



**Luis Brandon Velasco Sanchez**

**Dr Abarca Espinosa Agenor**

**Escalas estandarizadas para la valoración integral  
del adulto mayor**

**GEDIATRIA**

**6**

**A**

# Índice de Barthel

actividades básicas de la vida diaria

ENFERMERIA creativa



## Índice de Barthel

→ Evalúa independencia en actividades básicas de la vida diaria (comer, bañarse, vestirse, etc.).

<20.....dependencia total  
20-25.....Grave  
40-55.....Moderada  
>60.....leve  
100.....Independiente

## ESCALA DE ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA — Escala de Lawton y Brody

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
Puntuación total:	
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:</b>	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
<b>HACER COMPRAS:</b>	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA:</b>	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA:</b>	
- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)	1
- Realiza tareas ligeras, como lavar los platos o hacer las camas	1
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza	1
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa	1

## Escala de Lawton y Brody

→ Evalúa actividades instrumentales (manejo de dinero, medicamentos, teléfono, transporte).

### Puntuación

- Cada ítem se valora con **0 (dependiente)** o **1 (independiente)**.
- La suma total va de:
  - 0 puntos** → Dependencia total.
  - 8 puntos** → Independencia total.

### Interpretación (versión de 8 ítems)

- 0-1 puntos** → Dependencia total.
- 2-3 puntos** → Dependencia grave.
- 4-5 puntos** → Dependencia moderada.
- 6-7 puntos** → Dependencia leve.
- 8 puntos** → Independencia.

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE ABREVIADA (Versión española: GDS-VE)**

Nº	Pregunta	Si	No
1	¿En general, está satisfecho/a con su vida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	¿Siente que su vida está vacía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	¿Con qué frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	¿En estos momentos, piensa que es estupendo estar vivo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	¿Actualmente se siente un/a inútil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	¿Se siente lleno/a de energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	¿Se siente sin esperanza en este momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>PUNTUACIÓN TOTAL:</b> .....			

**Mini-Mental State Examination (MMSE) o Test de Folstein**

→ Detección de deterioro cognitivo/demencia.

◆ **Puntuación**

- **24–30 puntos** → Normal (sin deterioro cognitivo).
- **19–23 puntos** → Deterioro cognitivo leve.
- **10–18 puntos** → Deterioro cognitivo moderado.
- **≤9 puntos** → Deterioro cognitivo grave.

**ESCALA DE TINETTI PARA EL EQUILIBRIO**

Nombre: ..... Edad: .....

Con el paciente sentado en una silla dura sin brazos.

		FECHA							
1. Equilibrio sentado	Se recuesta o resbala de la silla	0							
	Estable y seguro	1							
2. Se levanta	Incapaz sin ayuda	0							
	Capaz pero usa los brazos 1	1							
	Capaz sin usar los brazos	2							
3. Intenta levantarse	Incapaz sin ayuda	0							
	Capaz pero requiere más de un intento	1							
	Capaz de un solo intento	2							
4. Equilibrio inmediato de pie (15 seg)	Inestable (vacila, se balancea)	0							
	Estable con bastón o se agarra	1							
	Estable sin apoyo	2							
5. Equilibrio de pie	Inestable	0							
	Estable con bastón o abre los pies	1							
	Estable sin apoyo y talones cerrados	2							
6. Tocado (de pie, se le empuja levemente por el esternón 3 veces)	Comienza a caer	0							
	Vacila se agarra	1							
	Estable	2							
7. Ojos cerrados (de pie)	Inestable	0							
	Estable	1							
8. Giro de 360 °	Pasos discontinuos	0							
	Pasos continuos	1							
	Inestable	0							
	Estable	1							
9. Sentándose	Inseguro, mide mal la distancia y cae en la silla	0							
	Usa las manos	1							
	Seguro	2							
<b>PUNTUACION EQUILIBRIO (máx. 16 puntos)</b>									

**Escala de Tinetti**

→ Equilibrio y marcha.

◆ **Puntuación total**

- **Máximo = 28 puntos** (16 equilibrio + 12 marcha).

Interpretación:

- **25–28 puntos** → Bajo riesgo de caídas.
- **19–24 puntos** → Riesgo moderado de caídas.
- **≤18 puntos** → Alto riesgo de caídas.

