

Medicina humana

Docente:

Dr. Agenor Abarca

Alumno:

Carlos Alfaro

Materia:

Geriatría

Introduccion

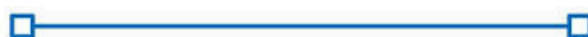
Tanto la disminución de la natalidad, como el aumento en la esperanza de vida de la población en nuestro país, han dado lugar, a un proceso de transición demográfica que conducirá a un cambio de la pirámide poblacional. Se calcula que para 2033 el número de personas mayores será superior que el de menores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

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

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



Geriatrics



minimal

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

¿Qué día de la semana es?

Respuesta						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué día de la semana es?

Real						
L	M	M	J	V	S	D

¿Qué hora es aproximadamente?

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

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

(Espacio)

¿En dónde estamos ahora?
 ¿En qué área o departamento estamos ahora?
 ¿Qué colonia es esta?
 ¿Qué ciudad es esta?
 ¿Qué piso es este?

INC	CORR
0	1
0	1
0	1
0	1
0	1

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

Papel	Bicicleta	Cuchara
INC	CORR	
0	1	
0	1	
0	1	

Ahora dígalos usted:

(máx. 3)

0	1	2	3
---	---	---	---

III. Atención y Cálculo

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

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

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

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

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

(máx. 5)

0	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---

IV. Lenguaje

Le voy a dar algunas instrucciones. Por favor sigalas en el orden en que se las voy a decir. Sólo se las puedo decir una vez:

- TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA
- DÓBLELO POR LA MITAD
- Y DEJELO EN EL SUELO

INC	CORR
0	1
0	1
0	1

(máx. 3)

0	1	2	3
---	---	---	---

(Espacio)

Por favor haga lo que dice aquí:

Cierre los ojos

(máx. 1)

0	1
---	---

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

(máx. 1)

0	1
---	---

Papel	Bicicleta	Cuchara
INC	CORR	
0	1	
0	1	
0	1	

(máx. 3)

0	1	2	3
---	---	---	---

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

(máx. 1)

0	1
---	---

Muestre el RELOJ y diga:
¿Qué es esto?

Muestre el LÁPIZ y diga:
¿Qué es esto?

(máx. 2)

0	1	2
---	---	---

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

NI NO, NI SÍ, NI PERO

(máx. 1)

0	1
---	---

Puntaje total:

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

A personas con ≤ 3 años de escolaridad formal, darles 8 puntos de entrada y obviar la resta de 7 en 7 a partir de 100 (5 puntos), la lectura de "cierre los ojos" (1 punto), la escritura de frase (1 punto) y la copia de los pentágonos (1 punto).

Interpretación:

Puntaje ≤ 2

es una prueba neuropsicológica breve que evalúa el estado cognitivo de un paciente, explorando áreas como la orientación temporal y espacial, la memoria, el lenguaje y la capacidad de cálculo.

- **Orientación temporal y espacial:**
- **Memoria de fijación:**
- **Lenguaje**
- **Atención y cálculo**



INDICE 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 si mismo o permanece parcialmente vestido.
3	USO DEL WC	Independiente: va al WC solo, se arregla la ropa, se limpia él solo. 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 solo 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.

Objetivo: Evaluar el nivel de autonomía o dependencia funcional de una persona mayor para la realización de actividades de la vida diaria básicas , vestido, uso de retrete, movilización, incontinencia y alimentacion



ESCALA DE BARTHEL

Comer	1. Dependiente 2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 3. Independiente	0 5 10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Dependiente, no mantiene sentado 2. Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado 3. Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal) 4. Independiente	0 5 0 15
Aseo personal	1. Dependiente 2. Perseverante para realizar recolección y usar duchas, enjabonar, afeitarse	0 5
Uso del retrete	1. Dependiente 2. Necesita alguna ayuda para poder hacer algo solo 3. Independiente	0 8 10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente 2. Dependiente para bañarse o ducharse	0 0 10
Desplazarse	0. Inmóvil 1. Independiente en silla de ruedas en 50 m 2. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 3. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	0 5 8 10
Subir y bajar escaleras	0. Dependiente 1. Necesita ayuda, pero puede llevar cualquier tipo de muleta 2. Independiente	0 0 10
Control de heces	0. Incontinente 1. Accidental (una o más veces/semana una vez, o más) 2. Continente, durante al menos 7 días	0 5 10

Si el puntaje es igual a 60 el paciente podrá hacer sus actividades diarias de autocuidado sin un asistente de salud, sin que esto signifique que pueda vivir solo. Cuanto más cerca este a 0, mayor será la dependencia.

