IMSS BIENESTAR

Guía para

Atención Proactiva de la persona mayor

Directorio Institucional

Dr. Alejandro Svarch Pérez
Director General de los Servicios de Salud del IMSS-BIENESTAR

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero
Coordinadora de Unidades de Primer Nivel

Dr. Iker Virgilio Lobato González
Titular de la División de Unidades Médicas Móviles

Dra. Sylvia Argentina Guzmán de la Cruz
Jefa de Área de Gestión de la Atención en Unidades Médicas Móviles

Mtra. Fátima Consuelo Soriano Fernández
Supervisor de Procesos

Mtra. Lucero Soledad Rivera Romano
Supervisor de Procesos

Créditos:

Elaboró:
Mtra. Lucero Soledad Rivera Romano
Supervisora de Procesos

Mtra. Fatima Consuelo Soriano Fernández
Supervisora de Procesos

Revisó:
Dra. Sylvia Argentina Guzmán de la Cruz
Jefa de Área de Gestión de la Atención en Unidades Médicas Móviles

Validó:
Dr. Iker Virgilio Lobato González
Titular de la División de Unidades Médicas Móviles

Revisión normativa:
Dr. Gabriel Padrón Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

Mtro. Mauro Jesús Villegas Sánchez
Titular de la División de Normatividad Médica

CONTENIDO

OBJETIVO 5
RESPONSABILIDADES 5
DEFINICIONES 6
CONTENIDO 8
- **ACCIONES DE ATENCIÓN PROACTIVA EN PERSONAS MAYORES** 8
- **COGNICIÓN** 9
- **NUTRICIÓN** 10
- **VISIÓN, AUDICIÓN Y SALUD ORAL** 10
- **SALUD MENTAL** 11
- **MOVILIDAD FRAGILIDAD Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS** 11
- **ENTORNO** 12
- **VACUNACIÓN** 15
- **CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA** 15

DOCUMENTOS DE REFERENCIA 16
ANEXOS 17

OBJETIVO

Establecer los criterios y guía para brindar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y atención médica a las personas mayores sin seguridad social que, debido a condiciones físicas y/o mentales no puedan acudir a las Unidades de Salud de Primer Nivel de Atención del IMSS-BIENESTAR, contribuyendo a mejorar la calidad de vida de las personas atendidas y el fortalecimiento del bienestar familiar y comunitario.

ALCANCE

Este documento establece los criterios para el personal de salud que lleva a cabo la Estrategia de Atención Proactiva para la atención de las personas mayores durante la visita a domicilio.

RESPONSABILIDADES

Las actividades que se realizan dentro de la Estrategia Atención Proactiva son acciones de promoción de la salud y prevención de enfermedades a través de tamizajes y atención médica los cuales, en mayor proporción, pueden ser aplicados por cualquier personal de salud como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1. Responsabilidades del personal que realiza Atención Proactiva en la persona mayor.

ACCIONES	MÉDICO/A	ENFERMERA/O	PROMOTOR DE SALUD
Tamizaje ICOPE	X	X	X
Cognición	X	X	X
Nutrición	X	X	X
Visión, audición y salud bucal	X	X	X
Salud mental	X	X	X
Movilidad, fragilidad y riesgo de caídas	X	X	X
Entorno	X	X	X
Atención médica	X	-	-
Vacunación	X	X	X
Registro de las actividades en la hoja diaria de atención proactiva	X	X	X
Registro de actividades Portal de Gestión de Salud Poblacional	X	X	X

DEFINICIONES

Abandono: Ausencia de los servicios o recursos mínimos para satisfacer las necesidades básicas en personas con dependencia. El abandono [...] también puede incluir el hecho de situar a las personas en condiciones inseguras o sin supervisión.

Persona mayor: Se refiere a cualquier persona, hombre o mujer que de 60 años y más.

Calidad de vida: Percepción de un individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en ellos que vive y con respecto a sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus preocupaciones. Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y su relación con el entorno.

Cuidados: Actividades específicas que realizan las personas para atender, asistir, acompañar, vigilar y brindar apoyo a las y los integrantes del hogar o a personas de otro hogar. La finalidad es buscar su bienestar físico y la satisfacción de sus necesidades básicas.

Diagnóstico integral de salud: Técnica de investigación para analizar la situación de una comunidad o población, con el objeto de identificar los principales problemas y las necesidades de salud, así como caracterizar los factores socioambientales que actúan como determinantes de salud en el territorio y en las circunstancias que esta vive, como parte de un proceso que no concluye hasta que se encuentren soluciones a los problemas detectados.

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.

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.

Persona cuidadora: Persona que realiza actividades de cuidados para beneficio de otras personas del hogar o de otros hogares. Lo anterior puede ser porque lo necesiten por su edad, condición de salud, discapacidad o dependencia. Asimismo, se puede tratar de infantes, niñas,

niños, adolescentes, personas mayores, personas con discapacidad física o mental, o personas con alguna enfermedad.

Persona cuidadora principal: La persona que proporciona los cuidados más relevantes a la persona que los requiere dentro de su hogar.

Prevención: Medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida.

Promoción de la Salud: Es el proceso que permite a las personas incrementar los conocimientos y el control de su salud para mejorarla. Abarca no solo las acciones dirigidas a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, también las encausadas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que actúan como determinantes de salud. La existencia de un proceso de capacitación de las personas y comunidades puede ser un orientador para identificar si una intervención es o no de promoción de salud.

Tamizaje: Uso de una prueba sencilla en una población saludable, para identificar a aquellas personas sospechosas de cursar una patología, pero que aún no presentan síntomas. Los casos positivos de sospecha deberán de confirmarse en un abordaje diagnostico más completo.

CONTENIDO

ACCIONES DE ATENCIÓN PROACTIVA EN PERSONAS MAYORES

Imagen 2: Acciones de Atención Proactiva en Personas Mayores.

Fuente: Elaboración propia.

COGNICIÓN

En esta etapa la pérdida o falta de la memoria es una de las alteraciones que se presentan de manera más frecuente. Es una manifestación de: enfermedades neurológicas, metabólicas, uso de drogas o adicciones entre otros factores, que genera una ralentización de los procesos mentales, que depende de 4 factores como son; los sentidos, atención, procesamiento central y respuesta motora.

Una amenaza significativa para la calidad de vida y la autonomía de las personas mayores es la discapacidad que genera la demencia. Los factores de riesgo sociodemográficos para la aparición de la demencia como la desventaja social, el analfabetismo, el bajo estatus socioeconómico, desempleo, falta de acceso a oportunidades de desarrollo, a lugares de recreación y esparcimiento público, entre otros; propician la exposición temprana a factores que alteran el proceso biológico del envejecimiento y contribuyendo al aumento de multimorbilidad en particular de enfermedades cardiovasculares y metabólicas (diabetes); sin embargo la demencia por Alzheimer es la principal causa de deterioro cognitivo en las personas mayores.

El acceso limitado a los sistemas de salud y la mala calidad de atención médica favorece un diagnóstico tardío; además la ausencia de un sistema de cuidados a largo plazo hace que la carga de los cuidados recaiga sobre las familias, principalmente.

El Tamizaje ICOPE se debe aplicar a todas las personas de 60 años y más, al menos cada 6 meses. El tamizaje ICOPE evalúa la capacidad funcional en las siguientes dimensiones: cognitiva, nutricional, visión, audición, afecto, movilidad, entorno y apoyo de una persona cuidadora.

En personas mayores, el personal de salud de Primer Nivel que ejecutan las actividades de Atención Proactiva debe realizar los siguientes tamizajes.

- Tamizaje ICOPE, Primera fase de la Atención Integrada (Anexo 1)
- Informe sobre la capacidad funcional de las personas mayores (Anexo 2): En este informe se evalúa la dimensión con alguna alteración de manera más dirigida mediante herramientas validadas para la revisión alteraciones de la capacidad intrínseca. Además, permite etiquetar la condición de la persona mayor evaluada o de su persona cuidadora. Incluye también una parte de intervenciones y objetivos con atención centrada en la persona considerando sus necesidades, preferencias y prioridades.
- Minimental de Folstein (valoración cognoscitiva) (Anexo 3). Las personas que resulten con un tamizaje positivo en el dominio "cognitivo" deben ser valoradas con la herramienta Minimental de Folstein.
- Índice de independencia en las actividades básicas de la vida diaria (KATZ) (Anexo 4)
- Escala para las actividades instrumentales de la vida diaria (Anexo 5)

NUTRICIÓN

El envejecimiento es un proceso que conlleva a cambios funcionales, morfológicos y metabólicos producto de una combinación de causas genéticas, fisiológicas y de factores ambientales, desequilibrio nutricional y estilos de vida sedentarios, pueden aumentar el riesgo de padecer enfermedades como sarcopenia y en muchas ocasiones desequilibrios energéticos, por ello las acciones deben ir enfocadas a:

- Realizar una correcta evaluación del estado nutricional.
- Brindar intervención nutricional
- Orientación sobre el consumo de alimentos para la persona mayor.

Para elaborar un correcto abordaje nutricional de acuerdo con las necesidades de la persona mayor, se deben realizar las siguientes detecciones. El tamizaje se encuentra en el tamizaje ICOPE y se realizará valoración de las siguientes herramientas a las personas que obtengan un resultado positivo en ICOPE:

- Valoración Mínima Nutricional-Versión Corta (MNA-SF) (Anexo 6)
- Detección de Sarcopenia en Personas Mayores (SARC-F) (Anexo 7)

VISIÓN, AUDICIÓN Y SALUD ORAL

La presbiacusia es la disminución auditiva que ocurre gradualmente con el envejecimiento, esto causa dificultad la persona mayor, ya que dificulta la comunicación con sus familiares y amigos lo que propicia su aislamiento, además no permite su interacción con el entorno al no percibir sonidos como alertas, timbres o incluso los sonidos del medio ambiente.
Debido a que la presbiacusia es un proceso gradual, es posible que las personas no se den cuenta que la presentan; además, estereotipos que normalizan la pérdida de audición con la edad ocasionan que no se trate a tiempo. Las personas que la padecen tienen 2.8 veces mayor riesgo de desarrollar un trastorno cognitivo como la demencia en comparación con la población de personas mayores que no la padecen.
La reducción de la visión o presbicia es una afección común en las personas mayores, en específico la visión periférica, de manera que su campo visual es más reducido. Para ellas, esto puede significar la limitación de sus actividades, por ejemplo, manejar un vehículo; asimismo, disminuye la capacidad de interactuar con su entorno lo que puede desencadenar aislamiento social y soledad.

En esta etapa del ciclo de vida, la salud bucodental suele deteriorarse, lo que conlleva a problemas de salud adicionales como la desnutrición. La pérdida de dientes (edentulismo), las enfermedades de las encías y la disminución de la producción de saliva son algunos de los problemas comunes que pueden afectar la capacidad de masticar y, por lo tanto, la ingesta de nutrientes esenciales.

Dentro de las actividades que se realizan en la Estrategia Atención Proactiva, con respecto a problemas de visión y audición, se deberá de referir a consulta a su unidad fija.
Para evaluar la salud oral, se realiza el siguiente tamizaje:

- Índice de valoración de salud oral en geriatría (GOHAI) (Anexo 8)

SALUD MENTAL

Las personas mayores con depresión, en comparación con otras personas que padecen enfermedades cardiometabólicas, tienen un desempeño más deficiente.

Desafortunadamente en los establecimientos de atención a la salud, la depresión no se diagnostica de manera correcta u oportuna, ya que muchas veces se consideran como "cambios normales por la edad", lo que causa un retraso en el tratamiento, resultando que este sea inexistente o deficiente. Derivado de lo anterior, es frecuente que los síntomas de este trastorno en las personas mayores se pasen por alto y no se traten de manera adecuada porque coinciden con otros problemas que experimenta.

Durante esta etapa se requiere fomentar el bienestar emocional con la finalidad de prevenir o tratar enfermedades como; depresión, estrés, ansiedad, entre otras por lo que se deben realizar tamizajes o detecciones que las prevengan o diagnostiquen de manera efectiva, logrando así un tratamiento oportuno.