◆ **Ventajas y limitaciones**

- ✓ Rápida (10–15 min).
- ✓ No requiere equipo especial, solo una silla y espacio para caminar.
- ✗ Puede verse afectada por motivación o dolor articular.
- ✗ Menos sensible en adultos mayores con movilidad muy reducida (ahí es mejor usar otros tests como **Timed Up and Go**).

**Tabla 2.** Criterios de fragilidad de Fried.

<b>Pérdida de peso no intencionada</b>
5 kilogramos o bien >5% del peso corporal en el último año.
<b>Debilidad muscular</b>
Fuerza prensora <20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y por índice de masa corporal.
<b>Baja resistencia-cansancio</b>
Autorreferido por la misma persona e identificado por dos preguntas de la escala CES-D. ( <i>Center Epidemiological Studies-Depression</i> )
<b>Lentitud de la marcha</b>
Velocidad de la marcha, para recorrer una distancia de 4,5 m <20% del límite de la normalidad ajustado por sexo y altura.
<b>Nivel bajo de actividad física</b>
Cálculo del consumo de calorías semanales por debajo del quintil inferior ajustado por sexo.

La presencia de 3 ó más de estos criterios nos indica fragilidad.

### Escala de Fried (Criterios de fragilidad)

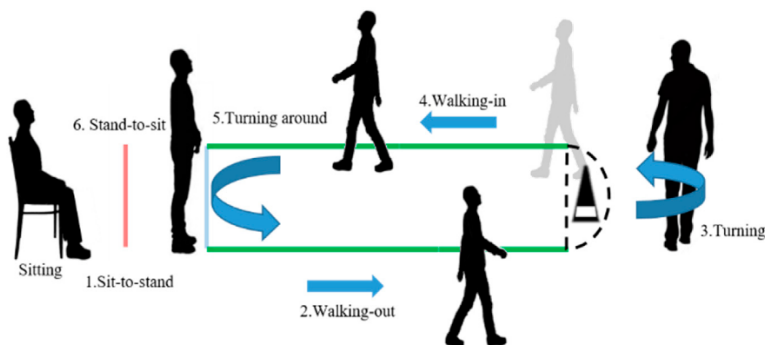
→ pérdida de peso, agotamiento, debilidad, lentitud, baja actividad.

### Puntuación

- Cada criterio presente = **1 punto**.
- **0 puntos** → Adulto mayor **robusto** (no frágil).
- **1–2 puntos** → **Pre-frágil** (riesgo aumentado).
- **3–5 puntos** → **Frágil** (alto riesgo de caídas, discapacidad, hospitalización y mortalidad).

### Importancia clínica

- ✓ Identifica a personas que pueden beneficiarse de intervenciones (ejercicio, nutrición, prevención de caídas).
- ✓ Predice complicaciones hospitalarias y mortalidad.
- ✗ Requiere dinamómetro y cronómetro (no siempre disponibles en todos los servicios).



### Timed Up and Go (TUG test)

→ Movilidad y riesgo de caídas

### Puntuación

El resultado es el **tiempo en segundos** □.

- **≤10 segundos** → Normal, movilidad independiente.
- **11–20 segundos** → Buena movilidad, independencia funcional, bajo riesgo de caídas.
- **21–29 segundos** → Movilidad aceptable, pero hay cierta fragilidad y riesgo moderado de caídas.
- **≥30 segundos** → Dependencia significativa, alto riesgo de caídas.

Escala de valoración del riesgo de caídas

## ESCALA DE DOWNTON

**Caídas previas**

SI 3  
No 0

**MEDICAMENTOS**

- Tranquilizantes
- Diuréticos
- Hipotensores
- Antiparkinsonianos
- Antidepresivos
- Otros medicamentos

**DÉFICITS SENSORIALES**

- 0 Ninguno
- 1 Alteraciones visuales
- 2 Alteraciones auditivas
- 3 Extremidades

**ESTADO MENTAL**

- 0 Orientado
- 1 Confuso

**DEAMBULACIÓN**

- 0 Normal
- 1 Segura con ayuda
- 2 Insegura con/sin ayuda
- 3 Imposible

**! ≥2 puntos, riesgo alto de caída**

**Aiudo**

**Downton Fall Risk Index →**

Identificación de factores de riesgo de caídas

**Puntuación**

- 0–2 puntos → Bajo riesgo de caídas.
- ≥3 puntos → Alto riesgo de caídas.

