

Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

**SECRETARÍA
DE SALUD**

Secretaría de Salud

Dr. 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**

Instituto Mexicano del Seguro Social

Dr. Juan Humberto Medina Chávez
**Jefe de Área de Innovación
en Envejecimiento**

**Lider Normativo del Programa
GeriatriMSS**

Dr. Alejandro Herrera Landero
**Coordinador de programas
Médicos GeriatriMSS**

Dr. Jonathan Isai Colin Luna
**Coordinador de programas Médicos
Enfermedades Neurodegenerativas**

Mtra. Fabiana Maribel Zepeda Arias
**Titular de la Coordinación
Técnica de Enfermería**

Mtra. Claudia Luz Razo Estrada
**Enfermera Especialista en Geriátría
UMAE Hospital General “La Raza”**

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Dr. Pedro Zenteno Santaella
Director General

Dr. Ramiro López Elizalde
Director Normativo de Salud

Dr. Miguel Ángel Nakamura López
**Subdirector de Prevención
y Protección a la Salud**

Mtra. Judith Edith García
de Alba Verduzco
**Subcoordinadora ECOS
para el Bienestar**

GRUPO TÉCNICO OPERATIVO

Mtra. Judith Edith García
de Alba Verduzco
**Subcoordinadora ECOS
para el Bienestar**

Mtra. Marlene E. Maury Rosillo
**Jefa del Departamento de Redes
de Servicios de Primer Nivel
de Atención**

Dra. Lucía Ameli Ledesma Torres
**Encargada del programa
de salud mental**

Dra. Andrea Paredes Trejo
Subjefa de Departamento

Dr. Francisco Javier Gómez Notario
**Encargado del Programa de
Envejecimiento Saludable**

Mtro. Erick Gustavo Rueda Valencia
Interinato en Salud Metal

Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Dra. Oliva López Arellano
**Secretaria de Salud
de la Ciudad de México**

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Dr. Jorge Alfredo Ochoa Moreno
**Dirección General de Servicios de
Salud Pública de la Ciudad de México**

Dr. Placido Enrique León García
Dirección de Atención Médica

Miriam Leyva Santana
**Coordinación del Programa
Salud en tu casa**

Abraham Rocha Pino
**Subdirección de Supervisión
y Operación del Programa Salud
en tu casa**

Sergio Moreno Requena
**Subdirección de Evaluación
y Programación del Programa
Salud en tu casa**

Martha del Carmen Padilla Galindo
**Subdirección de Vinculación
y Enlace del Programa
Salud en tu casa**

Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México Jurisdicción Sanitaria Iztacalco

Dra. Ana Beatriz Vilchis Mora
**Directora de la Jurisdicción Sanitaria
Iztacalco**

Dra. Reyna Mercado Marín
Subdirectora de Atención Médica

Mtro. Oscar Alfonso Rojas Calixto
**Subdirector de Epidemiología
y Medicina Preventiva**

Mtra. Zayda Nohemi Dennis Navarro
Enlace del Programa Salud en tu casa

Personal de Salud del Programa
Salud en tu casa en la Jurisdicción
Sanitaria Iztacalco

Grupo de trabajo interdisciplinario

Abraham Rocha Pino, Alejandro Herrera Landero, Alma Laura Deyta Pantoja, Arturo Avila Avila, Diana Consuelo Torres Ramos, Edgar Jaime Blanco Campero, Eduardo Sosa Tinoco, Fabiana Maribel Zepeda Arias, Francisco Javier Gómez Notario, Juan Humberto Medina Chávez, Judith Edith García de Alba Verduzco, Jonny Pacheco Pacheco, Luis Miguel Francisco Gutiérrez Robledo, Marlene E. Maury Rosillo, María Guadalupe Escobedo Acosta, Miriam Leyva Santana, Oscar Alfonso Rojas Calixto, Verónica Bautista Eugenio, Victoria González García, Zayda Nohemi Dennis Navarro.

Dirección editorial

Instituto Nacional de Geriátría
Instituto Mexicano del Seguro Social
Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado
Secretaría de Salud / Servicios de Salud Pública de la Ciudad de México

Coordinación editorial

Mónica Del Carmen Vargas López
Jennifer Esther Giron Castillo

Diseño editorial

Brayan Reyes Cedeño

Agradecemos la colaboración a:

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



Manual de entrenamiento en atención primaria a la salud de personas mayores



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**



ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD
Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS
TRABAJADORES DEL ESTADO



**GOBIERNO DE LA
CIUDAD DE MÉXICO**

**SECRETARÍA
DE SALUD**



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.

6 INTRODUCCIÓN

10 ENVEJECIMIENTO

12 Envejecimiento poblacional

13 Envejecimiento saludable

15 Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable 2021-2030

16 ACTITUDES, HÁBITOS Y VALORES

17 PROTOCOLO DE ENTREVISTA

¿Cómo realizar la valoración por el equipo multidisciplinario?

19 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Pasos a seguir en la evaluación de la capacidad funcional

20 TAMIZAJE

22 Valoración inicial de la capacidad funcional

23 Semaforización

24 Cognición

27 Nutrición

30 Visión

32 Audición

34 Psicológico

36 Movilidad

38 Condiciones del entorno

40 EVALUACIÓN E INTERVENCIONES MULTIDISCIPLINARIAS ESPECÍFICAS

43 Deterioro cognitivo

47 Nutrición deficiente

51 Deficiencias visuales

54 Pérdida auditiva

57 Síntomas depresivos

60 Limitación de la movilidad

64 Apoyo y asistencia social

67 PLAN DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

70 RECOMENDACIONES COMPLEMENTARIAS PARA LA CAPACIDAD INTRÍNSECA

- 72** Revisión de medicamentos
- 73** Manejo integral de enfermedades
- 74** Riesgos para la salud y tratamiento de enfermedades
- 76** Manejo del dolor
- 77** Manejo de fragilidad y sarcopenia
- 78** Manejo de problemas osteoarticulares
- 79** Cuidado de la piel
- 80** Incontinencia urinaria
- 81** Higiene de sueño
- 82** Delirium
- 84** Estreñimiento
- 85** Manejo de enfermedades oculares
- 86** Problemas bucodentales

88 RECOMENDACIONES COMPLEMENTARIAS PARA EL ENTORNO Y ASISTENCIA SOCIAL

- 90** Apoyo en el espacio de vida
- 91** Atención a la discapacidad
- 92** Recursos comunitarios

94 Soporte para quien cuida

95 Red y soporte social

97 Directorio social

98 Niveles asistenciales

99 ANEXOS

100 Formato de tamizaje

103 Formato de evaluación de la persona mayor

118 Instrumentos de evaluación específicos

119 MoCA

124 MNA-SF

126 Carta Snellen

128 Tarjeta de bolsillo

130 App Peek Acuity

133 Pueba de audición

135 PHQ-9

137 SPPB

142 OARS

146 LISTADO DE REFERENCIAS

Introducción

El mapa del mundo se encuentra cambiando constantemente, pero nunca tan rápido como en la actualidad en los países de América Latina y el Caribe. Hoy es indispensable que como naciones, sociedad, familia y cualquier otro grupo social trabajemos en la adaptación a este cambio que es globalizado en donde cada día existe una mayor cantidad de personas de 60 años y más.

De acuerdo con estimaciones de la Organización de las Naciones Unidas, en América Latina y el Caribe; durante el periodo de 2010 a 2040, se está duplicando la proporción de personas de 60 años y más; pasando del 10% al 20% del total de población.

- En 2020, la proporción estimada de personas de 60 y más en esta región era del 13%, correspondiente a cerca de 654 millones de habitantes.
- En 2021 se estima que el 12% de los habitantes de México son personas mayores.
- Para 2050, esta proporción alcanzará casi el 25% a nivel mundial, es decir, alrededor de 762 millones de personas.

Estos cambios tendrán lugar en solo 30 años; es decir, que la región tendrá casi la mitad del tiempo para adaptarse en comparación al tiempo que tuvieron otras regiones del mundo: en Europa esto llevó unos 65 años, en Canadá y en los Estados Unidos tomó aproximadamente 75 años.

Cada vez es mayor el número de personas mayores y con ello la demanda de servicios y de atención especializada, no solo desde el concepto salud-enfermedad, donde no podemos negarlo, existe una necesidad sentida, sino también desde el amplio concepto en donde la preservación de la autonomía y la autorrealización con personas haciendo lo que les satisface y lo que les gusta el mayor tiempo posible; sumándole no solo más, sino mejores años a la vida.

Sin embargo, aunque la esperanza de vida al nacer en América Latina y el Caribe, ha aumentado 25 años en las últimas siete décadas no necesariamente significa que este periodo de vida se alcance con plenitud y calidad de vida. Debemos recordar que venimos de este largo proceso de visibilizar y considerar primero la enfermedad y luego a la persona, sin embargo, vivir más significa también abordar problemas de salud acumulados durante la edad avanzada.

Esta transición demográfica a una población que envejece impactará en casi todos los aspectos de la sociedad, se tendrá que considerar las distintas variables de cada población (determinantes sociales, situación conyugal, afiliación a servicios, escolaridad, acceso laboral, etc.) lo cual representa nuevos y más complejos desafíos para los sistemas de salud y la asistencia social.

Por ello, la Organización Mundial de la Salud ha impulsado la Atención Integrada para Personas Mayores como una estrategia de intervención con la intención de prevenir, retrasar o revertir declives en la capacidad intrínseca. Dicha estrategia incluye el enfoque convencional de atención a la salud para las personas mayores centrado en las condiciones médicas, (sin pasar por alto aspectos más generales y frecuentes en la capacidad intrínseca tales como dificultades para oír, ver, recordar o el movilizarse, así como el enfoque del envejecimiento saludable, en donde es relevante crear las oportunidades para que las personas sean y hagan aquello que valoran a lo largo de su vida.

En este sentido, se ha establecido la Década del Envejecimiento Saludable proclamada por la Asamblea General de la ONU como la principal estrategia para lograr y apoyar las acciones destinadas a construir una sociedad para todas las edades. 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 personas mayores.**
- 4) Brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que la necesitan.**

El presente manual buscar ser referente en el ámbito de la atención primaria de personas mayores al ser desarrollado como una propuesta que apoya la atención integrada con enfoque multidisciplinario.

Documento diseñado y desarrollado en alineación a los preceptos del envejecimiento saludable, su promoción e implementación, por lo que considera buenas prácticas (actitudes, hábitos y valores) que permitan una correcta interacción en el proceso de comunicación entre el prestador del servicio y la persona mayor, que permita evaluaciones, intervenciones y brindar recomendaciones de calidad, considerando en todo momento la importancia del entorno social.

Actuar y fortalecer a las áreas facilitadoras que promueven el envejecimiento saludable con una atención integrada hacia las personas mayores, es la vía para contener el impacto esperado en el 2030. Este manual permitirá no solo la promoción e implementación de estas acciones, sino que dotará de elementos para la recopilación de información basada en evidencia, que permita el monitoreo con mediciones objetivas para impulsar el cambio.



Envejecimiento

Envejecimiento poblacional

De acuerdo con el Consejo Nacional de Población (CONAPO) y el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el Censo de Población y Vivienda 2020 el envejecimiento poblacional en México presenta las siguientes características:

- En 2021 se estima que el 12% de los habitantes de México son personas mayores.
- Para 2050 se estima que el 23% de la población mexicana corresponderá a personas mayores.
- Las entidades con la mayor proporción de personas mayores son:
 - Ciudad de México (16.5%).
 - Veracruz (13.2%).
 - Morelos (13.0%).
- Las entidades con menor porcentaje de personas mayores son:
 - Quintana Roo (7.9%).
 - Baja California Sur (9.7%).
 - Chiapas (8.7%).
- En cuanto la situación conyugal:
 - 70% de los hombres ancianos se declararon casados o en unión libre.
 - 50% de las mujeres ancianas refirieron estar casadas o en unión libre.
 - 30% de las mujeres ancianas se declararon viudas
 - 10% de los hombres ancianos refirieron ser viudos.
- El grado promedio de escolaridad en personas mayores es de 6.5 años (primaria).
- 18% de las mujeres ancianas declararon no saber leer ni escribir un recado.
- 13% de los hombres ancianos refirieron no saber leer ni escribir un recado.
- Casi 12.1 millones de personas mayores (80.2%) tiene afiliación a algún servicio de salud:
 - Instituto Mexicano del Seguro Social (52.6%).
 - Instituto de Salud para el Bienestar (29.3%).
 - Instituto de Seguridad y Servicios Sociales para los Trabajadores del Estado (14.8%).
 - Instituciones privadas (3.5%).
 - Petróleos Mexicanos, Secretaría de la Defensa Nacional o Secretaría de Marina (1.9%).
- El 52.4% de la población de 60 años y más presenta alguna limitación, discapacidad o algún problema o condición mental:
 - De esta población, 60% presentan alguna limitación.
 - Mientras que el 40% tienen alguna discapacidad.
- Cuatro de cada 10 personas mayores pertenecen a la población económicamente activa.
 - 55.3% de los hombres ancianos se encuentran trabajando o en búsqueda de un empleo.
 - 26.4% por ciento de las mujeres mayores se declararon económicamente activas.
- De los poco más de 35.2 millones de hogares censales, cerca de 11 millones de hogares (31.0%) están habitados por al menos una persona mayor.
 - En 63.7% de estos hogares vive una persona de 60 años y más.
 - En 34.6% se encuentran dos personas mayores.
 - En 1.7% habitan tres o más personas mayores.
 - En el 80% de los hogares censales donde habita al menos una persona mayor se vive en familia. La mayor parte de estos hogares son nucleares o ampliados.
 - En el 16.5% los hogares donde habitan personas mayores en México, viven solas.

Envejecimiento saludable

Para fines de generar acciones acordes al bienestar de las personas mayores, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha tenido que señalar algunos conceptos que a continuación se describen.

Envejecimiento saludable

Proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. El envejecimiento saludable es relevante para todos y consiste en crear las oportunidades para que las personas sean y hagan aquello que valoran a lo largo de su vida.

Capacidad intrínseca

Comprende todas las capacidades físicas y mentales de las que puede disponer una persona, incluida su capacidad locomotriz (movimiento físico), su capacidad sensorial (visión y audición), su vitalidad (energía y equilibrio), y su capacidad cognitiva y psicológica. Estas capacidades están interrelacionadas y contribuyen a la capacidad funcional.

Entornos

Son los contextos en que las personas viven y se desarrollan. Los entornos determinan lo que las personas mayores con un determinado nivel de capacidad intrínseca pueden ser y hacer. Incluyen el hogar, la comunidad y la sociedad en general, y se relacionan con los productos, el equipamiento y la tecnología que facilitan las capacidades y habilidades de las personas mayores; el entorno natural o construido; el apoyo emocional, la asistencia y las relaciones proporcionadas por otras personas y animales; las actitudes, ya que éstas influyen en el comportamiento, tanto negativa como positivamente; y los servicios, sistemas y políticas que pueden contribuir (o no) a mejorar el funcionamiento a edades avanzadas.

Capacidad funcional

Es la capacidad de las personas de:

- 1) satisfacer sus necesidades básicas para asegurarse un nivel de vida adecuado;
- 2) aprender, crecer y tomar decisiones;
- 3) tener movilidad;
- 4) establecer y mantener relaciones; y
- 5) contribuir a la sociedad.

Combina la capacidad intrínseca de la persona, los entornos en que vive y la forma en que interactúa con sus entornos.

Atención integrada

Servicios gestionados y prestados de manera que se asegura que las personas reciban servicios ininterrumpidos de promoción de la salud; prevención de enfermedades, lesiones y discapacidades; diagnóstico, tratamiento, manejo de enfermedades, rehabilitación, cuidados paliativos y atención al final de la vida en diferentes niveles y lugares dentro del sistema de salud, y que la atención se ajuste a sus necesidades a lo largo de la vida.

Atención primaria de salud

Es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar; y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente desde la promoción de la salud; la prevención de enfermedades, lesiones, discapacidades hasta el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos y la atención al final de la vida, tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas.



Decenio de las Naciones Unidas del Envejecimiento Saludable 2021-2030

Es declarada por la asamblea General de las Naciones Unidad para garantizar que la respuesta mundial sobre el envejecimiento de la población esté alineada con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y así contruir una sociedad para todas las edades.

Existen cuatro areas de acción principales para lograr tdos los objetivos en esa década:



I. **Cambiar** la forma en que pensamos, sentimos y actuamos hacia la edad y el envejecimiento

La discriminación contra la edad afecta a las personas, pero tiene efectos particularmente perjudiciales en la salud y el bienestar de las personas mayores.



II. **Asegurar** que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores

Un entorno y comunidad amigable con las personas adultas mayores es un mejor lugar para crecer, vivir, trabajar, jugar y envejecer en todas las edades.



III. **Ofrecer** atención integrada centrada en la persona y servicios de salud primaria que respondan a las personas mayores

Atención sanitaria de buena calidad vinculada a la prestación sostenible de atención a largo plazo.



IV. **Brindar** acceso a los cuidados de largo plazo para las personas mayores que los necesitan

Es esencial para mantener la capacidad funcional, disfrutar de los derechos humanos básicos y vivir con dignidad.



Actitudes, hábitos y valores

Para el proceso de evaluación de la capacidad intrínseca, es necesario contar con elementos generados de los comportamientos indispensables y complementarios en las esferas laborales, reflejándose las actitudes, hábitos y valores que una persona posee en el desarrollo de sus actividades.

Actitud

Tendencias o disposiciones adquiridas que predisponen a percibir de un modo determinado, un objeto, persona, suceso o situación y actuar consistentemente hacia ello.

Hábitos

Comportamientos que se adquieren por medio de la repetición y que se reproducen en circunstancias similares. Los hábitos representan aproximadamente el 40% de los comportamientos en un día determinado, lo que representa casi la mitad de lo que se hace a lo largo del día.

Valores

Marco de referencia que orienta los patrones de conducta de las personas, forman parte de su identidad, orientan sus decisiones frente a sus impulsos y fortalece el sentido del deber ser. El reconocimiento de los valores aporta beneficios, como la toma de decisiones acorde a la forma de pensar.

En todo momento del proceso de evaluación de la capacidad intrínseca de las personas mayores se debe mostrar:

Responsabilidad:

Al realizar la valoración aplicando los instrumentos de acuerdo con las indicaciones especificadas en cada uno de ellos, demostrando objetividad y veracidad de la información obtenida, así mismo, al derivar oportunamente con un profesional de la salud para una atención especializada.

Empatía:

Al identificarse con la persona mayor, comprender sus sentimientos y emociones.

Orden:

Al respetar las prioridades y secuencia al recabar la información.

Amabilidad:

Al dirigirse cordialmente a la persona mayor y resolver sus inquietudes durante todo el proceso de valoración.

Iniciativa:

Al ser claro para ofrecer alternativas durante la sesión.

Cooperación:

Al trabajar de forma conjunta con la persona mayor para realizar la evaluación.

Tolerancia:

Al mostrar respeto y paciencia en los tiempos de respuesta de la persona mayor.

Perseverancia:

Al mostrar paciencia ante dudas, reclamos, diferencias y desacuerdos con la persona mayor y al mostrar interés permanente al obtener la información requerida.

Protocolo de entrevista

¿Cómo realizar la valoración por el equipo multidisciplinario?

1 Presentación

- A. Saludar: *[Buenos días, Buenas tardes, Buenas Noches]*.
- B. Dirigirse a la persona mayor de forma directa (con su cuidador o familiar solo en caso necesario para confirmar información).
- C. Auto presentación: *[Mi nombre es: ...], soy: [Promotor (a), Médica(o), Lic., Etc....], [Laboro en: el centro de salud, programa, clínica etc....];*
- D. Preguntar a la persona mayor su nombre y como gusta que le digan; preguntar como prefiere que se dirijan hacia ella o él.
- E. Presentación de motivo: *“El centro de salud, programa, clínica etc., está realizando una valoración de las personas mayores para saber cómo se encuentran de salud y apoyarle en su cuidado; es de nuestro especial interés prevenir que las personas mayores pierdan su independencia en su hogar. Le brindaremos información importante para disminuir, revertir o retrasar la pérdida de capacidades. Le recordamos que toda la información que nos pueda brindar será manejada de manera confidencial y solo será utilizada con fines de atención”*.
- F. Explicar el tiempo requerido para la aplicación del tamizaje o la evaluación.
- G. Explicar de manera general, que se trata de una entrevista y se le solicitarán datos como número de teléfono, dirección, fecha de nacimiento, estado civil, estado de salud y otros que tendrán un manejo únicamente para fines del programa.
- H. Preguntar a la persona mayor si tiene alguna duda sobre la información proporcionada.
- I. Iniciar con la valoración: *¿Me permite iniciar con la valoración?*

2 Registro de datos generales

- A. Dar las instrucciones a la persona mayor sobre el tipo de respuesta esperada de acuerdo con el tamizaje o evaluación.
- B. Registrar los datos de la persona mayor en el tamizaje o la evaluación, y registrar de manera objetiva, no genere expectativas, respuestas anticipadas o propuestas de respuestas, sugerencias, recomendaciones o tratamientos, no establecer diagnósticos para la persona mayor durante el proceso.

3 Consideraciones para una escucha activa

- A. Establecer un pequeño diálogo, muy breve con base en la presentación; evaluar la competencia mental y actitud de cooperación.
- B. Preguntar a la persona mayor si tiene alguna duda, en diferentes momentos, durante la entrevista, tamizaje o evaluación; deberá aclarar y resolver las dudas antes de continuar.
- C. Aplicar el instrumento de tamizaje o la evaluación de la persona mayor.
- D. Escuchar atentamente, con empatía y sin juzgar; conocer sus necesidades y preocupaciones; respetar su vivencia mostrando que se le comprende y se le cree; reforzar su seguridad mencionando que a continuación se proporcionará información útil y fidedigna para que puedan cuidarse mejor; prestarles apoyo para acceder a información que requieran para resolver sus necesidades sociales y/o de salud.
- E. Explicar la importancia de cumplir con las recomendaciones que se le otorguen.
- F. Mantener contacto visual con la persona mayor constantemente.
- G. Preguntar a la persona mayor si el tono de voz es adecuado para que escuche las preguntas y la información brindada.

4 Emitir las recomendaciones generales

- A. Con base en el manual solo emitir las recomendaciones acordes a cada dominio afectado en el tamizaje.

5 Confirmación de comprensión

- Pregunte a la persona mayor:
 - A. De la orientación, sobre la información que recibió, ¿qué considera lo más importante?
 - B. De las recomendaciones para cuidarse, ¿cuáles son las que más llamaron su atención?
 - C. Pregunte si tiene alguna duda respecto a estas indicaciones, así como también del propósito de la evaluación.

6 Despedida

- Mencione lo siguiente a la persona mayor
 - A. Hemos llegado al final de la valoración, le repito *“Mi nombre es: ...”, soy: “Promotor (a), Médica(o), Lic., Etc....”*.
 - B. Recuerde que *“El centro de salud, programa, clínica etc., está realizando la evaluación de las personas mayores para conocer su estado de salud y apoyarle a cuidarse, espero encuentre en nosotros un apoyo amigable y confiable, le reitero el gusto de conocerle y lo importante que fue su información de la evaluación”*.
 - C. Preguntar si tiene alguna duda sobre lo que se le realizó y resolverla si existe.
 - D. *Hasta pronto, le agradezco por su tiempo y que pase [Bueno(a)s días, tardes, noches]. ¡Gracias!*



Protocolo de actuación para la evaluación de la capacidad funcional

A todas las personas mayores, sin importar sus circunstancias o condición, se les debe ofrecer una atención de excelencia, lo cual se cumple al identificar de forma correcta a la persona, proporcionando el tratamiento, cuidados, secuencia, tiempo y lugar adecuados, lo anterior por parte del personal, y en un entorno determinado.

Al brindar una atención centrada en la persona por el equipo multidisciplinario se ofrece un abordaje de calidad a todas las personas mayores que así lo requieran.

Tamizaje

- 1) Capacitación del equipo multidisciplinario en la realización del tamizaje.
- 2) Realizar el tamizaje (*Anexo "Formato de tamizaje"*).
- 3) Priorizar la atención acorde al semáforo.
- 4) Realizar las intervenciones.
- 5) Determinar envío a evaluaciones específicas a realizar en siguientes valoraciones por parte del equipo multidisciplinario acorde a semaforización

Evaluación e interpretación

- 1) Capacitación del equipo multidisciplinario para realizar evaluación e intervenciones específicas.
- 2) Realización de evaluación por dominio afectado detectado en el tamizaje (*Anexo 2 "Formato de evaluación de la persona mayor"*).
- 3) Realizar intervenciones por dominio afectado.
- 4) Determinar envío a evaluación especializada.
- 5) Priorizar evaluaciones subsecuentes.

Seguimiento

- 1) Priorizar atención de personas con múltiples dominios afectados de forma integral por el equipo multidisciplinario.
- 2) Brindar seguimiento regular de atención a todas las personas.
- 3) Otorgar seguimiento periódico prioritario a personas con multimorbilidad o condiciones complejas.
- 4) Detectar oportunamente deterioro de la capacidad funcional para evaluaciones complementarias.
- 5) Envío oportuno a servicios especializados.



Tamizaje



Valoración inicial de la capacidad funcional

Objetivo

Detectar a las personas mayores con disminución de la capacidad funcional para proporcionarles intervenciones iniciales y el envío a las evaluaciones específicas que correspondan acorde a la semaforización por parte del equipo multidisciplinario (Anexo 1. Formato de tamizaje).

Desarrollo de la actividad

En el proceso de detección de personas mayores con disminución de la capacidad funcional, es necesario considerar lo siguiente:

- 1) El formato de tamizaje será el primer paso para identificar alguna disminución de la capacidad funcional.
- 2) Deberá ser aplicado en los encuentros proactivos que se tengan entre el equipo multidisciplinario de atención primaria y las personas mayores; preferentemente será aplicado por promotores de la salud y los aliados en la comunidad.
- 3) Es necesario realizarlo previo a la consulta médica.
- 4) Las personas mayores que presenten pérdida de capacidad funcional deberán ser priorizadas conforme a la semaforización para su envío a evaluación específica por el profesional de la salud correspondiente del equipo multidisciplinario.
- 5) Al realizar la evaluación inicial con las posteriores intervenciones específicas en el ámbito ambulatorio se pretende tener impacto en la prevención de alguna discapacidad, dependencia de cuidados, fragilidad y desenlaces que disminuyen los años de vida saludable de las personas mayores.

6) Las intervenciones se podrán realizar acorde a la condición presente, por lo cual se podrá priorizar que y quienes deberán atender dicha necesidad; haciendo más eficiente la gestión, los tiempos e intervenciones de todos los profesionales integrantes del equipo de salud.

7) Responsable de la valoración

Todos los integrantes del equipo multidisciplinario podrán realizar la valoración e intervención inicial, preferentemente deberá ser realizada por promotores de salud capacitados y acreditados en la aplicación de la misma.