- Inventario de Ansiedad (Beck) (Anexo 9)
- Inventario de Depresión de Beck (Anexo 10)
- Cuestionario de Riesgo Suicida (Anexo 11)
- Escala de depresión geriátrica (Anexo 12)

MOVILIDAD FRAGILIDAD Y PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Las caídas son acontecimientos involuntarios que producen la pérdida del equilibrio y como consecuencia el cuerpo pega en tierra u otra superficie firme, generando diversas consecuencias. En las personas mayores las caídas son un factor importante para la afectación de la salud, ya que son un problema de salud ignorado en su origen más no en sus consecuencias, por eso la prevención y atención son muy importantes ya que permiten eliminar o disminuir el riesgo.

De acuerdo con el estudio "Investigación de la Caída Accidental" ICARE los lugares donde comúnmente se presentan las caídas en personas mayores, ocurren en: 53% el hogar, 21% en el

exterior de algún sitio público, 12% en la vía pública, 9% en el interior de un lugar público y el 5% el paciente no pudo identificar el sitio donde ocurrió la caída.

Para prevenir el riesgo de caídas en este grupo etario, se debe trabajar sobre 5 niveles de prevención.

Imagen 3. Niveles de prevención de caídas en la persona mayor:

Dentro de los tamizajes o detecciones que se deben realizar en la Estrategia Atención Proactiva se encuentran:

- Batería corta de desempeño físico (Anexo 13)
- Cuestionario para la detección de riesgo de fracturas por osteoporosis CENAPRECE (Anexo 14)
- Prueba cronometrada de levántate y anda (Anexo 15)

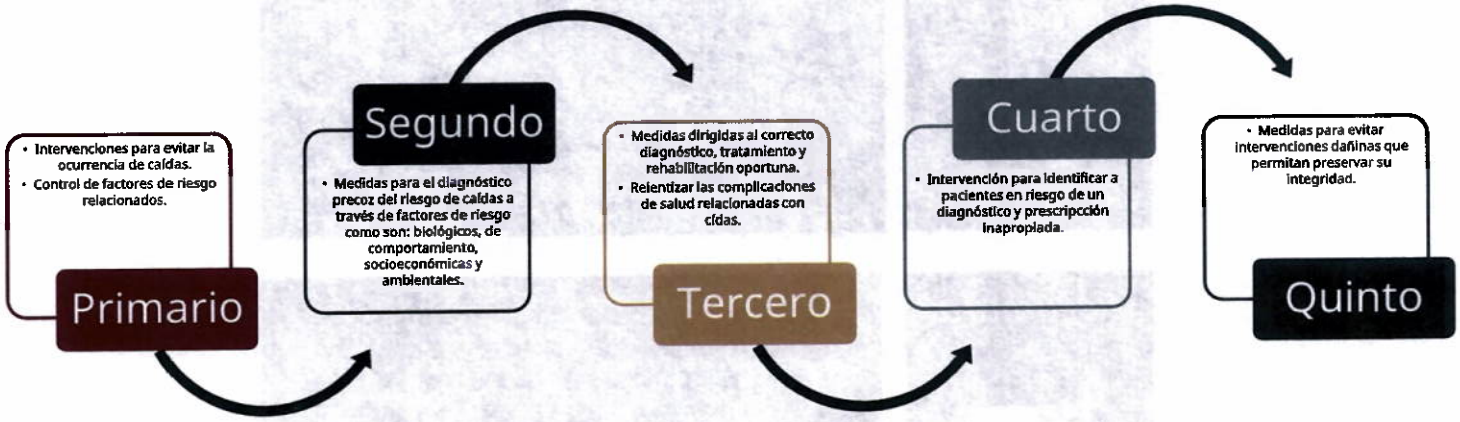


Imagen 3

ENTORNO

La vivienda es un espacio esencial para el bienestar de las personas, aquí es donde se realizan actividades cotidianas que permiten vivir de forma independiente, autónoma e integrada a la familia y la comunidad.
Derivado de lo anterior, la vivienda debe de ser un espacio que permita realizar las actividades, sin obstáculos con estructuras físicas que se ajusten a las necesidades de las personas que la

habitan, conforme envejecen, independientemente de que tengan una discapacidad o disminución de la funcionalidad.

Es importante que se asegure y adapte la vivienda para que las personas mayores tengan independencia, funcionalidad y autonomía en esta etapa y es recomendable que utilicen calzado cómodo con suela antiderrapante y seguir indicaciones del personal de salud para el adecuado uso de dispositivos de apoyo para el desplazamiento en caso de ser necesario.

Algunas recomendaciones que se deben brindar en las visitas domiciliarias a las personas mayores, así como a sus familiares y cuidadores en la Estrategia Atención Proactiva son:

Cocina

- ✓ Revisar que las llamas de la estufa sean siempre de color azul, serenas y sin ruido.
- ✓ Verificar que no existen fugas de gas.
- ✓ Adquirir muebles a la altura de las personas mayores para evitar el uso de bancos o escaleras.
- ✓ Evitar que las asas de las ollas queden fuera de la estufa y se puedan tirar al pasar muy cerca.

Pasillo

- ✓ Pasillos bien iluminados.
- ✓ Dejar el área libre de objetos que impidan el libre desplazamiento.
- ✓ Instalar pasamanos de 90 cm del piso redondos y de 5 cm de grosor.
- ✓ En caso de tener escaleras contar con descansos y barandales de recorrido continuo por ambos lados, 90 cm del piso redondos y 5 cm de grosor.

Recámara

- ✓ Recámaras bien iluminadas.
- ✓ Evitar el uso de alfombras o tapetes.
- ✓ Procurar que la altura de la cama sea de 47 a 50 cm.
- ✓ Revisar que la altura de los cajones sea adecuada para las personas mayores.

Baño

- ✓ Instalar tapetes antiderrapantes y evitar la colocación de azulejo.
- ✓ Usar regadera con extensión de mano.
- ✓ Usar barras de sujeción.
- ✓ La altura del inodoro debe quedar entre 47 a 50 cm.
- ✓ Evitar superficies vidriadas.

Imagen 4

ATENCIÓN MÉDICA

Para este grupo de edad se deben realizar acciones que favorezcan el envejecimiento saludable, brindando no sólo consulta para el tratamiento de un malestar médico, sino brindar acciones de promoción de la salud y prevención de otras enfermedades o complicaciones que se pueden desarrollar en esta etapa.
Este grupo de edad en su mayoría pueden cursar con enfermedades cardiometabólicas desarrolladas en la etapa adulta, por lo que es importante dar un seguimiento a las complicaciones que se pueden presentar por la falta de atención y cuidado por parte del paciente. Las complicaciones también pueden ser por falta de recursos o falta de acceso a los servicios de salud, EVITAR CULPAR A LAS PERSONAS, que, si bien son responsables de su salud, es importante considerar los determinantes de la salud que influyeron en su situación actual.

Para abordar la atención, se sugiere revisar los puntos que se explican dentro del **LINEAMIENTO DE ATENCIÓN PROACTIVA.**

Se debe brindar atención médica de acuerdo con el diagnóstico de la persona mayor
Consulta subsecuente:
Revisar el expediente clínico
Realizar nota médica
Anexar los diagnósticos realizados al expediente

Consulta de primera vez:
Abrir expediente clínico
Realizar nota médica
Anexar los diagnósticos realizados al expediente

Asimismo, en caso de identificar padecimientos que pueden manifestar, se sugiere aplicar los siguientes cuestionarios:

- Cuestionario factores de riesgo (Anexo 16)
- Detección de incontinencia urinaria. (Anexo 17)
- Cuestionario para detectar dependencia a la nicotina (Anexo 18)
- Escala para valorar EVC (Anexo 19)
- Escala para valorar EPOC (Anexo 20)
- Prueba para identificar trastornos por el consumo de Alcohol (Anexo 21)

VACUNACIÓN

La vacunación es una intervención sanitaria de impacto en la salud pública de cualquier país, ya que ayuda a reducir la morbilidad y mortalidad por enfermedades prevenibles.

Es una forma sencilla, inocua y eficaz de protegernos contra enfermedades antes de entrar en contacto con ellas. Las vacunas estimulan el sistema inmunológico para reconocer antígenos específicos (presentes en virus o bacterias), y crear anticuerpos para la prevención de enfermedades.

Las personas mayores son un grupo prioritario para la vacunación, es por ello por lo que, durante las visitas domiciliarias se agendará a las personas mayores que no pueden acudir a la Unidad de Salud y requieran su aplicación. Lo anterior para garantizar su administración en la siguiente visita y poder garantizar un esquema de vacunación completo. Dicha aplicación y agenda se llevará a cabo de acuerdo con la disponibilidad del biológico en la Unidad de Salud.

CRITERIOS DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

En caso de presentarse una urgencia o emergencia durante la visita, se recomienda referir al paciente a su unidad de primer nivel para valoración, o a segundo nivel según la necesidad requerida. Así mismo, se deberá de referir al primer nivel los casos relacionados con violencia, para su seguimiento y atención.

- Referencia y Contrarreferencia (anexo 22).

DOCUMENTOS DE REFERENCIA

Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades (CENAPRECE). (2017). *Guía Clínica para el Médico de Primer Nivel de Atención para la prevención, diagnóstico y tratamiento del Síndrome de Caídas en la Persona Adulta Mayor* . Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/482206/CAIDAS.pdf

Instituto Nacional de Geriatría . (2020). *Guía de Instrumentos de Evaluación Geriátrica Integral* . Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/814340/Guia_InstrumentosGeriatrica_18-02-2020.pdf

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (30 de agosto de 2023). *Viviendas amigables para personas adultas mayores.* Obtenido de https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/viviendas-amigables-para-personas-adultas-mayores?idiom=es

Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. (17 de julio de 2024). *Manual para la Prevención y Atención de Caídas en Personas Adultas Mayores.* Obtenido de https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/929765/08_MANUAL_PARA_LA_PREVENCIO_N_Y_ATENCIO_N_DE_CAI_DAS_EN_PAMS_APA.pdf

ANEXOS

- Anexo 1. Tamizaje ICOPE

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0021

TAMIZAJE ICOPE (Para ser llenado por el profesional de salud)

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Edad: _____ **Sexo:** Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** _____ **Escolaridad (Años):** _____

Estado Civil: _____ **Ocupación:** _____ **Procedencia de Atención:** AC ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )

Datos y contacto de persona cuidadora o familiar: _____

Número de expediente _____ **Unidad de Atención** _____ **CLUES** _____

Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta: _____

Cédula Profesional: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Instrucciones: los equipos de salud basicos y ampliados, y personal de accion comunitaria deberán aplicar este formato de tamizaje de manera periodica a las personas mayores de 60 anos y mas, como parte de la primera fase de la Atencion Integrada. Encierre la casilla a partir de las condiciones identificadas en las respuestas de la persona mayor valorada, y a partir de los resultados obtenidos continue la ruta de atención.