PUNTAJE	CLASIFICACIÓN
0-20	Dependencia total
21-60	Dependencia severa
61-90	Dependencia moderada
91-99	Dependencia leve
100	Independencia

Objetivo: El índice de Barthel o escala de Barthel es un instrumento utilizado por profesionales socio*sanitarios para la valoración funcional de un paciente y realizar un seguimiento de su evolución. En el caso de los Terapeutas Ocupacionales, valoran la independencia o dependencia de la persona en cada una de las actividades de la vida diaria (AVD), obteniéndose como resultado el nivel de desempeño de la persona y realizando una intervención rehabilitadora/compensadora y/o de mantenimiento acorde a los resultados obtenidos. Promocionando y/o manteniendo la independencia de la persona.

ESCALA DE LA CRUZ ROJA

Grados de incapacidad física

Grado 0	Se vale por si mismo y anda con normalidad
Grado 1	Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia normal.
Grado 2	Grave dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valvres. de avuda. Deambula con bustón u otro medio de apoyo. Continencia normal o rara incontinencia.
Grado 3	Grave dificultad en bastantes áctividad as de la vida diaria. Deambula con dificultad, ayudado al menos por uno no persona Incontinencia ocasional.
Grado 4	Necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria. Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas Incontinencia habitual.
Grado 5	Immovilidad en cama o silón. Necesita cuidados de enfermería constantes. Incontinencia total.
Grados de incapacidad mental	
Grado 0	Completamente normal.
Grado 1	Presenta trastornos de la memoria, pero puede mantener una conversación normal.
Grado 2	Ciertas alteraciones de la memoria, y a veces de la orientación. Trastornos del caracter. Aigunas dificultad es autoculdar. Graves dificultades para el autoculdado. Incontinencia ocasional
Grado 3	Desorientación compleia. Claras alteraciones mentales, ya ctiquetadas de demencia. Incontinencia habitual.
Grado 4	Demencia avanzada. Vida vegetativa cún o sin episodios de agitación. Incontinencia total.

Objetivo: es un instrumento de evaluación que clasifica el grado de incapacidad física y mental de una persona en seis grados (0 a 5), donde el grado 0 representa total independencia o normalidad y el grado 5 indica dependencia total o inmovilidad. Se utiliza para determinar el nivel de autonomía en actividades diarias, la capacidad de movilidad y el estado de la memoria y la orientación, y es útil en la atención geriátrica para unificar la comunicación entre equipos

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

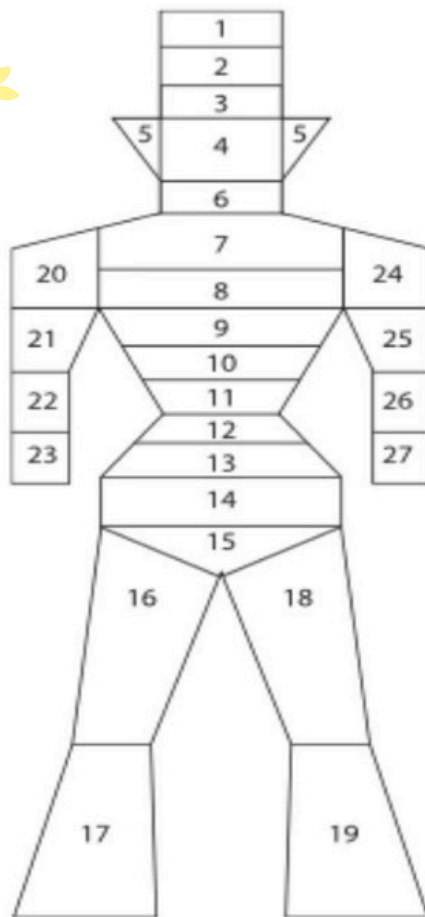
CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia		1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares		1
Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar		1
No es capaz de usar el teléfono		0
HACER COMPRAS		
Realiza independientemente todas las compras necesarias		1
Realiza independientemente pequeñas compras		0
Necesita ir acompañado/a para hacer cualquier compra		0
Totalmente incapaz de comprar		0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo/a 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 le sirvan las comidas		0
CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo/a 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
No participa en ninguna labor de la casa		0
LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo/a toda su ropa		1
Lava por si solo/a pequeñas prendas		1
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otra persona		0
USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo/a en transporte público o conduce su propio coche		1
Es capaz de coger un taxi, pero no usa otra medio de transporte		1
Viaja en transporte público cuando va a acompañado/a por otra persona		1
Sólo utiliza el taxi o el automocil con ayuda de otros		0
No viaja		0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y con la dosis correcta		1
Toma su medicación si la dosis le es preparada previamente		0
No es capaz de administrarse su medicación		0
MANEJOS DE SUS ASUTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si sólo/a		1
Necesita ayuda en grandes compras, bancos...		1
Incapaz de manejar dinero		0

