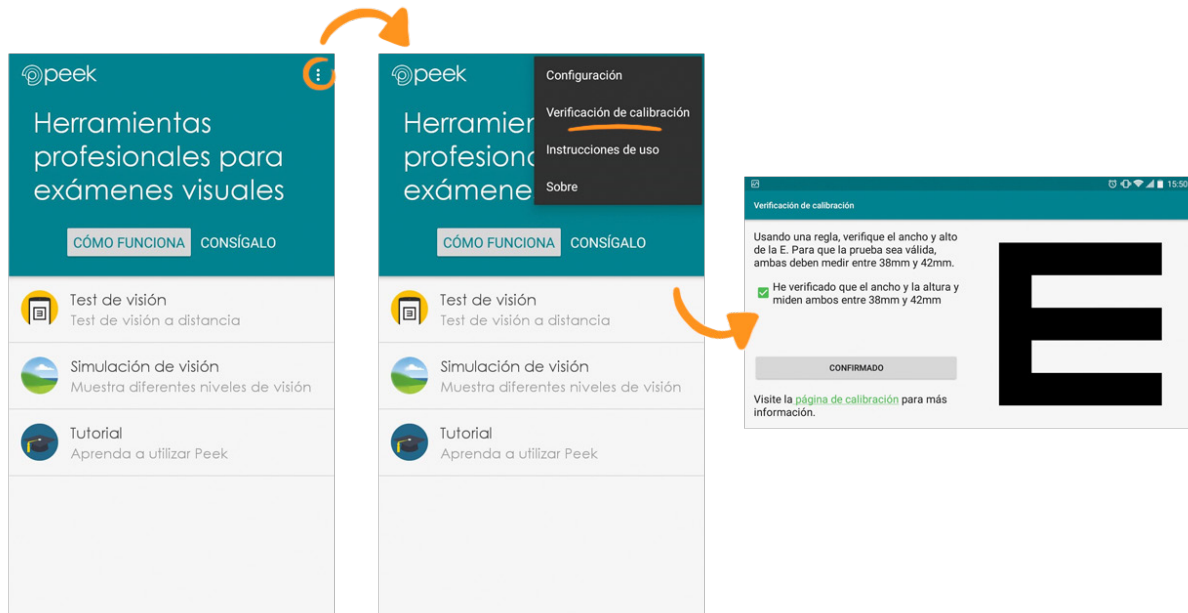


Es importante que se sigan los siguientes pasos antes de aplicar la prueba:

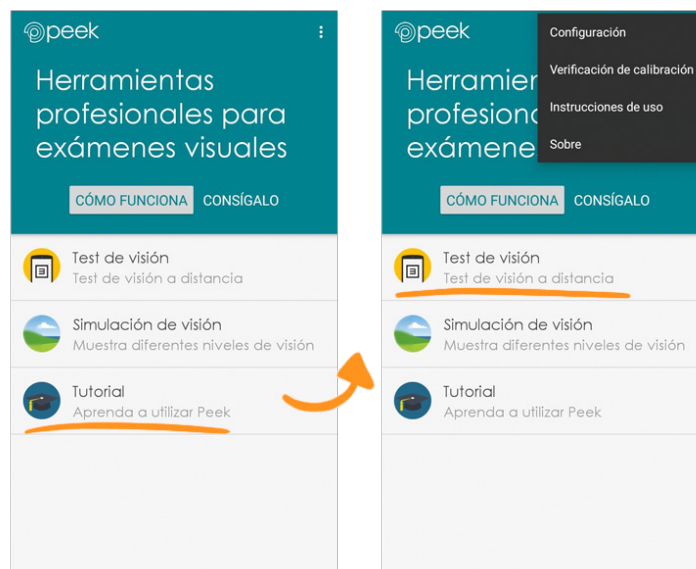
1. Configurar la aplicación en el teléfono. Seleccionando la distancia, y en el apartado de unidad: Snellen métricos 6/6.



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 las paptitas de 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.

Puntuación:

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) Déficit visual moderada:** Una agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60.
- **C) Déficit 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.peakvision.org.





Auditiva



Instrumentos de evaluación





Evaluación auditiva con aplicación hearWHO

Objetivo:

Evaluar la agudeza auditiva de la persona mayor.

Descripción:

Es un instrumento digital que está diseñado para realizar la evaluación de la audición, es de uso fácil y práctico ya que se va puntuando al escuchar los números que mencionan y al finalizar se mostrarán los resultados de la audición de la persona.

Requerimientos:

- Teléfono móvil o tableta digital, con sistema operativo Android o Apple.
- Descargar previamente la aplicación hearWHO.
- Audífonos.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación, libre de ruidos y distracciones.

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 5 a 10 minutos.

Instrucciones:

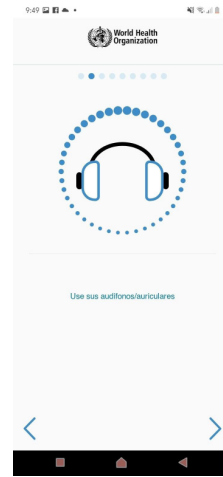
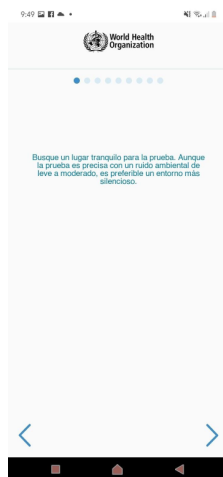
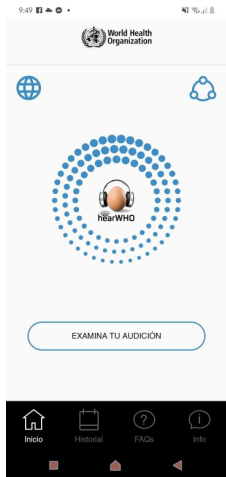
[▶ Ver video de aplicación](#)

Se le otorgará a la persona un dispositivo móvil con la aplicación previamente descargada; es de suma importancia que el espacio en donde sea aplicada esté libre de ruidos y sea un lugar tranquilo, deberá darle las indicaciones adecuadas a la persona. Vea directamente a la persona logre su atención y dígame:

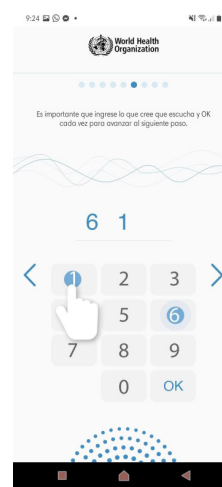
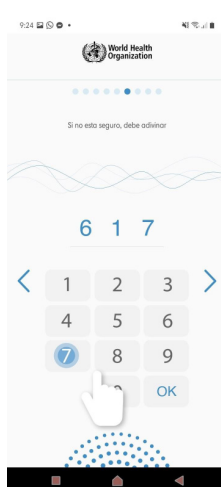
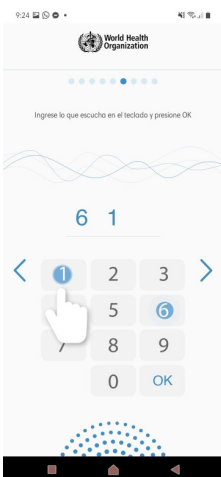
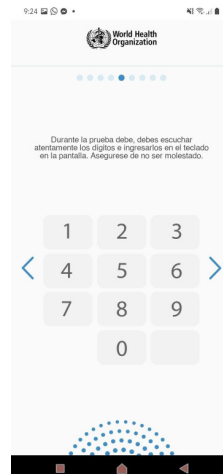
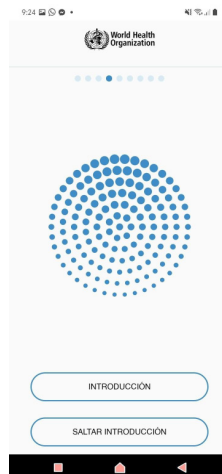
“Voy a realizar la evaluación de su audición para esto voy a proporcionarle un dispositivo con auxiliares (audífonos), al colocarlos daremos inicio a la evaluación, en la cual irá señalando en la pantalla los números que escuche, es importante que registre cada uno de estos para poder avanzar con la evaluación”.

Es importante seguir las instrucciones y los pasos para realizar una mejor evaluación.

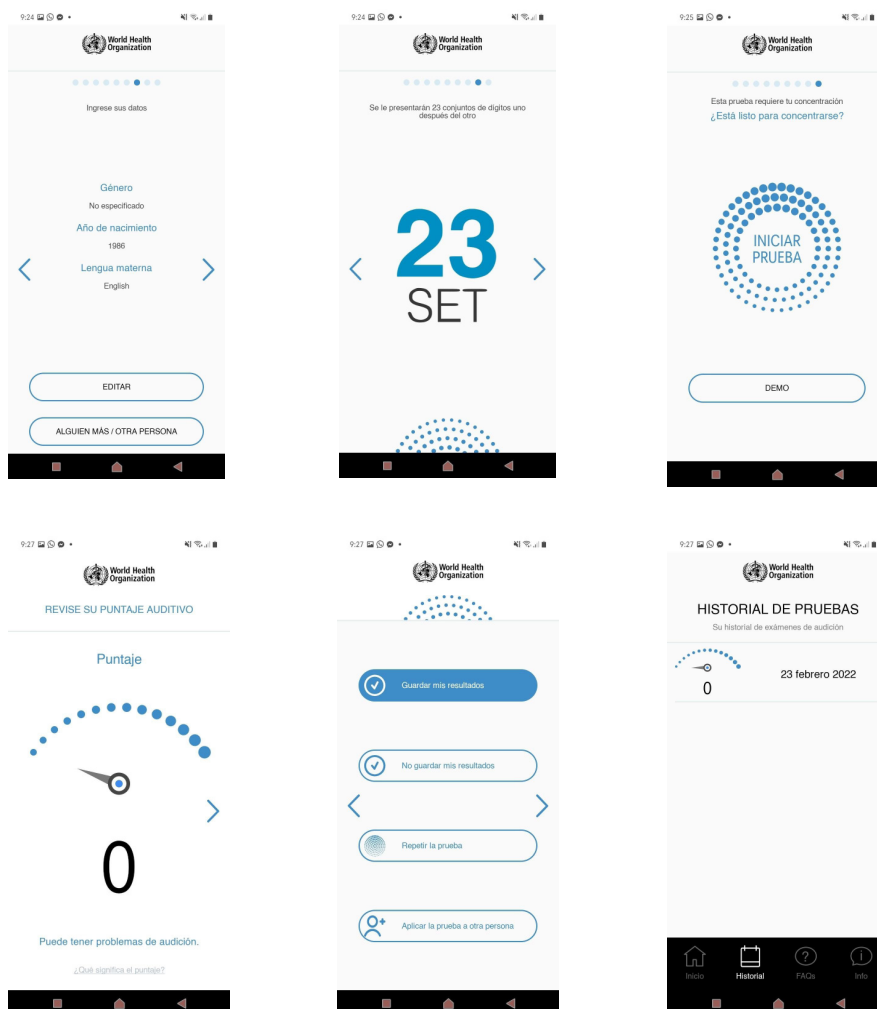
1. Se le brindaran a la persona mayor el dispositivo móvil y los auxiliares auditivos (audífonos), al abrir la aplicación dará la presentación y pantalla inicial, y se dará clic en “examina tu audición” y siga las instrucciones de la misma.



2. Puede seguir la introducción de la aplicación.



3. Da inicio a la prueba.



4. Puede guardarse el resultado en el historial.

Puntuación:

La puntuación será dada por la aplicación al terminar la evaluación. De acuerdo a los resultados arrojados por la aplicación se realizará la intervención que sea más adecuada o de ser necesario referir con el especialista.





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 32)

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.





Valoración de la audición con aplicación

Prueba de Audición

Objetivo:

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

Descripción:

La agudeza auditiva se valora a través de la aplicación Prueba de Audición para teléfonos inteligentes, dicha aplicación permite realizar la prueba de audición 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 auditivo más detallado. Esta prueba consiste en la determinación del sonido audible más bajo con ayuda de audífonos.

Requerimientos:

- Teléfono inteligente con aplicación descargada, bien calibrada y con la configuración adecuada.
- Audífonos
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones y sin ruido.

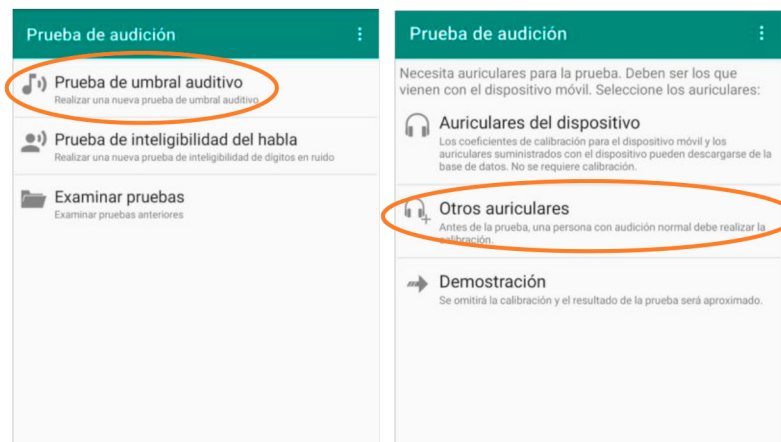
Tiempo de aplicación:

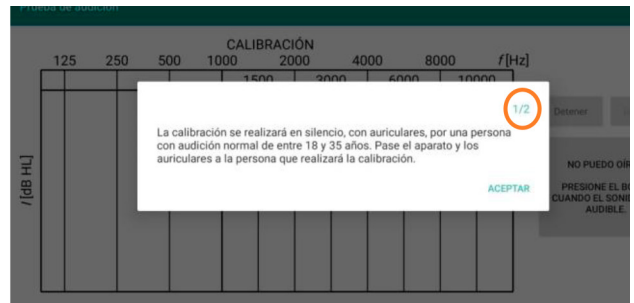
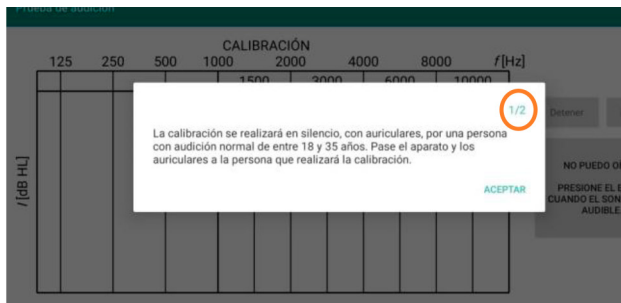
Tiempo de aplicación: 5 minutos.

Instrucciones: [▶ Ver video de aplicación](#)

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

1. Se necesitará utilizar los audífonos del teléfono inteligente, si no es el caso; se verificará la calibración de los mismos para asegurar que la prueba se realice en forma correcta, siguiendo las instrucciones de la aplicación:





2. Revisar con cuidado las instrucciones de la aplicación e iniciar la prueba:

Prueba de audición

Necesita auriculares para la prueba. Deben ser los que vienen con el dispositivo móvil. Seleccione los auriculares:

- Auriculares del dispositivo**
Los coeficientes de calibración para el dispositivo móvil y los auriculares suministrados con el dispositivo pueden descargarse de la base de datos. No se requiere calibración.
- Otros auriculares**
Antes de la prueba, una persona con audición normal debe realizar la calibración.
- Demostración**
Se omitirá la calibración y el resultado de la prueba será aproximado.

Prueba de audición

Seleccione los coeficientes de calibración para la prueba.

- Coeficientes recientes**
Coeficientes de calibración determinados, usados o seleccionados recientemente.
- Coeficientes anteriores**
Coeficientes de calibración usados en pruebas anteriores.
- Nueva calibración**
Realice la calibración con la ayuda de una persona con audición normal y utilice nuevos coeficientes de calibración.

Prueba de audición

AUDIOMETRÍA DE TONOS PUROS

125 250 500 1000 2000 4000 8000 1500 3000 6000 10000 f [Hz]

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 f [dB HL]

La prueba consiste en la determinación del sonido audible más bajo. Utilice los botones "Puedo oírlo" y "No puedo oírlo" para determinar el sonido audible más bajo, y confirme con el botón "Apenas puedo oírlo".