Condiciones prioritarias asociadas con disminución de la capacidad funcional		Fecha de aplicación de tamizaje				Resultado que amerita evaluación complementaria	Acciones de seguimiento
		1era	2da	3era	4ta		
Cognitivo	• Decir 3 palabras y que las memorice. • Preguntar fecha completa y lugar en el que se encuentra. • Pedir que recuerde las 3 palabras	SI	SI	SI	SI	• Responde incorrectamente o no sabe la fecha completa o el lugar en el que se encuentra, o no recuerda las 3 palabras	*Actividades de promocion y prevencion de la salud*
		NO	**NO**	**NO**	**NO**		*Referencia para evaluacion complementaria de la dimension*
Vitalidad	• ¿Ha perdido 3 kg o mas de peso en los ultimos 3 meses sin proponerselo? • ¿Ha disminuido o perdido el apetito?	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	• Respuesta afirmativa a cualquiera de los 2 cuestionamientos	*Actividades de promocion y prevencion de la salud*
		NO	NO	NO	NO		*Referencia para evaluacion complementaria de la dimension*
Visión	• ¿Tiene algun problema en su vista/ojos? (dificultad para ver de lejos o leer, enfermedad ocular o complicación de diabetes o hipertensión)	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	• Respuesta afirmativa a este cuestionamiento	*Actividades de promocion y prevencion de la salud*
		NO	NO	NO	NO		*Referencia para evaluacion complementaria de la dimension*
Audición	• ¿Tiene alguna dificultad para escuchar? Justificar aplicando * Prueba de susurro * App hearWHO	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	• Respuesta afirmativa a este cuestionamiento "No pasa una o dos de las pruebas realizadas"	*Actividades de promocion y prevencion de la salud*
		NO	NO	NO	NO		*Referencia para evaluacion complementaria de la dimension*
Afecto	En las ultimas 2 semanas • ¿Se ha sentido decaido/a, deprimido/a, triste o sin esperanza? • ¿Ha perdido el interes o placer por hacer las cosas?	**SI**	**SI**	**SI**	**SI**	• Respuesta afirmativa a cualquiera de los 2 cuestionamientos	*Actividades de promocion y prevencion de la salud*
		NO	NO	NO	NO		*Referencia para evaluacion complementaria de la dimension*

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0021

Movilidad	**Realizar** prueba de movilidad: - Solicitar a la persona que se levante sin ayuda 5 veces de una silla con los brazos cruzados ¿Tuvo dificultad o fue incapaz de hacerlo? - Pedir que camine 4 metros de distancia ¿Tarda más de 5 segundos en recorrerla? ¿Se ha caído 2 o más veces en los últimos 12 meses? ¿Tiene miedo de caer?	SI	SI	SI	SI	- Respuesta afirmativa a cualquiera de los 4 cuestionamientos	Actividades de promoción y prevención de la salud
		NO	NO	NO	NO		Referencia para evaluación complementaria de la dimensión
Entorno	¿Tiene dificultades para cubrir sus gastos? ¿He sentido soledad? ¿Tiene dificultad para participar en actividades que son importantes para usted?	SI	SI	SI	SI	- Respuesta afirmativa a cualquiera de los 3 cuestionamientos	Actividades de promoción y prevención de la salud
		NO	NO	NO	NO		Referencia para evaluación complementaria de la dimensión
Persona Cuidadora	**En caso de estar acompañado por la persona cuidadora: - ¿El trabajo de cuidar a... le afecta negativamente en su vida? - ¿Siente que no tiene suficiente apoyo en su labor como cuidador(a)?	SI	SI	SI	SI	- Respuesta afirmativa a cualquiera de los 2 cuestionamientos	Actividades de promoción y prevención de la salud
		NO	NO	NO	NO		Referencia para evaluación complementaria de la dimensión

*Se considera respuesta afirmativa o condición encontrada se marca la casilla en negritas.
**En caso de que la persona adulta mayor no esté acompañada, se deberá establecer comunicación vía telefónica o programar cita para evaluación.

A partir de los resultados del tamizaje otorgar las acciones de seguimiento que se muestran a continuación:

Atención prioritaria	Focalizar acciones	Reforzar acciones
Prioridad máxima: Deterioro cognitivo **Prioridad alta:** Limitación de la movilidad Atención prioritaria para evaluación multidisciplinaria de las condiciones encontradas	**Prioridad media alta:** Problemas del entorno social **Prioridad media baja:** Déficit sensorial Atención focalizada para evaluación multidisciplinaria y específica acorde a las condiciones encontradas.	**Prioridad baja:** Síntomas depresivos **Mayor bienestar:** Mal nutrición Atención preventiva con medidas para reforzar hábitos saludables, actividades de promoción de la salud para mantener y prolongar la capacidad funcional

* Semáforo tomado del Manual de Entrenamiento para la Atención Primaria de las Personas Mayores (PAHO, 2022). Adaptación Carla JH

Revisado y adaptado: Plan Gerontogeriatrico Institucional, (2024). Coordinacion de Programas Preventivos. Unidad de Atencion a la Salud. IMSS- BIENESTAR.
Con guia en el **"Lineamientos generales estrategias Mayor Bienestar GM"**

Referencias:

- Instituto Nacional de Geriatría. (2022) Manual de entrenamiento en atención primaria en salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. México.
- Instituto Nacional de Geriatría. (2022) Tamizaje para la Detección de la Capacidad Funcional. Secretaría de Salud. México.
- 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.
- Secretaría de Salud. (2023). Cartilla Nacional de Salud de las Personas Mayores (60 años y más). Gobierno de México. México.

- Anexo 2. Informe sobre la capacidad funcional de las personas mayores

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0022

Informe sobre la Capacidad Funcional de las Personas Mayores

Instrucciones: Posterior al tamizaje y/o evaluación centrada en la persona mayor se deberá realizar un informe de los resultados obtenidos que nos permita contextualizar un diagnóstico de las dimensiones de la capacidad funcional y establecer un plan de atención personalizada que incluya las intervenciones integrales que se han de implementar durante el proceso de atención integrada.

1. Ficha de identificación

Número de expediente: _____	**Fecha:** ___/___/___	**Hora:** ___:___
Nombre: _____	**Primer Apellido:** _____	**Segundo Apellido:** _____
Fecha de nacimiento: ___/___/___	**Edad:** _____	**Sexo: Mujer ( ) Hombre ( ) Otro:** _____
CURP: _____	**Escolaridad:** _____	
¿Pertenece a un grupo vulnerable?: No ( ) Sí ( ) ¿Cuál? Migrante: ( ) Discapacidad ( ) Indígena ( ) LGBTTIQ+ ( ) Afromexicana/o ( ) Situación de calle ( )		
Estado civil: Soltera/o ( ) Casada/o ( ) Unión libre ( ) Separada/o ( ) Viudez ( )	**Ocupación:** _____	
Lugar de nacimiento: _____	**Religión:** _____	
Domicilio: _____		
¿Requirió evaluación complementaria?: Sí ( ) No ( ) ¿Requirió de referencia a 2do/3er nivel de atención? Sí ( ) No ( )		
Nombre de la persona cuidadora: _____	**Edad:** _____	
Parentesco: _____	**Teléfonos de contacto:** _____	

2. Resultados de la evaluación complementaria / Diagnóstico Gerontológico

Dimensión de la capacidad funcional evaluada	Resultado del Tamizaje ICOPE	Instrumentos sugeridos para evaluar la dimensión de manera complementaria (utilizar al menos uno por dominio)		Interpretación		
				Priorizar	Focalizar	Reforzar
Cognitivo	Positivo / Negativo	Mini examen del estado mental MMSE	Puntaje	Déficit cognitivo	Riesgo de Deterioro Cognitivo	Alta capacidad cognitiva
		Evaluación Cognitiva MoCA	Puntaje			
Nutrición	Positivo / Negativo	Mini Nutritional assesment MNA	Puntaje	Presencia de malnutrición	Riesgo de Malnutrición	Óptima nutrición
		Instrumento universal de malnutrición MUST	Puntaje			
Visión	Positivo / Negativo	Cartilla / Poster de Snellen	Puntaje	Déficit Visual	Alteraciones Visuales	Óptima capacidad visual
		Optotipo sencillo OMS	Puntaje			
Audición	Positivo / Negativo	hearWHO	Puntaje	Déficit Auditivo	Alteraciones Auditivas	Óptima capacidad auditiva
		Prueba del susurro	Puntaje			
Afecto	Positivo / Negativo	Escala geriátrica de síntomas Depresivos GDS	Puntaje	Presencia de síntomas depresivos	Riesgo de síntomas depresivos	Alta capacidad afectiva
		Escala de Depresión CESD-7	Puntaje			
Movilidad	Positivo / Negativo	Desempeño Físico SPPB	Puntaje	Movilidad limitada	Alteraciones de la movilidad	Óptima movilidad
		Prueba cronometrada Get Up and Go	Puntaje			
Entorno	Positivo / Negativo	Escala de Gijón de valoración social-familiar	Puntaje	Deficientes redes de apoyo social	Limitantes sociales	Adecuado soporte social
		Evaluación de las barreras del entorno físico y movilidad	Puntaje			
Persona Cuidadora	Positivo / Negativo	Zarit & Zarit	Puntaje	Presencia de Sobrecarga del cuidador	Riesgo de sobrecarga	Capacidad para el cuidado

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0022

3. **Objetivos centrados en la persona (definir, fijar y priorizar en conjunto con la persona mayor y persona cuidadora)**

Objetivos a corto plazo (3 meses)	Objetivos a mediano plazo (6 meses)	Objetivos a largo plazo (12 meses)

4. **Intervenciones integrales propuestas (contar con la conformidad de la persona mayor, coincidir en objetivos, necesidades, preferencias y prioridades, ajustarse a su entorno físico y social)**

Capacidades intrínsecas disminuidas y enfermedades asociadas
Condiciones asociadas, factores de riesgo y enfermedades
Entorno social y físico
Apoyo y asistencia social

- Si es el caso, anexe a este informe Hoja de Referencia al segundo o tercer nivel de atención de los servicios de Salud IMSS-BIENESTAR.

Nombre completo del Profesional de salud: _____

Cédula profesional: _____ **Firma:** _____ **Lugar de aplicación:** _____

Revisado y adaptado: Modelo de Atención a Personas Mayores IMSS Bienestar. (2024). División de Salud Mental y Grupos Vulnerables. Coordinación de Programas Preventivos. IMSS Bienestar.
Con guía en el "PROCEDIMIENTO PARA LA ATENCIÓN INTEGRADA PARA PERSONAS MAYORES EN LOS SERVICIOS DE SALUD DEL IMSS BIENESTAR"

Referencias:

- Consejo Nacional de Normalización y Certificación de Competencias Laborales (2017). Evaluación de la capacidad funcional de personas mayores. Ciudad de México, México. DOF, disponible en: https://bit.ly/2Pw6PKO
- Instituto Nacional de Geriatría. (2022). Manual de entrenamiento en atención primaria en salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. México.
- Instituto Nacional de Geriatría. (2022). Tamizaje para la Detección de la Capacidad Funcional. Secretaría de Salud. México.
- 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.
- Secretaría de Salud. (2023). Cartilla Nacional de Salud de las Personas Mayores (60 años y más). Gobierno de México. México.

- Anexo 3. Minimental de Folstein (valoración cognoscitiva)

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0034

Mini Examen del Estado Mental Folstein Detección de Deterioro Cognitivo

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____
Edad: _____ **Sexo:** Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** _____ **Escolaridad (Años):** _____
CURP: _____ **Procedencia de Atención:** Acción Comunitaria ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )
Sabe leer: Si( ) No ( ) **Sabe escribir:** Si( ) No ( )
Datos y contacto de persona cuidadora o familiar: _____
Número de expediente _____ **Unidad de Atención** _____ **CLUES** _____
Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta. _____
Cédula Profesional: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Instrucciones: explicar a las personas mayores la importancia de evaluar su estado mental, solicitar su atención y comentarle que se le realizaran algunas preguntas, en caso de que la persona mayor no sepa leer y escribir o si cuentan con menos de 3 años de escolaridad formal se deben dar 8 puntos de entrada y omitir los apartados de la resta, la lectura, escritura de la frase y copia de los pentágonos. Brinde la instrucción tal cual está establecida en el formato, registre sin dar pistas y finalmente realice la sumatoria de todos los apartados e interprete a partir de la línea de corte que encontrara al inferior de este formato.