Objetivo: La escala de Lawton y Brody permite medir el grado de independencia en personas ancianas, tanto institucionalizadas como no, a través de la evaluación de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Está compuesta por 8 ítems con varias alternativas de respuesta, las opciones de respuesta puntúan 1 (si la persona las realiza de forma independiente) o 0 (dependiente)



ESCALA DE GERONTE



1. Coherencia
2. Orientación T E
3. Integración social
4. Vista
5. Oído
6. Habla
7. Higiene (parte superior)
8. Higiene (parte inferior)
9. Vestirse (parte superior)
10. Vestirse (parte inferior)
11. Calzarse
12. Alimentarse
13. Tipo de alimentación
14. Continencia urinaria
15. Continencia fecal
16. Manejar objetos usuales
17. Preparación de alimentos
18. Tareas domésticas
19. Comunicarse
20. Utilización de transportes
21. Salir de compras
22. Hacer visitas
23. Actividades

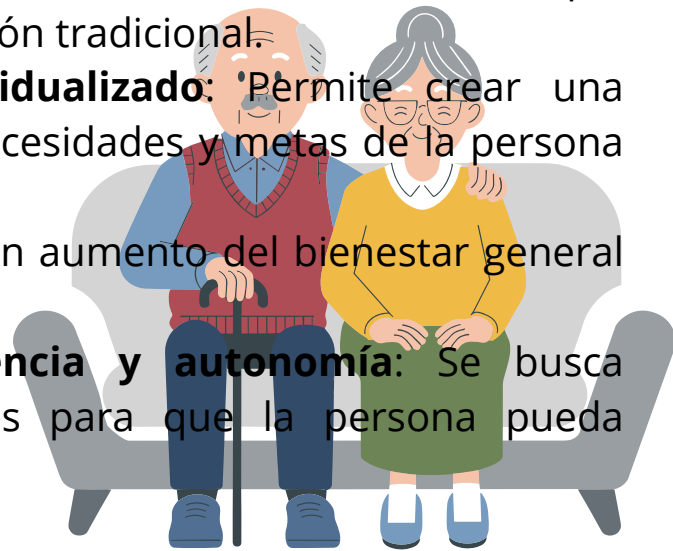
Se colorea:

Blanco: no hay afectación de la función

Sombreado: necesita ayuda o estimulación

Negro: persona dependiente para esa función.

- **Mejorar la exactitud diagnóstica:** Se identifican y describen problemas en todas las áreas relevantes del adulto mayor.
- **Detectar problemas no diagnosticados:** Se encuentran dificultades que pueden no ser evidentes en una valoración tradicional.
- **Diseñar un plan de cuidado individualizado:** Permite crear una estrategia de atención específica a las necesidades y metas de la persona mayor.
- **Mejorar la calidad de vida:** Se busca un aumento del bienestar general del paciente.
- **Mantener o mejorar la independencia y autonomía:** Se busca identificar y potenciar las capacidades para que la persona pueda mantener su autosuficiencia.