Tiempo de realización

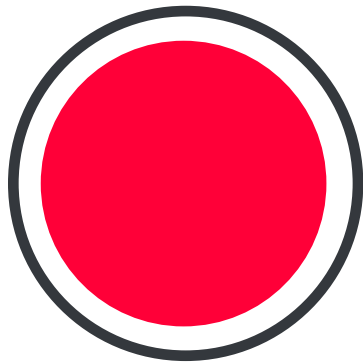
El tiempo promedio de realización es entre 5 a 10 minutos por personal entrenado en las condiciones óptimas del entorno para su aplicación.

Material necesario para la realización:

- Formato de tamizaje impreso.
- Tabla de apoyo.
- Bolígrafo.
- Reloj, cronómetro o teléfono inteligente con temporizador.
- Audífonos, audiómetro portátil o una de las aplicaciones móviles: hearWHO, prueba de audición.
- Silla.



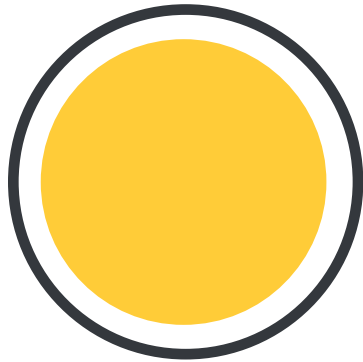
Semaforización



Atención prioritaria

4 o MÁS CONDICIONES ENCONTRADAS

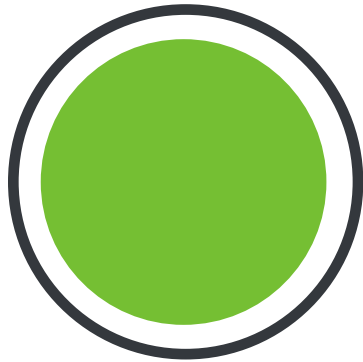
Atención prioritaria para evaluación multidisciplinaria de las condiciones encontradas



Focalizar acciones

2 a 3 CONDICIONES ENCONTRADAS

Atención focalizada y programada para evaluación acorde a las condiciones encontradas



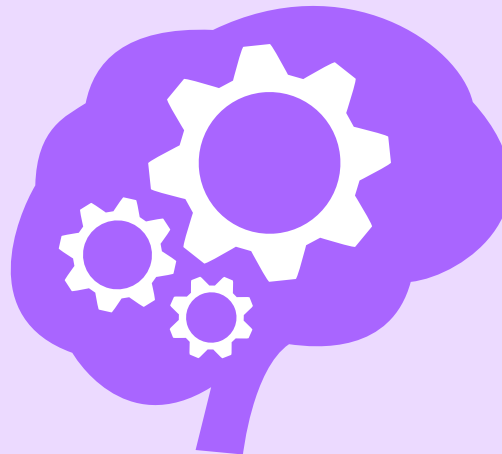
Reforzar acciones

0 a 1 CONDICIÓN ENCONTRADA

Atención inicial con medidas para reforzar hábitos saludables y evaluación específica acorde a la condición encontrada



Tamizaje Cognición



Preguntar y registrar

Evocación de 3 palabras.

Pedir a la persona mayor que recuerde tres palabras: flor, puerta, arroz (por ejemplo).

Orientación en tiempo y espacio.

Preguntar a la persona mayor:

- ¿Cuál es la fecha completa de hoy?
- ¿Dónde estamos en este momento?

Pedir a la persona mayor que recuerde las tres palabras.

- ¿Recuerda las 3 palabras?



Interpretar

A. La persona mayor puede recordar las 3 palabras o responder a ambas preguntas en la prueba de orientación: Sin deterioro cognitivo.

Acción: Otorgar recomendaciones generales de promoción para mantener una cognición saludable.

B. La persona mayor responde incorrectamente a cualquiera de las preguntas de la prueba de orientación o no responde: Posible deterioro cognitivo.

■ **La persona mayor no puede recordar las 3 palabras: Posible deterioro cognitivo.**

Acción: Se requiere una evaluación adicional detallada de la cognición por el equipo de atención multidisciplinario.



Realizar intervenciones

A. Sin deterioro cognitivo:

- Fomentar el aprovechamiento de oportunidades de nuevos aprendizajes.
- Identificar y atender de manera oportuna la pérdida auditiva.
- Prevenir traumatismos craneales.
- Prevenir, o en su caso, mantener el tratamiento adecuado de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, colesterol elevado u otras).
- Evitar el consumo de alcohol, disminuir y preferentemente abandonar su consumo.
- Mantener un peso saludable, prevenir, o en su caso tratar el sobrepeso u obesidad.
- Evitar fumar, disminuir y preferentemente abandonar el consumo de tabaco.
- Fomentar las actividades sociales para evitar el aislamiento.
- Realizar ejercicio físico de manera regular.
- Evitar exposición a contaminantes ambientales.
- Mantener una alimentación saludable.
- Mantener un estado de ánimo positivo, control efectivo de estrés, buscar apoyo o asesoría profesional si presenta: tristeza, problemas para dormir, irritabilidad, preocupación excesiva, problemas para concentrarse e ideas de muerte.
- Realizar actividades diversas tienen un beneficio cognitivo, si ya las realiza es importante mantenerlas y de ser posible llevarlas a un mayor reto. Si aún no realiza alguna actividad se deberá apoyar en identificar opciones cercanas en la co-

munidad. Ejemplos de actividades: leer, cantar, bailar, escritura creativa, aprender a tocar un instrumento, pintar, dibujar, participar en conversatorios, aprender un deporte.

- Vigilar, identificar y atender oportunamente signos de alarma de deterioro cognitivo o demencias, como son: cambios de memoria que afectan la vida diaria, dificultad para planificar o resolver problemas, dificultad para desempeñar tareas que le eran habituales, desorientación en tiempo o lugar, dificultad para interpretar imágenes, problemas con el lenguaje hablado y/o escrito, colocar objetos fuera de lugar, disminución en el juicio, pérdida de iniciativa y ocurrencia de manera frecuente en cambios de ánimo.

B. Posible deterioro cognitivo:

- Apoyar a los cuidadores y familia en la organización de un plan de actividades de la vida diaria, estimulación cognitiva y actividades ocupacionales que favorezcan las funciones cognitivas. Dicho programa incluirá: respetar el tiempo de descanso-sueño, actividades de higiene y arreglo personal, horarios de preparación y consumo de alimentos, actividades de estimulación cognitiva, actividades lúdicas y actividades de participación social; en general que la persona mayor mantenga y realice de manera independiente sus actividades cotidianas, respetando sus gustos y preferencias.
- Usar frases sencillas, claras y cortas. Proporcione tiempo suficiente para que la persona pueda responder.
- Muestre interés, mantenga contacto visual, muestre paciencia y escucha activa. No interrumpir o discutir. Evite hablar de la persona como si no estuviera.



- Realizar actividades que permitan a la persona su orientación en quién es, el tiempo (fecha en que se encuentra) y el lugar donde se ubica. Por ejemplo: apoyarse en el uso de calendarios o agendas, iniciar el día a día con la información de la fecha, hora, clima, acontecimientos importantes, noticias relevantes y el plan de actividades del día.
- Realizar actividades para estimular la atención, por ejemplo: colorear un dibujo de acuerdo con indicaciones específicas (número, letras, orden), acomodar números de acuerdo con una indicación (menor a mayor, pares e impares, en determinados rangos, etc.). Realizar laberintos, encontrar letras o palabras en un texto determinado (por ejemplo, señalar en un documento todas las palabras que incluyen una M). Realizar juegos de mesa. Practicar videojuegos.
- Incluir ejercicios que permitan recuperar información del pasado, por ejemplo, a partir de una fotografía o una noticia: ¿cuándo ocurrió?, ¿en qué momento histórico se dio?, ¿quiénes participaron? y solicitar a la persona describa la mayor información posible.
- Recordar eventos de su vida, personas o lugares significativos. Jugar memoramas de distintos temas (animales, frutas, estados del país, colores, etc.). Facilite realizar actividades con música del agrado de la persona mayor, si es su deseo puede cantar o bailar.
- Realizar un listado de los recursos comunitarios. Identificar en la comunidad grupos específicos de estimulación cognitiva, grupos de apoyo a cuidadores, centros de día, sitios recreativos y referir.
- La participación y el apoyo social están estrechamente vinculados con el bienestar durante toda la vida; debe fomentarse a lo largo del curso de vida, sugiera dichas actividades y si es posible organizar visitas de amigos o familiares.
- Adecuar actividades de manera que la persona pueda llevarlas a cabo y potenciar las habilidades conservadas.
- Mantener un entorno seguro para reducir el riesgo de caídas y lesiones, accidentes o en general riesgos para la persona mayor.
- Ofrecer un programa de estimulación cognitiva considerando la valoración específica de la persona mayor, sus gustos y preferencias; puede brindarse a personas mayores con deterioro cognitivo con o sin diagnóstico formal de demencia. Es una herramienta estructurada, planificada, global e individual que permite la implementación de sesiones específicas de estimulación cognitiva.
- Referir a toda persona mayor para una evaluación integral a servicios de atención especializada con sospecha de posible deterioro cognitivo.
- Incluir actividades de autocuidado de las y los cuidadores de la persona mayor, ya que se enfrentan a grandes exigencias y estrés que puede poner en riesgo su salud.





Tamizaje Nutrición



Preguntar y registrar

Preguntar a la persona mayor:

- ¿Ha perdido más de 3 kg en los últimos 3 meses?
- ¿Ha tenido disminución o pérdida del apetito?



Interpretar

A. La persona mayor responde que no ha perdido peso ni ha tenido disminución de apetito: Sin sospecha de desnutrición.

Acción: Otorgar recomendaciones generales de promoción para una alimentación saludable.

B. La persona mayor responde que ha perdido peso y/o que ha tenido disminución de apetito: Posible desnutrición.

Acción: Se requiere una evaluación adicional detallada del estado nutricional por el equipo multidisciplinario.



Realizar intervenciones

A. Sin desnutrición:

- Orientar sobre los beneficios de mantener una alimentación saludable, explicando las características que debe cumplir una alimentación correcta a lo largo del día: variada, adecuada, completa, inocua, equilibrada y suficiente.
- **Variada:** Se refiere a que a lo largo del día y en los diferentes momentos de alimentación (desayuno, almuerzo, comida, merienda o cena), se consumen alimentos de los distintos grupos.



- **Adecuada:** Se refiere a que los alimentos que se consumen durante el día son acordes a las personas respecto a sus gustos, su cultura y a sus recursos económicos.
 - **Completa:** Se refiere a que los alimentos consumidos durante el día contienen todos los nutrimentos y a que hay alimentos de los tres grupos en cada momento principal de alimentación (desayuno, comida y cena).
 - **Inocua:** Se refiere a que el consumo de alimentos no implica riesgos para la salud, porque éstos no tienen microorganismos nocivos, toxinas, contaminantes y no aportan cantidades excesivas de ningún componente o nutrimento.
 - **Equilibrada:** Se refiere a que los nutrimentos presentes en los alimentos guardan proporciones apropiadas entre sí; mayor porcentaje de agua, carbohidratos complejos, proteínas, grasas no saturadas y menor porcentaje de azúcares simples, grasas saturadas, grasas trans y sodio (sal).
 - **Suficiente:** Se refiere a que los alimentos consumidos durante el día cubren las necesidades de todos los nutrimentos, garantizando una buena nutrición para la persona.
- Dar consejos sobre alimentos de temporada y otras estrategias para reducir costos en la adquisición de alimentos, sobre todo verduras, frutas, cereales, legumbres y algunos productos de origen animal.
 - Informar sobre la recomendación de consumir suficientes proteínas tanto de origen vegetal como animal distribuidas en los distintos momentos de alimentación durante el día (1.0-1.2 g/kg/día), mencionado ejemplos de alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico (legumbres; lácteos; pollo; huevo; frutos secos como los cacahuates, las nueces, las almendras; pescado; res; cerdo, etc.).
 - Informar sobre la importancia de la hidratación (consumo suficiente de líquidos).
 - Informar sobre la importancia de la higiene bucodental y la atención odontológica.
 - Informar sobre la importancia de realizar actividad física multicomponente de acuerdo con sus características de salud y posterior a valoración médica que en combinación con la alimentación saludable ayudan a mejorar o mantener la capacidad intrínseca y a optimizar la capacidad funcional de las personas mayores.
- B. Posible desnutrición:**
- Identificar condiciones asociadas como fragilidad, sarcopenia, problemas bucodentales, dificultades para la masticación o la deglución, intolerancia a la lactosa, alergia a alimentos (pescados o marisco), o enfermedades que impliquen requerimientos nutricionales especiales (insuficiencia renal avanzada, cáncer avanzado, cirrosis avanzada, insuficiencia cardíaca avanzada, enfisema pulmonar o bronquitis crónica avanzada, que podrían ameritar referencia con profesionistas de salud (medicina, nutriología, odontología, etc.).
 - Explicar el plato del bien comer, así como los distintos grupos de alimentos (verduras y frutas, cereales y tubérculos, legumbres y alimentos de origen animal; alimentos naturales o mínimamente procesados, alimentos procesados, alimentos ultra procesados, productos para cocinar).
 - Explicar el etiquetado frontal de alimentos empaquetados y los distintos sellos.
 - Dar consejos sobre alimentos de temporada y otras estrategias para reducir cos-



tos en la adquisición de alimentos, sobre todo verduras, frutas, cereales, legumbres y algunos productos de origen animal.

- Informar sobre la recomendación de consumir más proteínas tanto de origen vegetal como animal distribuidas en los distintos momentos de alimentación durante el día (1.5 g/kg/día), mencionado ejemplos de alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico (legumbres, lácteos, pollo, huevo, frutos secos como los cacahuates, las nueces, las almendras, pescado, res, cerdo). Recordar que una ingesta alta de proteínas podría descompensar a personas con insuficiencia renal crónica importante (función renal menor de 30%) e idealmente debería recibir atención especializada por nutriología o incluso nutriología renal.
- Sugerir consumir pequeñas cantidades de alimentos, pero en mayor número de ocasiones al día, en quienes se llenan con poco alimento o tiene apetito disminuido.
- Sugerir consumir alimentos en compañía de otras personas, sobre todo en quienes viven solos o se encuentran en situación de aislamiento social.
- Dar ejemplos de menús personalizados de alimentación saludable.
- Informar sobre la importancia de la hidratación y la higiene bucodental.
- Valorar la prescripción y el uso de suplementos nutricionales por parte del médico o el nutriólogo, que ayuden a garantizar el aporte de proteínas y otros nutrimentos.
- Valorar la realización de una medición de vitamina D en sangre, así como la prescripción de suplementos de vitamina D para garantizar el aporte de esta vitamina.
- Informar sobre la importancia de realizar actividad física multicomponente de acuerdo con sus características de salud y posterior a valoración médica que en combinación con la alimentación saludable ayudan a mejorar o mantener la capacidad intrínseca y a optimizar la capacidad funcional de las personas mayores.



Tamizaje Visión



Preguntar y registrar

Problemas en los ojos

Preguntar a la persona mayor:

- **¿Tiene algún problema en sus ojos?**
 - Mencione los siguientes ejemplos:
 - Dificultad para ver de lejos
 - Dificultad para leer
 - Enfermedades oculares ¿Cuáles?
 - Está en tratamiento médico para diabetes, presión arterial alta.

Interpretar

A. Si la persona mayor responde que NO tiene problemas en sus ojos y concuerda con lo que el evaluador observa: Sin déficit visual.

Acción: otorgar recomendaciones generales de promoción para una función y agudeza visual saludable.

B. Si la persona mayor responde que SI tiene problemas en sus ojos o afirma alguno de los mencionados como ejemplos, hay un posible déficit visual.

Acción: se requiere una evaluación adi-



Realizar intervenciones

A. Sin déficit visual

- Fomentar la higiene visual, la cual engloba tanto el entorno como la persona.
- Recomendar lavado de manos con frecuencia, **NO** frotar ojos, usar jabón suave y neutro para lavar párpados.
- Evitar el uso de cosméticos en la zona periocular (alrededor de los ojos).
- Permitir la entrada de luz natural a habitaciones y todos los espacios de la casa en donde camina o se encuentra la persona mayor; la ventilación es muy importante.
- Se debe contar con iluminación adecuada en habitaciones y todos los espacios de casa, evitar apagar las luces si no es necesario o en su caso tratar de generar contrastes. Si se considera necesario realizar alguna adecuación de algo que no se visualiza bien, utilizar colores de alto contraste por ejemplo los marcos o puertas de casa.
- Para las actividades diarias se debe mantener una adecuada altura entre la mesa y la silla para que al estar sentada/o se apoyen las plantas del pie y evitar que las piernas queden encogidas o en el aire, esta posición erguida, con los hombros para atrás y los ojos directos a la vista de la tarea o actividad que se encuentre realizando.
- Preferir la luz del día o natural, si es posible salir a campos o lugares abiertos para ayudar a la higiene visual y que los ojos sean obligados a utilizar la visión a distancias lejanas.
- Establecer horarios cortos para ver la televisión, reducir el tiempo de exposición viendo las pantallas.
- Mantener una alimentación saludable.



- Sugerir revisión oftalmológica anual, las pruebas de agudeza visual y de lectura no sustituyen una evaluación especializada.
- Acudir al médico si se tiene alguna molestia en ojos, o visión, los lentes (anteojos o gafas) muchas veces pueden corregir la pérdida de visión de cerca o lejos, es necesario que acuda regularmente a una revisión visual.
- Las lupas y telescopios son algunos objetos que podrían ayudar a observar mejor.
- Identificar y atender de manera oportuna la pérdida visual.

B. Con posible déficit visual

- Derivar a valoración médica a un servicio de oftalmología para una evaluación específica por probable deficiencia visual y enfermedades oculares.
- Apoyar a personas cuidadoras y familia en la organización de un plan de actividades de la vida diaria.
 - Mantener un entorno seguro para reducir el riesgo de caídas y lesiones, accidentes o en general riesgos para la persona mayor que incluye:
 - Mejorar la iluminación.** Una buena iluminación es especialmente importante para ver de cerca. Es mejor la iluminación lateral (que no proyecte sombras).
 - Reducir el brillo.** La luz clara en general es mejor, pero el brillo del sol o el exceso de iluminación pueden ser molestos para algunas personas.
 - Eliminar obstáculos.** Los elementos peligrosos, como muebles, alfombras y otros objetos duros, pueden retirarse de las zonas de paso. En caso de ser ne-

cesarios, es mejor que estén siempre en el mismo lugar.

–**Generar condiciones de mayor contraste.** El contraste nítido entre los objetos y dentro de los objetos los hace más fáciles de ver, de encontrar o de evitar. Por ejemplo, se pueden marcar los bordes de los escalones (en particular para las personas que solo ven de un ojo), usar platos de colores para que los alimentos resalten y escribir con tinta negra. Se puede colorear el asa de los utensilios domésticos y de cocina para hacerlos más visibles y seguros: por ejemplo, envolviendo el mango de un cuchillo con cinta adhesiva de color brillante o pintándolo.

–**Usar el tipo de letra más legible.** En materiales impresos y pantallas de computadoras y teléfonos, los tipos grandes de estilo Arial (como el de este manual) son más fáciles de leer, ya que resaltan claramente en un fondo de color uniforme.

–**Elegir objetos domésticos con letras grandes y buen contraste.** Hay productos comerciales con letras y números más grandes o bien contrastados, como relojes de pared o de pulsera, libros, etc. Para el ocio; por ejemplo, se pueden comprar o fabricar juegos de mesa con piezas grandes y naipes con caracteres y símbolos grandes.

–**Usar dispositivos de apoyo auditivo además de óptico.** Muchos artículos comerciales hoy en día vienen con funciones de habla, como los relojes de pulsera, los termómetros y las balanzas. Muchos teléfonos móviles y programas informáticos tienen funciones de dictado o narración de texto.



Tamizaje Audición



Preguntar y registrar

Realice la prueba de agudeza auditiva

Explique a la persona mayor que le realizará una prueba para conocer su audición

Elija la prueba a realizar y llévela a cabo

- Prueba del susurro:
 - <https://cutt.ly/XEp7FOY>
- App hearWHO:
 - <https://cutt.ly/gEp7Mam>
- Prueba de audición:
 - <https://bit.ly/362e1JH>



Interpretar

A. Si la persona mayor SÍ PASÓ LA PRUEBA que realizó: Sin déficit auditivo.

Acción: Otorgar recomendaciones generales de promoción para una función y agudeza auditiva saludable.

B. Si la persona mayor NO PASÓ LA PRUEBA que realizó: Con déficit auditivo.

Acción: Se requiere una evaluación adicional detallada del estado auditivo por el equipo de atención multidisciplinario.



Realizar intervenciones

A. Sin déficit auditivo

- Reforzar medidas de higiene auditiva:
 - No introducir objetos en los oídos (hisopos, lápices u objetos puntiagudos, aceite caliente o frío, remedios herbolarios o líquidos).
 - No introducir los dedos sucios o lavarse con agua sucia.
 - Explicar que los sonidos fuertes dañan los oídos, escuchar sonidos fuertes daña las células sensoriales de los oídos. Esto puede provocar una pérdida de audición inducida por el ruido o un zumbido en el oído (tinnitus).
 - Orientar sobre la limpieza adecuada del canal auditivo.
 - Sugerir protegerse en todo momento contra lesiones en cabeza y oídos.
 - Recomendar evitar la exposición a ruido excesivo, o en su caso usar audífonos de protección.
 - Fomentar la revisión anual de la audición y canales auditivos.
 - Recomendar acudir a revisión médica en caso de zumbido de oídos, dificultad para escuchar claramente, disminución repentina de la audición, presencia de líquido u sangre en el canal auditivo.
- Identificar en la comunidad servicios de atención audiológica.
 - Orientar sobre la limpieza adecuada del canal auditivo.
 - Sugerir protegerse en todo momento contra lesiones en cabeza y oídos.
 - Recomendar evitar la exposición a ruido excesivo.
 - Reforzar estrategias de comunicación (visual, escritas, aumentar el volumen de timbres o teléfonos, etc.), con la intención de evitar aislar a la persona.
 - Asegurar la atención y que la persona nos vea a la cara.
 - Hablar con claridad, sin prisas y con frases cortas y sencillas.
 - Asegurar una buena iluminación para el caso que la persona se apoye en la lectura de labios.
 - Evitar distracciones, sonidos intensos o ruido de fondo.
 - Evitar hablar de la persona como si no estuviera o dejar de hablarle, lo cual puede potenciar la sensación de aislamiento.

B. Con déficit auditivo

- Referir a atención médica, con el fin de atender las necesidades individuales de la persona que vive con déficit sensorial auditivo.
- Explicar que la pérdida auditiva puede atenderse, reforzar los beneficios de los



Tamizaje Psicológico



Preguntar y registrar

Preguntar a la persona mayor si en las últimas 2 semanas:

- ¿Se ha sentido decaído/a, deprimido/a, o sin esperanza?
- ¿Ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?



Interpretar

A. La persona responde NO a ambas preguntas: Sin presencia de síntomas depresivos.

Acción: Se otorgan recomendaciones generales de promoción para un mantener un estado psicológico saludable.

B. La persona responde a UNA o AMBAS preguntas con SI: Presencia de síntomas depresivos.

Acción: Se requiere una evaluación adicional detallada del estado psicológico por el equipo de atención multidisciplinario.



Realizar intervenciones

A. Sin presencia de síntomas depresivos

- Reforzar hábitos saludables:
 - Alimentación.
 - Ejercicio.
 - Descanso-sueño.
 - Participación en actividades sociales.
 - Realización de actividades placenteras.

- Reforzar la importancia de mantener una correcta visión y audición, en caso de alteración atenderse oportunamente.
- Prevenir, o en su caso, mantener el tratamiento adecuado de enfermedades crónicas (diabetes mellitus, hipertensión arterial, colesterol elevado u otras).



- Evitar consumo de alcohol o tabaco, disminuir y preferentemente abandonar su consumo.
- Mantener un peso saludable, prevenir, o en su caso tratar el sobrepeso u obesidad.
- Explicar la importancia de reducir el estrés y fortalecer el apoyo social.
- Fomentar las actividades sociales que permitan evitar la soledad y el aislamiento social.

B. Presencia de síntomas depresivos

- Ofrecer la oportunidad de hablar, de preferencia en un espacio privado. Permita que la persona explique posibles causas de sus síntomas.
- Promover que la persona realice de manera independiente sus actividades cotidianas.
- Reforzar la importancia de continuar con las actividades que solían ser de su interés o placenteras, independientemente si le parecen interesantes o placenteras en este momento.
- Mantener un ciclo regular de las horas de dormir y de estar despierto. Acostarse a la misma hora, tratar de dormir la misma cantidad de horas, evitar dormir en exceso.
- Efectuar de manera regular actividad física.
- Mantener una alimentación saludable.
- Evitar actitudes negativas hacia la persona (frases como: “debes ser fuerte”, “contrólate”, “no seas débil”, “es fuerza de voluntad”).
- Enseñar algunas técnicas básicas como la respiración diafragmática.
- Explicar la importancia de reducir el estrés y fortalecer el apoyo social.
- Fomentar las actividades de participación social que permitan evitar el aislamiento y la soledad (pasar tiempo con amigos, familiares, en actividades comunitarias-deportivas o lúdicas).
- Evaluar y detectar posibles situaciones de malos tratos.
- Es importante identificar que la persona mayor cuente con una persona de confianza con quien pueda hablar, comentar sobre cómo actuar ante pensamientos de autolesión o suicidio.
- Realizar un listado de los recursos comunitarios.
- Identificar en la comunidad grupos específicos de apoyo, sitios recreativos y referir.
- De manera similar a otras enfermedades la depresión es un problema frecuente que cuenta con opciones de tratamiento y la adherencia al mismo será fundamental.
- Referir a la persona mayor para una evaluación especializada y que amerita un seguimiento a mediano y largo plazo por servicios de atención específicos.



Tamizaje Movilidad



Preguntar y registrar

Realice la prueba de levantarse de la silla:

Explique a la persona mayor que le realizará una prueba para conocer su condición de movilidad.

Realice la prueba y registre.



Interpretar

A. Si la persona mayor SÍ PASÓ LA PRUEBA que realizó: Sin alteración en movilidad.

Acción: Otorgar recomendaciones generales de promoción para una función locomotriz saludable.

B. Si la persona mayor NO PASÓ LA PRUEBA que realizó: Con sospecha de movilidad limitada.

Acción: Se requiere una evaluación adicional detallada del estado de movilidad por el equipo de atención multidisciplinario.



Realizar intervenciones

A. Sin alteración en movilidad.

- Realizar actividad física **regularmente**: iniciar con **150 minutos de actividad física moderada** o **75 minutos de actividad física**

intensa de manera semanal. La meta es realizar 300 minutos de actividad física moderada o 150 minutos de actividad física intensa semanalmente.