ORIENTACIÓN

Máximo 5. **Tiempo**	Correcto	Incorrecto	Máximo 5. **Lugar**	Correcto	Incorrecto
¿En qué año estamos?	( )	( )	¿En dónde estamos ahora?	( )	( )
¿En qué mes estamos?	( )	( )	¿En qué piso estamos?	( )	( )
¿Qué día del mes es hoy?	( )	( )	¿Qué colonia es esta?	( )	( )
¿Qué día de la semana es hoy?	( )	( )	¿Qué ciudad es esta?	( )	( )
¿Qué hora es aproximadamente?	( )	( )	¿En qué país estamos?	( )	( )
Total correcto_____			Total correcto_____		

MEMORIA

LE VOY A DECIR 3 OBJETOS. Cuando yo termine, quiero que por favor usted los repita
Máximo 3 intentos. Anote un punto por cada objeto que recuerde.
Papel ( ) Bicicleta ( ) Cuchara ( ) Total correcto_____

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Escolaridad > 8 años Máximo 5	**Escolaridad < 8 años** Máximo 5
Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir de 100	Le voy a pedir que reste de 3 en 3 a partir de 20
93 ( ) 86 ( ) 79 ( ) 72 ( ) 65 ( ) Total correcto _____	17 ( ) 14 ( ) 11 ( ) 8 ( ) 5 ( ) Total correcto _____

MEMORIA DIFERIDA

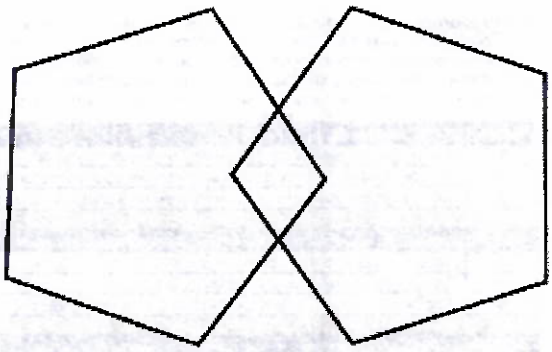
Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio Máximo 3. Anote un punto por cada objeto que recuerde.
Papel ( ) Bicicleta ( ) Cuchara ( ) Total correcto_____

LENGUAJE

Máximo 2 **Muestre un reloj y pregunte** ¿Qué es esto? ( ) **Muestre un lápiz y pregunte** ¿Qué es esto? ( ) Total correcto_____	Máximo 1 **Repetición de una frase** Ahora le voy a pedir que repita esta frase, sólo la puede repetir una sola vez. "NI NO, NI SI, NI PERO ( ) Total correcto_____
Máximo 3 (**Nota:** dar la orden junta, una sola vez) **Comprensión del lenguaje** Tome este papel con la mano derecha ( ) Dóblelo por la mitad ( ) Y déjalo en el suelo ( ) Total correcto_____	Máximo 1 **Comprensión escrita** (muestre la orden abajo escrita) **CIERRE LOS OJOS** Total correcto_____

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/8/F/0034

Máximo 1	Máximo 1 Total correcto,_____
Escritura de una frase: Quiero que escriba una frase que tenga sentido (en área para escribir la frase) ( ) Total correcto,_____	**Copia de un dibujo Muestre** al entrevistado el dibujo. Con dos pentágonos que se entrecruzan. La acción es correcta si los dos pentágonos se entrecruzan, debe tener 10 ángulos. 
Área para escribir la frase: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Puntaje Total de la prueba	

* Considere la prueba positiva o con deterioro si obtiene una calificación igual o menor a 24 puntos.

Interpretación de Resultados		
SIN DETERIORO	Mayor a 25 puntos	Indica que **no existe deterioro cognitivo.**
CON DETERIORO	Igual o menor a 24 puntos	Indica **probable deterioro cognitivo.**

Revisado y adaptado de:

- Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini mental state" A practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. psychiatr res. 1975;12:189-9
- Lopez de Ramos, G., Rosales, P. V., García Peña, C., Villa, M. A., Hall, J., Gallegos, C. (2005). Validation of a Modified Version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. Aging Neuropsychol Cogn, Aging Neuropsychology and Cognition, 12(1), 1-11

Referencias:

- Instituto Nacional de Geriatría. (2022) Manual de entrenamiento en atención primaria en salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. México.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2022). Lineamientos para la Atención Gerontológica. Secretaría de Salud. México.

- Anexo 4. Índice de independencia en las actividades básicas de la vida diaria (KATZ)

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atencion a la Salud

IB/UAS/6/F/0035

Índice de Katz Independencia en Actividades Básicas de la Vida Diaria

Nombre: _____ **Primer apellido:** _____ **Segundo apellido:** _____
Edad: _____ **Sexo:** Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** _____ **Escolaridad (Años):** _____
CURP: _____ **Procedencia de Atención**: Accion Comunitaria ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )
Datos y contacto de persona cuidadora o familiar: _____

Número de expediente _____ **Unidad de Atención** _____ **CLUES** _____
Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta _____
Cédula Profesional: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Instrucciones: como parte de la evaluacion integral de la persona mayor, es necesario determinar si puede realizar sus actividades de la vida diaria de manera independiente o si requiere apoyo de una persona cuidadora o familiar. Si la persona mayor no se encuentra cognoscitivamente integra interrogar a la persona cuidadora. A continuación, enuncie las 6 principales actividades y subraye el nivel de independencia para cada una, sume los puntajes parciales e interprete el resultado con la linea de corte que se encuentra en la parte inferior del formato

		Puntaje
BAÑARSE (En regadera, esponja o tina)		
1	No recibe asistencia (puede entrar y salir del baño por sí mismo).	0
2	Recibe asistencia al lavarse una parte del cuerpo (espalda o piernas, etc.).	0.5
3	Recibe asistencia para lavarse más de una parte del cuerpo (lo bañan).	1
	Puntaje parcial	
VESTIRSE (Saca la ropa de donde la guarda. Incluye toda la vestimenta)		
1	Saca la ropa y se viste completamente, sin asistencia.	0
2	Saca la ropa y se viste con asistencia parcial.	0.5
3	Recibe asistencia para sacar la ropa y vestirse (lo visten).	1
	Puntaje parcial	
USAR EL SANITARIO (Acudir al sanitario e higiene posterior)		
1	Acude al sanitario, evacua, se lava y se arregla la ropa sin asistencia.	0
2	Recibe asistencia para ir al sanitario, o para lavarse o arreglarse la ropa.	0.5
3	Incapaz para ir al baño por sí mismo.	1
	Puntaje parcial	
TRASLADOS DENTRO DEL DOMICILIO		
1	Se traslada dentro y fuera de la cama, silla u otra área del hogar sin asistencia (puede utilizar auxiliar).	0
2	Se traslada dentro y fuera de la cama y silla u otra área del hogar con asistencia.	0.5
3	No puede trasladarse, no sale de la cama.	1
	Puntaje parcial	
CONTINENCIA URINARIA Y FECAL		
1	Controla la micción y defecación por sí mismo.	0
2	Que tenga accidentes que no afectan su vida social.	0.5
3	Tiene incontinencia urinaria o fecal, usa sonda o algun tipo de dispositivo.	1
	Puntaje parcial	
ALIMENTACIÓN		
1	Se alimenta sin asistencia.	0
2	Se alimenta solo, pero recibe asistencia para cortar o untar ingredientes.	0.5
3	Recibe asistencia para alimentarse o es alimentado por otro medio.	1
	Puntaje parcial	
	Puntaje Final	

Interpretación de Resultados		
SIN DETERIORO	0 puntos	Indica que **no hay deterioro funcional.**
DETERIORO LEVE	1 a 2 puntos	Indica **deterioro funcional leve.**
DETERIORO MODERADO	3 a 4 puntos	Indica **deterioro funcional moderado.**
DETERIORO GRAVE	5 a 6 puntos	Indica **deterioro funcional severo.**

Revisado y adaptado de:

- Katz S, et al. JAMA. 1963;185:914. PMID: 14044222.
- Caballero-Martinez MC, et al. Arch Geronto Geriatr. 2009;49(1):e77. PMID: 18990458.

Referencias:

- Instituto Nacional de Geriatría. (2022). Manual de entrenamiento en atención primaria en salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. México.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2023). Lineamientos para la Atención Gerontológica. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud. (2023). Cartilla Nacional de Salud de las Personas Mayores (60 años y más). Gobierno de México. México.

- Anexo 5. Índice de Lawton & Brody Independencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UASA/F/0034

Índice de Lawton & Brody Independencia en Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____
Edad: _____ **Sexo:** Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** _____ **Escolaridad (Años):** _____
CURP: _____ **Procedencia de Atención:** Acción Comunitaria ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )
Datos y contacto de persona cuidadora o familiar: _____
Número de expediente _____ **Unidad de Atención** _____ **CLUES** _____
Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta: _____
Cédula Profesional: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Instrucciones: como parte de la evaluación integral de la persona mayor, es necesario determinar si puede realizar actividades instrumentales de la vida diaria de manera independiente o requiere apoyo de una persona cuidadora. Si la persona mayor no se encuentra cognoscitivamente integra interrogar a la persona cuidadora. A continuación, enuncie las 8 principales actividades y subraye el nivel de independencia para cada una, sume los puntajes parciales e interprete el resultado con la línea de corte que se encuentra en la parte inferior del formato.

		Puntaje
CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO		
1	Utiliza el teléfono por iniciativa propia. Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1
2	Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar.	1
3	No es capaz de usar el teléfono.	0
	Puntaje parcial	
USAR MEDIOS DE TRANSPORTE		
4	Viaja solo en transporte público o conduce su propio vehículo.	1
5	Viaja en transporte público pero acompañado.	1
6	Incapaz de utilizar transporte público o vehículo propio.	0
	Puntaje parcial	
MEDICACIÓN		
7	Es capaz de tomar por sí mismo sus medicamentos a la hora y dosis correcta.	1
8	Toma sus medicamentos si la dosis es preparada previamente.	0
9	No es capaz de administrarse sus medicamentos.	0
	Puntaje parcial	
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
10	Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente.	1
11	Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0
12	Necesita que le preparen y sirven las comidas.	0
	Puntaje parcial	
CUIDADO DEL HOGAR		
13	Mantiene la casa solo con ayuda mínima (para trabajos pesados).	1
14	Realiza tareas ligeras como lavar platos o hacer las camas.	1
15	Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado de limpieza.	1
16	No participa y necesita ayuda en todas las labores de la casa.	0
	Puntaje parcial	
LAVADO DE LA ROPA		
17	Lava por sí solo toda su ropa.	1
18	Lava por sí solo pequeñas prendas.	1
19	Todo el lavado de ropa deber realizado por otra persona.	1
	Puntaje parcial	
HACER COMPRAS		
20	Realiza todas las compras necesarias de forma independiente.	1
21	Realiza de forma independiente pequeñas compras.	1
22	Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra.	1
23	Totalmente incapaz de comprar.	0
	Puntaje parcial	
FINANZAS		
24	Se encarga por sí solo de sus asuntos económicos.	1
25	Solo puede manejar lo necesario para pequeñas compras.	0
26	Incapaz de realizar compras.	0
	Puntaje parcial	
	Puntaje Final	

Interpretación de Resultados		
DEPENDIENTE	7 a 8 puntos	Indica **independencia total** para realizar actividades instrumentales de la vida diaria.
SEMIDEPENDIENTE	1 a 6 puntos	Indica **independencia en algunas actividades** instrumentales de la vida diaria.
INDEPENDIENTE	0 puntos	Indica **deterioro funcional; excepto** cuando se omiten actividades que nunca realizó la persona mayor.

Revisado y adaptado de:

- Lawton MP, et al. Gerontologist. 1969; 9(3):179. PMID: 5349366.
- Vergare Let al. Health Qual Life Outcomes. 2012; 10:130. PMID: 23110444

Referencias:

- Instituto Nacional de Geriatría. (2022). Manual de entrenamiento en atención primaria en salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. México.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2021). Lineamientos para la Atención Gerontológica. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud. (2021). Cartilla Nacional de Salud de las Personas Mayores (60 años y más). Gobierno de México. México.

- Anexo 6. Valoración mínima nutricional versión corta

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0036

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.
1. 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.
3. Aplique el cuestionario y subraye el puntaje correspondiente.
4. Sume los puntos correspondientes.
5. **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 con las preguntas asigne el puntaje correspondiente.