ACEPTAR

Auriculares del usuario, calibración biológica, ID de calib.: 3759217

3. Asegurar una buena iluminación, que no haya distracciones y sin ruido.
4. Pedir a la persona que se siente bien apoyada en el respaldo de la silla y que se coloque los audífonos.
5. Brindarle a la persona el teléfono para su manipulación, en caso de que la persona no pueda hacerlo, nos indicará el momento en que deje de escuchar el sonido.
6. Continuar el test hasta que se termine la prueba, observando la realización de la prueba en ambos oídos.
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.

Puntuación:

Al finalizar, el dispositivo muestra el resultado.

Audiometría (umbrales auditivos)					
Oído izquierdo	Normal ≤ 20 dB	Déficit auditivo leve 21-40 dB	Déficit auditivo moderado 41-60 dB	Déficit auditivo grave 61-80 dB	Déficit profundo/sordera >80 dB
Oído derecho	Normal ≤ 20 dB	Déficit auditivo leve 21-40 dB	Déficit auditivo moderado 41-60 dB	Déficit auditivo grave 61-80 dB	Déficit profundo/sordera >80 dB

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 que obtener las últimas actualizaciones técnicas.





Vitalidad



Instrumentos de evaluación





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 33)

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.

Puntuación:

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 rellenar el formulario MNA.

Sugerencias o pautas de Interpretación:

- **Puntuación ≥ 12 :** sin desnutrición.
- **Puntuación 8-11:** riesgo de desnutrición.
- **Puntuación ≤ 7 :** desnutrición.





Malnutrition Universal Screening Tool (MUST)

Instrumento Universal para el Despistaje de Malnutrición

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 estadímetro y se asignan los puntos de acuerdo con los siguientes valores:
 - $IMC > 20 \text{ kg/m}^2 = 0$ puntos.
 - $IMC 18.5 - 20 \text{ kg/m}^2 = 1$ punto.
 - $IMC < 18.4 \text{ kg/m}^2 = 2$ 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.
 - $5 \text{ a } 10\% = 1$ 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.

Puntuación:

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 34)

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](#)

Aplice el cuestionario, marcando la puntuación para cada pregunta.

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

Puntuación:

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.





Entorno



Instrumentos de evaluación





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 35)

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. 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.

Puntuación:

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 36)

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. 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 37](#))

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. 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 de 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 38)

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”.

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

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

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.





Escala Lubben de red social de 6 ítems (LSNS-6)

Objetivo:

Evaluar la red social.

Descripción:

Es una escala de 6 ítems, que evalúa las relaciones sociales, familia y amigos de la persona; su aplicación es sencilla y breve. (Anexo 39)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 5 a 10 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“Le voy a realizar una serie de preguntas que corresponden al número de familiares y amigos con los que convive, en las que me indicará con números cuántas son estas personas (1, 2, 3, 4...9 o más).

Puntuación:

El punto de corte de la escala es de 12 puntos, en donde si la persona tiene menos de 12 existe un posible riesgo de aislamiento social.





Life Space Assessment (LSA)

Evaluación del espacio de vida

Objetivo:

Evaluar la movilidad en los espacios del entorno de la persona mayor.

Descripción:

Es una escala de 5 ítems en los que se evalúa el entorno y espacio de vida de la persona mayor. (Anexo 40)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

Aproximadamente de 5 a 10 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

"Le voy a hacer una serie de preguntas que corresponden a la frecuencia con la que realiza sus actividades, contestando sí o no e indicándome el número de veces que las realiza".

Puntuación:

Se realiza una sumatoria, para obtener el total de puntos.

El rango de puntaje va de 0 a 120. Un puntaje mayor indica más movilidad en el espacio de vida de la persona. Se ha propuesto que puntajes menores de 56 podrían predecir disminución en la independencia para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, o puntajes menores de 20 predecir riesgo de pérdida de independencia para realizar actividades básicas de la vida diaria. Sin embargo, se requieren más estudios de validación.

- **Puntaje <56** = probable riesgo de pérdida de independencia en la AIVD.
- **Puntaje <20** = probable riesgo de pérdida de independencia en la ABVD.





Adaptación de la Escala Gijón de valoración socio-familiar

Objetivo:

Detectar situaciones de riesgo y problemas sociales en el entorno de personas adultas mayores.

Descripción:

Es una escala que permite la detección de situaciones de riesgo o problemas sociales en el entorno de la persona mayor siendo un instrumento de medición de la situación social, evalúa 5 criterios: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica. (Anexo 41)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

De 5 a 10 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“A continuación le voy a realizar una serie de preguntas de las cuales deberá señalar la opción que más se adecue a su situación y percepción de cada punto”.

Puntuación:

- **5 a 9:** buena situación social.
- **10-14:** existe riesgo social.
- **Más de 15:** problema social.





Spanish Revised Memory and Behavior Problems Checklist Scale (SpRMBPC).

Lista en español revisada de verificación de problemas de memoria y comportamiento

Objetivo:

Verificar la frecuencia en la que inciden algunas conductas en una persona mayor con problemas de memoria y el impacto en la persona que le cuida. (Anexo 42)

Descripción:

Es una escala que evalúa lo que siente la persona cuidadora, al respecto de las actividades o situaciones, que realizó la persona mayor, y cómo estas impactan o hacen sentir a la persona que le cuida.

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

20 minutos máximo.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

“Voy a leer una serie de situaciones de las cuales le voy a pedir que me señale como siente que le afecta y qué tan frecuente ocurre esta situación”

Puntuación:

Interpretación cualitativa en el que se identifican situaciones y su frecuencia en concordancia con el nivel de afectación a la persona que cuida.





Evaluación de sobrecarga del cuidador Zarit & Zarit

Objetivo:

Detectar riesgo de enfermedad, ansiedad y depresión en el cuidador.

Descripción:

Es un cuestionario que permite detectar cómo se sienten los cuidadores primarios, está formado por 22 preguntas tipo Likert, las cuales evalúan: cómo se siente al ser el cuidador primario, dependencia de la persona a la que cuida, riesgo de aislamiento o limitaciones en su intimidad y qué hacer con la persona a la que cuida, en una puntuación de 0 a 4, en donde: 0= nunca, 1=rara vez, 2=algunas veces, 3=bastantes veces y 4=casi siempre. (Anexo 43)

Requerimientos:

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, con buena iluminación, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación:

De 10 a 15 minutos.

Instrucciones:

[▶ Ver video de aplicación](#)

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

"A continuación le haré una serie de preguntas sobre cómo se siente al ser el cuidador primario, le pido que me responda de la manera más honesta que pueda".

Puntuación:

- Menor a 47 puntos – no existe sobrecarga.
- Entre 47-55 puntos – sobrecarga leve.
- Mayor a 55 – sobrecarga intensa.





Anexos



Anexos: cognitivo

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:

1. 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>
2. 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>
3. 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.
4. Ostrosky-Solís, Feggy, 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 Internacional*, 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 Geriátría.



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 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.

Referencias:

- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P. y Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(11), 1021-1027
- Carnero Pardo, C., Cruz Orduña, I., Espejo Martínez, B., Martos Aparicio, C., López Alcalde, S. y Olazarán, J. (2013). Utility of the mini-cog for detection of cognitive impairment in primary care: data from two spanish studies. *Int J Alzheimers Dis*, 1-7



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”.

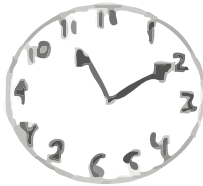
Nota: Si la persona no logra repetir las 3 palabras en un primer intento, díglele las 3 palabras nuevamente. Máximo se le darán hasta 3 intentos a la persona para repetir las 3 palabras. Si la persona no logra repetir las 3 palabras después de 3 intentos, continúe con la siguiente sección.
¿Tiene alguna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

Díglele 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

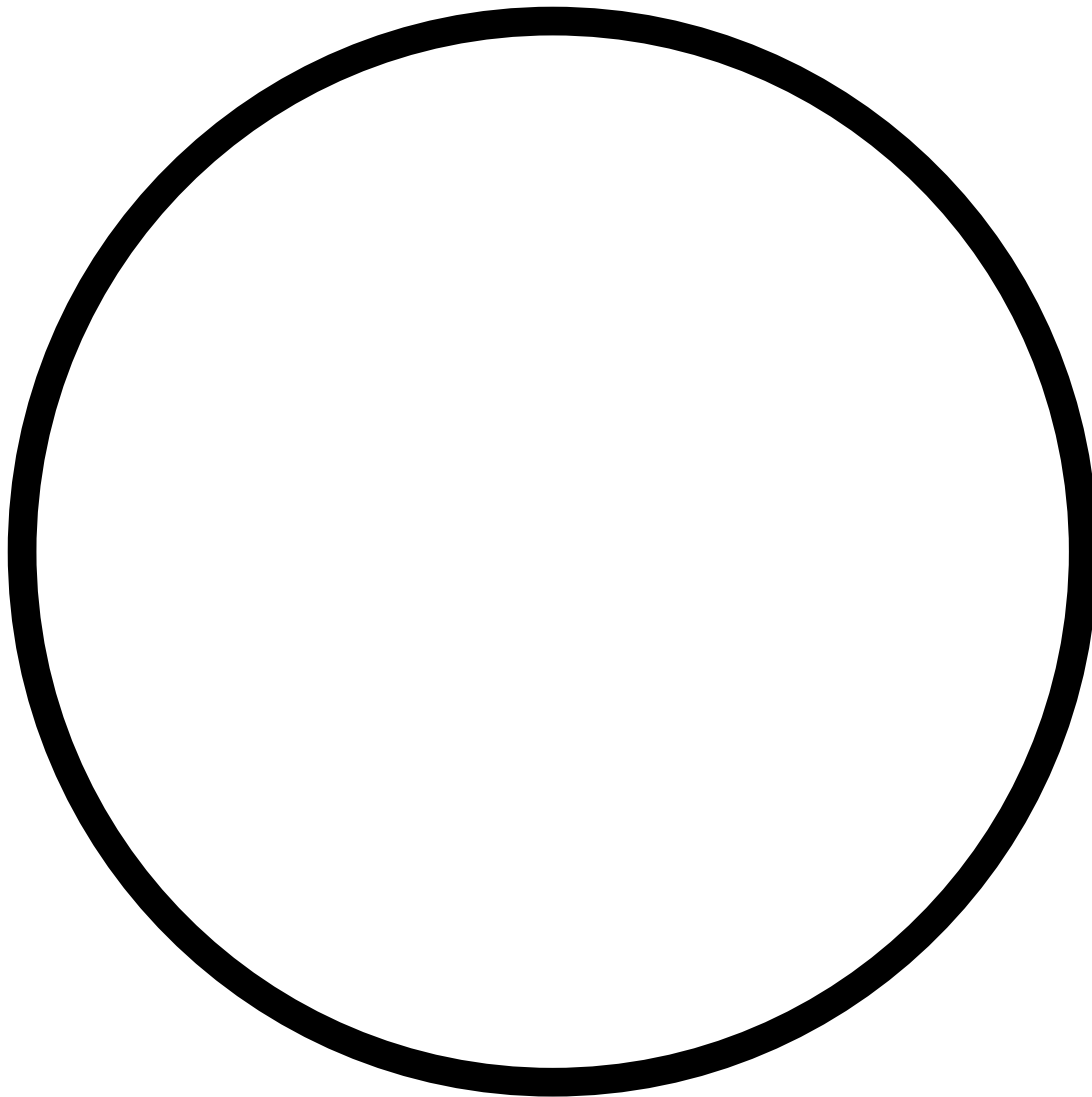
- Probable deterioro cognitivo, se recomienda una evaluación cognitiva más amplia: 0-2 puntos.
- Muy poco probable que haya deterioro cognitivo: 3-5 puntos.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Mini-Cog™



- Borson, S., Scanlan, J., Brush, M., Vitaliano, P. y Dokmak, A. (2000). The mini-cog: a cognitive 'vital signs' measure for dementia screening in multi-lingual elderly. *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(11), 1021-1027
- Carnero Pardo, C., Cruz Orduña, I., Espejo Martínez, B., Martos Aparicio, C., López Alcalde, S. y Olazarán, J. (2013). Utility of the mini-cog for detection of cognitive impairment in primary care: data from two spanish studies. *Int J Alzheimers Dis*, 1-7



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



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

Hasta que año estudió: _____

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

I. Orientación

(Tiempo)

1. ¿Qué fecha es hoy?

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

¿Qué día de la semana es?

Respuesta						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué día de la semana es?

Real						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué hora es aproximadamente?

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

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

II. Registro

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

Papel	Bicicleta	Cuchara

Ahora dígalos usted:

	INC	CORR
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

(máx. 3) 0 1 2 3

III. Atención y Cálculo

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

	INC	CORR
93	0	1
86	0	1
79	0	1
72	0	1
65	0	1

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

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

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

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

IV. Lenguaje

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sígalas 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

V. Memoria diferida

Dígame los tres objetos que le mencioné al principio:

	INC	CORR
Papel	0	1
Bicicleta	0	1
Cuchara	0	1

(máx. 3) 0 1 2 3

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

(máx. 1) 0 1

Muestre el RELOJ y diga: ¿Qué es esto?

	INC	CORR
	0	1

Muestre el LÁPIZ y diga: ¿Qué es esto?

	INC	CORR
	0	1

(máx. 2) 0 1 2

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

NI NO, NI SÍ, NI PERO

(máx. 1) 0 1

Puntaje total:

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

A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, 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

(Espacio)

¿En dónde estamos ahora?

	INC	CORR
	0	1

¿En qué área o departamento estamos ahora?

	INC	CORR
	0	1

¿Qué colonia es esta?

	INC	CORR
	0	1

¿Qué ciudad es esta?

	INC	CORR
	0	1

¿Qué piso es este?

	INC	CORR
	0	1

(máx. 5) 0 1 2 3 4 5

(Espacio)

Por favor haga lo que dice aquí:

Cierre los ojos

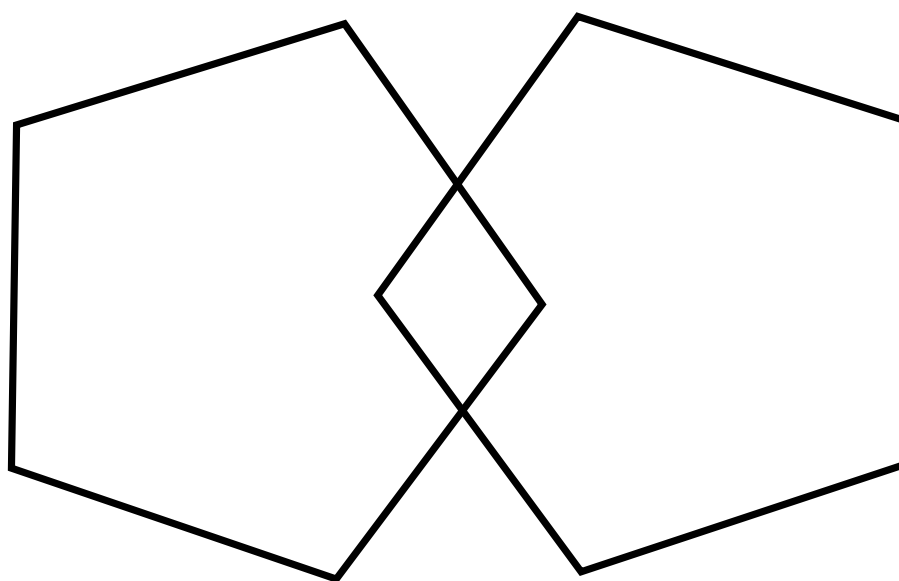
(máx. 1) 0 1

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

(máx. 1) 0 1



CIERRE SUS OJOS



• Reyes de Baeman, S., Beaman, P. E., García Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. *Aging Neuropsychol Cong. Aging, Neuropsychology, and Cognition*, 11(1), 1-11



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Evaluación Cognitiva Montreal Montreal Cognitive Assessment (MoCA[®])

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 correctas, 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.