- Orientar sobre alimentación saludable.
- Motivar sobre continuar con actividad física (medios de transporte activos, quehaceres domésticos, ejercicios).
- Invitar a realizar actividades lúdicas y recreativas en parques, jardines; puede ser la pintura, la caminata, salidas al cine, convivencia familiar.
- Explicar sobre los tipos de actividad física y ejercicio factibles a realizar: cuidados del jardín, trabajos de reparación en casa, caminata a su ritmo, nadar, taichí, yoga, salir al parque, bailar con su música favorita, etc.
- **Ejercicios de Fuerza:** Levantamiento de peso, ejercicios con bandas elásticas, ejercicios con peso corporal como sentadillas, sentarse y levantarse de una silla.
- **Ejercicios de Resistencia:** Zumba, caminata y bicicleta fija o al aire libre.
- **Ejercicios de Flexibilidad:** Ejercicios de extensión, yoga y pilates.
- **Ejercicios de Equilibrio:** Pararse en una pierna, taichí, calistenia, subir escaleras.
- Realizar actividad física aeróbica, con caminata la cual puede iniciar con trayectos cortos e ir avanzando a 5, 10, 15 y 20 minutos al día
- Realizar ejercicios de flexibilidad de extremidades superiores e inferiores, ejercicios como yoga y pilates.
- Realizar ejercicios de equilibrio caminando en posición tándem y circuitos de pequeños obstáculos. Motivarlos para realizar actividades como taichí.
- Informar sobre la importancia de mantener horarios de descanso y sueño.
- Sugerir adecuaciones en el domicilio para mantener un entorno seguro.
- Enviar a evaluación multidisciplinaria para intervención complementaria oportuna.

B. Con sospecha de movilidad limitada.

- Explicar los tipos de actividad física o ejercicio a realizar.
- Realizar calentamiento previo a los ejercicios.
- Sentarse y levantarse de una silla con 3 series de 8 repeticiones. De acuerdo con las características de la persona mayor puede ser apoyada por otra persona, por una superficie, barandal o sin apoyo. Flexiones de brazo y realizar ejercicios con pesas o bandas elásticas.



Tamizaje

Condiciones del entorno



Preguntar y registrar

Preguntar a la persona mayor:

- ¿Tiene dificultad para cubrir sus gastos?
- ¿Se siente sola/o?
- ¿Tiene dificultad para dedicarse a actividades de su interés o que son importantes para usted?



Interpretar

A. La persona responde NO a las preguntas: Sin necesidad de apoyo y asistencia social.

Acción: Se otorgan recomendaciones generales de promoción para mantener condiciones del entorno favorables para lograr un envejecimiento saludable.

B. La persona responde SI a alguna pregunta: Con necesidad de apoyo y asistencia social.

Acción: Se requiere una evaluación adicional detallada de las condiciones del entorno por el equipo de atención multidisciplinario.



Realizar intervenciones

A. Sin necesidad de apoyo y asistencia social.

- Explicar la importancia de continuar haciendo lo que la hace importante como

persona, y las actividades que le gusta hacer en su vida diaria; fomentando continuar con las capacidades de satisfacer sus necesidades básicas, moverse, esta-



blecer y mantener relaciones, aprender, crecer, tomar decisiones y contribuir a la sociedad.

- Brindar listado de recursos para atención, apoyo y asistencia social cercanos a su domicilio.
- Entregar “Decálogo de los Derechos de las Personas Adultas Mayores”.
- Orientar sobre actividades de participación social, explicando que los beneficios son: prevenir la soledad, aislamiento social, discriminación y malos tratos.

B. Con necesidad de apoyo y asistencia social.

■ **Necesidades de asistencia social:**

- Derivar a servicios de salud para valorar la inserción a un programa de rehabilitación social.
- Reforzar sobre el impacto positivo de recibir apoyo por parte del cónyuge/familiares/cuidadores que le ayuden en la realización de las actividades cotidianas y así satisfacer sus necesidades básicas.

■ **Vivienda:**

- Orientar sobre programas sociales para el mejoramiento de la vivienda resaltando que el propósito es permitir en medida de lo posible su capacidad de movimiento.

■ **Ingresos:**

- Explicar los requisitos para acceder a la pensión no contributiva (Programa para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores).
- Orientar sobre los beneficios de la tarjeta del Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM).

■ **Sentirse solo/a:**

- Explicar la importancia de establecer y mantener relaciones generando contacto constante con la familia y amistades; teniendo como alternativa reuniones presenciales, llamadas telefónicas o video llamadas.
- Orientar sobre la importancia de tener nuevas ocupaciones que le den sentido a su vida, resaltando que podría aprender nuevas cosas a lo largo de ella, incluso tener nuevas orientaciones vocacionales para prolongar la vida laboral, o si es el caso tener una nueva ocupación diferente a las anteriores.

■ **Participación social:**

- Explicar la importancia de contribuir a la sociedad a través de actividades, acciones, apoyos o ayudas que como personas mayores pueden brindar, o incluso en caso de requerirse beneficiarse de las mismas.
- Referir a los grupos sociales de la comunidad: clubes, grupos religiosos, centros de día, deporte, recreación, educación o voluntariado.
- Orientar para integrarse a actividades para aprender el uso de tecnologías de la comunicación.

■ **Maltrato:**

- Proporcionar información impresa explicando el maltrato y sus tipos, además de datos de contacto de las instituciones de atención en caso de requerirlo.



Evaluación e Intervenciones



Evaluación e intervenciones multidisciplinares específicas

Objetivo

Evaluar y realizar intervenciones multidisciplinares en los distintos dominios de la capacidad intrínseca y entorno de las personas mayores por el equipo de atención primaria (Anexo 2. Formato de evaluación e intervenciones específicas).

Desarrollo de la actividad

- 1) El tamizaje: valoración inicial de la capacidad funcional fue el primer paso para encontrar las condiciones que presenten deterioro o pérdida significativa de la capacidad intrínseca.
- 2) Las personas mayores que presenten disminución de capacidad intrínseca en el tamizaje: valoración inicial de la capacidad funcional deberán ser priorizadas conforme a la semaforización para su envío a evaluación e intervenciones multidisciplinares específicas por el profesional de salud correspondiente del equipo multidisciplinario.
- 3) Todos los integrantes del equipo multidisciplinario podrán realizar la valoración e intervención, preferentemente, profesionales de salud capacitados y acreditados en atención integrada de personas mayores.
- 4) El personal que realice la valoración inicial deberá estar capacitado previamente en la guía de entrevista.
- 5) Al realizar la evaluación e intervenciones específicas se busca prevenir la discapacidad, dependencia de cuidados, fragilidad y desenlaces que disminuyen los años de vida saludable de las personas mayores.
- 6) Las evaluaciones e intervenciones se podrán realizar acorde a la condición presente, por lo cual se podrá priorizar que y quienes de-

berán atender dicha necesidad; haciendo más eficiente la gestión, los tiempos e intervenciones de todos los profesionales integrantes del equipo de salud.

Responsable de la valoración

Integrante del equipo multidisciplinario capacitado y acreditado, podrá realizar la valoración e intervenciones sugeridas en cada dominio.

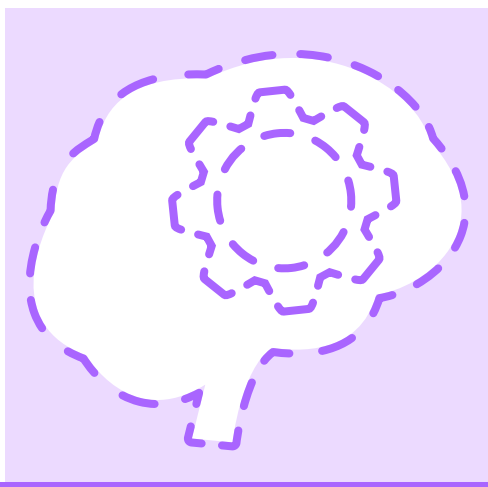
- Enfermería
- Fisioterapia
- Gerontología
- Medicina
- Nutriología
- Promoción de la salud
- Psicología
- Trabajo social

Tiempo de realización

El tiempo de realización dependerá específicamente del número de condiciones que presenten deterioro y de los integrantes del equipo multidisciplinario a intervenir; así también las condiciones de la persona mayor y el entorno para la aplicación.

Material necesario para su realización

El material necesario para la realización se especificará en cada apartado de la evaluación.



Deterioro cognitivo

MoCA:
probable deterioro cognitivo
(puntaje de 0-25)

Responsable de la valoración

- Integrante del equipo multidisciplinario.

[Ver video de aplicación](#)

Consideraciones

! Verificar que la persona mayor escucha y ve bien (de lo contrario se omite la prueba).

Material necesario para su realización

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

Tiempo de realización



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

Intervenciones específicas

1. Aunque es frecuente en las personas mayores, el deterioro cognitivo no es normal ni asociado al envejecimiento.

2. Las personas con probable deterioro cognitivo pueden manifestar frecuentemente problemas relacionados con la memoria y la capacidad para llevar a cabo algunas de sus actividades cotidianas. Algunas personas pueden no ser conscientes de ese hecho y no buscar ayuda.

3. Corroborar la información obtenida en la evaluación con un familiar, cuidador o informante confiable que cuente con información confiable de la cognición, conducta y desempeño cotidiano de la persona mayor.

4. Los cuidadores o familiares pueden negar o minimizar la gravedad de la pérdida de memoria o problemas asociados; explore sobre cambios en la personalidad, problemas de lenguaje, la capacidad de seguir una conversación sencilla, la dificultad para reconocer imágenes, confusión o dificultad para reconocer personas conocidas, extravío de objetos, vagabundeo, y otros detalles como ¿cuándo se percataron por primera vez?, si fue repentino o gradual, si empeora en algún momento del día y si requiere apoyo para efectuar tareas que antes le eran cotidianas.

5. Proporcione información a la medida de la capacidad de la persona para entender y retener la información. No sobrecargar con demasiado contenido en un solo momento. Algunos mensajes importantes para proporcionar son:

- Es una enfermedad del cerebro (evitar estigmas relacionados con los ámbitos mentales).
- Siempre es mejor estar preparados, ante situaciones que pueden empeorar.
- Se puede hacer mucho con ayudar en el día a día.
- La familia y los cuidadores requieren apoyo para evitar la sobrecarga. Preferentemente contar con un plan de relevos del cuidador principal.
- En todo momento brindar respeto a la dignidad de la persona.

6. Ofrecer apoyo en actividades específicas como:

- Organización de un plan de actividades de la vida diaria, estimulación cognitiva y actividades ocupacionales. Dicho plan incluirá: respetar el tiempo de descanso-sueño, actividades de higiene y arreglo personal, horarios de preparación y consumo de alimentos, actividades de estimulación cognitiva, actividades lúdicas, actividades de participación social, en general que la persona mayor mantenga y realice de manera independiente sus actividades cotidianas respetando sus gustos y preferencias.

- De ser necesario, adecuar las actividades de manera que la persona puede llevarlas a cabo y poder potenciar las habilidades conservadas.

7. Diseñar un programa de estimulación cognitiva considera la valoración específica de la persona mayor, sus gustos y preferencias, puede brindarse a personas mayores con deterioro cognitivo con o sin diagnóstico formal de demencia. Es una herramienta estructurada, planificada, global e individual que permite la implementación de sesiones específicas de estimulación cognitiva.

Una organización estándar incluye 14 sesiones temáticas de aproximadamente 45 minutos cada una, donde un facilitador dirige las sesiones dos veces por semana. Incluir:

- Actividades dirigidas a la orientación en quién es, el tiempo (fecha en que se encuentra), el clima y el lugar donde se ubica. Puede apoyarse en el uso de calendarios o agendas, iniciar el día a día con la información de la fecha, hora, clima, acontecimientos importantes, noticias relevantes y el plan de actividades del día.
- Actividades para estimular la atención, por ejemplo: colorear un dibujo de acuerdo con indicaciones específicas (número, letras, orden), acomodar números de acuerdo con una indicación (menor a mayor, pares e impares, en determinados rangos,

etc.). Realizar laberintos, encontrar letras o palabras en un texto determinado (por ejemplo, señalar en un documento todas las palabras que incluyen una M). Realizar juegos de mesa. Practicar videojuegos.

- Actividades que permitan recuperar información del pasado, por ejemplo, a partir de una fotografía o una noticia: cuándo ocurrió, qué momento histórico pasaba, quiénes participaron, solicitar a la persona describa la mayor información posible. Recordar eventos de su vida, personas o lugares significativos. Jugar memoramas de distintos temas (animales, frutas, estado del país, colores, etc.). Facilite contar con música del agrado de la persona mayor, si es su deseo puede cantar o bailar.
- Actividades relacionadas con la estimulación del lenguaje. Incluir a la persona en los diálogos, evitar hablar de ella como si no estuviera, mantenga comunicación directa sencilla y clara, invitar a la persona a participar en conversatorio en temas de su interés. Hacer uso de algunos recursos didácticos, por ejemplo, el juego de basta, completar refranes, sopas de letras, crucigramas, evocar palabras por silabas-letras-similitudes u otras características.
- Existe una amplia variedad de actividades que pueden incluirse para potenciar la capacidad cognitiva, por ejemplo: lecto-escritura, cálculo numérico, reconocimiento de sonidos, apreciación musical, reconocimiento de objetos, actividades que estimulen otros sentidos como el gusto y el tacto, las manualidades, actividades artísticas, juegos individuales o en grupo. Pueden incluirse algunas relacionadas con pintar, dibujar o colorear y que además fomenten la creatividad, también algunas manualidades (hacer uso de crayones, colores, pinceles, pinturas, plastilina, papel, cartón, lentejuela, semillas, etc.). Así como también juegos de mesa (domino, ajedrez, lotería, cartas, Uno, Go, damas chinas, jenga, etc.). Lo importante es reconocer cual

es el beneficio cognitivo que aporta a la persona mayor y que impliquen un reto y no una actividad rutinaria o monótona.

8. Mantener un entorno seguro para reducir el riesgo de caídas, lesiones o accidentes. Eliminar del alcance objetos que puedan causar daño a la persona o lesionar a alguien más. Mantener medidas de precaución con llaves de gas e instalaciones eléctricas. Se sugiere que la persona porte una identificación con sus datos completos y teléfono de contacto en caso de requerirse.

9. Identificar en la comunidad grupos específicos de estimulación cognitiva, grupos de apoyo para cuidadores, centros de día, sitios recreativos, realizar y mantener un listado actualizado para los casos a referir.

10. Referir a toda persona mayor con sospecha de deterioro cognitivo para una evaluación integral a servicios de atención especializada

Evaluación de enfermedades asociadas

Evaluar condiciones reversibles comunes que pueden explicar el deterioro cognitivo, las cuáles pueden ser tratadas y con ello tener impacto en el desempeño cognitivo.

1. Deshidratación grave. Su presencia puede causar delirium.

2. Polifarmacia. Cuando la persona consume dos o más medicamentos potencialmente pueden interactuar entre ellos y causar efectos secundarios adversos. Algunos medicamentos como los sedantes e hipnóticos son frecuentemente causantes de alteraciones cognitivas en personas mayores.

3. Cirugía mayor y anestesia general. Indagar si el deterioro cognitivo ocurrió después de una cirugía mayor. Identificar oportuna-

mente factores de riesgo de deterioro cognitivo y en caso de procedimiento quirúrgico valorar previamente con el equipo quirúrgico y de anestesiología.

4. Enfermedad cerebrovascular. Indagar antecedentes de enfermedades cerebrovascular los cuales se relacionan estrechamente con desarrollar deterioro cognitivo. Fomentar la prevención de eventos futuros para detener nuevas disminuciones en la cognición para lo cual se requiere un control óptimo de las enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión, dislipidemia, arritmias).

5. Delirium. Se refiere a la pérdida repentina y súbita de la atención, la persona puede mostrarse confundida en lugar y tiempo, con discurso incoherente, agitada o en estado hipo activo. Generalmente se desarrolla repentinamente y fluctúa durante el día. Indagar sobre causas orgánicas agudas como infecciones, medicamentos, alteraciones metabólicas (hipoglucemia o hiponatremia), intoxicación por sustancias o abstinencia de sustancias.

Aspectos sociales

1. Cuando el deterioro cognitivo tiene un impacto en la capacidad de la persona para realizar sus actividades cotidianas e incluso limitar su autonomía, es posible que la persona tenga necesidades importantes de asistencia social.

2. Es importante apoyar a los cuidadores a diseñar un plan de las actividades de la vida diaria que maximice la autonomía, mejore la función, ayude a adaptarse y desarrollar habilidades y minimice la necesidad de apoyo. Esta medida pretende disminuir el impacto del deterioro cognitivo en la necesidad de cuidador que le implica a los cuidadores, considerando que el estrés y la sobrecarga puede poner en riesgo su propia salud. De manera que la atención de la persona mayor con deterioro cognitivo deberá reconocer a los cuidadores como parte de la intervención.

3. Se sugiere contar con una lista de asociaciones o grupos de apoyo de familiares dentro de la comunidad.



Nutrición deficiente

MNA-SF:
riesgo de desnutrición
(puntaje de 8-11)
desnutrición
(puntaje de 0-7)

o bien

MNA completa:
riesgo de desnutrición
(puntaje de 17-23.5)
desnutrición
(puntaje de 0-16)

Responsable de la valoración

- Integrante del equipo multidisciplinario.

Tiempo de realización



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



[Ver video de aplicación](#)

Material necesario para su realización

- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Cinta métrica no elástica.
- Silla (para quien pueda sentarse).
- Tabla (para quien no pueda sentarse).
- Báscula calibrada y estadímetro (solo si se aplicará la MNA-completa).

Intervenciones específicas

1. Las distintas formas de mala nutrición son frecuentes en la vejez.

2. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, la mala nutrición se refiere a las carencias, los excesos y los desequilibrios en la ingesta calórica y de nutrimentos de una persona; incluye tres grandes grupos de afecciones:

- La desnutrición, causada por una baja ingesta de nutrimentos o una absorción deficiente de los mismos, que genera alteraciones de la composición corporal, con disminución de tejidos magros y disminución del funcionamiento físico y/o mental u otros desenlaces negativos en salud.
- Las carencias o los excesos de micronutrientes específicos, como la falta de vitaminas o minerales importantes (deficiencia de hierro, deficiencia de vitamina D, por ejemplo) o el exceso de micronutrientes (intoxicación por vitamina A, etc.).
- El sobrepeso, la obesidad y las enfermedades no transmisibles relacionadas con la alimentación (como la diabetes, la hipertensión arterial, los problemas de colesterol y algunos tipos de cáncer).

3. Pueden coexistir varios problemas de mala nutrición en una misma persona, es decir, una persona puede tener obesidad, desnutrición y deficiencia de alguna vitamina o mineral específico al mismo tiempo.

4. La mini-evaluación nutricional, la MNA completa o en su formato corto (MNA-SF) se creó para detectar a personas mayores con desnutrición o en riesgo de desnutrición.

5. La orientación alimentaria se refiere al conjunto de acciones que proporcionan información básica, científicamente validada y sistematizada, que ayuda a desarrollar habilidades, actitudes y prácticas relacionadas con los alimentos y la alimentación, para

favorecer la adopción de una alimentación correcta en el ámbito individual, familiar o colectivo, tomando en cuenta las condiciones económicas, geográficas, culturales y sociales.

6. En el proceso de orientación alimentaria, la obtención de información lo más detallada posible, acerca del consumo habitual de alimentos por parte de la persona mayor, es fundamental, pues permite individualizar las recomendaciones, a través de sugerencias puntuales respecto a los aspectos que se pueden mejorar en la alimentación, y a la vez reforzar o reconocer los aspectos positivos que la persona tiene en su alimentación.

7. Las recomendaciones generales de alimentación saludable para personas mayores consisten en el consumo correcto de los distintos alimentos que aportan los nutrimentos suficientes para mejorar o mantener la salud; en otras palabras, una alimentación basada principalmente en alimentos naturales o mínimamente procesados, como verduras, frutas, cereales integrales y algunos alimentos de origen animal, y con cantidades mínimas de azúcares simples, grasas saturadas, grasas trans y sodio.

8. Las guías alimentarias basadas en alimentos para población mexicana sugieren que las personas mayores sanas consuman diariamente: 3 porciones de verduras, 2 porciones frutas, 6-8 porciones de cereales, 1-2 porciones de legumbres, 1-3 porciones de alimentos de origen animal, 2 porciones de lácteos, 3-8 vasos de agua simple (25-35 mL/kg de peso/día), máximo 2 porciones de azúcares simples y 4 porciones de grasas.

9. El tamaño de porciones equivalentes varía de acuerdo con el alimento específico, esta información puede consultarse en el sistema mexicano de alimentos equivalentes (www.sistemadigitaldealimentos.org).

10. Explicar el plato del bien comer, así como los distintos grupos de alimentos (verduras y frutas, cereales y tubérculos, legumbres y alimentos de origen animal; alimentos naturales o mínimamente procesados, productos para cocinar, alimentos procesados, alimentos ultra procesados).

11. Explicar el etiquetado frontal de alimentos empaquetados y los distintos sellos.

12. Dar consejos sobre alimentos de temporada y otras estrategias para reducir costos en la adquisición de alimentos, sobre todo verduras, frutas, cereales, legumbres y algunos productos de origen animal.

13. Informar sobre la recomendación de consumir más proteínas tanto de origen vegetal como animal distribuidas en los distintos momentos de alimentación durante el día (1.5 g/kg/día), mencionando ejemplos de alimentos ricos en proteínas de alto valor biológico (legumbres; lácteos; pollo; huevo; frutos secos como los cacahuates, las nueces, las almendras; pescado; res; cerdo). Hay que recordar que una ingesta alta de proteínas podría descompensar a personas con insuficiencia renal crónica importante (función renal menor de 30%) e idealmente debería recibir atención especializada por nutriología o incluso nutriología renal.

14. Sugerir consumir pequeñas cantidades de alimentos, pero en mayor número de ocasiones al día, en quienes se llenan con poco alimento o tiene apetito disminuido.

15. Sugerir consumir alimentos en compañía de otras personas, sobre todo en quienes viven solos o se encuentran en situación de aislamiento social.

16. Dar ejemplos de menús personalizados de alimentación saludable.

17. Informar sobre la importancia de la hidratación y la higiene bucodental.

18. Valorar la prescripción y el uso de suplementos nutricionales que ayuden a garantizar el aporte de proteínas y otros nutrientes.

19. Reforzar técnicas apropiadas de limpieza, desinfección y cocción de los distintos alimentos y otras estrategias para garantizar la inocuidad de los alimentos.

20. Explicar procedimientos de remojo de las legumbres para agilizar su cocción, reducir la cantidad de oligosacáridos fermentables no digeribles por el cuerpo humano.

21. Mencionar estrategias para refrigerar o conservar los alimentos en condiciones óptimas para su consumo.

22. Valorar la realización de una medición de vitamina D en sangre, así como la prescripción de suplementos de vitamina D para garantizar el aporte de esta vitamina.

23. Informar sobre programas locales que ayuden a mejorar la alimentación de las personas mayores, como podrían ser comedores comunitarios, huertos de traspatio, etc.

24. Informar sobre la importancia de realizar actividad física multicomponente de acuerdo con sus características de salud y posterior a valoración médica que en combinación con la alimentación saludable ayudan a mejorar o mantener la capacidad intrínseca y a optimizar la capacidad funcional de las personas mayores.

25. Referir a personal con entrenamiento en nutrición y dietética en caso de requerimientos nutricionales especiales o complejos.

Evaluación de enfermedades asociadas

1. Problemas bucodentales: La detección y el manejo efectivo y oportuno de la enfermedad periodontal, caries u otras condiciones dentales puede ayudar a evitar la pérdida de dientes.

2. Problemas de masticación: La ausencia de los molares representa una causa de problemas para la masticación, el uso de prótesis dentales personalizadas puede ayudar.

3. Problemas de deglución: En la disfagia orofaríngea se recomiendan algunas adaptaciones durante la alimentación para reducir el riesgo de bronco aspiración y dependiendo la causa, ciertas intervenciones foniátricas o de terapia de lenguaje, pueden ayudar a mejorar la seguridad y la eficacia de la deglución.

4. Estreñimiento: Su frecuencia aumenta en la vejez; un consumo óptimo de fibra y de agua, puede ayudar a su manejo.

5. Intolerancia a la lactosa: Su frecuencia aumenta con la edad, en caso de sospechar que está presente, sugerir consumo de lácteos deslactosados.

6. Alergias a alimentos: Las más frecuentes son a pescados y mariscos.

7. Fragilidad: puede utilizarse el cuestionario FRAIL para detectar personas con probable fragilidad; además de la alimentación que garantice el aporte de proteínas, el ejercicio físico multicomponente puede ayudar al manejo de la fragilidad.

8. Sarcopenia: Puede aplicarse el cuestionario SARC-F para detectar personas con alta probabilidad de sarcopenia; además de la alimentación que garantice el aporte de proteínas, el ejercicio físico multicomponente puede ayudar al manejo de la sarcopenia.

Aspectos sociales

1. Las personas mayores con discapacidad podrían requerir asistencia de alguien para la adquisición y/o la preparación de alimentos, en esos casos es recomendable brindar la orientación alimentaria también a quienes adquieren y/o preparan los alimentos que consume la persona mayor.

2. La inseguridad alimentaria se refiere a que no hay disponibilidad, acceso ni consumo de los alimentos suficientes que las personas requieren para mantener una nutrición óptima que contribuye a su salud, bienestar y capacidad funcional. Hay múltiples causas como: las sequías, los problemas en las cadenas de suministro de alimentos, los efectos de incremento de los precios de los alimentos, el desconocimiento de los alimentos esenciales para la salud de las personas, entre otros.

3. Las personas que se encuentran en situación de aislamiento social, tienen mayor propensión a llevar una alimentación deficiente, por menor acceso a alimentos saludables, disminución de apetito, menor ingesta de nutrimentos que puede generar desnutrición, sarcopenia u otros problemas nutricionales. Las estrategias que generen que las personas mayores se alimenten y a la vez tengan interacción social con familiares, amigos u otras personas de la comunidad, pueden ayudar a mejorar su alimentación y nutrición.

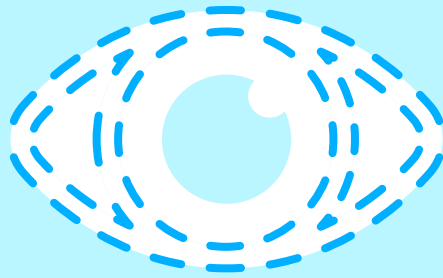
4. La pobreza puede dificultar que las personas mayores tengan una alimentación saludable, por limitación para adquirir alimentos o por elegir productos comestibles más baratos, pero no nutritivos. En estos casos brindar orientación sobre programas de apoyo ya sea de instituciones gubernamentales o de organizaciones de la sociedad civil, puede ayudar.



Déficit visual

Carta Snellen o Tarjeta de bolsillo o App Peek Acuity:

agudeza visual disminuida



▶ Ver opciones de aplicación

Responsable de la valoración

- Integrante del equipo multidisciplinario.