Si el apartado F1 es posible desarrollarlo, ya no es necesario desarrollar el F2. Para identificar el procedimiento correcto de ambos apartados consulte la guía para rellenar el formulario MNA.

SUGERENCIAS O PAUTAS DE INTERPRETACIÓN:

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.

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0036

VALORACIÓN MÍNIMA NUTRICIONAL VERSIÓN CORTA MINI-NUTRITIONAL ASSESSMENT – SHORT FORM ®

Fecha de Aplicación: ____/____/____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Número de expediente: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha Nacimiento:** ____/____/____

Unidad Médica: _____ **Estado Civil:** _____ **Ocupación:** _____

Procedencia: _____ **Nombre del Familiar:** _____ **Contacto Familiar:** _____

Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: **Cédula Profesional:** _____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

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

RESULTADO _____ **/14**

Interpretación:

Marque con una x de acuerdo con el resultado obtenido

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

Fuente: Mini-Nutritional.pdf (inger.gob.mx)

2025 Año de La Mujer Indígena

- Anexo 7: Detección de Sarcopenia en Personas Mayores

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0037

SARC-F

Objetivo:

Identificar la presencia de probable sarcopenia en la persona mayor.

Instrucciones:

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

Datos de la persona

Nombre completo: _____

Edad:_____ Sexo:_____Fecha:_____

Preguntas		Puntaje
Strength (Fuerza)	¿Qué tanta dificultad tiene para llevar o cargar 4.5 kg?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Assistance inwalking (Asistencia para caminar)	¿Qué tanta dificultad tiene para cruzar caminando por un cuarto?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, usando auxiliares o incapaz = 2
Rise from chair (Levantarse de una silla)	¿Qué tanta dificultad tiene para levantarse deuna silla o cama?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha, incapaz o con ayuda = 2
Climb stairs (Subir escaleras)	¿Qué tanta dificultad tiene para subir 10 escalones?	Ninguna = 0 Alguna = 1 Mucha o incapaz = 2
Falls (Caídas)	¿Cuántas veces se ha caído en el último año?	Ninguna = 0 1-3 caídas = 1 4 o más caídas = 2

Puntuación total: _____

Interpretación
Alta probabilidad de sarcopenia = 4 o más puntos.
Baja probabilidad de sarcopenia = 1 a 3 puntos.

Referencias:

- Tomado de: Parra-Rodríguez L, et al. Cross-cultural adaptation and validation of the spanish-language version of the SARC-F to assess sarcopenia in mexican community-dwelling older adults. J Am Med Dir Assoc. 2016;17(12):1142. PMID: 27815111.
- Fuente: 74. Instrumento SARC-F.pdf (inger.gob.mx)

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

- Anexo 8. Índice de valoración de salud oral en geriatría (GOHAT)

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

IB/UAS/6/F/0038

Unidad de Atención a la Salud

Índice de Valoración de Salud Oral en Geriatría (GOHAI)

Pregunta: en los últimos tres meses...	Siempre	Frecuentemente	Algunas Veces	Rara Vez	Nunca
1. ¿Cuántas veces ha tenido que comer menos o cambiar de comida por culpa de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
2. ¿Cuántas veces ha tenido problemas al masticar comidas como la carne o las manzanas?	1	2	3	4	5
3. ¿Cuántas veces ha tragado usted bien?	5	4	3	2	1
4. ¿Cuántas veces no ha podido usted hablar bien por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
5. ¿Cuántas veces no ha podido comer las cosas que usted quería sin tener ninguna molestia?	1	2	3	4	5
6. ¿Cuántas veces no ha querido salir a la calle o hablar con la gente por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
7. Cuando usted se mira al espejo, ¿cuántas veces ha estado contento de cómo se ven sus dientes o su dentadura?	5	4	3	2	1
8. ¿Cuántas veces ha tenido que utilizar algún medicamento para aliviar el dolor de sus dientes o las molestias en su boca?	1	2	3	4	5
9. ¿Cuántas veces ha estado preocupado o se ha dado cuenta de que sus dientes o su dentadura no están bien?	1	2	3	4	5
10. ¿Cuántas veces se ha puesto nervioso por los problemas de sus dientes o de su dentadura?	1	2	3	4	5
11. ¿Cuántas veces no ha comido a gusto delante de otras personas por culpa de sus dientes o dentadura?	1	2	3	4	5
12. ¿Cuántas veces ha tenido molestias o dolor en sus dientes por el frío, el calor o las cosas dulces?	1	2	3	4	5
TOTAL:					

57-60 puntos: Buena salud oral
51-56 puntos: Moderada salud oral
50 puntos o menos: Mala salud oral
Los ítems 3 y 7 tienen una valoración inversa al resto de los ítems.
La puntuación mínima total son 12 puntos (un punto por cada uno de los ítems) y la máxima son 60 puntos (cinco puntos por cada ítem).

- Anexo 9. Inventario de ansiedad de Beck

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0020

INVENTARIO DE ANSIEDAD DE BECK (BAI)

Fecha de Aplicación: ____/____/____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Número de expediente: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha Nacimiento:** ___/___/_____

Unidad Médica: _____ **Estado Civil:** _____ **Ocupación:** _____

Procedencia: _____ **Nombre del Familiar:** _____ **Contacto Familiar:** _____

Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: **Cédula Profesional:** _____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Responde este cuestionario considerando sus dificultades actuales. Considere como referencia las dificultades que ha tenido la última semana y al momento actual.

El Inventario de Ansiedad de Beck es una herramienta útil para valorar los síntomas somáticos de ansiedad, tanto en desordenes de ansiedad como en cuadros depresivos. El cuestionario consta de 21 preguntas, proporcionando un rango de puntuación en 0 y 63. Los puntos de corte sugeridos para interpretar el resultado obtenido son los siguientes:

0-5 puntos =Ansiedad Mínima

6-15 puntos =Ansiedad Leve

16-30 puntos= Ansiedad moderada

31-63 puntos= Ansiedad Severa

Cada ítem se puntúa de 0 a 3, correspondiendo la puntuación 0 a "nada", 1 a "levemente, me molesta mucho" 2 a "moderadamente, fue muy desagradable, pero podía soportarlo" y la puntuación 3 a "bastante o severamente, casi no podía soportarlo" La puntuación total es la suma de todos los ítems.

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0020

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

- Anexo 10. Cuestionario de depresión de Beck

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0021

CUESTIONARIO DE DEPRESIÓN DE BECK (BDI-II)

Fecha de Aplicación: ____/____/____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Número de expediente: _____ **Edad:** _____ **Sexo:** _____ **Fecha Nacimiento:** ___/___/_____

Unidad Médica: _____ **Estado Civil:** _____ **Ocupación:** _____

Procedencia: _____ **Nombre del Familiar:** _____ **Contacto Familiar:** _____

Prestador de Servicios de Salud que aplica la herramienta de detección: **Cédula Profesional:** _____

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____

Instrucciones: Este cuestionario consta de 21 grupos de enunciados. Por favor, lea cada uno de ellos cuidadosamente. Luego elija uno de cada grupo, el que mejor describa el modo como se ha sentido las últimas dos semanas, incluyendo el día de hoy.

Marque con un círculo el número correspondiente al enunciado elegido. Si varios enunciados de un mismo grupo le parecen igualmente apropiados, marque el número más alto. Verifique que no haya elegido más de uno por grupo, incluyendo el ítem 16 (Cambio en los Hábitos de Sueño) y el ítem 18 (Cambios en el Apetito).

1- Tristeza 0= No me siento triste. 1= Me siento triste gran parte del tiempo. 2= Estoy triste todo el tiempo. 3= Estoy tan triste o soy tan infeliz que no puedo soportarlo.	**6- Sentimientos de Castigo** 0= No siento que estoy siendo castigado. 1= Siento que tal vez pueda ser castigado. 2= Espero ser castigado. 3= Siento que estoy siendo castigado.
2- Pesimismo 0= No estoy desalentado respecto de mi futuro. 1= Me siento más desalentado respecto de mi futuro que lo que solía estarlo. 2= No espero que las cosas funcionen para mí. 3= Siento que no hay esperanza para mi futuro y que sólo puedo empeorar.	**7- Disconformidad con Uno Mismo** 0= Siento acerca de mí lo mismo que siempre. 1= He perdido la confianza en mí mismo. 2= Estoy decepcionado conmigo mismo. 3= No me gusto a mí mismo.
3- Fracaso 0= No me siento como un fracasado. 1= He fracasado más de lo que hubiera debido. 2= Cuando miro hacia atrás veo muchos fracasos. 3= Siento que como persona soy un fracaso total.	**8- Autocrítica** 0= No me critico ni me culpo más de lo habitual. 1= Estoy más crítico conmigo mismo de lo habitual de lo que solía estarlo. 2= Me critico a mí mismo por todos mis errores. 3= Me culpo a mí mismo por todo lo malo que sucede.
4- Pérdida de Placer 0= Obtengo tanto placer como siempre por las cosas de las que disfruto. 1= No disfruto tanto las cosas como solía hacerlo. 2= Obtengo muy poco placer de las cosas de las que solía disfrutar. 3= No puedo obtener ningún placer de las cosas de las que solía disfrutar.	**9- Pensamientos o Deseos Suicidas** 0= No tengo ningún pensamiento de matarme. 1= He tenido pensamientos de matarme, pero no lo haría. 2= Querría matarme. 3= Me mataría si tuviera la oportunidad de hacerlo.
5- Sentimientos de Culpa 0= No me siento particularmente culpable. 1= Me siento culpable respecto de varias cosas que he hecho o que debería haber hecho. 2= Me siento bastante culpable la mayor parte del tiempo. 3= Me siento culpable todo el tiempo.	**10- Llanto** 0= No lloro más de lo que solía hacerlo. 1= Lloro más de lo que solía hacerlo. 2= Lloro por cualquier pequeñez. 3= Siento ganas de llorar, pero no puedo.

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0021

11- Agitación 0= No estoy más inquieto o tenso que lo habitual. 1= Me siento más inquieto o tenso que lo habitual. 2= Estoy tan inquieto o agitado que me es difícil quedarme quieto. 3= Estoy tan inquieto o agitado que tengo que estar siempre en movimiento o haciendo algo.	**17- Irritabilidad** 0= No estoy más irritable que lo habitual. 1= Estoy más irritable que lo habitual. 2= Estoy mucho más irritable que lo habitual. 3= Estoy irritable todo el tiempo.
12- Pérdida de Interés 0= No he perdido el interés en otras actividades o personas. 1= Estoy menos interesado que antes en otras personas o cosas. 2= He perdido casi todo el interés en otras personas o cosas. 3= Me es difícil interesarme por algo.	**18- Cambios en el Apetito** 1= No he experimentado ningún cambio en mi apetito. 1a= Mi apetito es un poco menor que lo habitual. 1b= Mi apetito es un poco mayor que lo habitual. 2a= Mi apetito es mucho menor que antes. 2b= Mi apetito es mucho mayor que lo habitual. 3a= No tengo en apetito en absoluto. 3b= Quiero comer todo el tiempo.
13- Indecisión 0= Tomo mis decisiones tan bien como siempre 1= Me resulta más difícil que de costumbre tomar decisiones. 2= Encuentro mucha más dificultad que antes para tomar decisiones. 3= Tengo problemas para tomar cualquier decisión.	**19- Dificultad de Concentración** 0= Puedo concentrarme tan bien como siempre. 1= No puedo concentrarme tan bien como habitualmente. 2= Me es difícil mantener la mente en algo por mucho tiempo 3= Encuentro que no puedo concentrarme en nada.
14- Desvalorización 0= No siento que yo no sea valioso. 1= No me considero a mí mismo tan valioso y útil como solía considerarme. 2= Me siento menos valioso cuando me comparo con otros. 3= Siento que no valgo nada.	**20- Cansancio o Fatiga** 0= No estoy más cansado o fatigado que lo habitual. 1= Me fatigo o me canso más fácilmente que lo habitual. 2= Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer muchas de las cosas que solía hacer. 3= Estoy demasiado fatigado o cansado para hacer la mayoría de las cosas que solía hacer.
15- Pérdida de Energía 0= Tengo tanta energía como siempre. 1= Tengo menos energía que la que solía tener. 2= No tengo suficiente energía para hacer demasiado. 3= No tengo energía suficiente para hacer nada.	**21- Pérdida de Interés en el Sexo** 0= No he notado ningún cambio reciente en mi interés por el sexo. 1= Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estarlo. 2= Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo. 3= He perdido completamente el interés en el sexo.
16- Cambios en los Hábitos de Sueño 0= No he experimentado ningún cambio en mis hábitos de sueño. 1a= Duermo un poco más que lo habitual. 1b= Duermo un poco menos que lo habitual. 2a= Duermo mucho más que lo habitual. 2b= Duermo mucho menos que lo habitual. 3a= Duermo la mayor parte del día. 3b= Me despierto 1-2 horas más temprano y no puedo volver a dormirme.	**Puntuación total:** _____ Subtotal Página 1 _____ Subtotal Página 2 _____ Total

Título original: Beck Depression Inventory (Second edition) Traducido y adaptado con permiso (Lic. María Elena Brenlla).