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

Versión 8.1 Spanis(Spain)

Nombre:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA					Copiar el cubo	Dibujar un RELOJ (Once y diez) (3 puntos)	PUNTOS		
[]		[]		[]	[]	[]	___/5		
IDENTIFICACIÓN							___/3		
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	NINGÚN PUNTO
		1º INTENTO							
		2º INTENTO							
ATENCIÓN		Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirlos en el mismo orden. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirlos en orden inverso. [] 7 4 2						___/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.		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B				___/1	
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 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				___/3	
LENGUAJE		Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. [] El gato siempre se esconde debajo del sofá cuando hay perros en la habitación. []						___/2	
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto. [] ____ (N ≥ 11 palabras)						___/1	
ABSTRACCIÓN		Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla						___/2	
RECUERDO DIFERIDO		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							
		X1							MIS = ___ / 15
ORIENTACIÓN		[] Fecha	[] Mes	[] Año	[] Día de la semana	[] Lugar	[] Localidad		___/6
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org		MIS: ___ / 15 (Normal ≥ 26/30)		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios			TOTAL	___/30	
Administrado por: _____		Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.							



General Practitioner Assessment of Cognition Score GPCOG Evaluación de la Puntuación Cognitiva por un Evaluador General

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____



ETAPA 1 – EXAMEN DEL PACIENTE

Cada pregunta debe hacerse una sola vez, a no ser que se especifique lo contrario.

Nombre y dirección para hacer una prueba de recuperación de memoria

Le voy a dar un nombre y una dirección. Después de decirlo, quiero que lo repita.

Recuerde este nombre y dirección porque se lo volveré a preguntar en algunos minutos: Juan Díaz, calle Mayor 42, Soria. (Permitir hasta 4 ensayos, pero no puntuar todavía.)

Orientación en tiempo

1. ¿Qué fecha es? (respuesta exacta)

Dibujar un reloj (emplear un círculo en el reverse de esta página)

2. Por favor marque/dibuje todos los números que indican las horas de un reloj. (espaciado correcto)

3. Por favor marque/ dibuje las agujas/manecillas que indican las 11 y las 10.

Información

4. ¿Puede usted decirme alguna noticia reciente (Reciente = de la última semana. Ante una respuesta inespecífica, como "guerra", "mucho lluvia", pedir más información. Solamente las respuestas específicas son correctas.)

Memoria

4. ¿Cuál es el nombre y la dirección que le pedí que recordará?

Juan

Díaz

Mayor (calle)

42

Soria

Correcto Incorrecto

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Añadir las respuestas correctas:

Resultado: de los 9

<input type="checkbox"/>

9 No hay deterioro cognitivo observable
No es necesario conducir investigaciones o estudios estándares

5 – 8 Más información es necesaria
Proceda con la etapa 2: entrevistar al familiar o cuidador

0 – 4 Se indica deterioro cognitivo
Conduzca investigaciones o estudios estándares



General Practitioner Assessment of Cognition Score GPCOG

Evaluación de la Puntuación Cognitiva por un Evaluador General

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____



ETAPA 2 – ENTREVISTA AL FAMILIAR O CUIDADOR

Nombre del informador: _____

Relación con el paciente: _____

Haga las siguientes preguntas:

Comparado a hace 5–10 años,

1. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar hechos recientes?
2. ¿Tiene el paciente más dificultades para recordar conversaciones que han tenido lugar en los días previos?
3. Cuando habla ¿tiene el paciente más dificultades para encontrar la palabra adecuada, o se equivoca con las palabras más a menudo?
4. ¿Es el paciente menos capaz de manejar el dinero y los asuntos económicos (p.ej. pagar los recibos, hacer un presupuesto)?
5. ¿Es el paciente menos capaz de manejar su medicación de forma independiente?
6. ¿Necesita el paciente más asistencia para desplazarse (en transporte público o privado)? (Si el paciente experimenta dificultades debido a problemas físicos p.ej. un problema en la pierna, marque 'NO'.)

SI NO sabe No N/A

	SI	NO	sabe No	N/A
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
4.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
5.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Añadir las respuestas 'NO', 'No sabe' **Resultado:** o 'N/A (no aplicable)':

4 – 6 No hay deterioro cognitivo observable
No es necesario conducir investigaciones

0 – 3 Se indica deterioro cognitivo
Conduzca investigaciones o estudios estándares

de los 6

Al ser referido a un especialista, cita los dos resultados de cada etapa del GPCOG: ETAPA 1 Examen del paciente: ___ / 9 ETAPA 2 Entrevista al informador: ___ / 6 o N/A

© University of New South Wales as represented by the Dementia Collaborative Research Centre – Assessment and Better Care; Brodaty et al, JAGS 2002; 50:530-534



Prueba de categorías de Isaacs

Fecha: _____

Nombre del paciente: _____

Instrucciones:

Se le pide al paciente que diga tantas palabras –ítems- como pueda recordar de cada una de las 4 categorías: colores, animales, frutas y ciudades. Se obtiene un punto por cada ítem correcto, con un máximo de 10 ítems puntuables en cada set. El tiempo máximo de que dispone el paciente por categoría es de un minuto. Las repeticiones o las palabras que no correspondan a la categoría pedida no puntúan, aunque es interesante hacer constar el número de ellos. Siempre anotaremos en la hoja los nombres que dice ya que ayudará a valorar la evolución de los pacientes.

La puntuación oscila entre 0 y 40 puntos.

COLORES	
ANIMALES	
FRUTAS	
CIUDADES	
ERRORES / REPETICIONES	
PUNTUACIÓN TOTAL	



Neuropsychiatric Inventory Questionnaire NPI-Q Inventario y cuestionario Neuropsiquiátrico

Responda el siguiente cuestionario basado en cambios ocurridos desde que él/ella empezó a experimentar problemas de memoria: Marque “**No**” si los síntomas no ocurren en la actualidad. Marque “**Sí**” solo si los síntomas ocurren en la actualidad.

Para cada ítem marcado con “Sí”

a) Relación de **GRAVEDAD** con el síntoma o síntomas (cómo afecta al paciente):

- 1: Leve (cambio evidente, pero no es significativo, fácil manejo de la situación).
- 2: Moderada (cambio significativo, pero no drástico, se hace más difícil controlar la situación).
- 3: Grave (cambio drástico, muy marcado, no se puede manejar la situación).

b) Relación de su **ESTRÉS** con el síntoma/s (cómo le afectan emocionalmente a usted los síntomas):

- 0: No existe afectación.
- 1: Mínima (poca afectación, no me representa un problema).
- 2: Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente).
- 3: Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas).
- 4: Grave (mucha afectación, dificultades para arreglármelas).
- 5: Muy grave (afectación extrema, el problema me vence).

DELIRIOS

¿Cree el paciente en cosas que no son ciertas, como por ejemplo que otras personas quieren robarle o quieren hacerle daño? ¿Dice que miembros de su familia no son quienes dicen ser o que su casa no es su casa?

Si No Severidad 1 2 3 Estrés 0 1 2 3 4 5

ALUCINACIONES

¿El paciente ve cosas o personas inexistentes o dice que escucha voces o ruidos inexistentes? ¿Habla con personas que no están realmente presentes?

Si No Severidad 1 2 3 Estrés 0 1 2 3 4 5

AGITACIÓN / AGRESIÓN

¿El paciente insulta o se molesta con su cuidador con facilidad? ¿Se niega a cooperar o recibir ayuda en actividades, como por ejemplo bañarse o vestirse?

Si No Severidad 1 2 3 Estrés 0 1 2 3 4 5

DEPRESIÓN / DISFORIA

¿El paciente está triste o bajo de moral? ¿Llora?

Si No Severidad 1 2 3 Estrés 0 1 2 3 4 5



Neuropsychiatric Inventory Questionnaire NPI-Q Inventario y cuestionario Neuropsiquiátrico

ANSIEDAD

¿El paciente está nervioso, inquieto, no puede relajarse, o está excesivamente tenso? ¿Dice que tiene como un nudo en el estómago o se inquieta cuando se separa de usted?

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5

EXALTACIÓN / EUFORIA

¿Parece el paciente estar demasiado alegre? Se refiere a una alegría anormal, excesiva, diferente a como ha sido siempre

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5

APATÍA / INDIFERENCIA

¿El paciente parece poco interesado, poco motivado para hacer cosas, menos activado que de costumbre, incluso habla menos?

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5

DESINHIBICIÓN

¿El paciente actúa impulsivamente, dice cosas que normalmente no se dicen o se hacen en público? (cosas que incluso pueden hacerle sentir “vergüenza”).

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5

IRRITABILIDAD / LABILIDAD

¿Está irritable o se molesta con facilidad? ¿Tiene “arranques” repentinos de mal humor o ira que no corresponden a su carácter habitual? ¿Se muestra impaciente?

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5

CONDUCTA MOTORA ANÓMALA

¿El paciente se dedica a repetir actos como dar vueltas por la casa, abrir cajones o armarios o hacer otras cosas repetitivamente con la ropa, con los dedos o con otros objetos?

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5



Neuropsychiatric Inventory Questionnaire NPI-Q Inventario y cuestionario Neuropsiquiátrico

SUEÑO

¿Tiene dificultad para conciliar el sueño, se despierta durante la noche (no tener en cuenta si se levanta para ir al baño y vuelve a dormir), se levanta demasiado temprano? ¿Esto le lleva a dormir excesivamente durante el día?

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5

APETITO / ALIMENTACIÓN

¿El paciente ha perdido o ganado apetito y/o peso, o ha cambiado de gustos en las comidas?

Si

No

Severidad 1 2 3

Estrés 0 1 2 3 4 5

© JL Cummings, 1994.



Escala Atenas de Insomnio

Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

1. Inducción del dormir (tiempo que le toma quedarse dormido una vez acostado).			
Ningún problema 0	Ligeramente retrasado 1	Marcadamente retrasado 2	Muy retrasado o no durmió en absoluto 3
2. Despertares durante la noche.			
Ningún problema 0	Problema menor 1	Problema considerable 2	Muy retrasado o no durmió en absoluto 3
3. Despertar final más temprano de lo deseado.			
No más temprano 0	Un poco más temprano 1	Marcadamente más temprano 2	Mucho más temprano o no durmió en lo absoluto 3
4. Duración total del dormir.			
Suficiente 0	Ligeramente insuficiente 1	Marcadamente insuficiente 2	Muy insuficiente o no durmió en lo absoluto 3
5. Calidad general del dormir (no importa cuánto tiempo durmió usted).			
Satisfactoria 0	Ligeramente insatisfactoria 1	Marcadamente insatisfactoria 2	Muy insatisfactoria o no durmió en lo absoluto 3
6. Sensación de bienestar durante el día.			
Normal 0	Ligeramente disminuida 1	Marcadamente disminuida 2	Muy disminuida 3
7. Funcionamiento (físico y mental) durante el día.			
Normal 0	Ligeramente disminuida 1	Marcadamente disminuida 2	Muy disminuida 3
8. Somnolencia durante el día.			
Ninguna 0	Leve 1	Considerable 2	Intensa 3



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátria.





Anexos: afectivo



Escala de Depresión Geriátrica Geriatric Depression Scale (GDS)

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.

- Sheikh, J. I., & Yesavage, J. A. (1986). Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. *Clinical Gerontologist*, 5, 165-173.
- Yesavage, J. A. (1988). Geriatric Depression Scale. *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 709-711.
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M., & Leirer, V. O. (1982). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Escala de depresión del centro de estudios epidemiológicos (CES-D 7 reactivos)

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

Resultado
Normal
Síntomas depresivos significativos

Interpretación:

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

• Salinas-Rodríguez, A., Manrique-Espinoza, B., Acosta-Castillo, G. I., Franco-Núñez, A., Rosas-Carrasco, Ó., Gutiérrez-Robledo, L. M., & Sosa-Ortiz, A. L. (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. Retrieved from <http://bit.ly/2SuDb7s>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Patient Health Questionnaire (PHQ-9) Cuestionario sobre la salud del paciente-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un “ ” para indicar su respuesta)	Ningún día	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
1. Poco interés o placer en hacer cosas	0	1	2	3
2. Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas	0	1	2	3
3. Ha tenido dificultad para quedarse o permanecer dormido(a), o ha dormido demasiado	0	1	2	3
4. Se ha sentido cansado(a) o con poca energía	0	1	2	3
5. Sin apetito o ha comido en exceso	0	1	2	3
6. Se ha sentido mal con usted mismo(a) – o que es un fracaso o que ha quedado mal con usted mismo(a) o con su familia	0	1	2	3
7. Ha tenido dificultad para concentrarse en ciertas actividades, tales como leer el periódico o ver la televisión	0	1	2	3
8. ¿Se ha movido o hablado tan lento que otras personas podrían haberlo notado? o lo contrario – muy inquieto(a) o agitado(a) que ha estado moviéndose mucho más de lo normal	0	1	2	3
9. Pensamientos de que estaría mejor muerto(a) o de lastimarse de alguna manera	0	1	2	3
Subpuntajes:	0	+	+	+
Puntaje total:	_____			

Si marcó cualquiera de los problemas, ¿qué tanta dificultad le han dado estos problemas para hacer su trabajo, encargarse de las tareas del hogar, o llevarse bien con otras personas?

No ha sido difícil	Un poco difícil	Muy difícil	Extremadamente difícil



Inventario de ansiedad de Beck

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: en este cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno atentamente e indique cuál se ha visto afectado en la última semana incluyendo el día de hoy.

	En absoluto 0	Levemente 1	Moderadamente 2	Severamente 3
1. Torpe o entumecido.				
2. Acalorado.				
3. Con temblor en las piernas.				
4. Incapaz de relajarse.				
5. Con temor a que ocurra lo peor.				
6. Mareado, o que se le va la cabeza.				
7. Con latidos fuertes del corazón y acelerados.				
8. Inestable.				
9. Atemorizado o asustado.				
10. Nervioso.				
11. Con sensación de bloqueo.				
12. Con temblores en las manos.				
13. Inquieto, inseguro.				
14. Con miedo a perder el control.				
15. Con sensación de ahogo.				
16. Con temor a morir.				
17. Con miedo.				
18. Con problemas digestivos.				
19. Con desvanecimientos.				
20. Con rubor facial.				
21. Con sudores, fríos o calientes.				



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátria.



Escala de soledad de 3 ítems

Nombre: _____

Fecha: _____

Indicaciones: se le dirá a la persona lo siguiente "estas preguntas son sobre cómo se siente sobre diferentes aspectos de su vida. Para cada pregunta responda con qué frecuencia se siente así".

	Casi nunca	A veces	A menudo
¿Con qué frecuencia siente que le falta compañía?	1	2	3
¿Con qué frecuencia se siente excluido(a)?	1	2	3
¿Con qué frecuencia se siente aislado (a) de los demás?	1	2	3



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.





Anexos: funcionamiento



Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

INDEPENDENCIA EN ABVD

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.

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.

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 si mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo.
 No: Que no vaya al baño por si mismo/a.

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.

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 esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.

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.

Sí (1 punto)	No (0 puntos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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[]

- Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized measure of biological and psychosocial function. *JAMA*, 185 (12), 914-919
- Cabañero Martínez, M. J., Cabrero García, J., Richart Martínez, M. y Muñoz Mendoza, C. L. (2009). The spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Arch Gerontol Geriatr*, 49(1), e77-e84(ADL): a structured review. *Arch Gerontol Geriatr*, 49(1), e77-e84



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Actividades instrumentales de la vida diaria (Índice de LAWTON)

INDEPENDENCIA EN AVID

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.

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.

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.

4) Finanzas

Sí: Maneja sus asuntos independientemente.

No: Sólo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.

No: Es incapaz de manejar dinero.

5) Compras

Sí: Vigila sus necesidades independientemente.

No: Hace independientemente sólo pequeñas compras.

No: Necesita compañía para cualquier compra.

No: Incapaz de cualquier compra.

6) Cocina

Sí: Planea, prepara y sirve los alimentos correctamente.

No: Prepara los alimentos sólo si se le provee lo necesario.

No: Calienta, sirve y prepara pero no lleva una dieta adecuada.

No: Necesita que le preparen los alimentos.

7) Cuidado del hogar

Sí: Mantiene la casa solo o con ayuda mínima.

Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero eficientemente.

Sí: Efectúa diariamente trabajo ligero sin eficiencia.

No: Necesita ayuda en todas las actividades.

No: No participa.

8) Lavandería

Sí: Se ocupa de su ropa independientemente.

Sí: Lava sólo pequeñas cosas.

No: Todos se lo tienen que lavar.