Tiempo de realización



5 a 10 minutos aproximadamente, puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Material necesario para su realización

- Carta de Snellen: <https://bit.ly/3Ed835u> o Tarjeta de bolsillo de Rosebaum o Aplicación móvil Peek Acuity: <https://cutt.ly/6Fp75D3>.
- Formato impreso.
- Bolígrafo.
- Teléfono móvil o tableta digital, con sistema operativo Android o iOS.
- Espacio privado, ventilado, bien iluminado, libre de ruidos y distracciones.

Intervenciones específicas

1. El déficit visual ocurre cuando una afección ocular afecta el sistema visual y una o más de sus funciones visuales. La discapacidad visual tiene graves consecuencias para la persona a lo largo de su vida. Sin embargo, muchas de estas consecuencias pueden mitigarse mediante el acceso efectivo y oportuno a una atención oftalmológica y rehabilitación visual de calidad.

2. Una persona que usa ayudas ópticas para compensar su déficit visual puede no ser suficiente para corregirse por lo que requiere un seguimiento especializado.

3. La visión también ayuda a mantener la salud mental y los niveles de bienestar, los cuales son más altos entre las personas con buena visión.

4. Las personas que viven con déficit visual pueden beneficiarse de intervenciones efectivas y oportunas:

- Identificar el déficit visual es prioritario para su oportuno tratamiento.
- Se debe maximizar la función visual residual y la agudeza visual.
- Se deben identificar y tratar el ojo rojo, es frecuente en personas mayores; puede estar presente por blefaritis, ojo seco, hemorragia subconjuntival, orzuelo, chalazión, conjuntivitis infecciosa, conjuntivitis alérgica o por fármacos.
- Se deben identificar y tratar el ojo seco (queratoconjuntivitis sicca), es común en las personas mayores y frecuentemente pasa inadvertido por el equipo de salud. Su origen es multifactorial por lo cual abordar y tratar los factores exacerbantes junto con el uso de compresas, lágrimas artificiales y ungüentos lubricantes son parte del tratamiento integral de la sequedad ocular.
- Se deben identificar y tratar oportunamente los errores de refracción: miopía, hipermetropía, astigmatismo y presbiopía.
- Se deben identificar y tratar oportunamente las enfermedades oculares más frecuentes: degeneración macular, cataratas, glaucoma y retinopatía diabética. El adecuado tratamiento de estas enfermedades mejora la función y la calidad de vida en general de las personas mayores. Es prioritario recibir atención especializada.
- Se debe ofrecer por el especialista alternativas de corrección de la visión, (siempre de manera personalizada) formas ópticas y no ópticas para mejorar la función visual.
- Brindar ayudas ópticas, son las más frecuentemente usadas para mejorar la vi-

sión de cerca o de lejos: armazones (gafas) binoculares esfero prismáticas, armazones (gafas) monoculares esféricas, lupas manuales o fijas, telescopios monoculares, binoculares, de foco fijo o enfocables. Se pueden además brindar anteojos con filtros, para disminuir fotofobia y deslumbramiento.

- Brindar ayudas no ópticas, estas permiten llevar a cabo las actividades de una manera más confortable y con mayor contraste: atriles, tiposcopios, plumones, acetatos amarillos, guías de escritura, etc.
- Otorgar un seguimiento oftalmológico periódico para seguimiento médico y evaluar ajustes de las ayudas ópticas.

Evaluación de enfermedades asociadas

1. Evaluar y abordar enfermedades asociadas debe ser prioritario en personas con afección visual.
2. Tratar la hipertensión arterial. La hipertensión arterial es un factor de riesgo importante para retinopatía y glaucoma.
3. Tratar la diabetes mellitus. Las personas con diabetes deben realizarse un examen oftalmológico una vez al año para detectar la presencia de retinopatía.
4. Vigilar apropiadamente el uso de corticoesteroides (por ejemplo: prednisona, dexametasona). En algunas personas, el tratamiento prolongado con corticoesteroides puede incrementar la presión intraocular o provocar cataratas. Si no se trata, el aumento en la presión puede ocasionar pérdida de visión por lesión del nervio óptico. Como medida de seguridad las personas que usan de manera prolongada corticoesteroides deben realizarse un examen oftalmológico de manera periódica y regular.

Aspectos sociales

1. Apoyar a los familiares y cuidadores en identificar y abordar los factores ambientales que pueden afectar la función visual.

2. Recomendar realizar una evaluación del entorno que permita mantener el grado de actividad e independencia en la realización de tareas cotidianas. Incluyendo actividades recreativas. Algunos cambios son sencillos otros requerirán modificaciones en la vivienda o incluso obtener servicios de apoyo de la comunidad; dedique un tiempo en particular para conversar con la familia sobre ello.

3. Mejorar la iluminación. Una buena iluminación es especialmente importante para ver de cerca. Es mejor la iluminación lateral (que no proyecte sombras).

4. Reducir el brillo. La luz clara en general es mejor, pero el brillo del sol o el exceso de iluminación pueden ser molestos para algunas personas.

5. Eliminar obstáculos. Los elementos peligrosos, como muebles y otros objetos duros, pueden retirarse de las zonas de paso. En caso de ser necesarios, es mejor que estén siempre en el mismo lugar.

6. Generar condiciones de mayor contraste. El contraste nítido entre los objetos y dentro de los objetos los hace más fáciles de ver, de encontrar o de evitar. Se pueden marcar los bordes de los escalones (en particular para las personas que solo ven de un ojo), usar platos de colores para que los alimentos resalten y escribir con tinta negra. Se puede colorear el asa de los utensilios domésticos y de cocina para hacerlos más visibles y seguros: por ejemplo, envolviendo el mango de un cuchillo con cinta adhesiva de color brillante o pintándolo.

7. Usar el tipo de letra más legible. En materiales impresos y pantallas de computadoras y teléfonos, los tipos grandes de estilo Arial (como el de este manual) son más fáci-

les de leer, ya que resaltan claramente en un fondo de color uniforme.

8. Elegir objetos domésticos con letras grandes y buen contraste. Hay productos comerciales con letras y números más grandes o bien contrastados, como relojes de pared o de pulsera, libros, etc. Para el ocio, se pueden comprar o fabricar juegos de mesa con piezas grandes y naipes con caracteres y símbolos grandes.

9. Usar dispositivos de apoyo auditivo además de óptico. Muchos artículos comerciales hoy en día vienen con funciones de habla, como los relojes de pulsera, los termómetros y las balanzas. Muchos teléfonos móviles y programas informáticos tienen funciones de dictado o narración de texto.

Carta Snellen:

[▶ Ver video de aplicación](#)

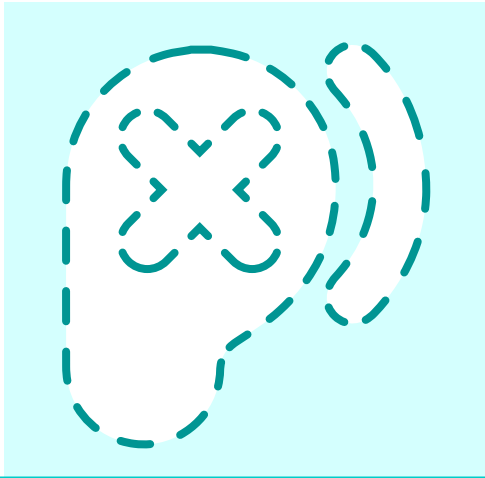
Tarjeta de bolsillo:

[▶ Ver video de aplicación](#)

App Peek Acuity:

[▶ Ver video de aplicación](#)





Déficit auditivo

Aplicación móvil
hearWHO o
prueba de audición o
audiómetro portátil:

agudeza auditiva
disminuida.

▶ Ver opciones de aplicación

Responsable de la valoración

- Integrante del equipo multidisciplinario.

Tiempo de realización



20 a 60 minutos

Puede variar dependiendo del contexto y la situación de la persona.

Material necesario para su realización

- Otoscopio.
- Conos óticos.
- Silla.
- Bolígrafo.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de ruido y distracciones.

Intervenciones específicas

1. La mayoría de las enfermedades del oído se pueden atender con tratamientos médicos o quirúrgicos. Sin embargo, cuando el déficit auditivo es irreversible, la rehabilitación auditiva y una sociedad incluyente pueden hacer que las personas afectadas, presenten menos consecuencias adversas.

2. El déficit auditivo se relaciona con muchas otras condiciones como deterioro cognitivo, demencia, depresión, ansiedad, problemas de equilibrio, caídas, aislamiento social, hospitalización, entre otras.

3. La atención oportuna y adecuada puede hacer que las personas con enfermedades del oído o déficit auditivo tengan la oportunidad de desarrollar todo su potencial, existe una serie de desafíos, pero es posible afrontarlos.

4. A las personas mayores con déficit auditivo moderado o grave:

- Explicar que el déficit auditivo puede atenderse, reforzar los beneficios de los auxiliares auditivos y la importancia del apego y seguimiento.

- Identificar en la comunidad, servicios de atención audiológica y referir.
- Si ya cuenta con audífonos, reforzar su uso o en su caso referir para continuar con el apoyo en rehabilitación auditiva.
- Buscar alternativas para proporcionar tecnología auditiva, como los audífonos y los implantes cocleares, es a la vez eficaz y costo-efectiva, y puede beneficiar a las personas mayores.
- Ofrecer servicios de apoyo adecuados y terapia de rehabilitación auditiva para obtener los resultados deseados, y que cualquier decisión relacionada con el tratamiento y la rehabilitación se base en un enfoque centrado en la persona e involucre a la familia o los cuidadores del individuo.
- Ofrecer estrategias de comunicación como apoyo (visual, escritas, aumentar el volumen de timbres o teléfonos, etc.) que permitan mejorar su capacidad funcional y evitar el aislamiento:
- Asegurar la atención y que la persona nos vea a la cara.
- Hablar con claridad, sin prisas y con frases cortas y sencillas.
- Asegurar una buena iluminación para el caso que la persona se apoye en la lectura de labios.
- Evitar distracciones, sonidos intensos o ruido de fondo.
- Evitar hablar de la persona como si no estuviera o dejar de hablarle.
- Explicar acerca de medicamentos que potencialmente pueden dañar el oído interno y provocar mayor déficit auditivo o alteraciones en el equilibrio. Por ejemplo, antibióticos como la estreptomomicina y la

gentamicina; para la malaria como la quinina y la cloroquina, entre otros. Se sugiere reducir su uso para evitar que progrese el déficit auditivo.

5. A las personas mayores con déficit auditivo grave o profundo:

- Identificar en la comunidad servicios de atención audiológica y referir. Ya que estas personas requerirán una atención especializada para el diagnóstico, prescripción y seguimiento en el uso de dispositivos auxiliares.
- Promover el uso de la lengua de señas y otros medios de sustitución sensorial (como la lectura labio facial) es también una opción valiosa para muchas personas sordas; la tecnología y los servicios de asistencia auditiva (como el subtitulado y la interpretación en lengua de señas) pueden ampliar aún más el acceso a la comunicación y la educación para las personas con pérdida auditiva.

Evaluación de enfermedades asociadas

Evaluar y atender problemas subyacentes que pueden contribuir al déficit auditivo.

- 1.** Antecedentes o presencia de enfermedades de oídos, nariz y garganta.
- 2.** Enfermedades vasculares.

Aspectos sociales

1. Apoyar a los familiares y cuidadores en identificar y abordar los factores ambientales que pueden afectar a la función auditiva.

2. El entorno familiar es un factor de gran importancia para las personas con pérdida auditiva, el apoyo y la comprensión por parte de los familiares motivan a las personas a buscar una solución al problema auditivo, les ayuda en preservar la autonomía y reducir la dependencia para sus necesidades cotidianas.

3. Es importante hacer hincapié en algunos aspectos psicosociales:

- La interacción social puede reducir el riesgo de deterioro cognitivo, depresión y otras consecuencias afectivas y conductuales de la pérdida auditiva. Reforzar la importancia de las redes de apoyo.
- La pareja y la familia pueden ayudar a prevenir la soledad y el aislamiento. Seguir comunicándose con la persona, organizar actividades que sean de su interés, facilitar la toma de decisiones y el mantener su autonomía.
- Realizar algunos cambios en la vivienda, como la colocación de timbres o teléfonos que se oigan en toda la casa.

Aplicación móvil hearWHO:

[▶ Ver video de aplicación](#)

Prueba de audición:

[▶ Ver video de aplicación](#)

Audiómetro portátil:

[▶ Ver video de aplicación](#)



Síntomas depresivos

PHQ-9:
presencia de
síntomas depresivos:
(puntaje de 5-27).

 **Ver video de aplicación**

Responsable de la valoración

- Integrante del equipo multidisciplinario.

Tiempo de realización



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

Material necesario para su realización

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

Intervenciones específicas

1. Ofrecer la oportunidad de hablar, de preferencia en un espacio privado.
2. Asegurar una comunicación sencilla, clara, comprensiva y empática.
3. Permitir que la persona explique posibles causas de sus síntomas.
4. Reforzar la importancia de obtener un tratamiento adecuado, así como el compromiso y disposición para seguir un tratamiento integral.
5. Comunicar de manera realista expectativas del tratamiento.
6. Promover que la persona realice de manera independiente sus actividades cotidianas.
7. Reforzar la realización de actividades placenteras.
8. Mantener un ciclo regular de las horas de dormir y de estar despierto. Acostarse a la misma hora, tratar de dormir la misma canti-

dad de horas, evitar dormir en exceso.

9. Efectuar de manera regular actividad física.

10. Mantener una alimentación saludable.

11. Evitar actitudes negativas hacia la persona (frases como: “debes ser fuerte”, “contrólate”, “no seas débil”, “es fuerza de voluntad”).

12. Explicar la importancia de reducir el estrés y fortalecer el apoyo social.

13. Promover la interacción con familiares y amistades, la participación en grupos comunitarios, deportivos u otros de su interés, independientemente si en el momento le parecen interesantes o placenteras.

14. Fomentar las actividades de participación social que permitan evitar el aislamiento y la soledad (pasar tiempo con amigos, familiares, en actividades comunitarias-deportivas o lúdicas).

15. Evaluar y detectar posibles situaciones de malos tratos.

16. Identificar que la persona mayor cuente con una persona de confianza con quien pueda hablar, comentar sobre cómo actuar ante pensamientos de autolesión o suicidio.

17. Solicitar sesiones de seguimiento más frecuentes para las personas mayores con deterioro en la movilidad o en situación de aislamiento.

18. Realizar un listado de los recursos comunitarios, grupos específicos de apoyo, sitios recreativos y referir.

19. Referir a la persona mayor para una evaluación integral, especializada y que amerita un seguimiento a mediano y largo plazo por servicios de atención específicos, donde el personal capacitado podrá ofrecer inter-

venciones psicológicas de manera semanal durante varios meses en forma individual o grupal. Por ejemplo, intervenciones psicosociales avanzadas:

• **Activación conductual.** Es un componente de la terapia cognitivo conductual centrado en la programación de actividades para motivar a la persona a no evitar actividades gratificantes o placenteras.

• **Terapia cognitivo-conductual.** Entre sus premisas se encuentra que el pensamiento y la conducta afectan los sentimientos. Las personas con algún trastorno pueden tener pensamientos irreales o distorsionados, que si no controlan los conducen a conductas perjudiciales. Este tipo de terapia tiene un componente cognitivo (ayudar a la persona a desarrollar la capacidad de identificar y refutar pensamientos negativos irreales) y un componente enfocado a la conducta.

• **Terapia de resolución de problemas.** Ofrece un apoyo directo y práctico donde se apoya a la persona para identificar y aislar las áreas problemáticas clave que pueden estar contribuyendo a sus problemas de salud mental, se desglosan en tareas manejables y específicas y se desarrollan estrategias de afrontamiento para facilitar su resolución.

• **Relajación.** Intervención enfocada en capacitar a la persona en técnicas como ejercicios de respiración y relajación progresiva para producir una respuesta de relajación. Usualmente consiste en realizar ejercicios diarios por al menos uno o dos meses.

• **Psicoterapia interpersonal.** Intervención diseñada para apoyar a la persona a identificar y abordar los problemas en las relaciones con la familia, amistades, cónyuge y otras personas.

- Terapia de habilidades sociales. Enfocada a reconstruir las habilidades y la capacidad de afrontar situaciones sociales para reducir las aflicciones de la vida diaria. Utiliza técnicas de interpretación de roles, estímulos y refuerzo social positivo para mejorar la capacidad de comunicación y las interacciones sociales. Consiste usualmente en sesiones de 45 a 90 minutos, una o dos veces por semana, primero por tres meses y posteriormente una vez al mes.

20. El tratamiento integral de esta condición incluirá objetivos centrados en la persona, el respeto a sus preferencias, los posibles efectos secundarios, las alternativas de tratamiento, la importancia de la adherencia al tratamiento y el pronóstico.

Evaluación de enfermedades asociadas

Evaluar condiciones reversibles comunes que pueden explicar la presencia de síntomas depresivos, las cuáles pueden ser tratadas y con ello tener impacto en el ámbito psicológico.

1. Polifarmacia. Distintos medicamentos actúan sobre el sistema nervioso que pueden asociarse con síntomas depresivos; por ejemplo: aquellos con propiedades psicotrópicas como los antihistamínicos y los antipsicóticos, los relajantes musculares y otros no psicotrópicos con propiedades anticolinérgicas. Se sugiere una revisión específica para identificar medicamentos innecesarios, ineficaces, duplicados, auto administrados o sin una indicación clara.

2. Anemia/Desnutrición. Ambas pueden incluir síntomas depresivos debido a deficiencias de vitaminas como el folato, la vitamina B6 y la vitamina B12. A su vez los síntomas depresivos pueden conllevar a desnutrición y desarrollo de anemia.

3. Hipotiroidismo. Es una enfermedad común en personas mayores especialmente en mujeres, los síntomas pueden ser inespecíficos y variar de persona a persona, manifestando o debutando con síntomas depresivos. El hipotiroidismo deber ser evaluado y manejado por profesionales especializados.

4. Dolor. Las personas con dolor crónico suelen reportar la presencia de síntomas depresivos. Es importante su manejo y apego a tratamiento para un correcto control.

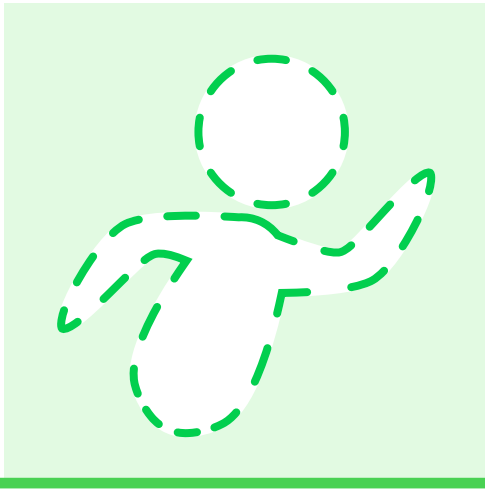
Aspectos sociales

1. Los miembros de la familia y los cuidadores pueden alentar y ofrecer apoyo para que la persona mayor siga participando en actividades que solían ser de su interés, en actividades placenteras, en la activación física, la participación social y en general en el involucramiento de actividades en la comunidad.

2. El aislamiento social puede conducir a la presencia de síntomas depresivos.

3. Se pueden incluir intervenciones relacionadas con el uso de recursos tecnológicos como teléfono, video llamadas, teleconferencias y otras que permitan evitar la soledad.





Limitación de la movilidad

SPPB:
desempeño físico bajo
(puntaje de 0–9).

Responsable de la valoración

- Integrante del equipo multidisciplinario.

[▶ Ver video de aplicación](#)

Tiempo de realización



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

Material necesario para su realización

- Formato impreso.
- Cronometro.
- Silla sin descansabrazos, 43 cm de altura.
- Flexómetro.
- Cono.
- Cinta adhesiva de color.

Recomendar:

- Uso de ropa holgada y cómoda, de preferencia calzado antiderrapante.
- Ingerir algún alimento ligero 1 hora antes de la realización de la prueba.
- Administrar medicación de forma habitual para condiciones crónicas de salud.
- Evitar realizar actividad física extenuante 1 o 2 días previos a la prueba.
- Evitar la ingesta de alcohol el día previo a la prueba.
- Informar sobre los medicamentos que actualmente usa la persona mayor

Intervenciones específicas

1. Promover que la persona mayor realice actividad física multicomponente (realizar con el calzado adecuado con suela antideslizante), realizando los siguientes tipos de actividades:

Calentamiento

- Recomendar realizar calentamiento previo (Tiempo aproximado 10 minutos).
- Los ejercicios de calentamiento deben realizarse lentamente, llevando orden de la cabeza a los pies y de forma bilateral, realizar de 8 a 12 repeticiones por cada movimiento.
- Girar lentamente la cabeza hacia la izquierda y después hacia la derecha. Asegurarse de que los hombros están inmóviles de manera que sólo se mueva la cabeza.
- Colocar dos dedos en su barbilla y suavemente y llevarla atrás hasta que sienta que se estira la parte posterior del cuello.
- Con una mano tocar la espalda, de tal forma que la punta del codo quede a la altura de su cabeza, con la otra mano tocar este mismo, manteniendo una tensión por al menos 3 segundos. Hacer lo mismo con el otro brazo.
- Con las manos extendidas realizar pequeños movimientos circulares con ambas muñecas, hacia la derecha y después hacia la izquierda.
- Permanecer de pie con los pies separados alineados a la cadera. Poner las manos en los glúteos. Arquear ligeramente la espalda.
- Doblar los brazos por delante del pecho. Rotar lentamente el tronco hacia un lado. No girar la cadera; volver a la posición inicial y repetirlo en el otro lado.
- Sentarse con la espalda apoyada en el res-

paldo de la silla. Estirar y mantener la pierna en esa posición, flexionar el pie hacia arriba y hacia abajo.

- Permanecer de pie (puede apoyarse en una silla si lo necesita). Marchar manteniéndose en el mismo sitio durante 1 a 2 minutos.

Ejercicios de fuerza

- Tomar dos botellas de plástico rellenas con agua, sentarse con los brazos estirados a lo largo del cuerpo, y tomar una botella en cada mano. Doble los codos hacia el pecho, dirigiendo las botellas hacia los hombros.
- Tomar una pelota de goma o anti estrés con la mano y apretarla poco a poco tan fuerte como se pueda y después relajar la mano.
- Sentarse en una silla, extender horizontalmente una pierna procurando mantenerla lo más recta posible.
- Sentarse en una silla firme y una persona que ayude en frente con los brazos extendidos.
- Apoyar bien los pies en el suelo y levantarse agarrando los brazos de la persona que le ayuda.
- Una vez arriba, mantenerse 1 segundo de pie y vuelva a sentarse agarrado de la persona que le ayuda.

Ejercicios de resistencia

- Iniciar con caminata de 10 minutos al día e ir aumentando a través de los días hasta alcanzar 2 series de 15 minutos.
- Aplicar fórmula de Karvonen para establecer objetivos de frecuencia cardíaca (FC) para realizar actividad física moderada (45-59% de la frecuencia cardíaca de reserva).

- FC Objetivo = ((FCMax – FC Reposo) * % Intensidad)) + FC Reposo.
- Calcular la FC Max: 220-edad.
- Obtener y restar la FC de reposo: Frecuencia cardiaca obtenida en la exploración física.
- Multiplicar por la intensidad deseada, primero por .45 (intervalo menor) y después por .59 (intervalo mayor).
- Sumar la frecuencia cardiaca de reposo.
- Mantener la frecuencia cardiaca dentro del intervalo calculado para intensidad moderada

Ejercicios de flexibilidad

- Realizar flexo elasticidad pasiva de extremidades superiores. Entrelazar las manos y estirar los brazos hacia arriba o hacia enfrente.
- Estirar una de las piernas apoyando el talón en el suelo. Colocar las dos manos apoyadas en la rodilla contraria a la pierna estirada. Tirar del pie apoyado en el suelo ligeramente hacia arriba y realizar un movimiento del tronco hacia adelante. Se debe sentir cierta tensión en la parte posterior de la espalda y en la parte posterior del muslo. Mantener la posición durante 10-12 segundos. Descansar 5 segundos.

Ejercicios de Equilibrio

- Ponerse de pie cerca de una mesa, pared o persona que este ayudando. Colocar el talón de un pie en contacto con la punta del otro pie. Tratar de hacer pequeños pasos en línea recta, poniendo el talón del pie que adelantamos justo delante de la punta del otro pie.
- Caminar sobre un trayecto de obstáculos, empezar con marcas imaginarias e ir aumentado de acuerdo al progreso a obs-

táculos más altos o complejos como botellas de agua, conos etc.

Enfriamiento

- Los ejercicios de enfriamiento deben realizar lentamente, llevando orden de la cabeza a los pies y de forma bilateral, Realizar de movimiento con 10-12 segundos de duración.
- Comenzar la “vuelta a la calma o enfriamiento” con una caminata de 2 a 3 minutos de mínima intensidad.
- Colocar la mano sobre la cabeza llevándola suavemente al hombro.
- Extender suavemente los brazos hacia arriba, empujando la palma hacia el techo, sintiendo un estiramiento. Mantener la posición por 8-10 segundos.
- Sujetar las manos detrás de su espalda. Empujar suavemente ambos hombros hacia atrás, sintiendo un estiramiento.
- Sentarse en una silla y levantar la pierna completa sin doblar la rodilla, con la punta del pie hacia el techo.
- Ponerse de pie detrás de la silla. Con la mano, sujetar el pie detrás de usted, manteniendo la rodilla apuntando hacia abajo.
- Sentarse en el borde de la silla. Estirar una pierna con el pie apuntando hacia el techo.
- Empujar suavemente el pecho hacia adelante, sin doblar las rodillas.
- De pie o sentado, realizar movimientos rotatorios con cada pie hacia la izquierda y hacia la derecha.
- Referir en caso de no ser posible aplicar programa al servicio de Rehabilitación o Fisioterapia.

Evaluación de enfermedades asociadas

Requiere valoración por un médico:

1. Dolor causado por alteraciones osteomusculares. Osteoartritis degenerativa que limita el movimiento de estructuras articulares con el consiguiente dolor y limitación del movimiento.

2. Vértigo y mareo, es frecuente que personas mayores tengan estos padecimientos por alteración en el oído o secundarias a alteraciones como la hipotensión ortostática que se presenta al cambiar rápidamente de posición decúbito a estar de pie como resultado de disminución de los mecanismos de adaptación corporales o como efecto de medicamentos antihipertensivos.

3. Fragilidad y sarcopenia como síndromes geriátricos que limitan el desempeño físico por una interacción de factores como la nutrición, la actividad física etc.

4. Polifarmacia que causan distintos efectos adversos como efectos hipotensores, hipnóticos que aumentan el riesgo de caídas.