© 1996, 1987 by Aaron T. Beck, by the Psychological Corporation, USA.
© de la traducción al castellano 2006 by The Psychological Corporation, USA Todos los derechos reservados.

- Anexo 11. Herramienta para la detección del riesgo de suicidio

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0022

HERRAMIENTA PARA LA DETECCIÓN DEL RIESGO DE SUICIDIO (ASQ)

Fecha: / /

Nombre: Apellido Paterno: Apellido Materno:
Número de Expediente: Edad: Sexo: Fecha Nacimiento: / /
Unidad médica: Estado civil: Ocupación: Hora:
Procedencia: Nombre de familiar: Contacto de familiar:

Prestador de servicios de salud que aplica la herramienta de detección. Cédula Profesional: _____

Nombre:_____ Apellido Paterno:_____ Apellido Materno._____

Preguntar a la persona:

1. En las últimas semanas, ¿ha deseado estar muerto? **SÍ NO**
2. En las últimas semanas, ¿ha sentido que usted o su familia estarían mejor si estuviera muerto? **SÍ NO**
3. En la última semana, ¿ha estado pensando en suicidarse? **SÍ NO**
4. ¿Alguna vez ha intentado suicidarse? **SÍ NO**

Si contestó que sí, ¿cómo? _____

¿Cuándo?_____

Si la persona contesta que SÍ a alguna de las preguntas anteriores, hágale la siguiente pregunta para evaluar la agudeza:

5. ¿Está pensando en suicidarse en este momento? **SÍ NO**

Si la persona contesta que «No» a todas las preguntas de la 1 a la 4, la prueba de detección está completa (no es necesario hacerle la pregunta 5). No hay necesidad de intervención.
(*Nota: la opinión clínica siempre puede anteponerse a una prueba de detección negativa).

Si la persona contesta que "Sí" a cualquier pregunta de la 1 a la 4 o se niega a responder, esto se considera una prueba de detección positiva. Hágale la pregunta 5 para evaluar la agudeza:

"Sí" a la pregunta número 5 = prueba de detección positiva aguda (identificación de riesgo inminente).

- La persona necesita una evaluación de salud mental completa o de seguridad URGENTE. La persona no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.
- Mantenga a la persona a la vista. Retire todos los objetos peligrosos de la habitación.
- Avísele al médico responsable de la atención de la persona.

"No" a la pregunta 5= prueba de detección positiva no aguda (identificación de riesgo).
- La persona necesita una evaluación de seguridad breve del riesgo de suicidio para determinar si es necesaria una. evaluación completa de salud mental. La persona no puede irse hasta que se evalúe por seguridad.
- Avísele al médico responsable de la atención de la persona.

Elaborado por el Instituto Nacional de la Salud Mental (NIMH). No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar.

- Anexo 12. Escala de depresión geriátrica

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0030

Escala de Depresión Geriátrica Detección de Síntomas Depresivos

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____
Edad: _____ **Sexo:** Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** _____ **Escolaridad (Años):** _____
CURP: _____ **Procedencia de Atención:** Acción Comunitaria ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )
Datos y contacto de persona cuidadora o familiar: _____
Número de expediente _____ **Unidad de Atención** _____ **CLUES** _____
Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta: _____
Cédula Profesional: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Instrucciones: con el objetivo de evaluar el estado afectivo de la persona mayor e identificar la presencia de sintomatología depresiva, logre la atención de la persona mayor y explique "le voy a hacer algunas preguntas, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la última semana, por favor responda solamente con Sí o No", realice la sumatoria e interprete el resultado con la línea de corte que se encuentra en la parte inferior del cuestionario.

1.	¿En general, está satisfecho(a) con su vida?	Sí (0)	**NO (1)**
2.	¿Ha renunciado a muchas actividades habituales o aficiones?	**SÍ (1)**	No (0)
3.	¿Siente que su vida está vacía?	**SÍ (1)**	No (0)
4.	¿Se siente con frecuencia aburrido(a)?	**SÍ (1)**	No (0)
5.	¿Se encuentra de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	**NO (1)**
6.	¿Está usted preocupado o teme que algo malo pueda ocurrirle?	**SÍ (1)**	No (0)
7.	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	Sí (0)	**NO (1)**
8.	¿Con frecuencia se siente desamparado(a) o desprotegido(a)?	**SÍ (1)**	No (0)
9.	¿Prefiere quedarse en casa, más que salir?	**SÍ (1)**	No (0)
10.	¿Considera que tiene problemas de memoria?	**SÍ (1)**	No (0)
11.	En estos momentos, ¿cree usted que es maravilloso estar vivo(a)?	Sí (0)	**NO (1)**
12.	Actualmente ¿se siente inútil?	**SÍ (1)**	No (0)
13.	¿Se siente lleno(a) de energía?	Sí (0)	**NO (1)**
14.	En este momento ¿Se siente sin esperanza?	**SÍ (1)**	No (0)
15.	¿Cree que el resto de la gente está mejor que usted?	**SÍ (1)**	No (0)
	SUME TODAS LAS RESPUESTAS **SÍ** EN NEGRITAS O **NO** EN NEGRITAS		
	SI = 1; sí = 0; **NO = 1**; no = 0	**Puntaje total:** _____	

Interpretación de Resultados		
SIN DETERIORO	**0** a 4 puntos	Indica que su estado afectivo **es normal, sin síntomas depresivos**
DETERIORO LEVE	**5** a 8 puntos	Indica **presencia de síntomas depresivos leves**
DETERIORO MODERADO	9 a 10 puntos	Indica **presencia de síntomas depresivos moderados**
DETERIORO GRAVE	**12 a 15** puntos	Indica **presencia de síntomas depresivos severos**

Revisada y adaptada de:

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

Referencias:

- Instituto Nacional de Geriatría. (2022) Manual de entrenamiento en atención primaria en salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. México.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2023). Lineamientos para la Atención Gerontológica. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud. (2023). Cartilla Nacional de Salud de las Personas Mayores (60 años y más). Gobierno de México. México.

- Anexo 13. Batería corta de desempeño físico

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PUBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0031

Batería Corta de Desempeño Físico (SPPB) Detección de riesgo de caídas

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____
Edad: _____ Sexo: Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** _____ **Escolaridad (Años):** _____
CURP: _____ **Procedencia de Atención:** Acción Comunitaria ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )
Datos y contacto de persona cuidadora o familiar: _____
Número de expediente _____ **Unidad de Atención** _____ **CLUES** _____
Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta: _____
Cédula Profesional: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Instrucciones: explique a la persona mayor el propósito de aplicación de la batería, prepare el espacio físico a fin de desarrollar la evaluación (mida y marque con cinta una distancia de 4 metros), contar con la silla sin descansabrazos y respaldo recto, así como el cronómetro o teléfono inteligente, aplique la prueba y regstre, sume el puntaje obtenido y determine la interpretación con la línea de corte que se encuentra en la parte inferior del formato.

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 (1 punto) No (0 puntos) Se rehúsa
	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 (1 punto) No (0 puntos) Se rehúsa
	C. Pararse en posición tándem ¿Mantuvo la posición al menos por 10 segundos? Tiempo en segundos (máximo *5 segundos)	Sí (2 puntos) Sí (1 punto) No (0 puntos) Se rehúsa
0 = < 3.0 segundos o no lo intenta	*1 = 3.0 a 9.99 segundos*	*2 = 10 a 15 segundos*
	SUBTOTAL	*Puntos: /4*

2. Velocidad de marcha (recorrido de 4 metros)		
A. Primera medición Tiempo requerido para recorrer Si el participante no logró completarlo, finaliza la prueba.	Segundos	
	Se rehúsa	
B. Segunda medición Tiempo requerido para recorrer la distancia Se el participante no logro completarlo, finaliza la prueba	Segundos	
	Se rehúsa	
Calificación de la medición menor		
1 = >8.70 segundos	**2 =** 6.21 a 8.70 segundos	**3 =** < 4.82 a 6.20 segundos	**4 =** 4.82 segundos
	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.	Segundos
		Se rehúsa
	B. Prueba repetida de levantarse de una silla Tiempo requerido para levantarse cinco veces de una silla	Segundos
		Se rehúsa
Calificación de la actividad		
0 = Incapaz de realizar cinco repeticiones o tarda > 60 segundos		*1 = 16.7 a 60 segundos*
2 = 13.7 a 16.69 segundos	*3 = 11.2 a 13.69 segundos*	*4 = < o igual 11.19 segundos*
	SUBTOTAL	*Puntos: /4*

TOTAL, BATERÍA CORTA DE DESEMPEÑO FÍSICO (1+2+3)	*Puntos: /12*

Interpretación de Resultados		
SIN DETERIORO	9 a 12 puntos	Desempeño físico **normal**
DETERIORO MODERADO	8 a 5 puntos	Desempeño físico **bajo y riesgo de caídas**
DETERIORO GRAVE	Menor a 4 puntos	**Movilidad limitada y riesgo de caídas**

Revisado y adaptado de: [illegible]
Referencias:
- [illegible]
- [illegible]
- [illegible]

- Anexo 14. Cuestionario para la detección de riesgo de fracturas por osteoporosis CENAPRECE

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0039

CUESTIONARIO PARA LA DETECCIÓN DE RIESGO DE FRACTURAS POR OSTEOPOROSIS CENAPRECE

Fecha: ___ / ____ /____ Nombre: _____

F. Nac. _____ Edad: _____ Peso: _____(kg) Talla: _____(m) IMC: _____ Sexo: H / M

Domicilio: calle_____ No ext. _____ No int. _____ Col: _____

Localidad: _____ Mpio. _____ Estado: _____

Teléfono: _____ CP: _____

Este cuestionario se aplica a personas de 50 años en adelante, permite identificar el riesgo para fractura por osteoporosis. En las preguntas siguientes marque con una X en la columna correspondiente a la respuesta dada por la persona entrevistada.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Ha tenido una fractura previa? (fractura de vértebras o fémur sin trauma severo)	1	0
2. Antecedentes ¿Alguno de sus padres ha tenido fractura de cadera?	1	0
3. ¿Fuma actualmente?	1	0
4. ¿Utiliza glucocorticoides o los ha tomado por más de 3 meses?	1	0
5. ¿Le han diagnosticado artritis reumatoide?	1	0
6. ¿Presenta osteoporosis secundaria? (se incluye a aquellas personas que padecen diabetes tipo I, osteogénesis imperfecta del adulto, hipertiroidismo no tratado durante largo tiempo, hipogonadismo o menopausia prematura (< 45 años), malnutrición o malabsorción o hepatopatía crónicas.	1	0
7. ¿Toma 3 o más copas diarias de alcohol? (más de 60ml de bebidas alcohólicas)	1	0
RESULTADO: Sume el total de los puntos y compare en la tabla correspondiente, para lo cual requiere cruzar la edad, el IMC de la persona entrevistada y el puntaje obtenido. En caso de obtener 7 puntos, serán considerados igual a 6 para comparación en la tabla.	**TOTAL**	

Fuente: CENAPRECE, adaptación del FRAX, 2015.