Sí (1 punto)	No (0 puntos)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Resultado /8

• Lawton, M. P. y Brody, E. M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9(3), 179-186

• Vergara, I., Bilbao, A., Orive, M., García Gutiérrez, S., Navarro, G. y Quintana, J. M. (2012). Validation of the Spanish version of the Lawton IADL Scale for its application in elderly people. *Health Qual Life Outcomes*, 10, 1-7



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Batería corta de desempeño físico (SPPB)

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 punto) 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.	Seg: <input type="checkbox"/> Se rehúsa <input type="checkbox"/>	
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

• Izquierdo, M., Casas-Herrero, A., Zambom-Ferraresi, F., Martínez-Velilla, N., & Alonso-Bouzon, C. Guía práctica para la prescripción de un programa de entrenamiento físico multicomponente para la prevención de la fragilidad y caídas en mayores de 70 años [Internet]. Vivifrail. España: Vivifrail; 2017 [cited 2018 May 31].

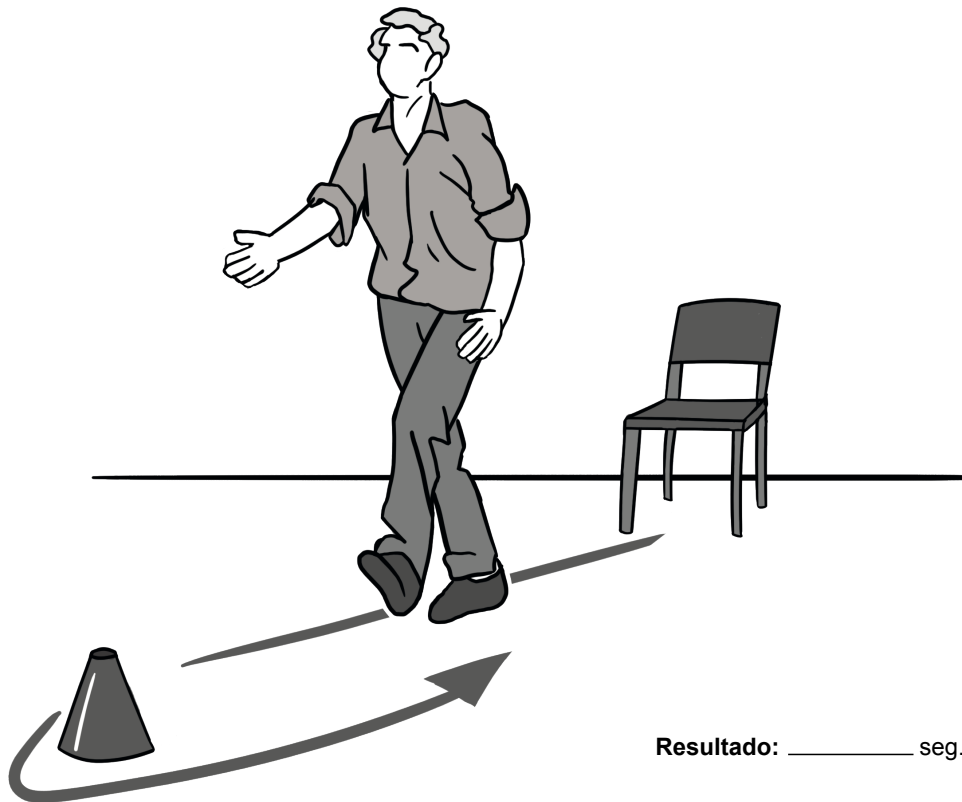
• (Modificado de Guralnik, J. M., Simonsick, E. M., Ferrucci, L., Glynn, R. J., Berkman, L. F., Blazer, D. G., ... Wallace, R. B. (1994). A Short Physical Performance Battery Assessing Lower Extremity Function: Association With Self-Reported Disability and Prediction of Mortality and Nursing Home Admission. *Journal of Gerontology*, 49(2), M85-M94. <https://doi.org/10.1093/geronj/49.2.M85>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Prueba cronometrada de levántate y anda (Get up and go)



Interpretación

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

• Podsiadlo, D., & Richardson, S. (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 Internacional*, 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 usa?

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

Observaciones:

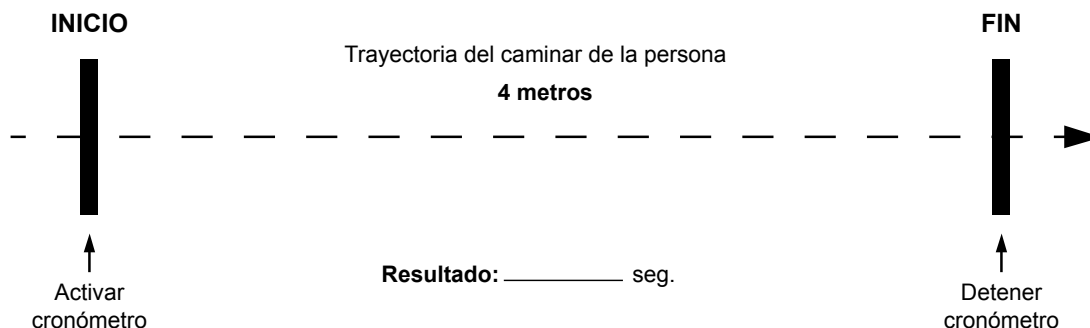
Medicamentos potencialmente inapropiados (Criterios de BEERS, criterios STOPP)



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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.

- Abizanda Soler, P., Alfonso Silguero, S. A., & Navarro López, J. L. (2015). Valoración funcional en el anciano. En P. e. Abizanda Soler, Tratado de medicina geriátrica: fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. (págs. 172-181). España: Elsevier.
- Varela Pinedo, L. F., Ortiz Saavedra, P. J., & Chavez Jimeno, H. A. (2009). Velocidad de la marcha en adultos mayores de la comunidad en Lima, Perú. Revista Médica Herediana, 20(3), 133-138. Recuperado el Octubre de 2016, de <http://bit.ly/2PnDYVK>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



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 osteoartritis 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: [(Peso hace un año – Peso actual) / Peso hace un año] * 100. Si la pérdida de peso es $\geq 5\%$ se suma un punto (+1), si es ≤ 4 se puntúa 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.

- Morley, J. E., Vellas, B., van Kan, G. A., Anker, S. D., Bauer, J. M., Bernabei, R., ... Walston, J. (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>
- Rosas-Carrasco, O., Cruz-Arenas, E., Parra-Rodríguez, L., García-González, A. I., Contreras-González, L. H., & Szlejf, C. (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 Internacional*, 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 Geriátría.



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.	1. Completamente limitada Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos, quejándose o agarrándose o capacidad limitada de sentir en la mayor parte del cuerpo.	2. Muy limitada 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.	3. Ligeramente limitada 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.	4. Sin limitaciones 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.	1. Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por sudoración, orina. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira el paciente.	2. A menudo húmeda La piel está a menudo pero no siempre húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.	3. Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4. Raramente húmeda 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.	1. Encamado/a Paciente constantemente encamado/a.	2. En silla 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.	3. Deambula ocasionalmente 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.	4. Deambula frecuentemente 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.	1. Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio en la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2. Muy limitada 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.	3. Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo/a.	4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.	1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo



Criterios	Puntuación por criterio			Puntuación por criterio
<p>NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos</p>	<p>1. Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Rara vez toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos. Está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco días.</p>	<p>2. Probablemente inadecuada 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.</p>	<p>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.</p>	<p>4. Excelente Ingiere 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.</p> <p>1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo</p>
<p>ROCE Y PELIGRO DE LESIONES</p>	<p>1. Problema Requiere moderada o máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo/a 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.</p>	<p>2. Probablemente inadecuada Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.</p>	<p>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.</p>	<p>4. Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.</p> <p>1-2 con riesgo 3-4 sin riesgo</p>

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 Geriatria.



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

• Pancorbo, PL., García, FP., Soldevilla JJ., Blasco, C. (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos técnicos GNEAUPP n° 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Índice de Barthel

Nombre: _____

Baño/Ducha	
Independiente. Se baña completo en ducha o baño. Entra y sale del baño sin ayuda, ni ser supervisado.	5
Dependiente. Necesita ayuda o supervisión.	0
Vestido	
Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, amarrarse los zapatos, abotonarse y colocarse otros complementos sin necesitar ayuda.	10
Ayuda. Necesita ayuda, pero al menos realiza la mitad de las tareas en un tiempo razonable sin ayuda.	5
Dependiente. Necesita ayuda para la mayoría de las tareas.	0
Aseo personal	
Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna, incluye lavarse la cara y las manos, peinarse, lavarse los dientes, maquillarse y afeitarse.	5
Dependiente. Necesita alguna ayuda para alguna de estas actividades.	0
Uso del retrete (taza de baño)	
Independiente. Usa el retrete o taza de baño. Se sienta, se levanta, se limpia y se pone la ropa solo.	10
Ayuda. Necesita ayuda para mantener el equilibrio sentado, limpiarse, ponerse o quitarse la ropa.	5
Dependiente. Necesita ayuda completa para el uso del retrete o taza de baño.	0
Uso de escaleras	
Independiente. Sube o baja escaleras sin supervisión, puede utilizar el barandal o bastón si lo necesita.	10
Ayuda. Necesita ayuda física o supervisión para subir o bajar escaleras.	5
Dependiente. Es incapaz de subir y bajar escaleras, requiere de ascensor o de ayuda completa.	0
Traslado cama-sillón	
Independiente. No necesita ayuda. Si usa silla de ruedas se traslada a la cama independientemente.	15
Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda para el traslado	10
Gran ayuda. Requiere de una gran ayuda para el traslado (de una persona fuerte o entrenada), es capaz de permanecer sentado sin ayuda.	5
Dependiente. Requiere de 2 personas o una grúa de transporte, es incapaz de permanecer sentado.	0



Índice de Barthel

Desplazamiento	
Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica, excepto un andador. Si utiliza prótesis ponérsela y quitársela solo.	15
Ayuda. Puede caminar al menos 50 metros, pero necesita ayuda o supervisión por otra persona (física o verbal), o utilizar andador.	10
Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros sin ayuda ni supervisión.	5
Dependiente. No camina solo o no propulsa su silla solo.	0
Control de orina	
Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, es capaz de atender solo su cuidado.	10
Incontinencia ocasional. Como máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para el cuidado de la sonda o el colector.	5
Incontinente. Episodios de incontinencia con frecuencia más de una vez en 24 horas. Incapaz de manejar solo con la sonda o colector.	0
Control de Heces	
Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si usa enemas o supositorios, se los administra solo.	10
Incontinencia ocasional. Episodios ocasionales una vez por semana. Necesita ayuda para usar enemas o supositorios	5
Incontinente. Más de un episodio por semana.	0
Alimentación	
Independiente. Capaz de utilizar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser 10 cocinada o servida por otra persona.	10
Ayuda. Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, extender la mantequilla, pero es capaz de comer solo.	5
Dependiente. Depende de otra persona para comer.	0



Identification of senior at risk hospitalized patients ISARP-HP Identificación de riesgo de hospitalización en personas mayores

Identificación de personas mayores hospitalizadas en riesgo		
Ítems, antes de la admisión hospitalaria.	Sí	No
¿Necesitaba regularmente ayuda para alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria (uso de transporte, uso de teléfono, manejo de medicación, manejo de dinero, hacer compras, preparar alimentos, labores del hogar o lavar ropa)?	1	0
¿Necesitaba algún auxiliar para deambular (bastón, andadera, muletas)?	2	0
¿Necesitaba ayuda para salir de viaje?	1	0
¿Continuó su educación después de los 14 años de edad?	0	1
<p>Puntaje: 0-1. Riesgo bajo</p> <p>Puntaje: 2-3. Riesgo intermedio</p> <p>Puntaje: 4-5. Riesgo alto</p>		
<p>Fuente: Adaptado de Asmus, K., y De Vreede, L., Flinterman, L., y Nieboer, P., y Bakker, J., y Borsboom, J., y Mackenbach, P., y Steyerberg, W., (2013). Prognosis of hospitalised older people with different levels of functioning: a prospective cohort study. <i>Age and ageing</i>, 42(6) 803–809 Recuperado de https://doi.org/10.1093/ageing/aft126</p>		

Este instrumento permite detectar el riesgo de deterioro funcional durante la hospitalización, a los tres y a los 12 meses después del egreso hospitalario. Tiene un valor predictivo positivo de 43% y un valor predictivo negativo de 85%. Su uso es parte de las recomendaciones de la Guía de Práctica Clínica: Intervenciones de rehabilitación temprana en el adulto mayor hospitalizado (Secretaría de Salud, 2013).



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Hospital Admission Risk Profile HARP

Perfil de Riesgo de Admisión Hospitalaria

Perfil de riesgo a la admisión hospitalaria Este instrumento predice riesgo de pérdida de funcionalidad					
Edad	Puntuación	Actividades instrumentales (previas a la hospitalización)	Puntuación		
				No	Si
60-75 años	0	Usar el teléfono solo	0	1	
		Salir a hacer compras	0	1	
76-84 años	1	Preparar alimentos*	0	1	
		Tareas domésticas*	0	1	
85 y más años	2	Usar transporte público	0	1	
		Tomar sólo los medicamentos	0	1	
		Manejar dinero	0	1	
<i>* A las personas que nunca realizaron estas actividades, se les otorgará la puntuación 0</i>					
Puntaje AIVD: 6-7 = 0 Puntaje AIVD: 0-5 = 2					
Mini examen abreviado del estado mental					
Orientación temporal:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Día	0	1	Registro		No repite
Repita estas 3 palabras:					Repite
Fecha	0	1	Papel	0	1
Mes	0	1	Bicicleta	0	1
Estación	0	1	Cuchara	0	1
Año	0	1			
Orientación espacial:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Lugar u hospital	0	1	Concentración		
Deletree la palabra MUNDO al revés.					
Piso	0	1			o od odn odnu odnum
Ciudad o estado	0	1	Memoria		No repite
¿Recuerda las 3 palabras que le mencioné antes?					Repite
Municipio o delegación	0	1	Papel	0	1
País	0	1	Bicicleta	0	1
			Cuchara	0	1



Hospital Admission Risk Profile HARP Perfil de Riesgo de Admisión Hospitalaria

<i>Puntaje del mini examen mental: 15 -21 = 0</i> <i>Puntaje del mini examen mental: 0 -14 = 1</i>	
Puntaje edad: Puntaje AIVD: Puntaje estado mental: Puntaje total:	Riesgo de pérdida de autonomía: 0-1: riesgo bajo 2-3: riesgo intermedio 4-5: riesgo alto
Fuente: Adaptado de: Sager, A., y Rudberg, A., y Jalaluddin, M., y Franke, T., y Inouye, K., y Landefeld, S., y Siebens, H., y Winograd, C. H., (1996). Hospital admission risk profile (HARP): identifying older patients at risk for functional decline following acute medical illness and hospitalization. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i> 44(3) 251–257 Recuperado de https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1996.tb00910.x Adaptado de Dent, E., y Perez, M., (2015). Comparison of five indices for prediction of adverse outcomes in hospitalized Mexican older adults: A cohort study. <i>Archives of Gerontology and Geriatrics</i> 60(1) 89 Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25307954/	

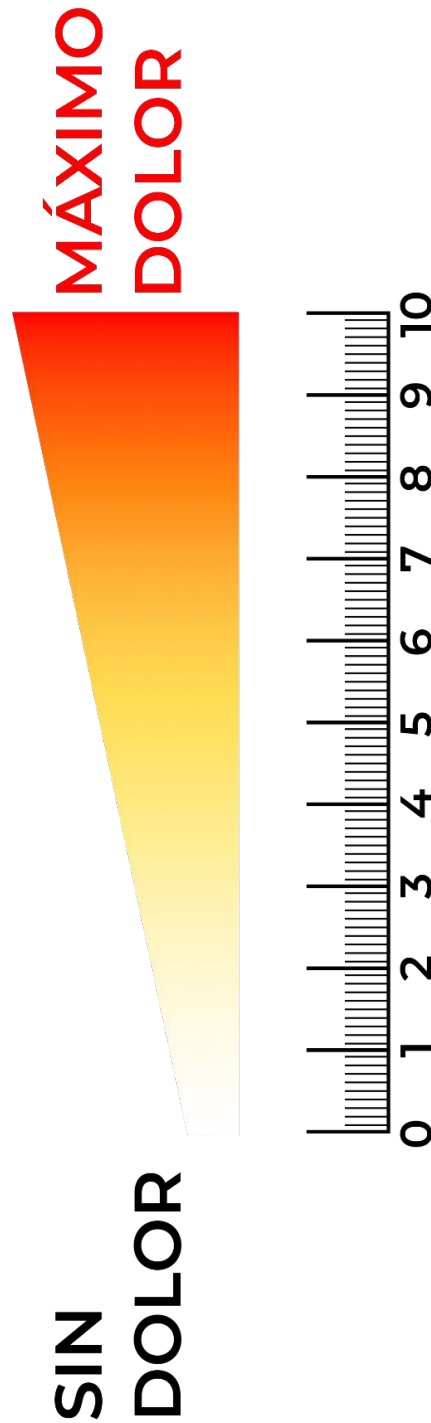


Instrumento para la detección de síndromes geriátricos SPICEES

Problemas geriátricos	Sí	No
<p>S= Integridad de la piel (Skin). Existe riesgo de úlceras por presión.</p>		
<p>P= Problemas con la nutrición. En los últimos 6 meses ha perdido una talla o 2 kg de peso sin conocer la causa. La persona mayor está muy enferma y/o es probable que esté en ayuno por más de 5 días.</p>		
<p>P= Dolor (Pain). Presenta dolor que le impide realizar actividades de la vida diaria.</p>		
<p>I= Inmovilidad. Tiene dificultad para desplazarse y realizar sus actividades.</p>		
<p>C= Confusión. Ha tenido cambios de conducta y desorientación. Se observan datos de apatía, tristeza o desinterés.</p>		
<p>E= Eliminación Ha tenido salida de orina y/o heces sin que lo pueda evitar.</p>		
<p>E= Apoyo social (Elderly support). Cuenta con cuidador primario.</p>		
<p>S= Trastornos del sueño (Sleep). Tiene problemas para dormir.</p>		



Escala Visual Análoga (EVA)



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátria.