5. Enfermedades cardiovasculares, considerar las contraindicaciones absolutas y relativas para realiza actividad física.

Contraindicaciones absolutas:

6. Aneurisma desecante de aorta, angina inestable, arritmias no controladas, diabetes mellitus 2 descompensada, embolias recientes, estenosis aortica sintomática, fractura reciente en el último mes, Hipertensión arterial no controlada (> 160/100 mmHg).

Contraindicaciones relativas:

7. Accidente cerebrovascular reciente, anemia severa, enfermedades de tiroides descontroladas, Deterioro cognitivo con capacidad limitada para cooperar, Fractura reciente en los últimos 3 meses (ejercicios de fuerza), gripe con ataque al estado general.

Aspectos sociales

1. **Restricción de la movilidad.** Aumenta el riesgo caídas por lo que hay que realizar adaptaciones ambientales en el domicilio colocando barandales en el área de baño, eliminando obstáculos como tapetes y cables. Superficie antiderrapante, adecuada iluminación, uso de calzado adecuado, el uso de dispositivos auxiliares.

2. **Dispositivos auxiliares.** Realizar valoración por especialista de la salud para determinar la necesidad de dispositivos con el fin de mejorar la movilidad, la visión, la audición y/o equilibrio.





Necesidad de apoyo y asistencia social

Escala de recursos sociales (OARS):
Soporte social insuficiente.

Responsable de la valoración

- Integrante del equipo multidisciplinario.

[▶ Ver video de aplicación](#)

Consideraciones



- Espacio privado, ventilado, iluminado y libre de distracciones.
- Efectuar la valoración en un espacio que favorezca la privacidad.
- Es importante que se entreviste a la persona mayor de forma individual.

Tiempo de realización



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

Material necesario para su realización

- Formato impreso.
- Bolígrafo.

Intervenciones específicas

1. Fomentar las redes sociales que se construyen a lo largo del curso de vida en toda persona; favoreciendo en diferentes situaciones los siguientes apoyos:

- **Emocional.** generando motivación en la realización de actividades que le hagan a la persona sentirse valorada y comprendida; en las que tenga una adecuada comunicación y valores como empatía y afecto. Generando contacto social y afectivo de manera cotidiana y en momentos críticos.
- **Instrumental.** proveer de asistencia para llevar a cabo actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y cuidado de su estado de salud; otras como: transporte, ayuda en labores del hogar y acompañamiento.
- **Cognoscitivo.** informando sobre temas de salud e interés general de manera verbal y escrita; promoviendo el intercambio de ideas, experiencias u opiniones.
- **Material.** brindando medicamentos, alimentos, estudios, hogar provisional, ropa, calzado y/o dinero.

2. Atender oportunamente la percepción de soledad, aislamiento social y/o abandono.

3. Realizar una valoración social y psicológica para identificar habilidades sociales limitadas; ya sea por escasa red social o por una dinámica disfuncional en el entorno inmediato de la persona mayor.

4. Recomendar a la persona mayor y/o al cuidador alternativas para fortalecer la red social, por ejemplo:

- Aconsejar continuar en contacto con amigos y vecinos, aunque cambie de domicilio.

- Invitar a generar espacios para establecer amistades.

- Aceptar las oportunidades que surjan para hacer cosas nuevas.

- Contribuir en actividades sociales y de la comunidad.

- Participar en voluntariado.

- Explicar la importancia de tomar control sobre su salud, y en caso de tener alguna problemática reportarlo al equipo de salud que le atienda.

- Como parte del autocuidado; atender sus propias necesidades personales: acudir al médico, dentista, podólogo, estilista, etc.

- Reforzar la importancia de auto valorarse sin importar su edad, físico y estado de salud.

- Propiciar el uso de la tecnología disponible (plataformas, redes sociales, video llamadas, chats familiares, etc.); para fomentar la interacción social y nuevas amistades.

- Continuar con las capacidades de satisfacer sus necesidades básicas, moverse, establecer y mantener relaciones, aprender, crecer, tomar decisiones y contribuir a la sociedad.

- Sugerir acudir a centros de ayuda mutua donde se implemente la solidaridad y acompañamiento al compartir problemas similares, con el fin de generar conciencia y tomar las acciones correspondientes.

5. Revertir el soporte social insuficiente o escaso que se asocia a la disminución de la capacidad funcional; este se puede manifestar en la complicación de enfermedades crónicas, demencia, depresión, aislamiento, soledad y/o abandono.

Evaluación de enfermedades asociadas

1. Déficits sensoriales. Las personas con déficits visual o auditivo tienen más posibilidades de experimentar aislamiento social y soledad por la poca o nula interacción con el entorno. Valorar la visión y la audición.

2. Depresión. Tanto la soledad como el aislamiento se relacionan con síntoma depresivos, y en caso de los varones, suponen un factor de riesgo en suicidio. Las personas con depresión tienden a tener opiniones negativas no realistas acerca de sí mismos, su vida y su futuro. Su situación actual puede ser muy difícil, pero la depresión puede causar pensamientos injustificados de desesperanza y falta de valor. Estas opiniones probablemente mejoren una vez que remita esta condición del estado de ánimo. (Remítase al apartado de síntomas depresivos)

3. Demencia. El sentimiento de soledad predispone la aparición de demencia. Por lo tanto, vigilar, identificar y atender oportunamente signos de alarma de deterioro cognitivo o demencias (cambios de memoria que afectan la vida diaria, dificultad para planificar o resolver problemas, para desempeñar tareas que le eran habituales, desorientación en tiempo o lugar, dificultad para interpretar imágenes, problemas con el lenguaje hablado y escrito, colocar objetos fuera de lugar, disminución en el juicio, pérdida de iniciativa y cambios de la personalidad de manera frecuente).

Aspectos sociales

1. Si la persona mayor tiene escasos contactos sociales, se deberá enviar a Trabajo Social, Gerontología y Psicología para realizar una valoración sobre aislamiento y abandono social.

2. La valoración socio familiar debe llevarse a cabo en conjunto con trabajo social para asegurar el seguimiento de la atención, así como la identificación de las redes familiares y sociales de apoyo.

3. Los profesionales de salud deberán identificar un problema socio familiar como: maltrato, abuso y aislamiento social, así como adultos en proceso de jubilación (si es que aplica) por la importancia que puede conllevar en el deterioro de la calidad de vida y salud.



Plan de atención centrada en la persona

En la elaboración del plan personalizado de atención puede ser útil considerar los conceptos de la capacidad funcional, es decir, la capacidad de ser y hacer lo que es importante para cada uno. Entre las dimensiones de la capacidad funcional están:

- Satisfacer necesidades básicas, como la vivienda, la alimentación, los servicios básicos, la seguridad, entre otras.
- Aprender, crecer y tomar decisiones (autonomía).
- Movilizarse, tanto en el espacio inmediato de la habitación, la vivienda, como en los alrededores, la comunidad, la localidad u otros lugares.
- Construir y mantener relaciones interpersonales con familiares, amigos, vecinos, trabajadores de servicios sociales y de salud.
- Contribuir, lo cual está relacionado con la participación en actividades sociales y culturales en la comunidad.

Después de que se han identificado los dominios afectados de la capacidad intrínseca, así como condiciones asociadas y los aspectos sociales a considerar, y se le han explicado los resultados de esta evaluación y las intervenciones correspondientes, a la persona mayor, sus familiares y/o a quienes la cuidan, puede elaborarse el plan personalizado de atención, que incluye la definición de los objetivos de la atención y su priorización.

Para definir los objetivos de la atención centrada en la persona puede solicitar lo siguiente: (adaptar el lenguaje o la manera de preguntar de acuerdo a su criterio).

- Explicar las cosas que más le importan en todas las facetas de su vida.
- Indicar algunos objetivos concretos que tiene en su vida.
- Indicar algunos objetivos concretos que tiene con respecto a su salud.
- Considerando los objetivos de vida y de salud que se acaba de mencionar, elegir tres objetivos a los que querría dedicarse (o en los que le gustaría enfocarse) en los próximos tres meses (y luego en los próximos seis a doce meses).

Para adaptar los objetivos de la atención a las necesidades y a los problemas de la persona mayor, puede realizar las siguientes preguntas:

- En concreto, ¿a qué aspecto del objetivo 1, 2 o 3, le gustaría dedicarse (le gustaría enfocarse) en los próximos tres meses (y en los próximos seis a doce meses)?
- ¿Qué hace actualmente con respecto a (aspecto del objetivo)?
- ¿Cuál sería para usted el resultado ideal y posible respecto a este objetivo?

Para priorizar los objetivos de la atención lo que permitiría obtener mejores resultados, puede realizar las siguientes preguntas:

- De estos objetivos, ¿a cuál está más dispuesto/a dedicarse en los próximos tres meses (y en los próximos seis a doce meses), ya sea por su cuenta o con ayuda (de familiares, amigos, vecinos, personal de servicios de salud, personal de servicios sociales, etc.)?

- *Qué es lo más importante en la vida de la persona mayor?*
- *¿Cuáles son sus objetivos concretos respecto a su vida?*
- *¿Cuáles son sus objetivos respecto a su salud?*

Objetivos del plan de atención (los más importantes y que haya priorizado la persona mayor y que cumplen con los criterios SMART, es decir, que son específicos, medibles, alcanzables/factibles, relevantes/razonables, y tienen un tiempo definido para cumplirse).

Corto plazo (0-3 meses):

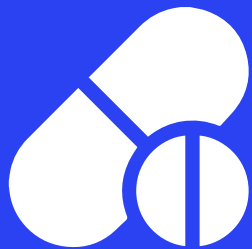
Mediano plazo (3-6 meses):

Largo plazo (6-12 meses):



Recomendaciones complementarias para la capacidad intrínseca





Revisión de medicamentos

- A.** Solicitar a la persona mayor, familiar, cuidador o acompañante esta información de forma rutinaria.
- B.** Realizar de forma periódica y regular la revisión de medicamentos, los errores aparecen con más frecuencia cuando se toman tres o más medicamentos.
- C.** Mantener una lista completa de todos los medicamentos que está utilizando actualmente. Anotar el nombre del medicamento (genérico y de marca), la dosis, la frecuencia, la vía de administración, la duración de uso y el motivo de su indicación.
- D.** Registrar si presenta problema con algún medicamento en particular.
- E.** Recomendar de forma periódica a los pacientes que traigan todos los frascos, cajas, recipientes, recetas, productos herbolarios u otros en cada visita médica; deben compararse con la lista de medicamentos.
- F.** Concientizar de las posibles confusiones de medicamentos: nombres parecidos a los sonidos, píldoras similares, colores similares y medicamentos combinados.
- G.** Otorgar en la atención médica a todos los pacientes la información de las razones por el cual se inician, continúan o retiran los medicamentos.
- H.** Orientar al paciente, familia, cuidador o acompañante sobre la polifarmacia y sus potenciales daños a la salud de las personas mayores.
- I.** Recomendar siempre que sea factible y oportuno contar con organizadores de medicamentos para facilitar el uso, resguardo y seguimiento de apego al tratamiento médico establecido.





Manejo integral de enfermedades

- A.** Satisfacer las necesidades de atención médica y asistencia social.
- B.** Favorecer la intervención multidisciplinaria.
- C.** Tratar las necesidades de las personas mayores que pueden reducir la mortalidad, ingresos hospitalarios y la dependencia de cuidados.
- D.** Mejorar la atención de las personas mayores a través de revertir el desinterés a su autocuidado, la renuncia a buscar ayuda, las bajas expectativas en la atención que se recibe, la falta de información y los problemas de acceso a los servicios.
- E.** Considerar por parte del equipo multidisciplinario que, las necesidades de las personas mayores son más que un problema físico inmediato a resolver y que generalmente abarcan cuestiones más amplias como son una buena calidad de la comunicación, la salud emocional, el funcionamiento general en el entorno, medidas generales de prevención y promoción, sexualidad, familia y cuidados por referir algunos.
- F.** Comprender a toda la persona de forma integral (ver más allá de una enfermedad).
- G.** Reconocer todas las enfermedades con las que cursa.
- H.** Considerar siempre como vive la enfermedad (experiencia).
- I.** Encontrar coincidencias comunes con respecto al manejo de las necesidades.
- J.** Otorgar proactivamente recomendaciones de prevención y promoción de la salud acorde al perfil de cada persona.
- K.** Encontrar siempre las mejores prácticas que apoyen a una buena relación médico-paciente.





Riesgos para la salud y tratamiento de enfermedades

- A.** Recomendar la disminución y la suspensión del consumo de tabaco. Aconsejar dejar de fumar, ofrecer opciones psicológicas como la terapia conductual, derivar a terapias farmacológicas y tratamiento de reemplazo de nicotina.
- B.** Recomendar la disminución y la suspensión del consumo de bebidas alcohólicas.
- C.** Brindar orientación sobre alimentación saludable para evitar sobrepeso y obesidad, con aumento de la actividad física y ejercicio regular deben propiciarse. La pérdida de peso intencionada en las personas mayores no es una recomendación general por brindar a las personas mayores.
- D.** Recomendar seguir una dieta saludable con el consumo de frutas y verduras, fibra, alimentos con un índice glucémico bajo y carga glucémica baja, grasas monoinsaturadas en lugar de ácidos grasos trans o grasas saturadas.
- E.** Recomendar no tener inactividad física, realizar niveles de ejercicio de intensidad moderada durante 150 minutos a la semana, ejercicio de intensidad vigorosa durante 75 minutos a la semana o una combinación equivalente de estas actividades en personas que puedan realizarlo. Las personas mayores con capacidad de ejercicio limitada (fragilidad, discapacidad, dependencia, comorbilidades) deben mantenerse activos físicamente como su condición lo permita; cantidades modestas de actividad física regular, como caminar enérgicamente durante 20 minutos al día puede ser beneficioso sin importar la edad.
- F.** Recomendar para dislipidemia alcanzar y mantener un peso corporal saludable, realizar actividad física/ejercicio regular, alimentación saludable y apego al tratamiento farmacológico con estatinas cuando sea indicado por el médico.
- G.** Recomendar para la hipertensión, mantener metas de cifras de presión arterial dependiendo del perfil de paciente (edad, fragilidad, discapacidad, riesgos cardiovasculares, diabetes, enfermedad renal crónica). En general se buscan alcanzar cifras menores a 140/90 mm de Hg. En todos los pacientes con alguna enfermedad cardiovascular debe otorgarse orientación sobre: alimentación saludable, iniciar y mantener una actividad física/ejercicio regular, control adecuado del peso corporal, restricción en el consumo de sal, evitar el consumo de alcohol y apego al tratamiento de los medicamentos antihipertensivos.
- H.** Recomendar para la diabetes mellitus tener metas de control de las diabetes individualizadas en función de las condiciones particulares de las personas mayores (comorbilidad y estado funcional),

considerando disminuir los riesgos de hipoglucemia y aumento de peso. El objetivo para personas con capacidad alta y estable podría ser un valor de hemoglobina glucosilada A1C de $\leq 7\%$, glucemia en ayuno de 80 a 130 mg/dL o una glucemia posprandial inferior a 180 mg/dL (90 a 120 minutos después de los alimentos). Para personas mayores con multimorbilidad compleja, con antecedentes de hipoglucemia grave, pacientes con esperanza de vida limitada y con complicaciones avanzadas el objetivo será menos estrictos, un valor de hemoglobina glucosilada A1C de $< 8\%$.

- I. Prestar atención en el caso de arritmias cardíacas. Una arritmia es cualquier ritmo que no sea sinusal con conducción auriculoventricular normal. Cuando se encuentra por primera vez una persona con una arritmia, se deben abordar los síntomas, riesgo (atención urgente, atención no urgente, complicaciones potenciales), tipo de arritmia y enviar a una atención especializada. En personas ya valoradas por el especialista se podrá dar seguimiento de los medicamentos antiarrítmicos, anticoagulación y terapias específicas de condiciones asociadas a la arritmia (cardiopatía isquémica, insuficiencia cardíaca, valvulopatías, hipertensión arterial). Todas las personas deben ser revisadas en cada consulta sobre los cambios en los síntomas relevantes para la arritmia y su tratamiento. En personas con lipotimia, síncope o caídas deberá descartarse la presencia de alguna arritmia. La fibrilación auricular es muy frecuente en las personas mayores y está relacionada con enfermedad cerebrovascular, deterioro cognitivo/demencia, tromboembolismo pulmonar e insuficiencia cardíaca; si no hay un tratamiento adecuado puede desencadenar trastornos del estado anímico, discapacidad, caídas y disminución en la calidad de vida de las personas mayores.

- J. Prestar atención en el caso de insuficiencia cardíaca. Tiene una alta prevalencia y es una causa muy común de hospitalización. El tratamiento se focaliza a optimizar el estado de volumen, control de la presión arterial y la modificación del estilo de vida (alimentación reducida en sodio y actividad física/ejercicio regular). Los fármacos se deben comenzar con dosis bajas y aumentar lentamente. Existen diversas clases de fármacos de probado beneficio como son: inhibidores del receptor de angiotensina-nepirilina [ARNI], inhibidores del cotransportador de sodio/glucosa 2 [iSGLT2], antagonistas del receptor mineralocorticoide [ARM], inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA-II) y beta-bloqueantes. Otros medicamentos, como los diuréticos, son útiles para controlar los síntomas. Los pacientes deben ser vigilados por hipotensión, insuficiencia renal o alteraciones hidro-electrolíticas.





Manejo del dolor

- A.** Reconocer que existen varios tipos de dolor y múltiples causas que contribuyen a su percepción.
- B.** Identificar la localización o las localizaciones exactas donde se siente el dolor.
- C.** Prestar atención a las circunstancias que pudiesen desencadenar la aparición o la exacerbación del dolor, así como las situaciones que alivian o aminoran el dolor.
- D.** Estimar la intensidad del dolor actual, cuando el dolor es más fuerte y cuanto las intervenciones están aplicándose, ya sea a través de la escala verbal numérica o la escala verbal categórica. En la escala verbal numérica se le explica a la persona que 0 corresponde a la ausencia de dolor y 10 representa el dolor más fuerte imaginable. Un valor de 1-4 corresponde a dolor leve, un valor de 5-7 es dolor moderado, un valor de 8-10 es un dolor grave. En la escala verbal categórica, se le mencionan categorías de intensidad de dolor: leve, moderado, intenso, muy intenso o insoportable, y se le pide a la persona mayor que elija la categoría que mejor refleja lo fuerte que es su dolor.
- E.** Verificar el cumplimiento correcto respecto al uso de los medicamentos prescritos para el dolor, respecto frecuencia, horarios y duración del tratamiento.
- F.** Preguntar si presenta dolor irruptivo o incidental, es decir, dolor que aparece en personas con dolor crónico, pese a estar recibiendo ya tratamiento analgésico adecuado (medicamentos, terapia física, psicoterapia, etc.) para su dolor habitual. Su identificación y registro es relevante, pues permite planificar la prescripción de dosis de rescate para el manejo de los episodios de dolor irruptivo.
- G.** Aclarar las expectativas de la persona mayor con dolor crónico respecto a la efectividad realista que se puede esperar del tratamiento a utilizar; explicando que, en algunos casos, la respuesta posible será disminuir la intensidad o la frecuencia del dolor a un nivel tolerable, que no interfiera con las actividades cotidianas.
- H.** Explicar a la persona mayor y a su familia los riesgos de la automedicación o del uso de dosis medicamentos mayores a las prescritas por los profesionistas de medicina, así como las ventajas de usar intervenciones multidimensionales para un mejor control del dolor sobretodo crónico que pueden incluir medicamentos, terapia física, e incluso ciertas modalidades de psicoterapia.
- I.** Informar a las personas mayores, a sus familiares y/o a quienes las cuidan, que, en el contexto de dolor crónico, pueden ocurrir momentos en que el dolor se exacerba y que eso puede en algunos casos anticiparse (por ejemplo, temporada invernal, o de lluvias, que se han asociado a aumento del dolor osteoarticulares).





Manejo de fragilidad y sarcopenia

- A.** Detectar la fragilidad usando herramientas sencillas como el cuestionario FRAIL.
- B.** Detectar la sarcopenia usando herramientas sencillas como el cuestionario SARC-F.
- C.** Iniciar manejo ante la sospecha de fragilidad y/o sarcopenia, aún si no hay confirmación diagnóstica.
- D.** Prescribir un programa de ejercicio físico multicomponente progresivo, para mejorar fuerza muscular, flexibilidad articular, condición cardiopulmonar y equilibrio corporal.
- E.** Dar recomendaciones para asegurar una ingesta diaria óptima de proteínas (1.2 g/kg de peso) y otros nutrientes como la vitamina D, sobre todo en quienes tengan hipovitaminosis D.
- F.** Realizar la revisión y la optimización de los medicamentos en quienes tengan polifarmacia; incluyendo la identificación de medicamentos potencialmente inapropiados y la desprescripción gradual y secuencial de medicamentos que se considere generan efectos perjudiciales.
- G.** Identificar y tratar otras condiciones de salud que puedan generar también debilidad o fatiga, como hipotiroidismo, desnutrición, depresión, anemia.
- H.** Realizar pruebas para la detección de enfermedades crónicas como diabetes mellitus, hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad cerebrovascular, etc.
- I.** Lograr un control óptimo de las enfermedades crónicas.
- J.** Indicar un programa de estimulación cognitiva a quienes presenten probable deterioro cognitivo.
- K.** Dar seguimiento, evaluando el cumplimiento, la efectividad de las intervenciones y realizándoles ajustes si es necesario.



Manejo de problemas osteo-articulares

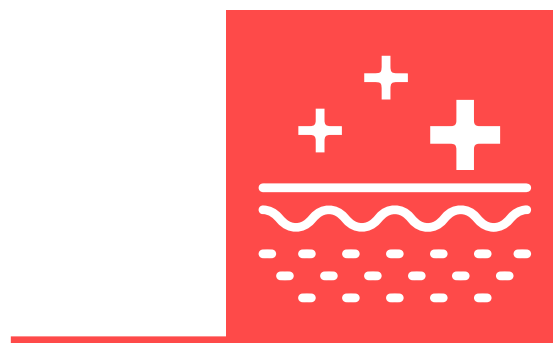


- A. Considerar que, la osteoartritis no es curable sin embargo un tratamiento adecuado puede ayudar a disminuir el dolor y a que la persona mayor tenga mayor movilidad, algunas recomendaciones generales:
- B. Recomendar la actividad física, el ejercicio de bajo impacto como el caminar, nadar o andar en bicicleta nos ayuda a aumentar la resistencia, fortalecer los músculos que mueven las articulaciones y confieren mayor movilidad a las articulaciones. Es importante empezar poco a poco recordando que puede haber ligera molestia al realizar la actividad, pero nunca dolor
- C. Recomendar terapias de movimiento como el taichí y yoga, estos ejercicios nos ayudan a tener actividad suave y estiramientos combinados con ejercicios de respiración, entre otros beneficios disminuyen el estrés y aumentar la movilidad reduciendo el dolor
- D. Recomendar el control de peso, ya que el sobrepeso y la obesidad aumentan la carga sobre las articulaciones que soportan nuestro peso, en estos casos con el apoyo de un nutriólogo y médico especialista se puede vigilar el control de peso adecuado. Evita los movimientos que te causen dolor en las articulaciones.
- E. Sugerir la aplicación de calor y frío como opciones que ayudan a reducir las molestias, el calor húmedo puede ayudar a mejorar el movimiento relajando los músculos y el frío puede aliviar los dolores musculares después de actividad física y disminuye los espasmos musculares
- F. Recomendar evitar la automedicación, ya que muchos de los fármacos utilizados para el dolor pueden tener efectos adversos graves como interacciones con otros medicamentos y anticoagulantes, así como sangrados en el tracto digestivo y alteración del funcionamiento de los riñones



G. Es importante que la persona mayor acuda con un especialista para que realice una valoración integral, toda recomendación debe ser personalizada con:

- **Terapia local.** cremas con medicamentos antiinflamatorios pueden ser útiles en el caso de algunas articulaciones.
- **Fisioterapia.** La fisioterapia y rehabilitación física permite el fortalecimiento de huesos, articulaciones y músculos.
- **Terapia ocupacional.** puede ayudarte a descubrir maneras de hacer las tareas cotidianas para que no requieran un sobre esfuerzo por parte de tu articulación dolorosa.
- **Inyecciones intraarticulares.** con medicamentos desinflamatorios, así como sustancias de lubricación articular, aunque temporales pueden ayudar en el tratamiento.
- **Dispositivos de asistencia.** Nos ayudan a aliviar la tensión en las articulaciones, estos van desde auxiliares de la marcha como el bastón o andador hasta herramientas de sujeción y agarre que facilitan tareas de la vida diaria al sujetar objetos como el cepillo de dientes, ayudar a colocar los calcetines, abrochar botones de la ropa etc.
- **Aparatos ortopédicos.** Plantillas y otros dispositivos pueden ayudar a reducir el dolor y servir de apoyo a la articulación.
- **Reemplazo articular.** En casos graves el médico recurrirá a tratamientos quirúrgicos como última opción.



Cuidado de la piel

- A. **Realizar baño frecuente.** Durante el baño no es necesario utilizar estropajos ásperos, tan solo utiliza una esponja suave y jabones limpiadores que no tengan olor, ni color, con pH neutros para evitar irritaciones y alergias
- B. Utilizar cremas o humectantes en todo el cuerpo todos los días.
- C. Proteger del sol, la foto protección diaria tiene varios componentes: el uso de protectores solares medicados con factor de protector solar (FPS) igual o mayor a 50, en aplicaciones repetidas (2 a 3 veces al día) 20 minutos antes de salir, también es fundamental evitar exponerse al sol en las horas de mayor radiación solar que varía entre las 10 am a 3pm y el uso de vestimenta que cubra la mayor superficie del cuerpo, así como sombreros que cubran la cara.
- D. Llevar una dieta saludable completa, balanceada y variada para poder adquirir los nutrientes necesarios para una piel sana.
- E. Realizar actividad física frecuentemente.
- F. Efectuar medidas de control de estrés.
- G. Evitar fumar ya que el humo de tabaco modifica el aspecto de la piel y contribuye a la formación de más arrugas.





Incontinencia urinaria

A. Considerar que la incontinencia urinaria es cualquier queja de salida de orina que provoque molestias a la persona. Este padecimiento es representativo por su alta frecuencia e impacto en la salud de las personas mayores.

B. Reconocer los factores de riesgo, a mayor edad se incrementa la frecuencia de este padecimiento, obesidad, múltiples embarazos, partos múltiples, tabaquismo, diabetes mellitus, antecedentes quirúrgicos (región pélvica, próstata, histerectomía), antecedentes médicos neurológicos (demencia, deterioro cognitivo, enfermedad vascular cerebral, lesiones de columna vertebral), patología prostática, quimioterapia y/o radioterapia, medicamentos (por ejemplo, diuréticos).

C. Promover el tratamiento y control adecuado de enfermedades que pueden exacerbar o precipitar la incontinencia urinaria (ej. insuficiencia cardíaca, enfermedad renal crónica, diabetes mellitus).