👉 El máximo posible es 11 puntos.

ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE	SI	NO
*1.- ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
*2.- ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
*3.- ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
*4.- ¿Se encuentra a menudo aburrido/a?	1	0
*5.- ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
*6.- ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
*7.- ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
*8.- ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
*9.- ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
*10.- ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
*11.- ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
*12.- ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
*13.- ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
*14.- ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
*15.- ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0
Puntuación total =		
<b>INTERPRETACIÓN:</b> 0 - 5 normal 5 - 9 depresión leve 10 o más depresión establecida		

**Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (GDS)**

→ Detección de depresión en adultos

- 0 – 5 puntos → Normal (sin depresión).
- 6 – 9 puntos → Depresión leve.
- 10 – 15 puntos → Depresión establecida / grave.

## ÍNDICE

### DE KATZ

1	BAÑO	Independiente: se baña enteramente solo, o requiere de ayuda en alguna zona concreta. Dependiente: necesita ayuda para lavarse en más de una zona del cuerpo, o bien para entrar o salir de la bañera o ducha.
2	VESTIDO	Independiente: toma la ropa y se la pone él sólo, puede aprovecharse (se excluye atarse los zapatos o ponerse las medias). Dependiente: no se viste por sí mismo o permanece parcialmente vestido.
3	USO DEL WC	Independiente: va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él sólo. Dependiente: Precisa ayuda para ir al WC y/o para limpiarse.
4	MOVILIDAD	Independiente: se levanta y se acuesta en la cama él sólo, se levanta y se sienta de una silla él sólo; se desplaza sólo. Dependiente: necesita ayuda para levantarse y/o acostarse, de la cama y/o de la silla. Necesita ayuda para desplazarse o no se desplaza.
5	CONTINENCIA	Independiente: control completo de la micción y defecación. Dependiente: incontinencia parcial o total de la micción o defecación.
6	ALIMENTACIÓN	Independiente: come solo, lleva alimento sólo desde el plato a la boca (se excluye cortar los alimentos). Dependiente: necesita ayuda para comer, no come sólo o requiere alimentación enterado.

Cada ítem tiene dos posibles respuestas: Independiente 1 punto y dependiente 0 puntos. Según la puntuación total, los pacientes quedan clasificados en siete grupos donde A corresponde a la máxima independencia y G a la máxima dependencia.

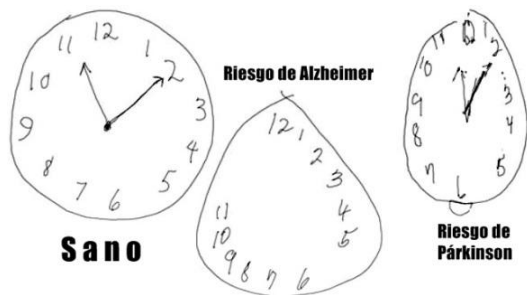
Se evalúan 6 funciones:

1. Bañarse 🚿
2. Vestirse 👕
3. Usar el retrete 🚽
4. Movilidad (traslado de cama a silla) ➡️➡️➡️
5. Continencia (urinaria y fecal)
6. Alimentación 🍴

### ◆ Interpretación

- 6 puntos → Independencia total.
- 4-5 puntos → Dependencia leve.
- 2-3 puntos → Dependencia moderada.
- 0-1 puntos → Dependencia grave / total.

## TESTE DEL RELOJ



### ¿Qué evalúa?

- Funciones cognitivas globales, sobre todo:
  - Atención y concentración.
  - Memoria visual.
  - Habilidades visoespaciales.
  - Funciones ejecutivas (planificación, organización, secuenciación).
  - Comprensión de instrucciones.

Escala de 10 puntos (Shulman modificada):

- 10 puntos → Normal (números bien colocados, agujas correctas).
- 6-9 puntos → Alteración leve (números desordenados o agujas imprecisas).
- ≤5 puntos → Alteración significativa (dibujo desorganizado, números ausentes, agujas mal colocadas)



### Escala Geriátrica de Maltrato al adulto mayor

Se sabe que hay situaciones difíciles que normalmente no se platican pero que afectan mucho a las personas adultas mayores, conocer lo que pasa permitirá tomar las medidas necesarias para que en un futuro ya no suceda. Dígame si usted ha visto alguno de los siguientes problemas en el último año, dentro o fuera del hogar.