WHODAS 2.0

Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

Este cuestionario contiene la versión administrada por entrevistador de 12 preguntas del WHODAS 2.0.

Las instrucciones para el entrevistador se escriben en negrita y cursiva - no leer éstas en voz alta.

Sección 1

<i>Las preguntas F1-F5 deben ser completadas por el entrevistador, antes de comenzar la entrevista</i>				
F1	Número de identificación del entrevistado			
F2	Número de identificación del entrevistador			
F3	Número de entrevista (1, 2, etc.)			
F4	Fecha de la entrevista	Día	Mes	Año
F5	Situación en el momento de la entrevista (seleccione sólo la opción más adecuada)	Independiente en la comunidad		1
		Necesita asistencia		2
		Hospitalizado		3

Por favor continúe en la siguiente página.



WHODAS 2.0

Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

Sección 2 Datos Demográficos y de Índole General

Esta entrevista ha sido desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) con el fin de entender mejor las dificultades que pueden tener las personas debido a sus condiciones de salud. La información que usted proporcione en esta entrevista es confidencial y será utilizada sólo para la investigación. La entrevista tardará en completarse de 5 a 10 minutos.

En el caso de entrevistados procedentes de la población general (No de población clínica), diga:

Aunque usted esté sano(a) y no tenga dificultades, me gustaría hacerle todas las preguntas incluidas en esta entrevista, para así obtener una información completa.

Comenzaré con algunas preguntas generales.

A1	Anote sexo observado	Femenino	1
		Masculino	2
A2	¿Cuántos años tiene?	_____años	
A3	¿Cuántos años en total estudió en la escuela, colegio, instituto, universidad, etc.?	_____años	
A4	¿Cuál es su estado civil actual? (Seleccione la opción más adecuada)	Nunca ha estado casado(a)	1
		Actualmente está casado(a)	2
		Separado(a)	3
		Divorciado(a)	4
		Viudo(a)	5
		Viviendo en pareja	6
A5	¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su situación laboral? (Seleccione la opción más adecuada)	Asalariado(a)	1
		Trabaja por su propia cuenta, como por ejemplo en su propio negocio o	2
		Trabajo no remunerado, como por ejemplo voluntariado, obras de caridad, etc.	3
		Estudiante	4
		Responsable de los quehaceres de la casa	5
		Jubilado(a)	6
		Desempleado(a) (por motivos de salud)	7
		Desempleado(a) (por otros motivos)	8
Otras (especifique) _____	9		

Por favor continúe con la página siguiente.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



WHODAS 2.0

Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

Sección 3 Preámbulo

Diga al entrevistado:

La entrevista es acerca de las dificultades que tienen las personas debido a las condiciones de salud.

Entregue la tarjeta #1 al entrevistado

Por “condición de salud” me refiero a una enfermedad u otros problemas de salud de corta o larga duración, lesiones, problemas mentales o emocionales (o de los nervios) y problemas relacionados con el uso de alcohol o drogas.

Le recuerdo que, cuando conteste a las preguntas, piense en todos sus problemas de salud. Cuando le pida que me hable acerca de las dificultades que tiene a la hora de realizar una actividad, por favor, tome en consideración.

Señale la tarjeta #1

Aumento del esfuerzo
Malestar o dolor
Lentitud
Cambios en el modo en que realiza la actividad

Diga al entrevistado:

A lo largo de toda esta entrevista, cuando esté respondiendo a cada pregunta me gustaría que pensara en los últimos 30 días. Me gustaría que respondiera a estas preguntas pensando en cuánta dificultad tiene usted cuando realiza esta actividad según acostumbra a hacerlo.

Entregue la tarjeta #2 al entrevistado:

Cuando responda a las preguntas, utilice esta escala

Lea la escala en voz alta:

Ninguna, Leve, Moderada, Severa, Extrema/No puede hacerlo

Asegúrese de que el entrevistado pueda ver fácilmente las tarjetas # 1 y # 2 durante toda la entrevista

Por favor continúe con la página siguiente.



WHODAS 2.0

Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

Sección 4 Preguntas principales

Muestre la tarjeta #2 al entrevistado

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
S1	Estar de pie durante largos periodos de tiempo, ¿como por ejemplo 30 minutos?	1	2	3	4	5
S2	¿Cumplir con sus quehaceres de la casa?	1	2	3	4	5
S3	Aprender una nueva tarea, ¿como por ejemplo llegar a un lugar nuevo?	1	2	3	4	5
S4	¿Cuánta dificultad ha tenido para participar, al mismo nivel que el resto de las personas, en actividades de la comunidad (por ejemplo, fiestas, actividades religiosas u otras actividades)?	1	2	3	4	5
S5	¿Cuánto le ha afectado emocionalmente su "condición de salud"?	1	2	3	4	5

En los últimos 30 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para:		Ninguna	Leve	Moderada	Severa	Extrema / No puede hacerlo
S6	¿Concentrarse en hacer algo durante diez minutos?	1	2	3	4	5
S7	¿Andar largas distancias, como un kilómetro [o algo equivalente]?	1	2	3	4	5
S8	¿Lavarse todo el cuerpo (Bañarse)?	1	2	3	4	5
S9	¿Vestirse?	1	2	3	4	5
S10	¿Relacionarse con personas que no conoce?	1	2	3	4	5
S11	¿Mantener una amistad?	1	2	3	4	5
S12	¿Llevar a cabo su trabajo diario o las actividades escolares?	1	2	3	4	5



WHODAS 2.0

Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

H1	¿En los últimos 30 días, durante cuántos días ha tenido esas dificultades?	Anote el número de días
H2	En los últimos 30 días, ¿cuántos días no pudo realizar ninguna de sus actividades habituales o en el trabajo debido a su condición de salud?	Anote el número de días
H3	En los últimos 30 días, sin contar los días que no pudo realizar nada de sus actividades habituales, ¿cuántos días tuvo que recortar o reducir sus actividades habituales o en el trabajo, debido a su condición de salud?	Anote el número de días



WHODAS 2.0

Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0



WHODAS 2.0
CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0

Tarjeta 1

Condiciones de Salud:

- Enfermedad u otros problemas de salud
- Heridas, lesiones
- Problemas mentales o emocionales
- Problemas con al alcohol
- Problemas con drogas

Tener dificultades con una actividad quiere decir:

- Mayor esfuerzo
- Molestia o dolor
- Lentitud o torpeza
- Cambios en la forma o modo en que realiza la actividad

Tenga en cuenta sólo los últimos 30 días

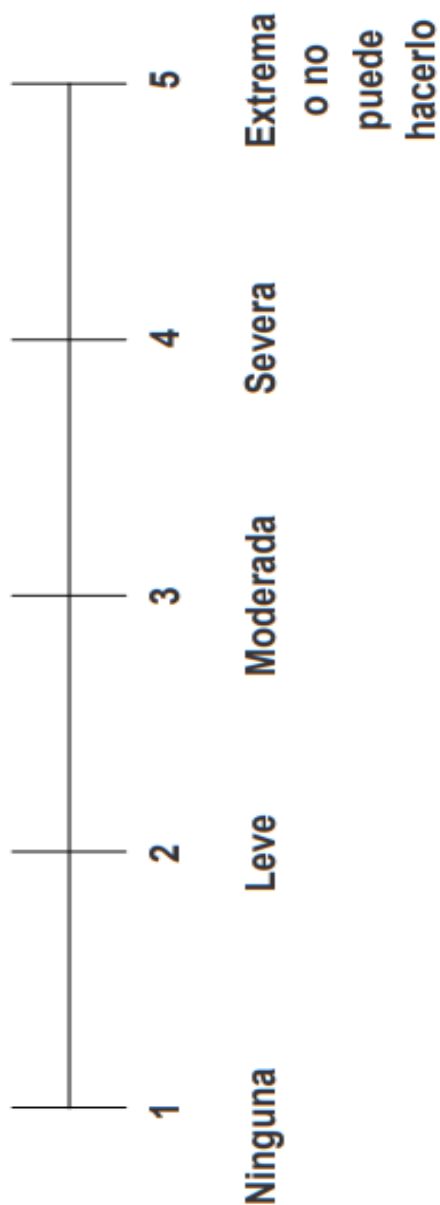


WHODAS 2.0

Cuestionario para evaluar la discapacidad WHODAS 2.0

Tarjeta 2

WHODAS 2.0
CUESTIONARIO PARA LA
EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD 2.0



WHOQOL-OLD

Cuestionario sobre la calidad de vida en personas mayores

Nombre: _____

Fecha: _____

Instrucciones: Le voy a preguntar sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y temas que pueden ser importantes para usted como miembro o persona adulta mayor de la sociedad. Si usted está inseguro sobre cuál es su respuesta, conteste la que considere más apropiada. Esta es con frecuencia, la primera respuesta que dé a la pregunta.

Por favor tenga en mente sus costumbres, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pido que piense de su vida en **las dos últimas semanas** y va a contestar con unas tarjetas que le voy a enseñar y que le pueden ayudar a responder las preguntas. Por ejemplo, pensando acerca de las dos últimas semanas, una pregunta que podría hacerle sería:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
0	¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?	1	2	3	4	5

Usted debe contestarme de acuerdo a su preocupación por el futuro durante las dos últimas semanas. De esta manera debe decir "bastante" si hubiera estado muy preocupado por su futuro. O contestar "nunca" si no se preocupó por el futuro en las dos últimas semanas.

Por favor escuche con atención cada pregunta, evalúe sus pensamientos y sentimientos, y conteste señalando la respuesta que mejor lo describa.

Las siguientes preguntas se refieren a **cuánto** ha experimentado sobre ciertos aspectos en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Regular	Bastante	Completamente
1	¿Qué tanto siente que la alteración de sus sentidos (audición, visión, etc.) afecta su vida diaria?	1	2	3	4	5
2	¿Qué tanto la pérdida de audición, visión, olfato, etc., afecta su capacidad para llevar a cabo actividades en la vida diaria?	1	2	3	4	5
3	¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5
4	¿Qué tanto siente que tiene control sobre su futuro?	1	2	3	4	5
5	¿Qué tanto siente que las personas que le rodean respetan su libertad?	1	2	3	4	5
6	¿Qué tanto le preocupa la manera en que morirá?	1	2	3	4	5



WHOQOL-OLD

Cuestionario sobre la calidad de vida en personas mayores

7	¿Cuánto miedo siente de no ser capaz de controlar su muerte?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánto le asusta morir?	1	2	3	4	5
9	¿Cuánto teme tener dolor antes de morir?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas son acerca de **qué tanto ha sido capaz de llevar a cabo** ciertas cosas en las dos últimas semanas:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Completamente
10	¿Qué tanto sus problemas sensoriales (de audición, visión, etc.) afectan su capacidad para relacionarse con otras personas?	1	2	3	4	5
11	¿Cuánta capacidad tiene para realizar las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
12	¿Qué tanto está satisfecho/a con las oportunidades que tiene para seguir logrando cosas en su vida?	1	2	3	4	5
13	¿Cuánto siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	1	2	3	4	5
14	¿Qué tanto siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas le piden contestar sobre **qué tan bien, feliz o satisfecho/a** se ha sentido usted acerca de varios aspectos de su vida durante las dos últimas semanas:

		Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Me da igual	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
15	¿Qué tan satisfecho/a está con lo que ha conseguido en su vida?	1	2	3	4	5
16	¿Qué tan satisfecho/a está con la manera de utilizar su tiempo?	1	2	3	4	5
17	¿Qué tan satisfecho está con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
18	¿Qué tan satisfecho está con sus oportunidades para participar en actividades de la comunidad?	1	2	3	4	5



WHOQOL-OLD

Cuestionario sobre la calidad de vida en personas mayores

		Muy descontento/a	Descontento/a	Me da igual	Contento/a	Muy contento/a
19	¿Qué tan contento está con las cosas que le ilusionan?	1	2	3	4	5
		Muy malo	Malo	Regular	Bueno	Muy bueno
20	¿Cómo diría que es su funcionamiento sensorial (por ejemplo, audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas se refieren a cualquier **relación íntima** que pueda tener.

		Ninguna	Pocas	Moderadamente	Muchas	Todas
21	¿Cuántas oportunidades tiene para amar?	1	2	3	4	5
22	¿Cuántas oportunidades tiene de ser amado/a?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderadamente	Bastante	Completamente
23	¿Qué tan acompañado se siente en su vida?	1	2	3	4	5
24	¿Cuánto amor experimenta en su vida?	1	2	3	4	5

¿Tiene usted algún comentario acerca de la evaluación?

GRACIAS POR SU AYUDA



Anexos: visual

Valoración de la agudeza visual con Carta de Snellen

E	1	20/200
F P	2	20/100
T O Z	3	20/70
L P E D	4	20/50
P E C F D	5	20/40
E D F C Z P	6	20/30
F E L O P Z D	7	20/25
D E F P O T E C	8	20/20
L E F O D P C T	9	
F D P L T C E O	10	
P E Z O L O F T D	11	

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		Déficit visual moderado: Agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60	
Déficit 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:

- Akpek, E. K. y Smith, R. A. (2013). Overview of age-related ocular conditions. Am J Manag Care, 19(S5), S67-S75
- Martín Herranz, R. y Vecilla Antolinez, G. (2011). Manual de optometría. México: Editorial Médica Panamericana.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 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	<input type="checkbox"/>	Requiere valoración especializada.	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	Requiere valoración especializada.	<input type="checkbox"/>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátria.



Anexos: auditivo

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.

Oído izq.  Oído der.