D. Retirar medicamentos potencialmente inapropiados que causen incontinencia urinaria.

E. Tratamiento médico de constipación crónica (estreñimiento).

F. Considerar productos y dispositivos indicados cuando el tratamiento no mejora la incontinencia urinaria y cuando los riesgos de la terapéutica son mayores a los beneficios (ej. materiales absorbentes, catéteres urinarios)

G. Favorecer hábitos saludables:

- Reducción de cafeína.
- Ejercicio físico para fortalecer la musculatura del piso pélvico.
- Ingesta de líquidos reducida por la noche para mejorar los síntomas.
- Reducción de peso en pacientes obesos que tengan alto impacto en su calidad de vida por la incontinencia urinaria.
- Dejar de fumar, ya que puede mejorar los síntomas.

H. Ofrecer terapias conductuales:

- Horarios de micción, establecer horarios para contención temporal de la micción y posterior micción sugerida resulta útil en pacientes con deterioro cognitivo o demencia, así como personas con deterioro importante de su capacidad funcional.
- El entrenamiento muscular de piso pélvico es eficaz para curar la incontinencia urinaria y mejorar la calidad de vida.

I. Considerar tratamiento farmacológico y quirúrgico solo en casos seleccionados y con seguimiento estricto por el médico especialista en la materia.





Higiene de sueño

Insomnio:

- A.** Brindar recomendaciones de mejora del entorno para dormir: eliminar ruidos molestos, regular la temperatura de la habitación, hacer cómodo o acogedor el dormitorio, cuidar que el colchón y la ropa de cama sean adecuados para dormir, si es necesario eliminar el reloj de la habitación principalmente si hace ruido.
- B.** Orientar como establecer una rutina para acostarse y levantarse de la cama: establecer un horario para ir a dormir y para levantarse y respetar dichos horarios, evitar quedarse en la cama cuando se ha despertado y salir de la cama cuando no se puede dormir.
- C.** Recomendar algunas actividades a realizar que ayudan a dormir: no hacer ejercicio en la noche, identificar actividades relajantes para dormir como tomar un baño antes de dormir, leer, escuchar música clásica, etc.; evitar repasar los problemas al acostarse.
- D.** Recomendar el consumo de alimentos ligeros antes de acostarse en lugar de las comidas pesadas, evitar la ingesta de bebidas abundantes e irritantes como el café, el consumo de alcohol y fumar antes de ir a dormir.

Somnolencia diurna excesiva:

- A.** Recomendar reducir las siestas durante el día y en caso necesario que esta no sea mayor a 20 minutos.
- B.** Orientar sobre actividades que puedan mantener despierta a la persona mayor y que acaparen su atención, preferentemente que sean de su gusto.

Nocturia:

- A.** Orientar sobre las bebidas que estimulan la micción como el café y las bebidas con alcohol.
- B.** Recomendar no consumir líquidos aproximadamente cuatro horas antes de ir a dormir y eliminar las bebidas irritantes.
- C.** Proporcionar medidas de seguridad para acudir al baño durante la noche como dejar iluminado el camino con luz tenue, no dejar obstáculos en el paso.
- D.** Sugerir el uso de sillas de baño, cómodo, orinal o contenedor junto a la cama en casos de existir problemas para la movilidad.





Delirium

A. Considerar que es un síndrome geriátrico de causa orgánica, multifactorial que provoca trastorno agudo de la atención y la cognición que afecta a individuos de cualquier edad y condición social, particularmente en la persona mayor, con alta prevalencia y mal pronóstico.

B. Tener en cuenta que los síntomas asociados a este síndrome geriátrico varían de acuerdo al tipo de Delirium:

- **Delirium hipoactivo.** Se caracteriza por letargia y actividad psicomotora reducida. Esta forma generalmente no es reconocida, por lo que tiene peor pronóstico.

- **Delirium hiperactivo.** La forma hiperactiva, en la cual el paciente está agitado e hipervigilante, pocas veces pasa desapercibido

- **Delirium mixto.** Se caracteriza por ser una fluctuación de las anteriores.

C. Considerar la utilización del Confusion Assessment method (CAM), instrumento útil, fácil y rápido de aplicar deben estar presentes el inicio agudo y curso fluctuante, la inatención más el pensamiento desorganizado o el nivel de conciencia alterado. Es un instrumento que destaca por su sencillez de aplicación y su eficacia. Fue diseñado específicamente para el

diagnóstico de delirium e incluye:

- Inicio agudo y curso fluctuante

- Inatención

- Pensamiento desorganizado

- Nivel de conciencia alterado

- El diagnóstico se realiza si cumple (a+b) + (c o d)

D. Tener en cuenta que los factores que propician este síndrome geriátrico han sido categorizados en factores predisponentes y precipitantes los cuales deben ser considerados y evaluados para su evaluación y/o corrección.

- **Factores predisponentes.** Edad igual o mayor a 65 años. Historia previa de delirium, caídas, dependencia funcional total o parcial, evento vascular cerebral, enfermedad neurológica previa o de comorbilidad. Pérdida de la visión y/o audición. Enfermedad en estadio terminal. Deterioro cognitivo, depresión, ansiedad. Inmovilidad o actividad física limitada. Enfermedad renal crónica, hepática.

- **Factores precipitantes.** Enfermedades agudas. Medicamentos hipnóticos (diazepam, clonazepam, triazolam, midazolam, lorazepam, estazolam), narcóticos (nal-

buprenorfina, tramadol, morfina, buprenorfina, dextropropoxifeno), anticolinérgicos (metoclopramida, butilioscina, ranitidina, amitriptilina, paroxetina, fluoxetina, oxibutinina, etc.). Infecciones, hipoxia, choque de cualquier índole, fiebre o hipotermia, anemia, deshidratación y ayuno prolongado. Retención aguda de orina e impactación fecal. Dolor no controlado. Trastornos en los electrolitos séricos especialmente en el sodio, en el equilibrio ácido base, en el metabolismo de la glucosa especialmente hipoglucemia. Cirugías y anestesia general. Asociadas a la hospitalización: abstinencia de alcohol u otros fármacos como benzodiazepinas, admisión a terapia intensiva, uso de sondas y catéteres en general, procedimientos diagnósticos múltiples, privación prolongada de sueño, dolor, estrés emocional, polifarmacia y el uso injustificado de procedimientos diagnósticos y terapéuticos.

E. Considerar en el tratamiento:

- Identificar las causas del delirium e iniciar el tratamiento de estas, priorizar los problemas médicos urgentes que pongan en peligro la vida.
- Monitorizar y vigilar estrechamente al enfermo (signos vitales, valorar dieta, etc.).
- Revisar los medicamentos del paciente, eliminando algunos, otros temporalmente o disminuir la dosis.
- Vigilar la seguridad del enfermo y de los que se encuentran alrededor.

F. Tener en cuenta las medidas no farmacológicas.

- Informar y tranquilizar al paciente, y a sus familiares.
- En los factores ambientales es importante mantener iluminación de la habitación durante el día, poca iluminación en la noche, eliminar ruido excesivo, conservar la temperatura constante en el cuarto, colocar objetos familiares, se puede encender el radio o la televisión, uso de calendarios y relojes, colocar letreros con información básica.
- Permitir el uso de dispositivos auxiliares.
- Permitir visitas que puedan calmar al paciente y mantener orientado al paciente.
- Mantener adecuada hidratación y movilización.
- Ajustar los medicamentos y toma de signos vitales (evitar horario nocturno), evaluación frecuente de la analgesia.
- Actividades y estimulación mental y motivar al paciente para mantener sus actividades básicas de la vida diaria

G. Considerar que las medidas farmacológicas solo se deberán utilizar en casos de agitación psicomotriz importante con riesgo de daño o lesión así mismo considerar los potenciales efectos secundarios cardiovasculares y de mortalidad al utilizar estos fármacos.





Estreñimiento

- A.** Tener en cuenta que es un trastorno funcional intestinal caracterizado por defecación infrecuente, dificultosa o incompleta. Puede asociarse a dolor y distensión abdominal sin que éstos sean los principales síntomas. Los factores de riesgo incluyen sexo femenino, inactividad física, bajo nivel de ingresos, polifarmacia, ingesta baja de fibra y depresión.
- B.** Considerar que la prevención de la constipación requiere de una evaluación y manejo integral identificando las personas que tengan mayor riesgo. Se recomiendan las siguientes medidas:
- **Ingesta de líquidos.** Mantener hidratación adecuada con volúmenes cercanos a 1500 mL en 24 horas (si no existe contraindicación como insuficiencia renal, insuficiencia hepática o insuficiencia cardíaca).
 - **Dieta.** el consumo de alimentos con alto contenido de fibra (25 g/día) mejora el tránsito intestinal.
 - **Nivel de actividad física.** La poca movilidad aumenta riesgo de constipación.
 - **Factores ambientales.** Falta de privacidad, necesidad de asistencia o presencia de barreras arquitectónicas en los servicios sanitarios empeoran la constipación.
 - **Factores psicológicos y soporte social.** El tratamiento de los trastornos del estado de ánimo disminuye la prevalencia de constipación. Garantizar soporte social mejora la calidad de vida de personas con estreñimiento.
- C.** El tratamiento de la constipación crónica dependerá de las causas detectadas en la evaluación inicial y cuando el paciente no responde las medidas iniciales: laxantes formadores de bolo, laxantes osmóticos, laxantes estimulantes, agentes lubricantes, procinéticos: mosaprida, itoprida, prucaloprida (seguros, con buena tolerancia), secretagogos y los probióticos.
- D.** Se deben considerar siempre las siguientes precauciones con el uso de laxantes:
- Se deben monitorizar efectos adversos de laxantes.
 - Lactulosa se asocia con diarrea y distensión abdominal.
 - El sulfato de magnesio se debe usar con precaución en falla renal.
 - No se recomiendan laxantes estimulantes en uso mayor a 6 meses por efectos adversos.
 - Limitaciones en su uso por alto costo.





Manejo de enfermedades oculares

- A.** Identificar el deterioro visual es prioritario para su oportuno tratamiento.
- B.** Se debe maximizar la función visual residual y la agudeza visual.
- C.** Identificar los factores ambientales que pueden afectar a la función visual. Por lo cual es necesaria una evaluación del entorno (laboral, hogar, comunidad, iluminación, contaminantes, espacios).
- D.** Considerar que el ojo rojo es muy frecuente en las personas mayores; puede estar presente por blefaritis, ojo seco, hemorragia subconjuntival, orzuelo, chalazión, conjuntivitis infecciosa, conjuntivitis alérgica y por fármacos.
- E.** Tener en cuenta que el ojo seco (queratoconjuntivitis sicca) es común en las personas mayores y frecuentemente pasa inadvertido por el equipo de salud. Su origen es multicausal por lo cual abordar y tratar los factores exacerbantes junto con el uso de compresas, lágrimas artificiales y ungüentos lubricantes son parte del tratamiento integral del ojo seco.
- F.** Se deben identificar y tratar oportunamente los errores de refracción: miopía, hipermetropía, astigmatismo y la presbicia.
- G.** Se debe identificar y tratar oportunamente las enfermedades oculares más frecuentes: degeneración macular, las cataratas, el glaucoma y la retinopatía diabética. El adecuado tratamiento de estas enfermedades mejora la función y la calidad de vida en general de las personas mayores. Es prioritario su envío para atención especializada.
- H.** Se debe ofrecer por el especialista para la corrección de la visión formas ópticas y no ópticas para mejorar la función visual (siempre personalizado).
- I.** Brindar ayudas ópticas, las más frecuentemente usadas para cerca o lejos: armazones (gafas) binoculares esferoprismáticas, armazones (gafas) monoculares esféricas, lupas manuales o fijas, telescopios monoculares, binoculares, de foco fijo o enfocables. Se pueden además brindar anteojos con filtros, para disminuir fotofobia y deslumbramiento.
- J.** Brindar ayudas no ópticas, estas permiten llevar a cabo las actividades de una manera más confortable y con mayor contraste: atriles, tiposcopios, plumones, acetatos amarillos, guías de escritura, etc.
- K.** Otorgar un seguimiento oftalmológico periódico para seguimiento médico y para evaluar ajustes de las ayudas ópticas.





Problemas bucodentales

- A.** Considerar que la salud bucodental de la persona mayor forma parte fundamental de la salud general, así como de la calidad de vida, sin embargo, frecuentemente es olvidada o minimizada.
- B.** Considerar que conforme avanza la edad la salud bucodental suele declinar, favoreciendo el desarrollo de problemas ulteriores de salud como la desnutrición.
- C.** Hoy en día, las personas mayores retienen más dientes que en generaciones anteriores, por lo general tienen una “dentición funcional”, definitiva por la presencia de por lo menos 20 dientes naturales, aunque la mayoría se encuentren restaurados.
- D.** El mantenimiento de una adecuada salud bucodental y el control sistémico de las personas mayores son indispensables para el equilibrio en salud, función y calidad de vida
- E.** No olvidar la revisión completa de la cavidad oral, incluyendo remover las prótesis dentales y su fijación.
- F.** Mantener hidratada la cavidad bucal.
- G.** Referir cada 6 meses a una revisión odontológica.
- H.** Recomendaciones generales de prevención:
- Recomendar cepillado dental cada 8 horas o limpieza de encías con gasa mojada para personas con edentulismo total.
 - Recomendar el uso de cepillo dental eléctrico para personas mayores con fragilidad o debilidad.
 - Recomendar el uso diario de hilo dental.
 - Realizar colutorios después de cada cepillado y antes del uso de hilo dental.
 - Recomendar a quien porta prótesis removible: retirarla, lavar con cepillo para prótesis y enjuagar. Durante la noche las prótesis limpias deben colocarse en un contenedor con agua y cada día colocar en el agua un antiséptico (tabletas efervescentes para limpieza de prótesis o 3 gotas de cloro; colocar un mayor número de gotas de cloro produce pigmentaciones negras en la prótesis).
 - Otorgar aplicación de fluoruro de sodio al 2% cada 3 meses.
 - Recomendar reducir la ingesta de carbohidratos o azúcares simples.
 - Evitar fumar y consumir alcohol.
 - Capacitar a los cuidadores sobre los productos de higiene bucodental, para que puedan hacer una buena selección al comprarlos y conocer el adecuado uso.

- I. Seguimiento por odontología en caso de enfermedad periodontal, xerostomía, caries y edentulismo.

- J. Considerar que para los pacientes con edentulismo pueden otorgarse tratamientos específicos por personal especializado para sustituir los dientes perdidos, mediante la construcción de prótesis fijas (cementadas en dientes contiguos o mediante el uso de implantes), prótesis removibles parciales o dentaduras totales cuyo tiempo aproximado de vida es de 5 años. Cuando la persona ha sido portadora de dentaduras por varios años es posible que exista resorción ósea y es necesario una sobredentadura implanto – soportada por personal calificado. En caso de candidosis bucal es posible se encuentre en la prótesis, por lo que se recomienda cambiarla ante el riesgo elevado de que continúe el hongo en la prótesis pese al tratamiento médico y de limpieza protésica.



Recomendaciones complementarias para el entorno y asistencia social





Apoyo en el espacio de vida

- A.** Definir las áreas por las cuales las personas se desplazan intencionalmente y donde pasan la mayor parte del tiempo, incluir lugares tanto dentro como fuera de casa (habitaciones, jardín, patio o cochera, colonia, ciudad), la frecuencia con la que se mueven por estos sitios y la necesidad de asistencia para hacerlo. Al determinar estos espacios se podrán realizar intervenciones sobre los riesgos que podría tener y establecer las posibles medidas preventivas para evitar lesiones.
- B.** Promover el mantenerse en la comunidad y en la propia casa de ser posible.
- C.** Reconocer que la calidad de vida y el bienestar también dependen del entorno en que viven. Las características del entorno inmediato (colonia, vecindario) tales como la seguridad de la colonia, el silencio y tranquilidad, el acceso a transporte público y servicio médico, opciones para actividades culturales y el mantenimiento en buen estado de aceras y calles.
- D.** Reconocer que hay factores importantes para tener una buena calidad de vida en comunidad como son el diseño de la vivienda, un ambiente de apoyo en la colonia o vecindario y la conexión con la familia y la comunidad.
- E.** Realizar intervenciones para mejorar la adaptación a su entorno inmediato como son: educación e información para la solución de problemas en su funcionamiento, modificaciones al hogar, técnicas de preservación de energía, entrenamiento físico (equilibrio, fuerza).
- F.** En personas con riesgo de caídas, capacitar en técnicas de recuperación de una caída.
- G.** Asistencia y apoyo personal para las actividades cotidianas.
- H.** Capacitación a cuidadores.
- I.** Recomendar la participación de cuidadores remunerados.





Atención a la discapacidad

A. El término discapacidad abarca todas las deficiencias en estructuras y funciones corporales (movilidad, visión, audición, cognición, etc.), las limitaciones para realizar actividades y las restricciones de participación, y se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre una persona (que tiene una condición de salud) y los factores contextuales de esa persona (factores ambientales y personales). La discapacidad resulta de la interacción entre las personas con deficiencias en estructuras y funciones corporales y las barreras debidas a la actitud y el entorno que evitan su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con los demás. Una persona puede tener una o varias discapacidades y éstas a su vez ser temporales o permanentes.

B. La atención médica integral a las personas con discapacidad se debe llevar a cabo con calidad, seguridad y sin ningún tipo de discriminación, a través de equipos inter y multidisciplinarios, en las instituciones de atención médica de los sectores público, social y privado.

C. Las actividades para la atención médica integral a las personas con discapacidad, debe incluir:

- Ser instrumentada por un equipo inter y multidisciplinario.
- Educación, prevención y promoción para la salud.
- Diagnóstico oportuno.
- Evaluación de la discapacidad para determinar su tipo y grado.
- Atención de rehabilitación.
- Referencia y contra referencia.
- Seguimiento de casos.
- Información y capacitación a los familiares acerca de la atención y cuidados de la persona con discapacidad.
- Atención médica integral que se inicie lo más pronto posible para, limitar secuelas.
- Involucrar activamente a los familiares de la persona con discapacidad en la rehabilitación, a efecto de que con su participación se tengan mayores posibilidades de éxito.
- Conocer la dinámica familiar y las capacidades potenciales, para identificar redes de apoyo para la persona con discapacidad y su familia.
- Información, orientación y apoyo psicológico, tanto a las personas con discapacidad como a sus familiares. Derivación para valoración por especialista de la salud para determinar la necesidad de dispositivos con el fin de mejorar la movilidad, la visión, la audición, la cognición y/o el equilibrio.





Recursos comunitarios

A. Orientar a las personas mayores, sus cuidadores y su familia a acercarse a los diferentes recursos existentes a nivel comunitario, en donde se brindan diferentes tipos de apoyo social.

B. Se recomienda realizar un listado personalizado acorde a las características de la comunidad y las necesidades de la persona mayor. A continuación, un listado ejemplo:

- **Comedores comunitarios.** Programa social con espacios incluyentes que garantiza una alimentación saludable y accesible; además, fomenta una relación familiar y social, la sana convivencia y la participación de la comunidad.

- *Comedor comunitario “Digna Ochoa”.*

- *Comedor comunitario “La Esperanza”.*

- **Clubes.** Centros sociales de personas con intereses comunes, con actividades distintas como son: recreativas, culturales y deportivas.

- *Club de día para personas mayores “España”.*

- *Club Deportivo “Unión Familiar”.*

- **Centros religiosos:** Organización de un conjunto de personas que adquieren o apoyan a una misma religión o creencia.

- *Centro religioso “Vida Nueva para el Mundo”.*

- *Centro religioso “Semilla de Mostaza”.*

- **Centros de día.** Organización para personas mayores donde se promueve la convivencia, se ejecutan actividades diversas y comparten espacios sociales y terapéuticos.

- *Centro de día “Gero y más”.*

- *Centro de día “Secuoya”.*

- **Instituciones de atención social.**

Organizaciones con fines humanitarios de asistencia sin propósito de lucro.

- *De mi mano a tu mano, A.C.*

- *Fundación Renata Ruiz, A.C.*

- **Tiendas de abasto (tienditas, supermercado, mercado fijos y ambulantes).** Establecimiento que brinda un amplio surtido de productos de la canasta básica.

- *Tiendas Diconsa.*

- *Mercado sobre ruedas.*

- **Centros comerciales y bancarios.** Establecimientos con productos comerciales y financiero disponibles para cubrir las necesidades de las personas.

- *Centro Comercial Patriotismo.*

- *Banco Bienestar.*

- **Áreas recreativas y lúdicas.** Establecimientos que promueven la cohesión social, generan espacios de encuentro, deporte y entretenimiento.

- *Centro Cultural Chapultepec.*

- *Asociación de Jubilados y Pensionados del IMSS.*

- **Parques.** Espacios abiertos a la ciudadanía para realizar actividades diversas al aire libre

- *Parque México.*

- *Parque Hundido.*

- **Centros comunitarios.** Establecimientos con fines de atención integral a las personas con actividades diversas

- *Centro Comunitario José Carrasco.*

- *Centro Comunitario Estrella del Sur.*

- **Centros educativos.** Establecimientos que tienen por objetivo capacitar, formar o reorientar las competencias de las personas a lo largo de la vida.

- *Instituto Nacional para la Educación de los Adultos (INEA)*

- *Universidad del Adulto Mayor.*

- *Instituto Universitario Gerontológico de Yucatán.*





Soporte para quien cuida

A. Orientar a las personas mayores, sus cuidadores y su familia a acercarse a los diferentes recursos para personas que cuidan personas dependientes existentes en México, los cuales brindan soporte para realizar el cuidado de manera adecuada y fomentan el bienestar de ambos.

B. Acercarse a los espacios de Capacitación a cuidadores. Acceso a formación y apoyo en aspectos como: Cuidados directos a la persona mayor en higiene personal, alimentación, asistencia para utilizar el WC, vestido y cuidados para mantener la salud como el uso de medicamentos, ayudas técnicas, consultas médicas, etc.

Algunos espacios para encontrar capacitación son:

- Capacítate para el empleo de Fundación Carlos Slim.
- Instituto Nacional de Geriátría
- Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia.

C. Apoyo para la organización de los cuidados. Valorando la participación de cuidadores como: familiares, vecinos, amistades y personal contratado para la distribución de las tareas mediante actividades calendarizadas.

D. Orientación sobre el autocuidado. Informando sobre los beneficios de contar con tiempos de descanso donde podrá salir del domicilio, acudir a actividades recreativas y deportivas; así también recomendar el acudir a sus consultas médicas, mantener el apego al tratamiento de sus padecimientos, mantener horarios de descanso y sueño y una alimentación saludable.





Red y soporte social

- A.** La red social es el conjunto de relaciones interpersonales e intergeneracionales que integran a una persona con el entorno social y le permite mantener o mejorar su bienestar en sus diferentes dimensiones (material, físico, económico y/o emocional) y así evitar la pérdida funcional que podría generarse cuando enfrenta crisis o conflictos.
- B.** El intercambio de apoyos constituye la esencia del soporte social, el estar integrado a una red social implica una serie de beneficios para toda persona, y aún más a personas mayores, no solo porque se ofrece la posibilidad de obtener y brindar apoyos materiales e instrumentales, sino por el impacto que tiene para la persona mayor en su salud en general y significativamente en su estado emocional.
- C.** Es importante que se identifiquen las necesidades sociales de las personas mayores con relación a:
- Socialización, entendiendo por ello a las relaciones interpersonales que se suscitan tanto entre los miembros de la familia, como las que éstos mantienen en el exterior.
 - De cuidado, entendido como la protección que los miembros de la familia se brindan unos a otros y propiamente a la persona mayor.
 - De afecto, es decir, las emociones y sentimientos que se generan por la relación y convivencia diaria de los miembros de la familia.
- D.** Las acciones para activar el soporte social en personas mayores pueden ser:
- Promover reuniones a las que asistan personas de la misma calle, manzana, unidad habitacional, barrio, colonia, pueblo.
 - Organizar actividades deportivas, culturales, recreativas en las que participen los vecinos de las personas mayores.
 - Elaborar un directorio de personas mayores retiradas de la vida laboral que pueden prestar algún servicio a los vecinos.
 - Durante situaciones de emergencia, invitar a las personas mayores para que recolecten ayuda material, dinero en beneficio de personas damnificados.
 - Organizar acciones de reconocimiento a los aportes de personas mayores que trabajan a favor de la comunidad.
 - Apoyos que puede brindar la red social primaria:
 - Comunicación telefónica frecuente con las personas mayores, sobre todo los que viven solos.

–Visitar a las personas mayores por lo menos 1 vez a la semana.

–Conocer sus necesidades, brindarles afecto,

–Acompañarlos a las visitas al médico, motivarlos para que sigan realizando diferentes actividades

–Arreglos de sus casas

–Invitarlos a reuniones familiares.

• Acciones sencillas y prácticas que pueden contribuir al fortalecimiento de la red de apoyo integrada por amigas y amigos de la persona mayor son las siguientes:

–**Vivienda:** promover encuentros por las mañanas o en las tardes para presenciar algún programa televisivo, escuchar música, cantar, leer, intercambiar los alimentos, o platicar simplemente.

–**Salud:** acompañar a la visita regular al médico, visitar al amigo o amiga enferma, apoyarlo a que consuma los medicamentos prescritos.

–**Economía:** proporcionarle ayuda económica cuando la necesite; apoyarlo con alguna despensa; acompañarlo a realizar compras.

–**Sociales:** acudir juntos a prestar un servicio voluntario; caminar, pasear por los jardines y espacios públicos; integrarse a un grupo de pares; apoyar a personas mayores dependientes, etc.

–Los vecinos también son parte de la red primaria y constituyen un apoyo y recurso importante en la vida diaria de las personas mayores.

–En caso de que la persona mayor tenga una menor movilidad diaria, la presencia de los vecinos es especialmente importante en su vida cotidiana sobre todo de quienes viven solos o solas. Por ello, es de fundamental importancia que las personas mayores promuevan relaciones positivas con sus vecinos ya que en edades avanzadas quizá sea la única red de apoyo con la que pueden contar.





Directorio social

 [Visita el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social](#)

En México existen programas de asistencia social, donde participan Instituciones que apoyan las necesidades de las personas mayores (se sugiere personalizar un listado acorde al lugar en que habita la persona mayor):

A continuación se enlistan algunas de ellas:

A. Secretaría de Bienestar con sus diferentes programas prioritarios.

- Programa de Pensión para el Bienestar de las Personas Adultas Mayores
- Programa de Pensión para el Bienestar de las Personas con Discapacidad
- Programa Sembrando Vida

B. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores con las siguientes acciones.