	A Si no responde en el ítem A o B	B Si no responde en el ítem C o D	C Si no responde en el ítem E o F	D Si no responde en el ítem G o H	E Si no responde en el ítem I o J				
<b>¿Durante los últimos 12 meses usted...</b>	0 No 1 Sí	1 No 2 Sí	2 No 3 Sí	3 No 4 Sí	4 No 5 Sí				
<b>FÍSICO</b>									
1. ¿Le han golpeado?									
2. ¿Le han dado puñetazos o patadas?									
3. ¿Le han empujado o le han jalado el pelo?									
4. ¿Le han aventado algún objeto??									
5. ¿Le han agredido con algún cuchillo o navaja?									
<b>PSICOLÓGICO</b>									
6. ¿Le han humillado o se han burlado de usted?									
7. ¿Le han tratado con indiferencia o le han ignorado?									
8. ¿Le han aislado o le han comido de la casa?									
9. ¿Le han hecho sentir miedo?									
10. ¿No han respetado sus decisiones?									
11. ¿Le han prohibido salir o que la visiten?									
<b>NEGLENCIA</b>									
12. ¿Le han dejado de proporcionar la ropa, el calzado, etc?									
13. ¿Le han dejado de suministrar los medicamentos que necesita?									
14. ¿Le han negado protección cuando la necesita?									
15. ¿Le han negado acceso a la casa que habita?									
<b>ECONÓMICO</b>									
16. ¿Alguien ha manejado o maneja su dinero sin su consentimiento?									
17. ¿Le han quitado su dinero?									
18. ¿Le han tomado sin permiso algún bien de su propiedad?									
19. ¿Le han vendido alguna propiedad de su pertenencia sin su consentimiento?									
20. ¿Le han presionado para que deje de ser usted el propietario de su casa o de alguna otra propiedad?									
<b>SEXUAL</b>									
21. ¿Le han exigido tener relaciones sexuales aunque usted no quiera?									
22. ¿Le han tocado sus genitales sin su consentimiento?									
<b>Total:</b>	/22								
<b>Maltrato:</b>	<table border="1"> <tr> <td>SÍ</td> <td>1</td> </tr> <tr> <td>NO</td> <td>0</td> </tr> </table>					SÍ	1	NO	0
SÍ	1								
NO	0								

### Escala geriátrica de maltrato al adulto mayor

es un instrumento de tamizaje para detectar situaciones de violencia, abuso o negligencia en personas mayores.

#### ◆ Puntuación

- Las preguntas 1–5: Respuesta Sí = 1 punto, No = 0 puntos.
- La pregunta 6 la responde el médico según su impresión clínica.

#### ☞ Interpretación:

- ≥1 respuesta positiva → Sospecha de maltrato, requiere evaluación más profunda.
- 0 puntos → Sin sospecha aparente (pero no descarta maltrato).

### FENOTIPO DE FRIED

Diminución no intencionada de peso	>4,5Kg o 5% del total en el último año	1 pto
Poca energía y resistencia	“¿Sentía que todo lo que hacía suponía un esfuerzo en la última semana? Positivo= cantidad de tiempo (3-4 días) o la mayor parte del tiempo”.	1 pto
Poca actividad física	Gasto Kcal/semana en el quintil inferior según Minnesota Leisure Time Activity Questionnaire	1 pto
Velocidad de la marcha	Tiempo para 15 pasos según sexo. Positivo cuando el resultado está en el quintil inferior En general <0,8 m/s	1 pto
Fuerza prensora	Según sexo e IMC, en general <20%	1 pto
<b>RESULTADO</b>	0 ptos= Robusto 1 o 2 ptos= Prefragilidad 3 o más= Fragilidad	

#### ◆ Puntuación

- Cada criterio presente = 1 punto.
- 0 puntos → Adulto mayor robusto (no frágil).
- 1–2 puntos → Pre-frágil.
- 3–5 puntos → Frágil.