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:

- Pirozzo, S., Papinczak, T. y Glasziou, P. (2003). DWhispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *BMJ*, 327 (25), 1-5.
- Strawbridge, W., Wallhagen, M. (2017). Simple test compare well with a hand-held audiometer for hearing loss screening in primary care. *J Am Geriatr Soc*, 65 (10): 2282-2284. Doi: 10.1111/jgs. 15044.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Anexos: vitalidad

Mini-evaluación nutricional – formato corto Mini-Nutritional Assessment – Short Form ®

Cribaje

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

0 = ha comido mucho menos

1 = ha comido menos

2 = ha comido igual

B. Pérdida reciente de peso (< 3 meses)

0 = pérdida de peso > 3 kg

1 = no lo sabe

2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg

3 = no ha habido pérdida de peso

C. Movilidad

0 = de la cama al sillón

1 = autonomía en el interior

2 = sale del domicilio

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

0 = sí 2 = no

E. Problemas neuropsicológicos

0 = demencia o depresión grave

1 = demencia moderada

2 = sin problemas psicológicos

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

0 = IMC < 19 kg/m²

1 = IMC ≤ 19 < 21 kg/m²

2 = IMC ≤ 21 < 23 kg/m²

3 = IMC ≥ 23 kg/m²

F2. Perímetro de la pantorrilla (cm):

0 = < 31 cm

1 = ≥ 31 cm

Interpretación:

Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido

- Sin desnutrición: 12 - 14 puntos
 Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos
 Desnutrición: 0 - 7 puntos

Resultado:

• Vellas, B., Guigoz, Y., Garry, P.J., et ál. (1999). The Mini Nutritional Assessment (MNA) and its use in grading the nutritional state of elderly patients. *Nutrition*;15(2):116. PMID: 9990575.

• Rubenstein, L. Z., Harker, J. O., Salvà, A., Guigoz, Y., et ál. (2001). Screening for undernutrition in geriatric practice: developing the short-form mini nutritional assessment (MNA-SF). *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*, 56(6), M366. PMID: 11382797.

• Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Ramsch, C., et ál. (2009). Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. *J Nutr Health Aging*; 13(9):782. PMID: 19812868.

• Nestlé Nutrition Institute. (2013). Cribado nutricional tan sencillo como MNA. Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment (MNA®). Cribar e intervenir. La nutrición puede hacer la diferencia. Disponible en: <https://goo.gl/krmhRt>



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



SARC-F

Objetivo:

Identificar la presencia de probable sarcopenia en la persona mayor.

Instrucciones:

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

Datos de la persona mayor

Nombre completo: _____

Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Preguntas		Puntaje
Strength (Fuerza)	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kg?	Ninguna = 0 Alguna = 1 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

4 o más puntos = Alta probabilidad de sarcopenia.

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

Referencias:

- Tomado de: Parra-Rodríguez L, et al. 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. PMID: 27815111.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.





Anexos: entorno



Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad

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



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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Considera que el flujo vehicular en su colonia le permite realizar actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene usted el tiempo para realizar actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Sabe usted como iniciar un programa seguro de actividad física en casa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<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>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted realiza actividad física en su trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cuando usted ha acudido a consulta, ¿Le han prescrito realizar actividad física?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Los sectores público y privado realizan actividades de participación para adultos mayores en su comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Usted participa en actividades comunitarias: (recreación, actividades físicas, sociales o espirituales)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Considera que la ubicación es conveniente para usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Considera que el horario es conveniente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿La admisión para participantes es abierta?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿El precio para participar constituye algún problema para usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Conoce usted la gama de actividades que puede realizar en su comunidad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene interés en llevarlas a cabo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Considera usted que las actividades alientan/estimulan la participación de personas de diferentes edades?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



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



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

Barreras para la movilidad dentro de su domicilio

Barreras para la movilidad en el transporte

Barreras para la movilidad fuera de su domicilio

Otras: _____

Barreras para la accesibilidad a dispositivos auxiliares

Presencia de barreras

Ausencia de barreras

Barreras para la realización de actividades de participación social / recreación

Presencia de barreras

Ausencia de barreras

• Pancorbo, PL., García, FP., Soldevilla JJ., Blasco, C. (2009). Escalas e instrumentos de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión. Serie Documentos técnicos GNEAUPP n° 11. Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas. Logroño.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



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="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4. ¿Le han aventado algún objeto?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PSICOLÓGICO					
6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. ¿Le han aislado o le han corrido de la casa?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
9. ¿Le han hecho sentir miedo?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
10. ¿No han respetado sus decisiones?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
11. ¿Le han prohibido salir o que la visiten?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NEGLIGENCIA					
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ECONÓMICO					
16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
17. ¿Le han quitado su dinero?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SEXUAL					
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Total: /22

 Maltrato: Sí 1
 No 0

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 Internacional*, 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 Geriátría.



Escala de recursos sociales Older American and Resource Socials (OARS)

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.



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 llamaran? (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 Internacional*, 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 Geriátría.



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:

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



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



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?

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

¿Tiene usted relación con amigos?

Sí _____ No _____

Sí _____ No _____

Sí _____ No _____

Análisis de las relaciones

Cónyuge

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con su cónyuge?

¿Qué tipo de apoyo le proporciona la relación con su cónyuge?

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con su cónyuge?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 1

a _____ b _____ 2

1 _____ 2 _____ 3 _____ 3

Hijos

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus hijos?

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan sus hijos?

¿En qué grado está satisfecho de la relación que tiene con sus hijos?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 1

a _____ b _____ 2

1 _____ 2 _____ 3 _____ 3

Familiares próximos

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus familiares o parientes?

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estos familiares?

¿En qué grado está satisfecho de la relación con estas personas?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 1

a _____ b _____ 2

1 _____ 2 _____ 3 _____ 3

Amigos

¿Con qué frecuencia ve y habla usted con sus amigos?

¿Qué tipo de apoyo le proporcionan estas personas?

¿En qué grado está satisfecho de la relación con sus amigos?

1 _____ 2 _____ 3 _____ 1

a _____ b _____ 2

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

- Díaz-Veiga P. Redes sociales y comportamiento afectivo en ancianos. Memoria de licenciatura de Psicología. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid. 1985.



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.



Escala Lubben de red social 6 ítems (LSNS-6)

LUBBEN-6 para red de apoyo social.

Considerando como tal a las personas con las que usted tiene algún parentesco:

¿Con cuántos familiares tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?

0 = 0 puntos
1 = 1 punto
2 = 2 puntos
3 o 4 = 3 puntos
de 5 a 8 = 4 puntos
9 o más = 5 puntos

¿Con cuántos familiares se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?

0 = 0 puntos
1 = 1 punto
2 = 2 puntos
3 o 4 = 3 puntos
de 5 a 8 = 4 puntos
9 o más = 5 puntos

¿A cuántos familiares los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?

0 = 0 puntos
1 = 1 punto
2 = 2 puntos
3 o 4 = 3 puntos
de 5 a 8 = 4 puntos
9 o más = 5 puntos

AMIGOS

Considerando como tales a aquellos con quienes tiene algún vínculo, pero no son familiares

¿Con cuántos amigos tiene usted contacto personal o telefónico al menos una vez por mes?

0 = 0 puntos
1 = 1 punto
2 = 2 puntos
3 o 4 = 3 puntos
de 5 a 8 = 4 puntos
9 o más = 5 puntos

¿Con cuántos amigos se siente usted cómodo para conversar con facilidad sobre los asuntos privados que a usted le preocupan?

0 = 0 puntos
1 = 1 punto
2 = 2 puntos
3 o 4 = 3 puntos
de 5 a 8 = 4 puntos
9 o más = 5 puntos

¿A cuántos amigos los siente usted lo suficientemente cercanos como para llamarlos en caso de necesitar ayuda?

0 = 0 puntos
1 = 1 punto
2 = 2 puntos
3 o 4 = 3 puntos
de 5 a 8 = 4 puntos
9 o más = 5 puntos



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, 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 Geriátría.

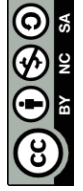


Evaluación del espacio de la vida (LSA)

Nombre: _____

Fecha: _____

Nivel del espacio de vida		Frecuencia				Independencia		Puntaje
¿Durante las últimas cuatro semanas ha estado?		¿Con que frecuencia lo hace?				¿Usa algún dispositivo de ayuda? ¿Necesita ayuda de otra persona?		Nivel Frecuencia Independencia
En otras habitaciones además de la habitación donde duerme	Si	No	1 vez a la semana	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	Diario	1= asistencia personal 1.5= equipo de apoyo 2= sin ningún apoyo	
	1	0	1	2	3	4		
Puntuación:								
Un área fuera de su casa, como su terraza o patio, pasillo (de un edificio de apartamentos) o garaje, en su propio patio o entrada	Si	No	1 vez a la semana	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	Diario	1= asistencia personal 1.5= equipo de apoyo 2= sin ningún apoyo	
	2	0	1	2	3	4		
Puntuación:								
lugares en su vecindario, que no sean su propio patio, casa o departamento	Si	No	1 vez a la semana	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	Diario	1= asistencia personal 1.5= equipo de apoyo 2= sin ningún apoyo	
	3	0	1	2	3	4		
Puntuación:								
lugares fuera de su vecindario, pero dentro de su ciudad	Si	No	1 vez a la semana	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	Diario	1= asistencia personal 1.5= equipo de apoyo 2= sin ningún apoyo	
	4	0	1	2	3	4		
Puntuación:								
Lugares fuera de tu ciudad.	Si	No	1 vez a la semana	1-3 veces por semana	4-6 veces por semana	Diario	1= asistencia personal 1.5= equipo de apoyo 2= sin ningún apoyo	
	5	0	1	2	3	4		
Puntuación:								
Puntuación total:						Puntuación total:		



Adaptación de la Escala Gijón de valoración social-familiar

Objetivo: Detectar situaciones de riesgo y problemas sociales en personas adultas mayores.

Evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vivienda, relaciones y contactos sociales, apoyos de la red social y situación económica.

ÁREA	CRITERIO	VALOR	VALOR OBTENIDO
A. SITUACIÓN FAMILIAR	Vive con familia sin dependencia física /psíquica	1	
	Vive con cónyuge de similar edad	2	
	Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	3	
	Vive solo y tiene hijos próximos	4	
	Vive solo y carece de hijos o viven alejados	5	
B. SITUACIÓN ECONÓMICA	> 8 a 19 o más veces el salario mínimo mensual	1	
	1 a 8 veces el salario mínimo mensual	2	
	Desde el salario mínimo mensual a pensión mínima contributiva	3	
	Pensión no contributiva \$1925.00 mensual (Programa de Pensión Alimentaria para adultos Mayores actualizado a 2022)	4	
	Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	5	
C. VIVIENDA	Adecuada a necesidades	1	
	Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (escalones, puertas estrechas, baños...)	2	
	Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción...)	3	
	Ausencia de elevador (en caso de ser necesario), teléfono	4	
	Vivienda inadecuada (chozas, con equipamientos mínimos, daño estructural de la vivienda)	5	
D. RELACIONES SOCIALES	Relaciones sociales	1	
	Relación social sólo con familia y vecinos	2	
	Relación social sólo con familia o vecinos	3	
	No sale del domicilio, recibe visitas	4	
	No sale y no recibe visitas	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 Geriátría.



Adaptación de la Escala Gijón de valoración social-familiar

E. APOYO DE LA RED SOCIAL	Con apoyo familiar y vecinal	1	
	Voluntariado social, ayuda domiciliaria	2	
	No tiene apoyo	3	
	Pendiente del ingreso en residencia geriátrica	4	
	Tiene cuidados permanentes	5	
TOTAL			

Puntuación final:

- **< 10 puntos:** normal o riesgo social bajo.
- **10-16 puntos:** riesgo social intermedio. Referir a Trabajo Social.
- **> 17 puntos:** riesgo social elevado (problema social) Referir a Trabajo Social.



Spanish Revised Memory and Behavior Problems Checklist Scale (SpRMBPC)

Lista en español revisada de verificación de problemas de memoria y comportamiento

Problemas del / la paciente	¿Cuántas veces ocurrió en la última semana?						¿Cuanto lo afectó a usted?					
	No Ocurrió	Ocurrió, pero no en la Última Semana	1 o 2 veces en la Última Semana	3 a 6 veces en la Última Semana	Todos Los días	No sé	Nada	Un poco	Moderadamente	Mucho	Muchísimo	No sé
1) Que el/la paciente pregunte muchas veces lo mismo												
2) Que tenga problemas para acordarse cosas recientes (por ejemplo, noticias del diario o de la televisión)												
3) Que tenga problemas para acordarse cosas relevantes del Pasado												
4) Que pierda cosas o no sepa dónde las pone												
5) Que se olvide qué día es												
6) Que empiece algo y no lo termine												
7) Que haya tenido dificultad para concentrarse en una tarea												
8) Que destruya cosas												
9) Que haya hecho cosas que a ud. lo/a incomodaron o avergonzaron												
10) Que lo/a despierte a ud. o a otros miembros de la familia durante la noche												



Evaluación de sobrecarga del cuidador (Zarit & Zarit)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____ Folio: _____

	PREGUNTAS	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que la persona que cuida le pide más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido a las horas que le dedica a la persona que cuida no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de la persona que atiende con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por la conducta de la persona que cuida?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de la persona que cuida?					
6	¿Piensa que el cuidar a la persona que usted atiende afecta negativamente la relación que tiene con otros miembros de la familia de la persona que cuida?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de la persona que cuida?					
8	¿Piensa que la persona que cuida depende de usted?					
9	¿Se siente tenso cuando está cerca de la persona que cuida?					
10	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a la tarea o trabajo de cuidador?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a la tarea o trabajo de cuidador?					
12	¿Piensa que su vida social se ha visto afectada de manera negativa por tener que fungir como cuidador?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades por ser cuidador?					
14	¿Piensa que la persona que atiende considera que sólo usted la puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos por fungir como cuidador?					
16	¿Piensa que no será capaz de fungir como cuidador por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a fungir como cuidador?					
18	¿Desearía dejar de fungir como cuidador?					
19	¿Se siente indeciso sobre qué hacer con la persona que cuida?					
20	¿Piensa que debería hacer más por la persona que cuida?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a la persona que atiende?					
22	Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de ser cuidador?					

Puntaje total:



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 Geriátría.



Anexos: métricos

Se efectuó una búsqueda específica con el objetivo de obtener los valores métricos de los diversos instrumentos que conforman la guía de instrumentos de evaluación de la capacidad funcional. Se priorizó obtener los valores métricos de estudios hechos en población mexicana o en su defecto en población latina, México-Americana, Española o en el menor de los casos población extranjera.

En el caso de no contar con la información se escribió una leyenda que explica el valor o la importancia de realizar dicha prueba.

- la confiabilidad de un instrumento de medición se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados.
- la validez, se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir.

Sampieri, R. H., Collado, C. F., y Lucio, P. B. (1998). Metodología de la investigación. McGraw-Hill Education.