En caso de obtener alto riesgo, consulte la Guía de Osteoporosis. Pueden ser consultadas en: http://www.cenaprece.salud.gob.mx/pregramas/interior/portada_manuales.html

TABLA DE RIESGO DE FRACTURAS EN POBLACIÓN DE 50 Y MÁS AÑOS.

EDAD	FACTORES DE RIESGO	IMC													
		15-19		20-24		25-29		30-34		35-49		40-44		45 y MÁS	
		M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H
50-54	B. R	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A. R	4-6	5-6	5-6	6	6		6							
55-59	B. R	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A. R	4-6	5-6	5-6	6	6		6		6					
60-64	B. R	0-2	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6	0-6	0-6
	A. R	3-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6	5-6		6					
65-69	B. R	0-2	0-3	0-3	0-4	0-4	0-5	0-5	0-6	0-5	0-6	0-5	0-6	0-6	0-6
	A. R	3-6	4-6	4-6	5-6	5-6	6	6		6		6			
70-74	B. R	0-1	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-5	0-3	0-5	0-4	0-6	0-5	0-6
	A. R	2-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	6	4-6	6	5-6		6	
75-79	B. R	0-1	0-2	0-1	0-3	0-2	0-3	4-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5	0-4	0-5
	A. R	2-6	3-6	2-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6	5-6	6
80-84	B. R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-4	0-5
	A. R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	5-6	6
85-89	B. R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-3	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5
	A. R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	4-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6
90 Y MÁS	B. R	0	0-2	0-1	0-2	0-2	0-3	0-2	0-3	0-2	0-4	0-3	0-4	0-3	0-5
	A. R	1-6	3-6	2-6	3-6	3-6	4-6	3-6	4-6	3-6	5-6	4-6	5-6	4-6	6

B.R= Bajo riesgo. Se registra como negativo; A.R= Alto riesgo. Se registra como positivo; Cálculo de índice de Masa Corporal (IMC). Peso en kilos/ talla en metros elevada al cuadrado. (EJEMPLO: 60.5KG/(1.60mX 1.60m)= 60.5kg/2,56m= 23.4375. El IMC es de 23.4)

Referencia: CENAPRECE, adaptación del FRAX, 2015. OGC_CENAPRECE_Digital_100217.pdf (salud.gob.mx)

- Anexo 15. Prueba cronometrada de levántate y anda

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0032

Prueba Cronometrada "Get Up and Go" Detección de Riesgo de Caídas

Nombre: _____ **Apellido Paterno:** _____ **Apellido Materno:** _____
Edad: _____ **Sexo:** Mujer ( ) / Hombre ( ) **Género:** _____ **Escolaridad (Años):** _____
CURP: _____ **Procedencia de Atención:** Acción Comunitaria ( ) 1er Nivel ( ) 2do Nivel ( ) 3er Nivel ( )
Datos y contacto de persona cuidadora o familiar: _____

Número de expediente _____ **Unidad de Atención** _____ **CLUES** _____
Nombre del prestador de servicios que aplica la herramienta: _____
Cédula Profesional: _____ **Fecha de Aplicación:** _____

Instrucciones: explicar a la persona mayor la importancia de realizar pruebas auxiliares en la identificación de trastorno de la marcha, equilibrio y balance y como se asocia al riesgo de caídas, la persona mayor puede usar su calzado habitual y/o dispositivo de ayuda que normalmente use. Para la prueba se requiere silla sin descansabrazos, flexómetro, 1 cono de tránsito, espacio ventilado, iluminado y libre de distractores, así como cronometro o teléfono inteligente.

Se solicitará a la persona mayor:

1. Sentarse en la silla con la espalda debidamente apoyada en el respaldo.
2. Solicitar que se levante de la silla y a paso normal recorra la distancia de 3 metros, le de vuelta al cono y camine nuevamente a sentarse en la silla.

El profesional de la salud deberá medir el tiempo en que la persona mayor realiza toda la prueba, registrará el resultado en segundos e interpretará lo obtenido con la línea de corte que se encuentra al inferior de este formato.

RESULTADO: _____ **seg.**

SIN DETERIORO	Menor a 10 segundos	Indica que **no existe riesgo de caídas**
DETERIORO MODERADO	11 a 13 segundos	Indica **discapacidad leve de la movilidad.**
DETERIORO SEVERO	Mayor a 13 segundos	Indica **riesgo elevado de caídas.**

Revisado y adaptado de:

- Podsiadlo, D., & Richardson, S. (1991). The timed "Up & Go": a test of basic functional mobility for frail elderly persons. Journal of the American Geriatrics Society.

Referencias:

- Instituto Nacional de Geriatría. (2022) Manual de entrenamiento en atención primaria en salud de las personas mayores. Secretaría de Salud. México.
- Centro Nacional de Programas Preventivos y Control de Enfermedades. (2023). Lineamientos para la Atención Gerontológica. Secretaría de Salud. México.
- Secretaría de Salud. (2023). Cartilla Nacional de Salud de las Personas Mayores (60 años y más). Gobierno de México. México.

- Anexo 16. Cuestionario de Factores de Riesgo

Gobierno de México | IMSS BIENESTAR SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Cuestionario de Factores de Riesgo

IB/UAS/6/F/0007

Jurisdicción Sanitaria:_____ **CLUES:**_____ **Unidad Médica:**_____ **Fecha:**___/___/___
dd/mm/aaaa

Nombre:_____ **CURP:**_____ **Edad:**____ **Sexo:**____
nombre(s) / primer apellido / segundo apellido

Fecha de nacimiento:___/___/___ **Entidad de nacimiento:**_____ **Domicilio:**_____
dd/mm/aaaa En caso de requisitar CURP omitir la edad

Derechohabiencia: Si / No IMSS ISSSTE INSABI Otro, especifique:_____ **Número de afiliación:**_____
Afromexicano: ___ **Indígena:** ___ **Migrante:**_____ **Tel / Cel:**_____

La detección integrada de enfermedades cardiometabólicas a través del Cuestionario de Factores de Riesgo no constituye un diagnóstico, en caso de identificar un nivel de riesgo alto será necesario realizar confirmación diagnóstica. El Cuestionario no se aplica a personas con diagnóstico conocido de

Detección de Riesgo Obesidad

Registre las mediciones antropométricas
Cálculo IMC = Peso(kg) /Talla(m²)

Anotar: mes/ año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
Peso (Kg)			
Talla(m)			
IMC (Kg/m²)			
Circunferencia de Cintura (cm)			

Detección de Riesgo Hipertensión Arterial

Tomar la medición en ambos brazos y posteriormente dos mediciones más en el brazo con las cifras más altas, dejando 1 minuto entre mediciones. Registrelas a continuación

Anotar: mes/ año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
	/	/	/
1 a medición (mmHg)	/	/	/
2da medición (mmHg)	/	/	/
Promedio (mmHg)	/	/	/

Detección de Riesgo Diabetes Mellitus

Circule la respuesta que se ajuste a la condición de la persona

Preguntas		Si	No
1. Su IMC se sitúa en: **Normal: 0 Sobrepeso: 5 Obesidad: 10**	5	10	0
2. Circunferencia de cintura **Mujer: > 80cm Hombre: > 90cm**		10	0
3. ¿Realiza menos de **150 min (2.5h)** de actividad física a la semana?		5	0
4. Tiene **45 años** o más		10	0
5. ¿Alguna(o) de sus hermanas(os) vive o vivió con diabetes?		1	0
6. ¿Su padre o madre vive o vivió con diabetes?		1	0
7. En caso de ser mujer: ¿Ha tenido hija(os) con más de **4 kg** de peso al nacer o con peso **< 2.5 kg** al nacer o antecedentes de diabetes gestacional?		1	0

Anotar: mes/ año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
	/	/	/
Anote puntaje obtenido			
< 10 puntos: riesgo bajo y/o sin sintomatología no determinar glucosa en sangre		**≥ 10 puntos determinar glucosa en sangre**	

Independientemente del puntaje: Si presenta poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso: determinar glucosa en sangre

Señale condición:	Ayuno	Casual	Ayuno	Casual	Ayuno	Casual
Anote cifra (mg/dl)						

Si el resultado la determinación fue: Glucosa en ayuno ≥ 100 mg/dl o Glucosa casual ≥ 140 mg/dl, referir al médico para que practique otra prueba para confirmar o descartar el diagnóstico de diabetes mellitus

Detección de Riesgo Dislipidemia

En caso de obtener cifras en rango adecuado y presentar factores de riesgo, realizar detección con periodicidad anual o bianual de acuerdo con el criterio del profesional de salud

Anotar: mes/año	Primera detección	Segunda detección	Tercera detección
	/	/	/
Colesterol total (mg/dl)			
Triglicéridos (mg/dl)			
C - HDL (mg/dl)			
C - LDL (mg/dl)			
C - no HDL (mg/dl)			

Cálculo C-LDL: Colesterol total - (C-HDL - (Triglicéridos/5)) si los triglicéridos son superiores a 400 mg/dl no se puede calcular C-LDL
C-no HDL = Colesterol total - C-HDL

Nivel de riesgo de Enfermedad Cardiometabólica

	Bajo	Medio	Alto
Obesidad	**Peso normal**	**Sobrepeso**	**Obesidad**
	18.50 - 24.99	**≥25.00 a 29.9**	**≥30.00**
Índice de Masa Corporal (IMC)	**Adultos de talla baja Mujer: <1.50 m Hombre: < 1.60 m**	**23.00 - 24.9**	**≥25.00**
	Adultos de 60 y más años	**26.00 - 31.9**	**≥32.00**

Diabetes Mellitus	Glucosa normal		Prediabetes/Diabetes
Glucosa en sangre capilar o venosa	< 100 mg/dl (ayuno)		≥ 100 mg/dl (ayuno)
			> 140 mg/dl (casual)

Hipertensión Arterial	Presión arterial normal	Prehipertensión	Hipertensión
Presión arterial	< 120/<80 mmHg	120-139 / 80-89 mmHg	140/≥90 mmHg

Dislipidemia	Lípidos normales		Dislipidemia
Lípidos en sangre capilar	Colesterol total <200 mg/dl C-HDL 40-60 mg/dl Triglicéridos <150 mg/dl		Colesterol total ≥200mg/dl C-HDL < 40 mg/dl C-no HDL ≥160 mg/dl C-LDL > 130 mg/dl Triglicéridos ≥ 150 mg/dl
Intervención con base en los resultados	**Realiza detección en 5 años**	**Realiza detección anual. Acudir a médico**	**Realiza confirmación diagnóstica**

Seguimiento de la detección integrada

De acuerdo con la cifra obtenida ¿La detección fue positiva*	Mes/año /	Mes/año /	Mes/año /	Confirmación diagnóstica* Mes/ Año	Confirmación diagnóstica* Cifra de confirmación	Ingreso tratamiento Mes/ Año
Diabetes	Si No	Si No	Si No	/		/
Hipertensión arterial	Si No	Si No	Si No	/		/
Dislipidemia	Si No	Si No	Si No	/		/
Obesidad	Si No	Si No	Si No	No aplica		/

*Para el caso de confirmación diagnóstica e ingreso a tratamiento considere que para realizar el registro de información la persona tiene que ingresar en el tiempo

Si se realizó confirmación diagnóstica de uno o más padecimientos, no será necesario aplicar nuevamente el cuestionario en el futuro.
Durante el seguimiento médico, se deberá llevar a cabo la búsqueda intencionada de comorbilidades y/o complicaciones.
Consulte los Lineamientos para la detección integrada de enfermedades cardiometabólicas en el primer nivel de atención para obtener información adicional.