- Beneficios y descuentos con prestadores de servicios en todo el país
- Centros culturales

- Centro de atención Integral (CAI)
- Albergues y Residencias
- Capacitación

C. Organizaciones de la sociedad civil con sus diferentes acciones.

- Federación Mexicana de Alzheimer A. C.
- Fundación Tagle I.A.P.
- Fundación Mier y Pesado I.A.P.
- Centros de Integración para el Desarrollo de las Personas Mayores (CIDAM ´s) Gobierno e la Ciudad de México.
- Fundación de Ayuda a la Ancianidad I.A.P.
- Fundación de Mano Amiga a Mano Anciana, I.A.P.
- Comedor Comunitario “Yoloxóchitl”
- Casa Xochiquetzal
- Fundación Familiares de Alzheimer Aguascalientes, A.C
- Comparte A.C
- Centro Libanés A.C
- Fundación para Ancianos Concepción Beisteguí, I.A.P.

D. Instituciones privadas.

- Visiting Angels México
- Meridia by Salus
- La casa de la Lunas Pedregal
- Las Gardenias Residencial para Personas Mayores
- Senior Club “Centro de Día”





Niveles asistenciales

En México existen programas de atención a las personas mayores donde participan todas las Instituciones de Salud en los diferentes niveles asistenciales primero, segundo y tercero, (se sugiere personalizar un listado acorde al lugar en que habita la persona mayor, y a las necesidades detectadas):

A. Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS)

B. Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

C. Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF)

D. Secretaría de Salud a través:

- Instituto de Salud para el Bienestar
- Institutos Nacionales de Salud
- Hospitales Regionales de Alta Especialidad
- Hospitales Generales Federales de Referencia.

E. Servicios médicos de Petróleos Mexicanos (PEMEX).

F. Servicios médicos de las Fuerzas Armadas y de la Marina.

G. Servicios de Salud en Hospitales y Clínicas Privadas.

H. Servicios de Salud de la Ciudad de México.

I. Servicios de Salud de los Estados.

J. Institutos de Seguridad Social en los Estados.



Anexos

Formato de tamizaje

Detección de la capacidad funcional

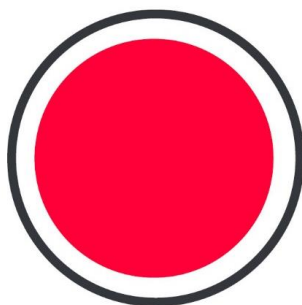
Nombre de la persona mayor:			
Edad (años):		Género: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	Fecha de aplicación:
Persona que aplicó:			

Instrucciones: marque las casillas que correspondan según las repuestas de la persona mayor.

Condiciones prioritarias asociadas con disminución de capacidad funcional	Valoraciones	Si ninguno está presente, no requiere valoración complementaria	Si está presente requiere valoración complementaria
Cognitivo	1. Evocación de 3 palabras: Flor, puerta, arroz (por ejemplo)		
	2. Orientación en tiempo y espacio: ¿Cuál es la fecha completa de hoy? ¿Dónde estamos en este momento?	<input type="checkbox"/> Sí supo ambas preguntas	<input type="checkbox"/> No supo o se equivocó en alguna de las respuestas
	3. ¿Recuerda las 3 palabras?: (Flor, puerta, arroz)	<input type="checkbox"/> Sí recordó las 3 palabras	<input type="checkbox"/> No recordó las 3 palabras
Vitalidad	4. Pérdida de peso: ¿Ha perdido más de 3kg en los últimos 3 meses sin proponérselo?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	5. Pérdida de apetito: ¿Ha tenido disminución o pérdida del apetito?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Sensorial	Visión 6. ¿Tiene algún problema en sus ojos?: Dificultad para ver de lejos, para leer, enfermedades oculares o uso de algún tratamiento médico (diabetes, presión arterial alta).	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	Audición 7. Aplique alguna de las siguientes pruebas: - Prueba del susurro - Aplicación móvil hearWHO o prueba de audición - Audiometría portátil	<input type="checkbox"/> Sí pasó la prueba	<input type="checkbox"/> No pasó la prueba
Psicológico	8. En las últimas 2 semanas: ¿Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
	¿Ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí
Movilidad	9. Prueba de levantarse de la silla: Levantarse 5 veces de la silla	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	¿La persona realizó los 5 levantamientos de la silla en 14 seg. o menos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Entorno	10. Preguntar a la persona mayor: ¿Le cuesta cubrir sus gastos?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
	¿Se siente solo/a?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si
	¿Tiene dificultad para dedicarse a actividades de su interés que son importantes para usted?	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Si



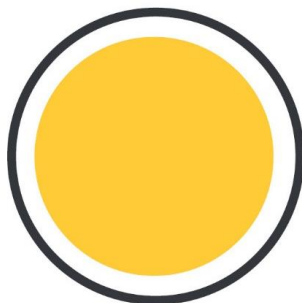
Semaforización



Atención prioritaria

4 o MÁS CONDICIONES ENCONTRADAS

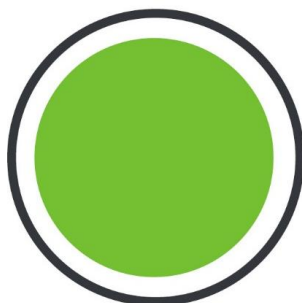
Atención prioritaria para evaluación multidisciplinaria de las condiciones encontradas



Focalizar acciones

2 a 3 CONDICIONES ENCONTRADAS

Atención focalizada y programada para evaluación acorde a las condiciones encontradas



Reforzar acciones

0 a 1 CONDICIÓN ENCONTRADA

Atención inicial con medidas para reforzar hábitos saludables y evaluación específica acorde a la condición encontrada



Formato de evaluación de la persona mayor

EVALUACIÓN DE LA PERSONA MAYOR

ANTECEDENTES

Fecha de evaluación:		Número de expediente:	
Nombre (s):			
Apellidos (s):			
Fecha de Nacimiento:		Edad:	
		Género	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
CURP:		Número de gratuidad:	
Lugar de Nacimiento:			
Domicilio actual:			
Número telefónico:			
Nombre del cuidador:			
Teléfono del cuidador:			
Evaluación	<input type="checkbox"/> Primera vez	<input type="checkbox"/> Subsecuente	<input type="checkbox"/> Cuidados paliativos
Tipo de población	<input type="checkbox"/> Adulto mayor <input type="checkbox"/> Postración	<input type="checkbox"/> Etapa terminal <input type="checkbox"/> Abandono	<input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Aislamiento
Vía de ingreso	<input type="checkbox"/> Barrido <input type="checkbox"/> Centro de salud	<input type="checkbox"/> Referencia <input type="checkbox"/> Vía oficial	<input type="checkbox"/> Solicitud no oficial <input type="checkbox"/> Otro: _____
Voluntad anticipada:		Número de voluntad anticipada:	
Situación conyugal	<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado	<input type="checkbox"/> Viudo: años <input type="checkbox"/> Unión libre
Nivel de escolaridad	<input type="checkbox"/> Sin instrucción <input type="checkbox"/> Sabe leer y escribir	<input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Secundaria	<input type="checkbox"/> Medio superior <input type="checkbox"/> Posgrado
Ocupación actual	<input type="checkbox"/> Retirado <input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Autoempleo <input type="checkbox"/> Hogar	<input type="checkbox"/> Otro (especificar): _____
Forma de manutención	<input type="checkbox"/> Sin pensión <input type="checkbox"/> Pensión (IMSS, ISSSTE, otra)	<input type="checkbox"/> Aportaciones hijos(as) <input type="checkbox"/> Pensión adulto mayor	<input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Año de retiro
¿Con quién vive?	<input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Asilo	<input type="checkbox"/> Vida comunitaria <input type="checkbox"/> Solo	<input type="checkbox"/> Otro familiar <input type="checkbox"/> Amigo/conocido
Vacunas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> COVID-19 (Especificar tipo y fecha): _____	<input type="checkbox"/> Influenza (año)	<input type="checkbox"/> Neumococo (año) <input type="checkbox"/> Otras: _____

Enfermedades crónicas	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
	<input type="checkbox"/> Hipertensión arterial	<input type="checkbox"/> Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Estreñimiento crónico
	<input type="checkbox"/> Hipercolesterolemia	<input type="checkbox"/> Artritis reumatoide	<input type="checkbox"/> Demencia
	<input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica	<input type="checkbox"/> Hipotiroidismo	<input type="checkbox"/> Glaucoma
	<input type="checkbox"/> Enfermedad vascular cerebral	<input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Dolor crónico
	<input type="checkbox"/> Enfermedad arterial periférica	<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca	<input type="checkbox"/> Enfermedad hepática
	<input type="checkbox"/> Insuficiencia venosa	<input type="checkbox"/> Temblor esencial	<input type="checkbox"/> Otra enfermedad: _____
Autopercepción del estado de salud			
Comparada con otras personas de su edad ¿usted diría que su salud general es?	<input type="checkbox"/> Mejor	<input type="checkbox"/> Igual	<input type="checkbox"/> Peor
Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia: _____	
Consumo de tabaco	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	Frecuencia: _____	

Red de soporte social				
En caso de ser necesario ¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo en su atención médica?		Si	No	¿Quién? _____
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para realizar sus Actividades Básicas de la Vida Diaria?		No		Si
¿Cuenta con alguien que le brinde apoyo para sus Actividades Instrumentales de la Vida Diaria?		No		Si
Número de hijos:	Total: _____	Hombres: _____		Mujeres: _____
¿Sus ingresos le permiten satisfacer sus necesidades?		Si		No
¿Tiene la libertad de prever, decidir y actuar sobre sus propios asuntos?		Si		No
¿Se siente amenazado por alguien?		Si		No
¿Conserva y mantiene contacto con sus amistades?		Si		No
¿Cuenta con quién compartir sus preocupaciones y satisfacciones?		Si		No
¿La vivienda donde habita tiene humedades o filtraciones o requiere alguna adaptación para favorecer su movilidad?		Si		No

Padecimiento actual

--

Exploración física

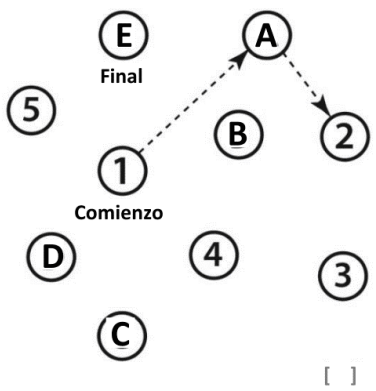
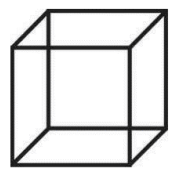
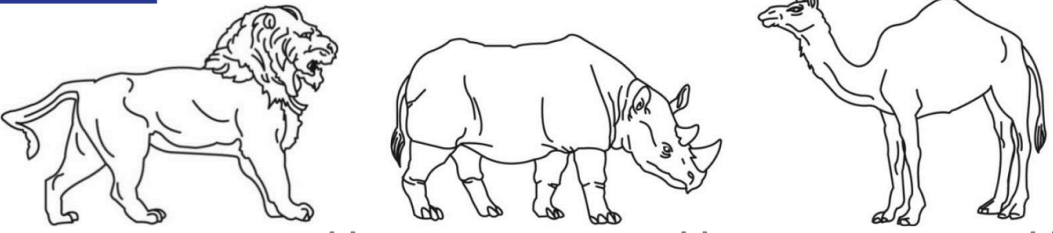
Frecuencia cardiaca: _____/min.	Frecuencia respiratoria: _____/min.	Temperatura: _____°C
Oximetría: _____%	Glucometría: _____mg/dl	Tensión arterial: ____ / ____mm Hg

Detección de hipotensión ortostática

Acostado ____ / ____mm Hg	De pie a los 3 minutos ____ / ____mm Hg
Cabeza	
Cuello	
Tórax	
Abdomen	
Extremidades	
Tegumentos	

EVALUACIÓN COGNITIVA

Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)
Evaluación Cognitiva Montreal

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			
		1 ^{er} INTENTO								
		2 ^o 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					
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					
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3			
		4 o 5 restas correctas: 3 puntos, 2 o 3 restas correctas: 2 puntos, 1 resta correcta: 1 punto, 0 restas correctas: 0 puntos								
LENGUAJE	Repetir: Solo sé que le toca a Juan ayudar hoy. []						___/2			
		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	(MIS)	Debe recordar las palabras SIN DARLE PISTAS		ROSTRO	SEDA	TEMPLO	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	___/5
Puntuación de la escala de memoria (MIS)		X3								
		X2	Pista de categoría							
		X1	Pista de elección múltiple							MIS = ___ / 15
ORIENTACIÓN	[] Fecha	[] Mes	[] Año	[] Día de la semana	[] Lugar	[] Localidad		___/6		
© Z. Nasreddine MD		www.mocatest.org			MIS: ___ /15					
Administrado por: _____					(Normal ≥ 26/30)					

	MIS: ___/15	
Escolaridad en años: _____	*Añadir un punto si tiene 12 o menos años (Normal > 26/30)	Total ___/30

EVALUACIÓN VITALIDAD

Mini Evaluación Nutricional MNA®				
¿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
Pérdida reciente de peso (<3 meses)				[]
0 = pérdida de peso >3kg		1 = no lo sabe	2 = pérdida de peso entre 1 y 3 kg	3 = no ha habido pérdida de peso
Movilidad				[]
0 = de la cama al sillón		1 = autonomía en el interior		2 = sale del domicilio
¿Ha tenido una enfermedad aguda o situación de estrés psicológico en los últimos 3 meses?				[]
0 = sí			2 = no	
Problemas neuropsicológicos				[]
0 = demencia o depresión grave		1 = demencia moderada		2 = sin problemas psicológicos
Índice de masa corporal (IMC) = peso en kg / estatura en m) ²				[]
0 = IMC <19		1 = IMC ≥19 < 21	2 = IMC ≥21 < 23	3 = IMC ≥ 23
¿El paciente vive independiente en su domicilio?				[]
[1] Sí [0] NO				
¿Toma más de 3 medicamentos al día?				[]
[0] Sí [1] NO				
¿Úlceras o lesiones cutáneas?				[]
[0] Sí [1] NO				
¿Cuántas comidas completas toma al día?				[]
0 = 1 comida		1 = 2 comidas		2 = 3 comidas
Consume el paciente				
• ¿Productos lácteos al menos una vez al día?			[1] Sí [0] No	
• ¿Huevos o legumbres 1 o 2 veces a la semana?			[1] Sí [0] No	
• ¿Carne, pescado o aves, diariamente?			[1] Sí [0] No	
		0-1 sí= 0.0	2 sí= 0.5	3 sí= 1.0
¿Consume frutas o verduras al menos 2 veces al día?				[]
[1] = Sí [0] = NO				

¿Cuántos vasos de agua u otros líquidos toma al día? (agua, zumo, café, té, leche, vino, cerveza...)			[]
0.0 = menos de 3 vasos	0.5 = de 3 a 5 vasos	1.0 = más de 5 vasos	
Forma de alimentarse			[]
0 = necesita ayuda	1 = se alimenta solo con dificultad	2 = se alimenta solo sin dificultad	
¿Se considera el paciente que está bien nutrido?			[]
0 = malnutrición grave	1 = no lo sabe o malnutrición moderada	2 = sin problemas de nutrición	
¿En comparación con las personas de su edad, cómo encuentra el paciente su estado de salud?			[]
0.0 = peor	0.5 = no lo sabe	1.0 = igual	2.0 = mejor
Circunferencia de brazo no dominante (CB en cm)			[]
0.0 = CB < 21	0.5 = 21 ≤ CB ≤ 22	1.0 = CB > 22	
Circunferencia de la pantorrilla (CP en cm)			[]
0 = CP < 31		1 = CP ≥ 31	
Puntaje Evaluación global: _____			
Evaluación del estado nutricional			
<input type="checkbox"/> 24 a 30 puntos: sin desnutrición		<input type="checkbox"/> 17 a 23.5 puntos: riesgo de desnutrición	
<input type="checkbox"/> Menos de 17 puntos: desnutrición			

EVALUACIÓN SENSORIAL

Evaluación de la agudeza visual						
Peek acuity:	Resultado					
	Derecho	_____ / _____		Izquierdo	_____ / _____	
		_____ / _____			_____ / _____	
	Observaciones		Observaciones			
¿Tiene usted problemas para escuchar?						
No			Si (aplicar prueba de audición)			
Prueba de audición (Aplicación móvil)						
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	

EVALUACIÓN PSICOLOGICA

Patient Health Questionnaire (PHQ-9)				
Durante las últimas 2 semanas, ¿qué tan seguido ha tenido molestias debido a los siguientes problemas? (Marque con un "X" 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
Subpuntaje:	0	_____ +	_____ +	_____ +
Puntaje total:	_____			
Pautas de interpretación	<ul style="list-style-type: none"> • 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. 			


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

EVALUACIÓN MOVILIDAD




Fuerza de prensión manual			
	Primera medición	Segunda medición	Tercera medición
Mano izquierda	_____ (kg)	_____ (kg)	_____ (kg)
Mano derecha	_____ (kg)	_____ (kg)	_____ (kg)
Observaciones			

Velocidad de marcha	
<p>Si la persona ya utiliza un auxiliar de la marcha (bastón, andadera, etc.) puede emplearlo durante la prueba. Explique a la persona que le realizará una prueba para medir su velocidad para caminar, y que lo haga a su paso (velocidad) habitual. Indíquelo a la persona el punto de partida y el punto de fin del trayecto donde deberá caminar. Mida con el cronómetro el tiempo que le toma a la persona caminar el trayecto de 6 metros. Para calcular la velocidad de marcha, realice la siguiente división: 6 (que corresponde a los metros recorridos) entre los segundos que le tomó a la persona recorrerlos, obteniéndose así la velocidad en m/seg.</p>	
Velocidad marcha (cm/segundos):	_____ m/seg

TUG: prueba cronometrada de levántarse y andar	
<p>Solicitando a la persona mayor que se levante de la silla, camine tres metros hacia adelante, de la vuelta, regrese y vuelva a sentarse en la silla. Cronometrando la actividad desde que la persona mayor se levanta de la silla, camina, gira, regresa y vuelve a sentarse completamente en la silla.</p>	
 <p>Tiempo: _____ segundos</p>	INTERPRETACIÓN [<10 segundos] Normal [11-13 segundos] Discapacidad leve de la movilidad [>13 segundos] Riego elevado de caídas

Prueba corta de desempeño físico (SPPB)

1. PRUEBA DE BALANCE



	A. Pararse con los pies uno a cada lado del otro ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba de balance.	Se rehúsa	[0 puntos]
		NO	[0 puntos]
		SÍ	[1 punto]
	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.	Se rehúsa	[0 puntos]
		NO	[0 puntos]
		SÍ	[1 punto]
	C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? tiempo en seg _____ (máx. 15)	Se rehúsa	[0 puntos]
		<3.0 seg. o no lo intenta	[0 puntos]
		3.0 a 9.99 seg.	[1 punto]
		10 a 15 seg.	[2 puntos]
SUBTOTAL 1 (A+B+C)		PUNTOS:	___/4

2. VELOCIDAD DE MARCHA (RECORRIDO DE 4 METROS)

Tiempo requerido para recorrer la distancia

A. Primera medición <i>Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba</i>	Seg:	
B. Segunda medición <i>Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba</i>	Seg:	
CALIFICACIÓN DE LA MEDICIÓN MENOR	>8.70 seg.	[1 punto]
	6.21 a 8.70 seg.	[2 puntos]
	4.82 a 6.20 seg.	[3 puntos]
	<4.82 seg.	[4 puntos]
SUBTOTAL 2		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?	Se rehúsa	
		[0] NO finaliza la prueba.	
		[1] SÍ	
	B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla.	Incapaz o tarda > 60 seg	[0 puntos]
		16.7 a 60 seg.	[1 punto]
		13.7 a 16.69 seg	[2 puntos]
		11.2 a 13.69 seg	[3 puntos]
		<o igual 11.19 seg.	[4 puntos]
SUBTOTAL 3		PUNTOS: ___/4	
TOTAL PRUEBA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)		PUNTOS: ___/12	
<input type="checkbox"/> ≤ 9 puntos: desempeño físico bajo		<input type="checkbox"/> 10 o más: Normal	

Selección de programa de ejercicio físico multicomponente

Puntuación SPPB	Velocidad de Marcha (6m) *	Tipo de pasaporte Vivifrail	
0-3	< 0,5 m/s	A Persona con discapacidad	<input type="checkbox"/>
4-6	0,5 - 0,8 m/s	B Persona con fragilidad	<input type="checkbox"/>
		B+ Persona con fragilidad y riesgo de caídas	<input type="checkbox"/>
7-9	0,9 - 1 m/s	C Persona con pre-fragilidad	<input type="checkbox"/>
		C+ Persona con pre-fragilidad y riesgo de caídas	<input type="checkbox"/>
10-12	> 1 m/s	D Persona robusta	<input type="checkbox"/>

Si la persona mayor tiene riesgo de caídas, seleccione el programa con el símbolo “+” (B+ o C+).

* Si por limitaciones en la persona mayor no es posible completar SPPB, se utilizarán los valores de velocidad de marcha (6 metros).

FRAIL

¿Se siente usted fatigado/a?	[0] No	[1] Si	INTERPRETACIÓN [0 puntos] robustez o sin fragilidad [1-2 puntos] probable pre-fragilidad [3 o más puntos] probable fragilidad
¿Tiene usted dificultad para subir un piso de escaleras?	[0] No	[1] Si	
¿Tiene usted dificultad para caminar una cuadra?	[0] No	[1] Si	
¿Tiene usted más de 5 enfermedades?	[0] No	[1] Si	
¿Ha perdido sin querer 5 o más kilogramos en los últimos 6 meses?	[0] No	[1] Si	
Puntaje total			

SARC-F

Subir escaleras ¿Cuánta dificultad tiene para subir un piso de 10 escaleras?	[0] Ninguna	[1] Alguna	[2] Mucha o incapaz sin ayuda	INTERPRETACIÓN 4 o más puntos (Alta probabilidad de sarcopenia) 0-3 puntos (Baja probabilidad de sarcopenia)
Atravesar un cuarto ¿Cuánta dificultad tiene para caminar y atravesar un cuarto?	[0] Ninguna	[1] Alguna	[2] Mucha o incapaz sin ayuda	
Resistencia en silla ¿Cuánta dificultad tiene para levantarse de la cama y pasar a la silla?	[0] Ninguna	[1] Alguna	[2] Mucha o incapaz sin ayuda	
Caídas ¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	[0] Ninguna	[1] 1 a 3 caídas	[2] 4 o más caídas	
Fuerza ¿Cuánta dificultad le ocasiona levantar un objeto de 5 kilogramos? (ej. Tres bolsas de cebollas)	[0] Ninguna	[1] Alguna	[2] Mucha o incapaz sin ayuda	
Puntaje total				

EVALUACIÓN SOCIAL

Escala de recursos sociales Older American and Resourse Socials (OARS)	
1. ¿Su estado civil es?	<input type="checkbox"/> Soltero (a). <input type="checkbox"/> Casado(a) o Unión Libre. <input type="checkbox"/> Viudo (a). <input type="checkbox"/> Divorciado (a). <input type="checkbox"/> Separado (a).
2. Instrucción: Si la respuesta es casado(a), pregunte: ¿Vive su esposa(a)?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Sí
3. ¿Con quién vive usted? (Anote más de un número cuando sea necesario)	<input type="checkbox"/> Nadie. <input type="checkbox"/> Esposo (a). <input type="checkbox"/> Hijos (as). <input type="checkbox"/> Nietos (as). <input type="checkbox"/> Padres. <input type="checkbox"/> Hermanos (as). <input type="checkbox"/> Otros familiares políticos no incluidos en las categorías anteriores. <input type="checkbox"/> Amigos (as). <input type="checkbox"/> Cuidadores pagados. <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Nunca. <input type="checkbox"/> Cada seis meses. <input type="checkbox"/> Cada tres meses. <input type="checkbox"/> Cada mes. <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes o únicamente en vacaciones. <input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana. <input type="checkbox"/> 1 – 3 veces a la semana. <input type="checkbox"/> Más de cuatro veces a la semana.
6. ¿A cuántas personas conoce lo suficientemente bien como para visitarles en casa?	<input type="checkbox"/> Ninguna. <input type="checkbox"/> Una ó dos. <input type="checkbox"/> De tres a cuatro. <input type="checkbox"/> 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 llaman? (Aunque el sujeto carezca de teléfono la pregunta sigue haciéndose).	<input type="checkbox"/> Ninguna vez. <input type="checkbox"/> Una vez a la semana. <input type="checkbox"/> Dos a seis veces a la semana. <input type="checkbox"/> Más de seis veces a la semana. <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Ninguna vez <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> 2-6 veces al día <input type="checkbox"/> Más de seis veces al día.
9. ¿Tiene alguien en quien confiar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Especifique:

<p>10. ¿Se encuentra solo(a) o se siente en soledad a menudo, a veces o casi nunca?</p>	<p>() Casi nunca () Algunas veces () A veces</p>
<p>11. ¿Ve a sus familiares y amigos a menudo como quisiera, o se siente usted algo triste porque los ve poco?</p>	<p>() Algo triste por la poca frecuencia () Tan a menudo como quisiera.</p>
<p>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)?.</p>	<p>() No. () Sí. <i>Si ha contestado Sí pregunte "A" y "B"</i></p>
<p>A.- ¿Esa persona cuidaría de usted?</p> <p>() 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.</p> <p>B.- ¿Quién sería esa persona?</p> <p>Nombre: _____ Relación: _____</p>	
<p>13. ¿Cómo considera la convivencia y apoyo de familiares y amigos?</p>	<p>() Muy insatisfactoria () Insatisfactoria () Muy satisfactoria () Satisfactoria</p>
<p>Sugerencias o pautas de interpretación:</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Excelentes recursos sociales. Las relaciones sociales son muy satisfactorias (<i>pregunta 13</i>) 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 (<i>pregunta 13</i>) 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 vez 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 (<i>pregunta 13</i>) 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 (<i>pregunta 13</i>) 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 (<i>pregunta 13</i>) 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 (<i>pregunta 13</i>) 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.

PLAN DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

¿Qué es lo más importante en la vida de la persona mayor?

¿Cuáles son sus objetivos concretos respecto a su vida?

¿Cuáles son sus objetivos respecto a su salud?

Objetivos del plan de atención (los más importantes y que haya priorizado la persona mayor y que cumplan con los criterios SMART: específicos, medibles, alcanzables/factibles, relevantes/razonables, a cumplirse en un tiempo definido).

Corto plazo (0-3 meses):

Mediano plazo (3-6 meses):

Largo plazo (6-12 meses):

RECOMENDACIONES PARA LA PERSONA MAYOR

Elaboró:

Nombre(s) y apellido(s) completos	Cédula profesional	Firma



Instrumentos de evaluación específicos

Evaluación Cognitiva Montreal Montreal Cognitive Assessment (MoCA®)

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.

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación: 15 minutos.

Instrucciones:

1. Evaluación visuoespacial/ejecutiva.

A. Vea directamente a la persona, logre su atención, indíquele 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 **copie 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® dígame:

*“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.

Dígame 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 cruz (x), 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, dígame 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”.*



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

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, infórmelo a la persona que deberá recordar estas palabras, ya que tendrá que repetir las más tarde (en 5 minutos), al final de la prueba; dígame: "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 dígame a la persona:

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

A continuación a la persona dígame:

"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 dígame 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 por la letra F**".