Cognitivo

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo
Fluencia verbal semántica (animales)	90%	94%	90%

Carnero-Pardo, C., y Lendínez-González, A. (1999). Utilidad del test de fluencia verbal semántica en el diagnóstico de demencia. *Revista de Neurología*, 29(8), 709-14
Recuperado de <https://doi.org/10.33588/rn.2908.99233>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Intervalo de confianza
MINI-COG™	76-99%	89-93%	95%

Hartford Institute for geriatric nursing. (2017). Mental Status Assessment of Older Adults: The Mini-Cog. Recuperado de <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/mental-status-assessment-older-adults-mini-cog>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva
MMSE	97%	88%	0.849

Gutiérrez-Robledo, L., y Ávila-Ávila, A. y Negrete-Robledo, I., y Blanco-Campero, E., (2020). Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral. México. Instituto Nacional de Geriátrica <http://www.geriatria.salud.gob.mx>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva
MoCA	80%	75%	0.886

Samudio Cruz, A., y Palacios García, A., y Mimenza Alvarado, A., y Gutiérrez Gutiérrez, L., y Ávila Funes, J., y Aguilar Navarro, S., (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 Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.003>

Escala	Confiabilidad	Validez
GPCOG	87%	0.84 alfa de Cronbach

Brodsky, H., y Dimity, P., y Nicola, M., y Georgina, L., y Louise, H., (2002) The GPCOG: A New Screening Test for Dementia Designed for General Practice. Journal of the American geriatrics society 50, 530-534 Recuperado de <https://doi.org/10.1046/j.1532-5415.2002.50122.x>

Escala	Sensibilidad
Prueba de categorías de Isaacs	97%

Pascual, L., y Martínez, J., y Modrego, P., y Mostacero, E., y López del Val, J., y Morales, F., (1990). Análisis de tareas de fluidez verbal semántica en personas diagnosticadas de la enfermedad de Alzheimer y adultos sanos. Revista de Investigación en Logopedia, 4, 112-131 Recuperado de <https://doi.org/10.5209/rlog.58664>

Escala	Confiabilidad	Validez
NIP-Q	0.89 escala de síntomas totales	0.879 escala de síntomas totales
	0.90 escala de angustia	0.92 escala de angustia

Boada, M., y Cejudo, J., y Tárraga, L., y López, O., y Kaufer, D., (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI)* [Neuropsychiatric inventory questionnaire (NPI-Q): Spanish validation of an abridged form of the Neuropsychiatric Inventory (NPI)]. *Neurología (Barcelona, Spain)*, 17(6), 317–323. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12084358/>

Escala	Confiabilidad
Atenas	0.90

Neciares, A., y Jiménez, A., (2005). Estudio de validación de la traducción al español de la escala Atenas de insomnio. *Salud Mental*. 28 (5) 34-39
Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v28n5/0185-3325-sm-28-05-34.pdf>



Escala	Sensibilidad	Especificidad
Escala geriátrica de depresión de 15 ítems	92%	81%

García, C., y Wagner, F., y Sánchez, S., y Juárez, T., y Espinel, C., y García, K., y Franco, F., y Gallo, J., (2008) Depressive Symptoms Among Older Adults in Mexico City 23, 1973–1980 Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/s11606-008-0799-2>

Ochoa, A., y López, M., y Michelle, N., y Martínez, J., y García, E., y Kunik, D., (2021) Self-report depression screening measures for older Hispanic/Latin American adults: A PRISMA systematic review 294, 1-9 Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.049>

Escala	Sensibilidad	Especificidad
Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos (CESD-7)	83.3%	90.2%

Salinas, A., y Manrique, B., y Acosta, I., y Franco, A., y Rosas, O., y Gutiérrez Robledo, L., y Sosa, A., (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, 279-285 Recuperado de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v56n3/v56n3a14.pdf>

Ochoa, A., y López, M., y Michelle, N., y Martínez, J., y García, E., y Kunik, D., (2021) Self-report depression screening measures for older Hispanic/Latin American adults: A PRISMA systematic review 294, 1-9 Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.06.049>

Escala	Sensibilidad	Especificidad
PHQ-9	0.85 (0.79 a 0.89)	0.85 (0.82 a 0.87)

Negeri, Z., y Brooke, L., y Ying, S., y Chen, H., y Ankur, K., (2021). Accuracy of the Patient Health Questionnaire-9 for screening to detect major depression: updated systematic review and individual participant data meta-analysis. British Medical Journal 375 Recuperado de <https://doi.org/10.1136/bmj.n2183>

Escala	Confiabilidad	Validez
Inventario de ansiedad de Beck	r=0.861	0.911 alfa de Cronbach

Robles, R., y Varela, R., y Jurado, S., y Páez., (2001) Psychometric properties of the Beck Anxiety Inventory (BAI) in the general population of Mexico. Ansiedad y estrés 26 118- 187 Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.anyes.2020.08.002>

Escala	Confiabilidad
Escala de soledad de 3 ítems	0.72

Hughes, E., y Waite, L., y Hawkey, C., y Cacioppo T., (2004). Short Scale for Measuring Loneliness in Large Surveys: Results from Two Population-Based Studies. Research on Aging 26 (6) Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0164027504268574>



Funcionamiento

Escala	
Índice de Katz	<p>Aunque no hay formalmente una validación, reportes pueden ser encontrados en la literatura.</p> <p>Esta herramienta es usada extensamente como una señal de las habilidades funcionales de personas mayores en lugares de estancia o en la práctica clínica.</p>

Hartford Institute for geriatric nursing. (2018). Katz Index of Independence in Activities of Daily Living (ADL) Recuperado de <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/katz-index-independence-activities-daily-living-adl>

Escala	
Índice de Lawton	<p>Se han realizado pocos estudios para probar las propiedades psicométricas de la escala Lawton.</p>

Hartford Institute for geriatric nursing. (2018). The Lawton Instrumental Activities of Daily Living (IADL) Scale Recuperado de <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/lawton-instrumental-activities-daily-living-iadl-scale>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva
SPPB	82-100%	36-41%	0.644-0.770

Phu, S., y Kirk, B., y Bani, H., y Sara, V., y Jesse, Z., y Solange, B., y Duque, G., (2020). The diagnostic value of the Short Physical Performance Battery for sarcopenia. BMC Geriatrics 242 Recuperado de <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01642-4>

Escala	Sensibilidad	Especificidad
Timed Up And Go	87%	87%

Shumway, A., y Brauer, S., y Woollacott, M., (2000). Predicting the probability for falls in community-dwelling older adults using the Timed Up & Go Test. *Physical therapy*. 80 (9) 896-903 Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10960937/>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva
FRAIL	50%	84.4%	0.632

La escala FRAIL se adaptó con éxito al español de México y se validó en adultos mexicanos residentes en la comunidad.

Rosas, O., y Cruz, E., y Parras, L., y García, A., y Contreras, L., y Szlejf, C., (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 Recuperado de 10.1016/j.jamda.2016.07.008

Escala	Confiabilidad
Índice de Barthel	95%.

Duarte, R., y Velasco, A., (2021). Validación psicométrica del índice de Barthel en adultos mayores mexicanos. *Horizonte Sanitario*. 21 (1) 113-120 Recuperado de <https://doi.org/10.19136/hs.a21n1.4519>

Escala	Confiabilidad
WHODAS 2.0	0.98.

Organización Mundial de la Salud. (2015). *Medición de la Salud y la discapacidad, Manual para el cuestionario de la Discapacidad de la OMS, WHODAS 2.0.* (1ª ed.). Recuperado de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1

Escala	Sensibilidad		Área bajo la curva	Intervalo de confianza
Velocidad de la marcha	78%	73%	0.85	95%

Paz, L., y Faraldo, M., y Bugarín. R., (2019). Empleo de la velocidad de la marcha como indicador de fragilidad. Red Española de Agencias de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y Prestaciones del SNS. Agencia Gallega para la Gestión del Conocimiento en Salud (ACIS), Unidad de Asesoramiento Científico-técnico (1ª ed.).

Recuperado de https://avalia-t.sergas.gal/DXerais/823/avalia-t201703test-fragilidad_DEF_MOD.pdf

Pamoukdjian, F., y Paillaud, E., y Zelek, L., y Laurent, M., y Landre, T., y Sebbane, G., (2015). Measurement of gait speed in older adults to identify complications associated with frailty: A systematic review. *Journal of Geriatric Oncology* 6 (6) 484-496

Recuperado de <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2015.08.006>

López, T., y Gutiérrez-Robledo, M., y Pérez, U., (2014). Gait Speed and Handgrip Strength as Predictors of Incident Disability in Mexican Older Adults. *The Journal of frailty & aging*, 3(2), 109-112. Recuperado de <https://doi.org/10.14283/jfa.2014.10>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva	Valor predictivo positivo
Escala de Norton	33.9-100%	50-62.7%	0.816	43.6-50.2

Díaz, R., y Milena, Z., y Parra, D., y Camargo-Figueroa, F., (2017). Validación e índices de calidad de las escalas de Braden y Norton. *Gerokomos* 28(4) 200-204

Recuperado de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000400200&lng=es&tIng=es.

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva
Escala de Braden	83-100%	64-90%	0.8

Hartford Institute for geriatric nursing. (2014). Predicting Pressure Injury Risk. Recuperado de <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/predicting-pressure-injury-risk>

Guillermína, A., y Jiménez, J., (2012). Protocolo para la prevención y manejo de úlceras por presión en pacientes hospitalizados. Secretaria de salud. Recuperado de [http://inger.gob.mx/Protocolo para la prevención y manejo de úlceras por presión](http://inger.gob.mx/Protocolo%20para%20la%20prevenci%C3%B3n%20y%20manejo%20de%20%C3%BAlceras%20por%20presi%C3%B3n)

Escala	
Riesgo de caídas de Downton	Se detectó una disparidad de la versión española de la escala Downton, ampliamente difundida en hospitales de nuestro medio. Esta disparidad consiste en una asignación diferente en la puntuación respecto a la original en 3 de sus ítems, concretamente en «otros medicamentos», «deambulación segura con ayuda» y «deambulación imposible», a los que la autora asignó un valor de 0 en la versión original, mientras que en la versión traducida al español se asigna un valor de 1 si están presentes.

Aranda-Gallardo, M., y Morales, A., y Canca, J., y Morales, A., (2015). Consecuencias de los errores en la traducción de cuestionarios: versión española de índice Downton. Revista de calidad asistencial. 30 (4) 195-202 Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26068277/>



Escala	Sensibilidad	Especificidad
Aplicación móvil Peek Acuity	85%	98%

Bastawrous, A., y Rono, H., y Livingstone, I., (2015). Development and Validation of a Smartphone-Based Visual Acuity Test (Peek Acuity) for Clinical Practice and Community-Based Fieldwork. Archives of Ophthalmology. 133 (8) 930-937
Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26022921/>

Escala	Sensibilidad	Especificidad
carta de pared de Snellen	85%	98%

Bastawrous, A., y Rono, H., y Livingstone, I., (2015). Development and Validation of a Smartphone-Based Visual Acuity Test (Peek Acuity) for Clinical Practice and Community-Based Fieldwork. Archives of Ophthalmology. 133 (8) 930-937
Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26022921/>

Escala	Sensibilidad
Valoración de la agudeza visual con carta de Rosenbaum	<p>La tarjeta de visión de cerca de Rosenbaum es una prueba que se usa comúnmente para la evaluación de la visión de cerca. Hasta la fecha, la evidencia sobre la comparación entre la agudeza visual de lejos y de cerca entre enfermedades oftálmicas e incluso en la misma enfermedad no es concluyente. Por ejemplo, no se encontró disparidad en la degeneración macular relacionada con la edad.</p> <p>Las mediciones de agudeza visual con la tarjeta de visión cercana de Rosenbaum (Near Chart) correspondieron bien con las agudezas estándar, lo que sugiere su aplicación en el consultorio.</p>

Tiraset, N., y Poonyathalang, A., y Padungkiatsagul, T., y Deeyai, M., Vichitkunakorn, P., y Vanikieti, K., (2021). Comparison of Visual Acuity Measurement Using Three Methods: Standard ETDRS Chart, Near Chart and a Smartphone-Based Eye Chart Application. *Clinical ophthalmology* (Auckland, N.Z.), 15, 859–869. Recuperado de <https://doi.org/10.2147/OPHTH.S304272>

Auditiva

Escala	Sensibilidad
Aplicación móvil hearWHO	Superior al 85%

La prueba ha demostrado una sensibilidad y especificidad superiores al 85%.

Escala	Sensibilidad	Especificidad
Prueba del susurro	90-100%	70-87%

Pirozzo, S., y Papinczak, T., y Glasziou, P., (2003) Whispered voice test for screening for hearing impairment in adults and children: systematic review. *British Medical Journal*. 327:967
 Recuperado de <https://www.bmj.com/content/327/7421/967>



Vitalidad

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva
MNA-SF	94%	83.3%	0.958

Lilamand, M., y Kelaiditi, E., y Cesari, M., y Raynaud-Simon, A., y Ghisolfi, A., Guyonnet, S., y Vellas, B., y Abellán van Kan, G., y Team, T., (2015). Validation of the Mini Nutritional Assessment-Short Form in a population of frail elders without disability. Analysis of the Toulouse Frailty Platform population in 2013. The journal of nutrition, health & aging, 19, 570-574. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25923488/>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva
MUST	>80%	>80%	0.765-0.808

Rabito, I., y Marcadenti, A., da Silva Fink, J., y Figueira, L., y Silva, F. (2017). Nutritional Risk Screening 2002, Short Nutritional Assessment Questionnaire, Malnutrition Screening Tool, and Malnutrition Universal Screening Tool Are Good Predictors of Nutrition Risk in an Emergency Service. Nutrition in clinical practice. official publication of the American Society for Parenteral and Enteral Nutrition, 32(4), 526-532
Recuperado de <https://doi.org/10.1177/0884533617692527>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Área bajo la curva	Valor predictivo positivo
SARC-F	66.7%	67.1%	0.71-0.72	65.4

Nguyen, T., y Nguyen, A., y Khuong, Q., y Nguyen, X., y Nguyen, H., y Nguyen, T., Hoang, V., y Pham, T., y Nguyen, N., Y Vu, H. (2020). Reliability and Validity of SARC-F Questionnaire to Assess Sarcopenia Among Vietnamese Geriatric Patients. Clinical interventions in aging, 15, 879-886. Recuperado de <https://doi.org/10.2147/CIA.S254397>



Entorno

Escala	
Escala geriátrica de maltrato	La GMS de 22 ítems tuvo una consistencia interna aceptable; la relación con otras medidas fue significativa según las hipótesis. Por lo tanto, se recomienda el GMS para la detección de los cinco tipos diferentes de maltrato a personas mayores.

Giraldo, L., y Rosas, O., (2013). Development and psychometric properties of the Geriatric Maltreatment Scale. *Geriatrics & gerontology international* 13(2), 466–474. Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1447-0594.2012.00894.x>

Escala	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo
Escala de recursos sociales (OARS)	61%	89%	66%

Blay, L., y Ramos, L., y De Mari, j., (1998). Validity of a Brazilian Version of the Older Americans Resources and Services (OARS) Mental Health Screening Questionnaire. *Journal of the American Geriatrics Society* 36 (8) 687-697 Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1988.tb07169.x>

Linda, G., y Fillenbaum, G., (1995). OARS Methodology A Decade of Experience in Geriatric Assessment. *Journal of the American Geriatrics Society* 33 (9) 607-615 Recuperado de <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1985.tb06317.x>

Escala	Confiabilidad	Validez
LSNS-6	0.83 y 0.91	0.6 – 0.7

Granero, M., y Perman, G., y Vázquez Peña, F., y Barbaro, A., y Zozaya, E., y Martínez, S., y Abdul, D., y Giardini, S., y Ramos, E., y Terraza, A., (2020). Validación de la versión en español de la Escala de Red Social Lubben-6. *Revista De La Facultad De Ciencias Médicas De Córdoba* 77(4) 296–300. Recuperado de <https://doi.org/10.31053/1853.0605.v77.n4.2877>

Escala	
Inventario de recursos sociales de personas mayores de Díaz-Veiga	<p>Para dar cuenta del efecto del apoyo sobre el bienestar y el deterioro de los tipos y fuentes de apoyo social es necesario considerar las características concretas del deterioro específico a investigar.</p> <p>No todo apoyo emocional y/o instrumental generaría efectos saludables sobre las personas.</p>

Gallardo, L., y Esteban, A., y Arias, A., y Barrón, A., (2015). Elementos estructurales de la red social, fuentes de apoyo funcional, reciprocidad, apoyo comunitario y depresión en personas mayores en Chile. *Anales de Psicología*. 31(3) 1018-1029. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.31.3.172861>

Escala	Confiabilidad
GIJÓN	Los resultados del estudio muestran excelente fiabilidad, mientras que la validez aun no establece los puntos de corte con la capacidad discriminativa, ya que los valores de sensibilidad y especificidad no los permiten.

Cabrera, D., y Menéndez, A., y Fernández, A., y Acebal, V., y García, J., y Palacios, D., y Salamea, A., (1999). Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*. 23(7) 434-440. Recuperado de <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-evaluacion-fiabilidad-validez-una-escala-14810>

Escala	
LSA	Traducción libre no validada ni adaptada transculturalmente.

Escala	Confiabilidad
Spanish Revised Memory and Behavior Problems Checklist Scale (SpRMBPC)	0.85 de alfa de Cronbach.

Salvia, M. G., Dawidowski, A., Schapira, M., Figar, S., Söderlund, M. E., Seinhart, D., Cámara, L., & Teri, L. (2011). Spanish Revised Memory and Behavior Problems Checklist Scale (SpRMBPC): trans-cultural adaptation and validation of the RMBPC questionnaire. *International psychogeriatrics*, 23(7), 1160-1166. <https://doi.org/10.1017/S1041610210002073>

Escala	Confiabilidad
Entrevista de carga de Zarit	0.90 de alfa de Cronbach

Alpuche-Ramírez VJ, Ramos del Río B, Rojas-Russell ME, Figueroa-López CG. (2008). Validez de la Entrevista de Carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y Salud* 2008;18:237-245. Disponible en: <http://revistas.uv.mx/index.php/psicysalud/article/download/665/1168>.