2025 Año de La Mujer Indígena

- Anexo 17. Cuestionario de incontinencia urinaria

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0033

Cuestionario de incontinencia urinaria ICID-SF

El ICIQ (*International Consultation on Incontinence Questionnaire*) es un cuestionario autoadministrado que identifica a las personas con incontinencia de orina y el impacto en la calidad de vida.

1. ¿Con qué frecuencia pierde orina? (Marque sólo una respuesta)	
Nunca	0
Una vez a la semana	1
2-3 veces / semana	2
Una vez al día	3
Varias veces al día	4
Continuamente	5

2. Indique su opinión acerca de la cantidad de orina que usted cree que se le escapa, es decir, la cantidad de orina que pierde habitualmente (Tanto si lleva protección como si no). Marque sólo una respuesta	
No se me escapa nada	0
Muy poca cantidad	2
Una cantidad moderada	4
Mucha cantidad	6

3. ¿En qué medida estos escapes de orina, que tiene, han afectado su vida diaria?									
1 Nada	2	3	4	5	6	7	8	9	10 Mucho

4. ¿Cuándo pierde orina? Marque con una X todo lo que le pase a usted	
Nunca	
Antes de llegar al servicio	
Al toser o estornudar	
Mientras duerme	
Al realizar esfuerzos físicos / ejercicio	
Cuando termina de orinar y ya se ha vestido	
Sin motivo evidente	
De forma continua	

Puntuación del ICIQ-SF: Sume las puntuaciones de las preguntas 1+2+3.
Se considera diagnóstico de IU cualquier puntuación superior a cero.

FUENTE: Cuestionario de incontinencia urinaria (https://aeu.es/PDF/ICIQ_SF.pdf)

- Anexo 18. Cuestionario para detectar la dependencia a la nicotina

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0025

CUESTIONARIO DE FAGERSTRÖM PARA DETECTAR LA DEPENDENCIA A LA NICOTINA

Nombre de la persona _____ No. Expediente: _____
Fecha _____
UNEME CECOSAMA: _____
Conversión:
1 pipa = 3 cigarrillos
1 puro = 4-5 cigarrillos
1 puro pequeño = 3 cigarrillos
Para calificar: Es Dependiente si tiene puntuación de 5 puntos o más

Examínese usted mismo: Encierre en un círculo el número de la respuesta correcta
1) ¿Cuántos cigarrillos fuma usted al día? 3 puntos: 31 o más cigarrillos 2 puntos: 21 a 30 cigarrillos 1 punto: 11 a 20 cigarrillos 0 puntos: Menos de 10 cigarrillos
2) ¿Fuma Ud. más cigarrillos durante la primera parte del día que durante el resto? 1 puntos Si 0 puntos: No
3) ¿Cuánto tiempo transcurre desde que usted despierta hasta que fuma el primer cigarrillo? 3 puntos: Menos de 5 min. 2 puntos: 6 a 30 min 1 puntos 31 a 60 min. 0 puntos Más de 60 min.
4) ¿Qué cigarrillo le es más difícil omitir? 1 punto: El primero de la mañana 0 puntos: Algún otro
5) ¿Le es difícil no fumar donde ello es prohibido? 1 punto: Si 0 puntos No
6) ¿Fuma usted cuando se halla enfermo e incluso en cama? 1 puntos: Si 0 puntos No

Versión adaptada del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias (INER)

- Anexo 19. Escala Cincinnati para evaluación de EVC

IB/UAS/6/F/0008

GOBIERNO DE MÉXICO | SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR

Escala Cincinnati para evaluación de EVC

Signos de EVC	Actividad del paciente	Interpretación
Parálisis facial	Que el paciente vea al examinador, sonría y/o muestre los dientes	Normal: simetría Anormal: un lado parético o de movimiento asimétrico
Caída de brazo	Que el paciente extienda los brazos y los mantenga en alto por 10 segundos	Normal: movimiento simétrico Anormal: un brazo cae o hay movimiento asimétrico
Habla anormal	Que un paciente diga "No se le puede enseñar trucos nuevos a un perro viejo"	Normal: usa las palabras correctas sin arrastrarlas Anormal: afasia, palabras arrastradas o palabras incorrectas

Fuente: Kothari RU, Pancioli A, Liu T, Brott T, Broderick J, Cincinnati prehospital stroke scale: reproducibility and validity. Ann Emerg Med; 1999, Apr 33 (4):373-8.

- Anexo 20. Cuestionario para detección de EPOC

IB/UAS/6/F/0009

GOBIERNO DE MÉXICO | SERVICIOS DE SALUD IMSS-BIENESTAR

CUESTIONARIO CAPTURE PARA DETECCIÓN DE EPOC

Instrucciones: para cada pregunta, marque con una X dentro de la casilla con la respuesta más adecuada para usted. No hay respuestas correctas o incorrectas.

Responda cada pregunta:		SI	NO
¿Alguna vez ha vivió o trabajado en un lugar con aire contaminado o sucio, con humo, con humo de cigarro o polvo?			
¿Su forma de respirar cambia con la época del año, el clima o la calidad del aire?			
¿Su forma de respirar hace más difícil cargar cosas pesadas, palear tierra o nieve, jugar tenis o nadar?			
¿Comparándose con personas de su edad se cansa fácilmente?			
Por favor responda la siguiente pregunta:	**0**	**1**	**2 o más**
En los últimos 12 meses, ¿Cuántas veces ha dejado de ir al trabajo, a la escuela u otras actividades debido a gripas (resfriados), bronquitis o neumonias?			

Puntuación:
0-2 = bajo riesgo
3-6 = alto riesgo (realizar espirometria)

REFERENCIA: Lineamientos de Enfermedades Respiratorias Crónicas CENAPRECE (página 34) (smnyct.org)

- Anexo 21. Prueba para identificar trastornos por el consumo de alcohol

IMSS BIENESTAR
SERVICIOS PÚBLICOS DE SALUD

Unidad de Atención a la Salud

IB/UAS/6/F/0024

CUESTIONARIO AUDIT (PRUEBAS PARA IDENTIFICAR TRASTORNOS POR EL CONSUMO DE ALCOHOL

Fecha: / /

Nombre: Apellido Paterno: Apellido Materno:

Número de Expediente: Edad: Sexo: Fecha Nacimiento: / /

Unidad médica: Estado civil: Ocupación: Hora:

Procedencia: Nombre de familiar: Contacto de familiar: Prestador

de servicios de salud que aplica la herramienta de detección. Cédula Profesional: Nombre:

Apellido Paterno: Apellido Materno:

1. ¿Con qué frecuencia consume bebidas que contienen alcohol? 0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= De 2 a 4 veces al mes 3= De 2 a 3 veces a la semana 4= 4 o más veces a la semana	2. ¿Cuántas bebidas alcohólicas toma en un día normal? 0= 1 o 2 1= 3 o 4 2= 5 o 6 3= 7 a 9 4= 10 o más
3. ¿Con qué frecuencia toma 6 o más copas de alcohol en un solo día? 0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario Pase a las preguntas 9 y 10 si la suma total de las preguntas 2 y 3 = 0	4. ¿Con qué frecuencia en el último año no fue capaz de dejar de beber una vez que había empezado? 0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el último año no pudo hacer lo que se esperaba de usted porque había consumido debidas alcohólicas? 0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi diario	6. ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? 0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior? 0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario	8. ¿Con qué frecuencia en el último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo? 0= Nunca 1= Una o menos veces al mes 2= Mensualmente 3= Semanalmente 4= A diario o casi a diario
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado lesionada/o en consecuencia de su consumo de alcohol? 0= No 1= Sí, pero no en el último año 2= Sí, durante el último año	10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber? 0= No 1= Sí, Pero no en el último año 2= Sí, durante el último año
	Puntuación total:

El trago estándar es la unidad que sólo la cantidad de alcohol puro que contiene una bebida. Equivale a 10 o 12 gramos de alcohol puro por copa y es aproximadamente la que contiene un vaso pequeño (caballito) de tequila, una copa de vino o un tarro de cerveza

Calificación Total:

0 a 3 Sin riesgo

4 a 7 Empieza a tener problemas

8 o más Riesgo elevado

Elaborado por Rubio G. Versión adaptada. No se requiere permiso para reproducir, traducir, presentar o distribuir.

- Anexo 22. Referencia y Contrarreferencia

IMSS-BIENESTAR
UNIDAD DE ATENCIÓN A LA SALUD
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA

IB/UAS/9/F/0006

REFERENCIA

ORDINARIO ☐ URGENTE ☐

CURP:		
APELLIDO PATERNO	**APELLIDO MATERNO**	**NOMBRE(S)**
SEXO	HOMBRE	MUJER
DOMICILIO:		

ENVÍO A LA ESPECIALIDAD DE:		**DIAGNÓSTICO DE ENVÍO:**
UNIDAD A LA QUE SE ENVÍA	**COORDINACIÓN ESTATAL:**	
UNIDAD QUE ENVÍA	**COORDINACIÓN ESTATAL:**	
FECHA DE LA SOLICITUD	/ /	**FECHA DE CITA DE PRIMERA VEZ** / /

RESUMEN CLÍNICO

ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE REALIZADOS

MOTIVO DE ENVÍO:

1.- FALTA DE RESPUESTA FAVORABLE AL TRATAMIENTO ☐
2.- PRESENCIA DE COMPLICACIONES ☐
3.- REQUERIR ESTUDIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICOS ESPECIALES. ☐
4.-RIESGO DE SECUELAS ☐
5.- COMPLEMENTACIÓN DIAGNÓSTICA ☐
6.- TRATAMIENTO ESPECIALIZADO ☐
7.- ATENCION DEL PARTO ☐
8- PROTECCIÓN ANTICONCEPTIVA ☐

MÉTODO ANTICONCEPTIVO _____

FIRMA DE ACEPTACIÓN DEL PACIENTE

MÉDICO RESPONSABLE	MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
NOMBRE, CÉD. PROF. FIRMA	NOMBRE, CÉD. PROF. CARGO Y FIRMA

DEBE SER LLENADO POR EL ESPECIALISTA QUE DA EL ALTA (TEMPORAL O DEFINITIVA) IB/UAS/9/F/0006

CONTRARREFERENCIA:

NOMBRE _____ COORDINACIÓN ESTATAL: _____

FECHA PRIMERA CONSULTA | | | | | | | | (DÍA MES AÑO)

FECHA DE ALTA DEL SERVICIO | | | | | | | | (DÍA MES AÑO)

DIAGNÓSTICO(S) INICIAL(S) _____

DIAGNÓSTICO(S) FINAL(ES) _____

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS _____

CÓDIGO CIE | | | | |

RESUMEN CLÍNICO (EVOLUCIÓN, ESTUDIOS REALIZADOS, TRATAMIENTO MÉDICO Y/O QUIRÚRGICO)

ESTADO ACTUAL (PRONÓSTICO)

MEDICAMENTOS NUEVOS OTORGADOS

NOMBRE GENÉRICO	DOSIS	TIEMPO DE ADMINISTRACIÓN	REQUERIMIENTO MENSUAL

OTRAS MEDIDAS TERAPÉUTICAS DE CONTROL _____

RECOMENDACIONES PARA SU MANEJO EN LA UNIDAD MÉDICA DE ADSCRIPCIÓN

MÉDICO RESPONSABLE	MÉDICO DIRECTIVO QUE AUTORIZA
NOMBRE, CÉD. PROF. FIRMA	NOMBRE, CÉD. PROF. FIRMA

FIRMAS PARA LA APROBACIÓN DE LA GUÍA PARA ATENCIÓN PROACTIVA DE LA PERSONA MAYOR

Aprobó

Dr. José Alejandro Avalos Bracho
Titular de la Unidad de Atención a la Salud

Coordinación Responsable

Dra. Luz Arlette Saavedra Romero
Titular de la Coordinación de Unidades de Primer Nivel

Revisión Normativa

Dr. Gabriel Padrón Segura
Titular de la Coordinación de Normatividad y Planeación Médica

6 de junio de 2025