6. Evaluación de abstracción.

Como ejemplo, pídale a la persona que le diga a qué categoría pertenecen un **plátano** y una **naranja**; si la persona da una respuesta concreta; repítale a la persona sólo una vez más: "Dígame **otra categoría a la que también puedan pertenecer un plátano y una naranja**". Si la persona no da la respuesta adecuada, dígame: "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**".



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

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 ahora **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: <i>parte del cuerpo</i>	elección múltiple: <i>nariz, rostro, mano</i>
SEDA	categoría semántica: <i>tela</i>	elección múltiple: <i>lana, algodón, seda</i>
IGLESIA	categoría semántica: <i>edificio</i>	elección múltiple: <i>iglesia, escuela, hospital</i>
CLAVEL	categoría semántica: <i>flor</i>	elección múltiple: <i>rosa, clavel, tulipán</i>
ROJO	categoría semántica: <i>color</i>	elección múltiple: <i>rojo, azul, verde</i>

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.

Referencias:

- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.
- Palacios García, A. A. (2015). Validez y confiabilidad del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en su versión traducida al español para el cribaje del deterioro cognitivo leve en adultos mayores. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México.



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.



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	
[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []		Contorno Números Agujas	
IDENTIFICACIÓN								[] [] []	
MEMORIA		Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.		ROSTRO SEDA TEMPLO CLAVEL ROJO		1 ^{er} INTENTO 2 ^o INTENTO		NINGÚN PUNTO	
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		[] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B	
		Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		[] 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		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
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.		[]	
		Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "F" en 1 minuto.		[] ____ (N ≥ 11 palabras)				[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
ABSTRACCIÓN		Semejanza entre p. ej. plátano-naranja = fruta		[] tren-bicicleta		[] reloj-regla		[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
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						MIS = ____ / 15	
		X2							
		X1							
ORIENTACIÓN		[] Fecha [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad						[] [] [] [] [] [] [] [] [] []	
© Z. Nasreddine MD www.mocatest.org		MIS: /15 (Normal ≥ 26/30)		Se requiere formación y certificado para garantizar la exactitud.		Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		TOTAL ____/30	



Valoración Mínima Nutricional Versión Corta Mini-Nutritional Assessment – Short Form ®

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 centros de larga estancia (residencias geriátricas, centros socio-sanitarios), debido a su facilidad de uso y practicidad.

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

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

Instrucciones:

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.
 - b) 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 desarrollar el F2, únicamente considere una opción, para determinar el puntaje.

Calificación:

- El puntaje máximo es de 14 y un mínimo de 0 puntos.

Del apartado A al E, de acuerdo a 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:

Una puntuación total igual o mayor a 12, indica que la persona tiene un estado nutricional normal y no requiere una intervención adicional. Una puntuación total entre 8 y 11 indica que la persona está en riesgo de desnutrición. Una puntuación total igual o menor a 7 indica que la persona tiene desnutrición. Si la puntuación total es igual o menor a 11, puede recabar información adicional sobre los factores que puedan impactar el estado nutricional.

Referencias:

- 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.



Valoración Mínima Nutricional Versión Corta 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 modera
2 = sin problemas psicológicos

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

- 0 = IMC < 19 kg/m²
1 = IMC ≤ 19 < 21 kg/m²
2 = IMC ≤ 21 < 23 kg/m²
3 = IMC ≥ 23 kg/m²

F2. Perímetro de la pantorrilla (cm):

- 0 = < 31 cm
1 = ≥ 31 cm

Interpretación:

Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido

- Estado nutricional normal: 12 - 14 puntos
 Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos
 Desnutrición: 0 - 7 puntos

Resultado: /14

- 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 Geront 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 Geriatria.



Valoración de la agudeza visual con Carta de Snellen

Objetivo:

Valoración de 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 en una carta colocada a seis metros

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 (emétrepe) distingue correctamente dos objetos cercanos de forma separada. Las letras tienen un tamaño decreciente dependiendo del nivel en que se encuentran.

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

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. 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, usted deberá ir señalando las letras.
8. La línea en la cual la persona no puede leer o es evidente un esfuerzo visual es en la cual se determina su resultado.
9. Si se pueden leer las letras de la línea que corresponde a la agudeza visual 6/6 su visión es normal.
10. Registrar los resultados de cada ojo.

Calificación:

- De acuerdo con la OMS, la discapacidad visual abarca la discapacidad moderada, grave y la 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 (mts) ó 20/20 (pies) es una visión normal y se considera déficit visual a una agudeza visual de 6/18.

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 (mts) ó 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.



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 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		Discapacidad visual moderada: Agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60	
Discapacidad visual grave: Agudeza visual inferior a 6/60 e igual o superior a 3/60.		Ceguera.: Agudeza visual de presentación inferior a 3/60 o una pérdida del campo visual 1 en el mejor ojo y con la mejor corrección .	

Referencias:

- 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 Geriátria.



Valoración de la agudeza visual con cartilla de bolsillo

Objetivo:

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

Requerimientos:

- Cartilla de bolsillo
- Cinta métrica o regla
- Silla
- Papel
- Bolígrafo
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

Instrucciones:

- Seguir las indicaciones de aplicación que indique 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 mts. 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



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



Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons 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.



Valoración de la agudeza visual con aplicación Peek Acuity.

Objetivo:

Valorar la agudeza visual para identificar oportunamente un déficit que deba ser referido a 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 visión de los ojos.

Requerimientos:

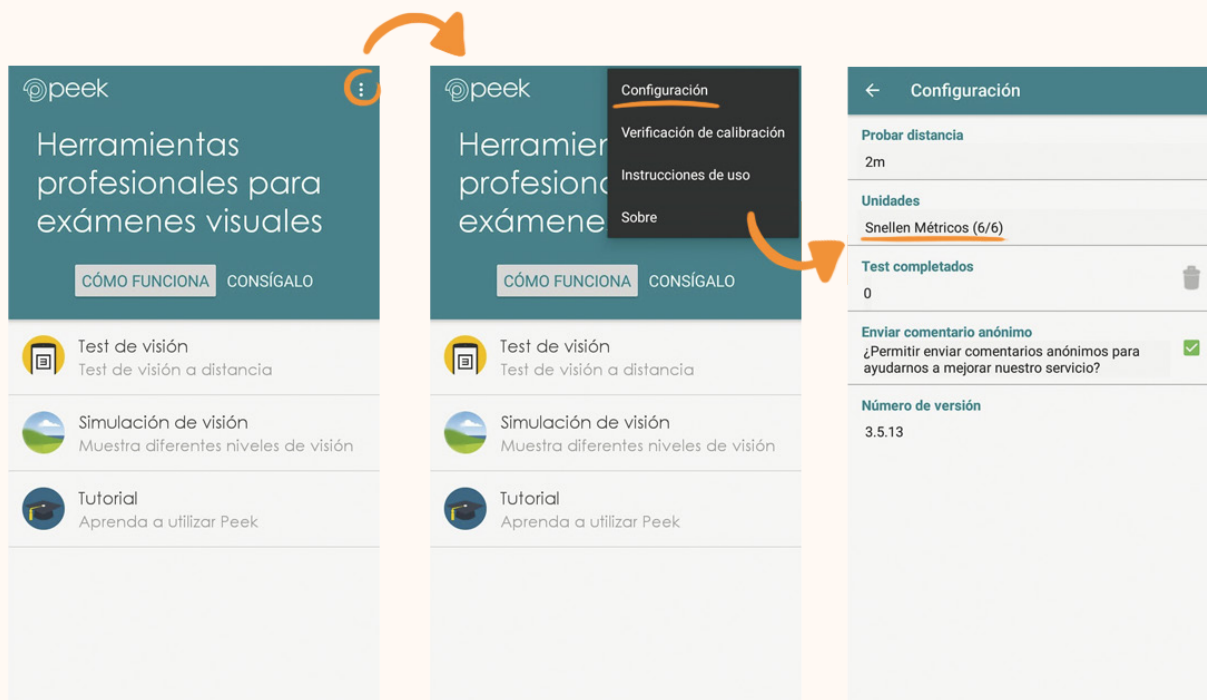
- Teléfono inteligente con aplicación descargada, bien calibrada y con la configuración adecuada.
- Cinta métrica o flexómetro.
- Silla.
- Papel y pluma.
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones.

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

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.

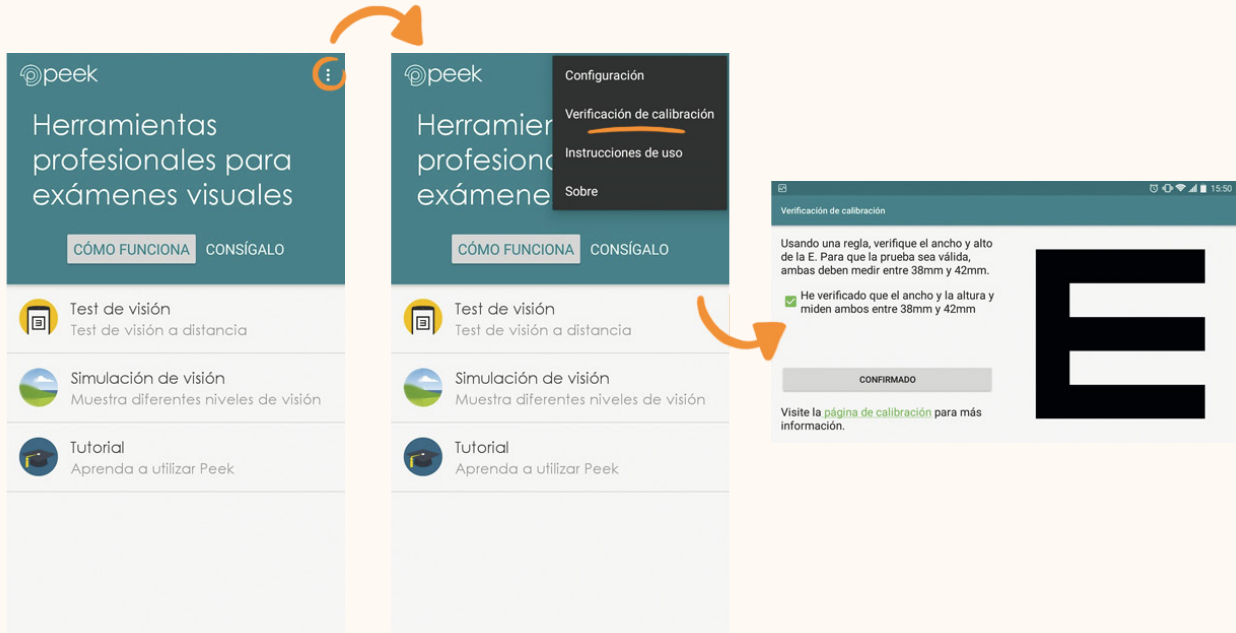


Este material está registrado bajo licencia *Creative Commons Internacional*, con permiso para reproducirlo, publicarlo, descargarlo y/o distribuirlo en su totalidad únicamente con fines educativos y/o asistenciales sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.



Valoración de la agudeza visual con aplicación Peek Acuity.

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.



Valoración de la agudeza visual con aplicación Peek Acuity.

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

Calificación:

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

Sugerencias o pautas de Interpretación:

De acuerdo con la OMS, la discapacidad visual abarca la discapacidad moderada, grave y la ceguera.

a) Visión normal: Una agudeza visual de 6/6

b) Discapacidad visual moderada: Una agudeza visual de entre menos de 6/18 y 6/60.

c) Discapacidad visual grave: Una agudeza visual inferior a 6/60 e igual o superior a 3/60.

d) Ceguera: agudeza visual de presentación inferior a 3/60 o una pérdida del campo visual 1 en el mejor ojo y con la mejor corrección

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

Nota: Es importante mantener la aplicación actualizada en todo momento, para que obtener las últimas actualizaciones técnicas, ingresa a la página www.peekvision.org y da click en el enlace: <https://www.peekvision.org/peek-acuity/>

Referencias:

- Bastawrous, A., Rono, H. K., Livingstone, I. A., Weiss, H. A., Jordan, S., Kuper, H., & Burton, M. J. (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.



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.



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:

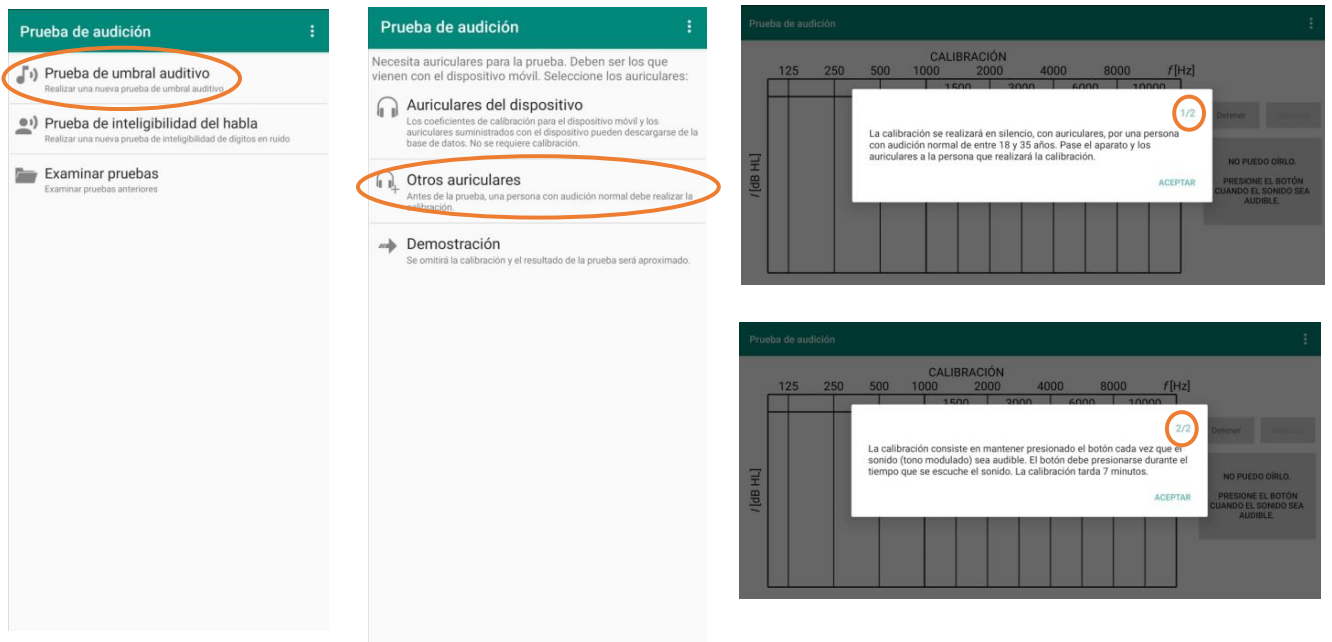
- Teléfono inteligente con aplicación descargada, bien calibrada y con la configuración adecuada.
- Audífonos
- Espacio privado, ventilado, iluminado, libre de distracciones y sin ruido.

Tiempo de aplicación: 5 minutos.

Instrucciones:

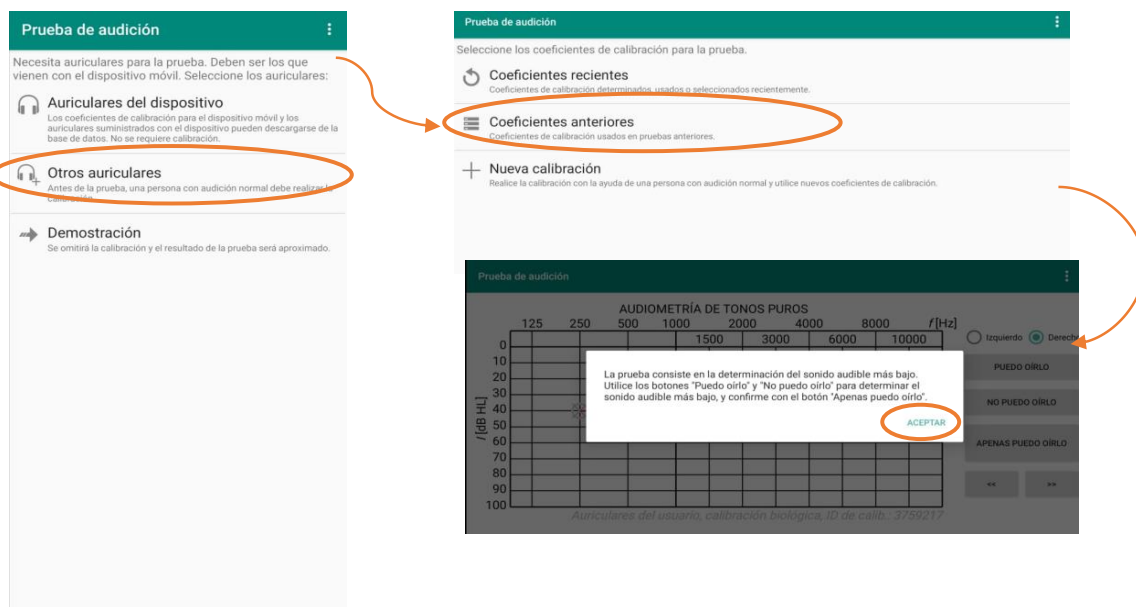
Es importante que sigan los siguientes pasos antes de aplicar la prueba:

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:



Valoración de la audición con aplicación Prueba de Audición

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



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.

Calificación:

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.

Referencia:

1. Prueba de audición (2021) Obtenido de <https://bit.ly/399bBdf>



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

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.

Requerimientos:

- Formato impreso
- Bolígrafo
- Espacio privado, ventilado, iluminado, sin distracciones

Tiempo:

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

Instrucciones:

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

“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 4 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.

Referencias:

- Validación en población mexicana, que incluyo a mujeres ancianas: Familiar I, Ortiz-Panozo E, Hall B, Vieitez I, Romieu I, Lopez-Ridaura R, Lajous M. Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. Int J Methods Psychiatr Res. 2015 Mar;24(1):74-82. doi: 10.1002/mpr.1461. Epub 2014 Dec 19. PMID: 25524806; PMCID: PMC6878506.
- Validación de la versión breve en inglés: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med. 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268
- Fuente de la versión en español: Spitzer R.L., Williams J.B., Kroenke K. (2009) <http://www.phqscreeners.com/> [10 April 2022]



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
Subpuntos:	<u> 0 </u>	+ <u> </u>	+ <u> </u>	+ <u> </u>
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



Batería corta de desempeño físico (SPPB)

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.

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 y protocolo de aplicación.
- Cronómetro o teléfono inteligente.
- Flexómetro para medir distancia de 4 metros.
- Silla sin descansa brazo y respaldo recto.
- Cinta para delimitar área en piso.

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. Utilice el protocolo de aplicación anexo.
4. Registre en el formato correspondiente.
5. Sume el puntaje obtenido por cada una de los apartados.
6. Determine la interpretación según el resultado.

Tiempo de aplicación: 15 minutos.

Calificación:

Apartado 1. Prueba de balance: realice la sumatoria del apartado a+b+c y registre el resultado ___/4 puntos máximo.

Apartado 2. Velocidad de la marcha (recorrido 4 metros): del tiempo requerido para recorrer la distancia registrado 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.




Referencias:

- 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 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>



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"/>
<p align="center">Calificación de la medición menor.</p> <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"/>
<p align="center">Calificación de la actividad.</p> 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., Zambon-Ferraresi, F., Martínez-Veilla, 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>



Batería Corta de Desempeño Físico

*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.

A. 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.***
- Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a poner los pies juntos uno al lado del otro.
- De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.
- Cuando el/la participante tenga los pies juntos, pregúntele “***¿Está listo/a?***”
- Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, “***Listo, empezamos.***”
- Detenga el cronómetro y diga “***Deténgase***” después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.
- Si el/la participante no puede mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y vaya a la prueba de velocidad de marcha.

B. 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.***
- Colóquese al lado del/la participante para ayudarle a colocarse en la posición de semi-tándem.
- De suficiente apoyo tomando del brazo al/la participante para evitar que pierda el equilibrio.
- Cuando el/la participante tenga sus pies juntos en semi-tándem, pregúntele “***¿Está listo/a?***”
- Suelte al/la participante y comience a cronometrar al decirle, “***Listo, empezamos.***”
- Detenga el cronómetro y diga “***Deténgase***” después de 10 segundos o cuando el/la participante se salga de la posición o tome su brazo.
- Si el/la participante no puede mantener la posición durante 10 segundos, registre el resultado y vaya a la prueba de velocidad de marcha.

C. 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.***



Batería Corta de Desempeño Físico

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.

A. 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. Demuestre 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.

A. 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.

2. PRUEBA DE LEVANTAMIENTO DE LA SILLA

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.



Batería Corta de Desempeño Físico

Levantamiento único 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.

Referencias:

- Short Physical Performance Battery (SPPB). (n.d.). Retrieved December 27, 2018, from <https://www.nia.nih.gov/research/labs/leps/short-physical-performance-battery-sppb>



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

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 una persona que ayude a la persona mayor en caso de necesitarlo. Su característica es identificar las redes sociales en cuanto a su estructura.

Requerimientos:

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

Tiempo de aplicación: 10 minutos.

Instrucciones:

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

Sugerencias o pautas de Interpretación:

Contiene una escala de seis categorías de recursos sociales, de acuerdo a lo referido por la persona mayor identifique cuál escala se aproxima a la condición referida por la persona mayor. 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 vez 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.



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 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.



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.



Listado de referencias

Bibliografía

1. 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 Antolínez, G. (2011). *Manual de optometría*. México: Editorial Médica Panamericana.
2. Bastawrous, A., Rono, H. K., Livingstone, I. A., Weiss, H. A., Jordan, S., Kuper, H., & Burton, M. J. (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.
3. Fuente de la versión en español PHQ-9: Spitzer R.L., Williams J.B., Kroenke K. (2009) <http://www.phqscreeners.com/> [10 April 2022]
4. 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
5. 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>
6. Instituto Nacional de Geriatria. [Instituto nacional de Geriatria- INGER México] (2022) *Evaluación de la Persona Mayor*.
7. Instituto Nacional de Geriatria (2020). *Guía de instrumentos de evaluación geriátrica integral*. Instituto Nacional de Geriatria <https://bit.ly/3700oqM>
8. Instituto Nacional de Geriatria. [Instituto nacional de Geriatria- INGER México] (2022) *Tamizaje para la Detección de la Capacidad Funcional*.
9. 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].
10. Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53(4), 695-699.

- 11.** Palacios García, A. A. (2015). Validez y confiabilidad del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en su versión traducida al español para el cribaje del deterioro cognitivo leve en adultos mayores. (Tesis de Especialidad). Universidad Nacional Autónoma de México, México
- 12.** Organización Mundial de la Salud (2017). Atención integrada para personas mayores. Directrices para las intervenciones comunitarias dirigidas a limitar el deterioro de la capacidad intrínseca. Organización Mundial de la Salud. <https://bit.ly/3gU4g0u>.
- 13.** Organización Mundial de la Salud. (2018). Datos y cifras. En Envejecimiento y salud. OPS PAHO. Recuperado el 21 de abril de 2022 <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Hoy%20en%20d%C3%ADa%2C%20hay%20125,de%20ingresos%20bajos%20y%20medianos>.
- 14.** Organización Mundial de la Salud. (2020). Decenio del Envejecimiento saludable 2020-2030. OPS PAHO. Recuperado el 21 de abril de 2022 <https://bit.ly/35WEZzj>
- 15.** Organización Mundial de la Salud. (2020). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. OPS PAHO. Recuperado el 21 de abril de 2022 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
- 16.** Martínez, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, 41 209-3312. <https://ria.asturias.es/RIA/handle/123456789/4504>
- 17.** Organización Panamericana de la Salud. (2020). Atención integrada para las personas mayores (ICOPE): Guía sobre la evaluación y los esquemas de atención centrados en la persona en la atención primaria de salud. OMS PAHO. <https://bit.ly/2J64pS6>.
- 18.** Prueba de audición (2021) Obtenido de <https://bit.ly/399bBdf>
- 19.** Validación en población mexicana, que incluyo a mujeres ancianas: Familiar I, Ortiz-Panozo E, Hall B, Vieitez I, Romieu I, Lopez-Ridaura R, Lajous M. Factor structure of the Spanish version of the Patient Health Questionnaire-9 in Mexican women. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2015 Mar;24(1):74-82. doi: 10.1002/mpr.1461. Epub 2014 Dec 19. PMID: 25524806; PMCID: PMC6878506.
- 20.** Validación de la versión breve en inglés: Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med.* 2001 Sep;16(9):606-13. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x. PMID: 11556941; PMCID: PMC1495268
- 21.** 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.

22. 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.

23. 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.

24. 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>

Recursos adicionales

1. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2017). Estándar de competencias con código EC0965. Manejo inicial de factores de riesgo de discapacidad en personas mayores. Disponible en el Registro Nacional de Estándares de Competencias (RENEC): <https://conocer.gob.mx/RENEC/fichaEstandar.do?method=obtenerPDFEstandar&idEstandar=2465>

2. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2017). Estándar de competencias con código EC0964 Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores. Disponible en el Registro Nacional de Estándares de Competencias (RENEC): <https://conocer.gob.mx/RENEC/fichaEstandar.do?method=obtenerPDFEstandar&idEstandar=2464>

3. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2018). Estándar de competencias código EC1141. Aplicación de programas individuales de actividad física multicomponente para personas mayores. Disponible en el Registro Nacional de Estándares de Competencias (RENEC): <https://conocer.gob.mx/RENEC/fichaEstandar.do?method=obtenerPDFEstandar&idEstandar=2765>

4. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2018). Estándar de competencias con código EC1142. Apoyo en la orientación alimentaria para personas mayores. Disponible en el Registro Nacional de Estándares de Competencias (RENEC): <https://conocer.gob.mx/RENEC/fichaEstandar.do?method=obtenerPDFEstandar&idEstandar=2707>

5. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2019). Estándar de competencias con código EC1208. Aplicación de programa individual de estimulación cognitiva para personas mayores. Disponible en el Registro Nacional de Estándares de Competencias (RENEC): <https://conocer.gob.mx/RENEC/fichaEstandar.do?method=obtenerPDFEstandar&idEstandar=2861>

6. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2019). Estándar de competencias con código EC1209. Brindar apoyo de orientación a cuidadores informales de personas mayores.

7. Disponible en el Registro Nacional de Estándares de Competencias (RENEC): <https://conocer.gob.mx/RENEC/fichaEstandar.do?method=obtenerPDFEstandar&idEstandar=2862>

8. Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales. (2022). Estándar de competencias sin código (pendiente de registro.) Prestación de apoyo básico centrado en la persona mayor con dependencia. Próximamente disponible en el Registro Nacional de Estándares de Competencias (RENEC).



Manual de entrenamiento en la atención integrada a la salud para personas mayores

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 mayo de 2022.



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



**INSTITUTO
NACIONAL
DE GERIATRÍA**