Misceláneas

Escala	Sensibilidad	Especificidad
Criterios de Beers	61.2 a 71.2%	42 a 70.1%

Gallo Acosta, C., y Boietti, B. R. (2017). Valor predictivo de los criterios de Beers y los criterios STOPP para detectar eventos adversos a medicamentos, consultas a emergencias y hospitalizaciones. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria* 20(2). Recuperado de <https://doi.org/10.51987/evidencia.v20i2.6754>

Escala	Sensibilidad	Especificidad
Criterios STOPP-START	61.2 a 71.2%	42 a 70.1%

Gallo Acosta, C., y Boietti, B. R. (2017). Valor predictivo de los criterios de Beers y los criterios STOPP para detectar eventos adversos a medicamentos, consultas a emergencias y hospitalizaciones. *Evidencia, Actualización En La práctica Ambulatoria* 20(2). Recuperado de <https://doi.org/10.51987/evidencia.v20i2.6754>

Brown, D., y Hutchison, C., y Li, C., y Painter, T., y Martin, B., (2016). Predictive Validity of the Beers and Screening Tool of Older Persons' Potentially Inappropriate Prescriptions (STOPP) Criteria to Detect Adverse Drug Events, Hospitalizations, and Emergency Department Visits in the United States. *Journal*





Glosario

Actividad física: a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, que genera mayor consumo de energía que el que ocurre estando en reposo.

Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD): son actividades comunitarias y auto enriquecedoras; por ejemplo, acudir a clubes para personas mayores, tomar clases, estudiar una carrera o idiomas, trabajar, etcétera.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): son actividades encaminadas al mantenimiento personal en términos de supervivencia física; por ejemplo, bañarse, comer, trasladarse, vestirse, ir al baño y conservar la continencia urinaria y fecal.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD): son actividades encaminadas al mantenimiento personal en términos de supervivencia cultural; por ejemplo, usar el teléfono, hacer compras, cocinar, manejar medicamentos, lavar, hacer labores del hogar, manejar dinero y usar transportes.

Atención interdisciplinaria: servicio prestado por profesionistas de una amplia gama de disciplinas de manera coordinada y orientada al cumplimiento de un objetivo común, por ejemplo, mejorar la capacidad funcional.

Atención primaria: es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Autonomía: es la capacidad de controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo se vive el día a día, de acuerdo con las propias normas, preferencias y valores. Una persona puede ser dependiente de la ayuda de los demás y ser autónoma, es decir, responsable de las elecciones y de las decisiones que toma, y participar en la organización de la ayuda que necesita.

Autopercepción del estado de salud: es una medición subjetiva que integra factores biológicos, mentales, sociales y funcionales de la persona mayor.

Capacidad funcional: se define como el conjunto de atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella.

Capacidad intrínseca: es la combinación de todas las capacidades físicas, mentales y psicosociales que posee una persona.

Criterios de Beers: herramienta desarrollada por un panel de expertos en que comprende un listado de medicamentos para evaluar la prescripción potencialmente inapropiada de medicamentos en personas mayores.

Criterios de STOPP: Screening Tool of Older Person's Prescriptions. Herramienta para mejorar la prescripción y evitar la prescripción inadecuada de medicamentos en personas mayores.

Cuidador primario: es aquella persona que, pudiendo ser familiar o no de alguien con discapacidad y pérdida de independencia, le satisface diariamente sus necesidades de cuidado, físicas y emocionales, así como

ayudarle en la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

Deficiencia: es la anormalidad o pérdida de una estructura y/o función corporal de acuerdo con la clasificación internacional de funcionamiento, discapacidad y salud.

Dependencia: es el estado en el que una persona requiere asistencia o ayuda de otra para realizar las actividades de la vida diaria debido a una alteración en su esfera psíquica, biológica y/o social. Ocurre cuando la capacidad funcional ha disminuido a un punto en el que la persona ya no es capaz de llevar a cabo las tareas básicas de la vida diaria por sí misma y requiere ayuda de otra persona; puede ser temporal o permanente.

Directrices anticipadas: documento que contiene las instrucciones para tener en cuenta cuando la persona se encuentre en una situación en la que las circunstancias que concurren no le permitan expresar libremente su voluntad.

Discapacidad: situación de dificultad en la ejecución de las actividades en la forma o dentro del rango considerado normal para un ser humano; incluye las deficiencias físicas o mentales, las limitaciones en actividades y las restricciones de participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas; y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Discriminación por edad en la vejez o vejeísmo: cualquier distinción, exclusión o

restricción basada en la edad en la vejez que tenga como objetivo o efecto anular o restringir el reconocimiento, goce o ejercicio en igualdad de condiciones de los derechos humanos y libertades fundamentales en la esfera política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública y privada.

Enfermedades crónicas: aquellas que duran al menos tres meses, en general persisten por largos periodos de tiempo, sin desaparecer del todo. Típicamente no son curables por las intervenciones en salud; suelen tener un periodo de latencia prolongado, ser causadas por múltiples factores, ser progresivas y generadoras de discapacidad; la mayoría corresponden a enfermedades no transmisibles.

Evaluación geriátrica integral: Proceso multidimensional interdisciplinario destinado a determinar las capacidades psicossociales, funcionales y los problemas de salud de una persona anciana con el fin de desarrollar un plan de tratamiento y de seguimiento. También llamada valoración geriátrica o geronto-geriátrica integral.

Envejecimiento saludable: proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite a las personas ser y hacer lo que es importante para ellas.

Factor de riesgo: cualquier rasgo, característica o exposición de una persona que aumenta su probabilidad de presentar una enfermedad, lesión, discapacidad o muerte.

Fragilidad: extrema vulnerabilidad a los factores de estrés endógenos y exógenos, que expone a una persona a un mayor

riesgo de resultados negativos relacionados con la salud.

Geriatría: especialidad médica diseñada para desarrollar y proporcionar intervenciones clínicas principalmente dirigidas a personas mayores con fragilidad. Es una rama de la medicina que se centra en la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, el pronóstico, la rehabilitación, la rehabilitación y la paliación de las condiciones y los problemas de salud de la población anciana. Las condiciones sociales y económicas son también aspectos que se abordan en geriatría, ya que influyen en la atención de salud de las personas mayores.

Gerontología: estudio del envejecimiento y de la vejez de los humanos que viven hasta etapas tardías de la vida; comprendiendo sus aspectos sociales, psicológicos, biológicos.

Gestión de caso: proceso de colaboración que permite planificar servicios que satisfagan las necesidades de atención de salud y servicios sociales de la persona a través de la comunicación con esta y sus proveedores de servicios y la coordinación de los recursos.

Hipotensión ortostática: se define como una reducción sostenida de la tensión arterial sistólica mayor o igual a 20 mmHg o 10 mmHg de tensión arterial diastólica en los primeros 3 minutos de pasar de una posición supina a la bipedestación o una prueba de mesa inclinada positiva.

Interprofesional: situación de colaboración que ocurre cuando dos o más profesiones trabajan juntas para lograr objetivos

comunes, que se usa como un medio para resolver una variedad de problemas y cuestiones complejas. Los beneficios de la colaboración permiten a los participantes lograr juntos más de lo que pueden individualmente.

Intervención básica: actividad realizada por personal no especializado y encaminadas a la promoción de la salud.

Intervención: cualquier actividad realizada con una persona o una población cuyo propósito es mejorar, evaluar, promover, modificar la salud, el funcionamiento o las condiciones de salud de acuerdo con la Clasificación Internacional de Intervenciones en Salud de la Organización Mundial de la Salud.

Limitación en la actividad: es la dificultad que una persona tiene para realizar una actividad, graduándose de leve a grave en términos de calidad y cantidad en relación (extensión o intensidad) a cómo se espera que la realice una persona sin esa condición específica de salud.

Maltrato a la persona mayor: acto único o repetido que causa daño o sufrimiento a una persona mayor, o la falta de medidas apropiadas para evitarlo, que se produce en una relación basada en la confianza. Puede adoptar diversas formas, como el maltrato físico, psíquico, emocional o sexual, y el abuso de confianza en cuestiones económicas. También puede ser el resultado de la negligencia, sea esta intencional o no.

Multimorbilidad: presencia de dos o más condiciones crónicas de salud en una misma persona; se refiere a todas las

situaciones en las cuales coexisten varias condiciones de salud, pero ninguna de ellas toma predominancia respecto a las demás.

Persona mayor: es aquella de 60 años o más, salvo que la ley local determine una edad base menor o mayor, siempre que ésta no sea superior a los 65 años.

Polifarmacia: utilización de múltiples medicamentos por la misma persona; se considera inapropiada o problemática cuando no hay beneficio de la mismo, pero si efectos perjudiciales.

Productos terapéuticos alternativos: medicina tradicional, medicina alternativa (homeopáticos, herbolarios), suplementos alimenticios, vitamínicos

Resiliencia: habilidad de mantener o mejorar el nivel de capacidad funcional frente a la adversidad por medio de la resistencia, la recuperación o la adaptación.

Restricción en la participación: son los problemas que puede tener una persona para implicarse al momento de realizar una tarea en situaciones vitales

Seguridad social: todas las medidas que consisten en brindar prestaciones, ya sea en efectivo o en especie, para asegurar la protección social, es decir, la protección que la sociedad proporciona a sus integrantes, mediante una serie de medidas públicas, contra las privaciones económicas y sociales que, de no ser así, ocasionarían la desaparición o una fuerte reducción de los ingresos por causa de enfermedad, maternidad, accidente de trabajo, o enfermedad laboral, desempleo,

discapacidad, vejez y muerte; también incluye la protección en forma de asistencia médica y de ayuda a las familias.

Síndrome geriátrico: forma de presentación de la enfermedad en las personas mayores; se presentan como un común de cuadros clínicos habitualmente originados por la interacción de enfermedades con alta prevalencia en esta edad y que con frecuencia originan discapacidad funcional o social en la población.





Listado de 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. Abizanda Soler P, Alfonso Silguero S. A y Navarro López J L. 2015. *Tratado de medicina geriátrica: valoración funcional en el anciano*. PDF.
4. 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>
5. 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.
6. Bagai, Akshay, Paaladinesh Thavendiranathan, and Allan S. Detsky. 2006. “Does This Patient Have Hearing Impairment?”. *JAMA* 295 (4): 416–428. <https://doi.org/10.1001/jama.295.4.416>
7. Bastawrous, Andrew, Hillary K. Rono, Iain A. T. Livingstone, Helen A. Weiss, Stewart Jordan, Hannah Kuper, and Matthew J. Burton. 2015. “Development and validation of a smartphone-based visual acuity test (Peek Acuity) for Clinical Practice and Community-Based Fieldwork”. *JAMA Ophthalmology* 133 (8): 930-937. <https://doi.org/10.1001/jama-ophthalmol.2015.1468>
8. 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>
9. 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.
10. 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>

11. 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>
12. 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
13. 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 Geriátría y Gerontología* 50 (2): 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2014.10.005>
14. 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.
15. Elia, Marinos. 2003. *The 'MUST' report. Nutritional screening for adults: a multidisciplinary responsibility. Development and use of the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for adults*. BAPEN.
16. Elia, Marinos. s.f. *The "MUST" Report. Nutritional screening of adults: a multidisciplinary responsibility - Executive Summary*. MAG. <https://bit.ly/33F7yxg>
17. Fidalgo Vega, Manuel. s.f. *NTP 390: La conducta humana ante situaciones de emergencia: análisis de proceso en la conducta individual*. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. <https://bit.ly/31ly6SD>
18. Galain, Ana, Mercedes Viera, Juan José Dapuetto y Berta Varela. eds. 2015. *Manual de habilidades comunicacionales para estudiantes de medicina del primer trienio*. Uruguay: Universidad de la República. <https://bit.ly/2Bod4Sn>
19. García-Fernández, Francisco Pedro, Pedro L. Pancorbo-Hidalgo, y J. Javier Soldevilla Agreda. 2011. "Escalas de valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión en la infancia". *Gerokomos* 22 (1): 26-34. <https://bit.ly/2MpmvOr>
20. 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>
21. 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.
22. 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>

23. Hernández, Torres I, MA Fernández Ortega MA, A Irigoyen Coria y MA Hernández. 2006. "Importancia de la comunicación médico-paciente en medicina familiar". *Archivos en medicina familiar* 8 (2): 138-143. <https://bit.ly/2NjDvop>

24. Howard Fillit, Kenneth Rockwood, and Kennerth Woodhouse. eds. 2010. *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology*. Elsevier. <https://bit.ly/31kxEEh>

25. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015. *Diagnóstico y tratamiento de hipotensión ortostática en el adulto mayor GPC*. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud: <http://bit.ly/2Qe60bm>

26. Instituto Mexicano del Seguro Social. 2015. *Prevención, diagnóstico, y manejo de las úlceras por presión*. México: IMSS. <https://bit.ly/2dGoonw>

27. 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>

28. 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.

29. Katz, Siney, 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.

30. 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

31. Lin, Frank R. 2012. "Hearing loss in older adults – Who's listening?". *JAMA* 307 (11): 1147-1148. <https://doi.org/10.1001/jama.2012.321>

32. Martín Herranz, Raúl y Gerardo Vecilla Antolinez. 2011. *Manual de optometría*. México: Editorial Médica Panamericana.

33. 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>

34. 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>
35. 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>
36. Nestlé Nutrition Institute. 2013. *Cribado nutricional tan sencillo como MNA: Guía para rellenar el formulario Mini Nutritional Assessment cribar e intervenir*. <https://google.com/krmhRt>
37. 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>
38. 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>
39. Organización de los Estados Americanos. 2015. *Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. <https://bit.ly/2ghNBYh>
40. Organización Mundial de la Salud. 2001. *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. España: IMSERSO. <https://bit.ly/2m4nmcq>
41. Organización Mundial de la Salud., (2021). *Década del envejecimiento saludable: informe de referencia Resumen*. Organización Mundial de la Salud Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
42. Organización Mundial de la Salud. 2015. *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Estados Unidos: OMS. <https://bit.ly/2SJPbFC>
43. 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.
44. Ostrosky-Solís, Feggy, 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>

45. 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>
46. 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>
47. 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.
48. Puertas, F Javier y F Prieto Prieto. 2014. "El anciano con trastornos del sueño: insomnio, síndrome de apneas/hipopneas del sueño y síndrome de piernas inquietas" En *Tratado de Medicina Geriátrica*, editado por P. Abizanda Soler y L. Rodríguez Mañas. Elsevier <https://bit.ly/35EbUH3>
49. 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>
50. 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>
51. 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>
52. 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
53. Stegensek, Mejía, A. Jiménez Mendoza, L. E. Romero Gálvez y A. Aparicio Aguilar. 2015. "Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención". *Enfermería Universitaria* 12 (4): 173-181. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2015.08.004>
54. Stratton, Rebecca J., Annemarie Hackston, David Longmore, Rod Dixon, Sarah Price, Mike Stroud, Claire King, y Marinos Elia. 2004. "Malnutrition in Hospital Outpatients and Inpatients: Prevalence, Concurrent Validity and Ease of Use of the "Malnutrition Uni-

versal Screening Tool" ('MUST') for Adults". *The British Journal of Nutrition* 92 (5): 799-808. <https://doi.org/10.1079/bjn20041258>

55. 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>

56. Todorovic Vera, Christine Russell y Marinos Elia. 2003. *Manual explicativo 'MUST': guía para el 'Instrumento universal para el cribado de la malnutrición' ('MUST') para adultos*. [The 'MUST' Explanatory Booklet: A Guide to the 'Malnutrition Universal Screening Tool' (MUST) for Adults]. MAG y BAPEN.

57. 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>

58. Vellas, B., Y. Guigoz, P. J. Garry, F. Nourhashemi, D. Bennahum, S. Lauque, and J. L. Albarede. 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)

59. 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>

60. Yesavage, J. A. 1988. "Geriatric Depression Scale". *Psychopharmacology Bulletin* 24 (4): 709–711.

61. 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)

62. Young T. Kue. 2004. *Population Health: Concepts and methods*. OXFORD University.



Guía de Instrumentos de Evaluación de la Capacidad Funcional

Instituto Nacional de Geriátría (INGER)

Av. Contreras 428, Col. San Jerónimo Lídice.

Alcaldía La Magdalena Contreras, Ciudad de México C.P. 10200.

México. Se terminó de producir en julio de 2022.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**



**GOBIERNO DE
MÉXICO**



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**