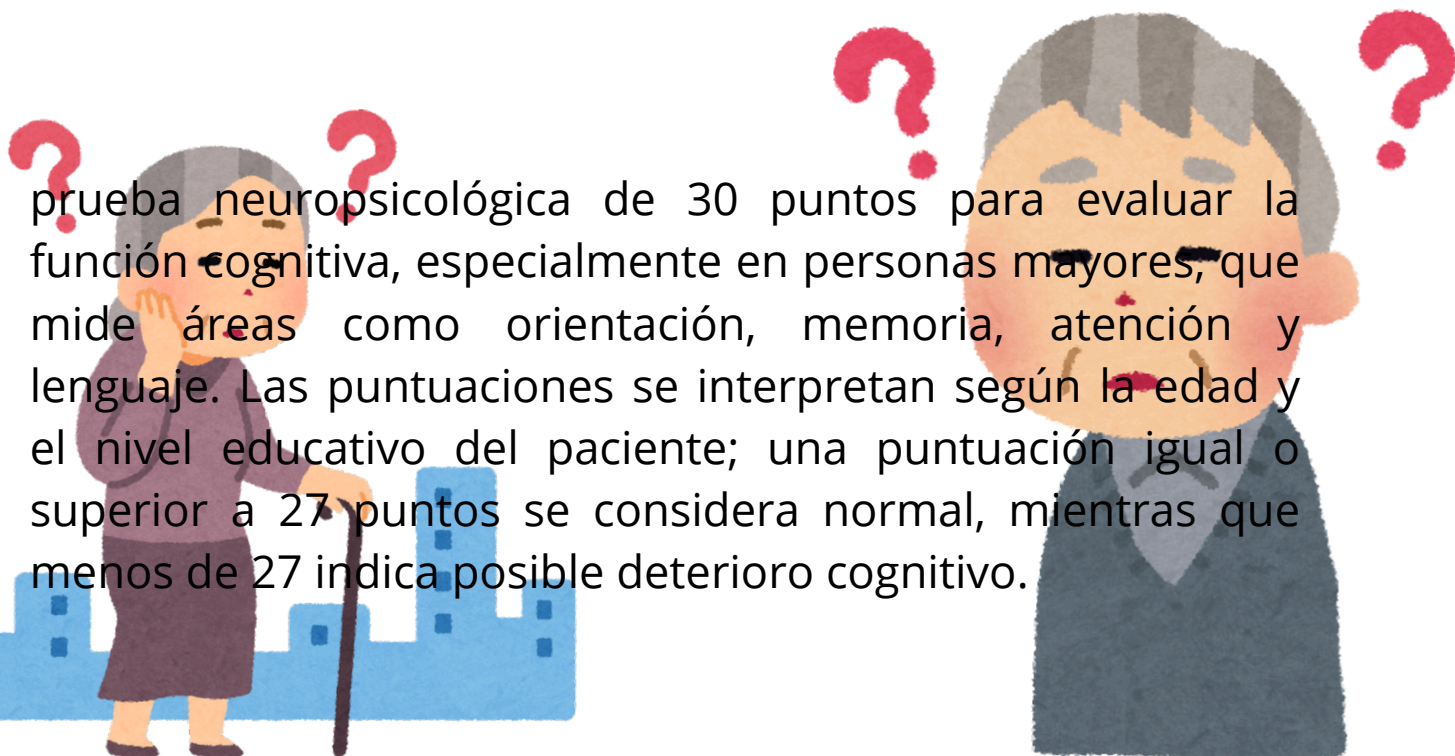
ESCALA DE MEC

1. ORIENTACIÓN	PUNTOS
¿En que año estamos?	1
¿En que estación del año estamos?	1
¿En que día de la semana estamos?	1
¿Qué día es hoy (número)?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué provincia estamos?	1
¿En qué país estamos?	1
¿En qué lugar estamos en este momento?	1
¿En qué piso nos encontramos?	1
¿En qué distrito nos encontramos?	1
2. FIJACIÓN	
Repita estas 3 palabras: "peseta, caballo, manzana" (1 punto por cada respuesta correcta). Una vez puntuada, si no los ha dicho bien, se le repetirán con un límite de 6 intentos hasta que se los aprenda. Acuérdesse de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato.	3
3. CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	
Si tiene 30 pesetas y me da 3, cuántas le quedan? Y si me da 3 (hasta 5 restas)	5
Repita estos números 5, 9, 2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés (se puntúa acierto en N° y orden)	3
4. MEMORIA	
¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes?	3
5. LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	
Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto?	1
Mostrar un reloj, ¿qué es esto?	1
Repita esta frase: "EN UN TRIGAL HABIA CINCO PERROS"	1
Una manzana y una pera son frutas, verdad? ¿Qué son un gato y un perro?	1
¿Y el rojo y el verde?	1
Ahora haga lo que le digo: COJA ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DOBLELO POR LA MITAD Y PÓNGALO ENCIMA DE LA MESA (1 punto por cada acción correcta)	3
Muéstrele la hoja que dice "CIERRE LOS OJOS" y dígame: "haga lo que aquí se indica, sin leerlo en voz alta"	1
Ahora escriba por favor una frase, la que quiera en este papel. (le da un papel)	1
Copiar un dibujo, anotando 1 punto si todos los ángulos se mantienen y se entrelazan en un polígono de 4 lados.	1

Puntuación máxima es de 35 puntos.

- A. Pacientes geriátricos mayores de 65 años, punto de corte 23/24, es decir, 23 ó menos igual a "caso" y 24 ó más igual a "no caso".
- B. Pacientes no geriátricos, punto de corte 27/28. 27 o menos es igual a "caso" y 28 ó más igual a "no caso".

prueba neuropsicológica de 30 puntos para evaluar la función cognitiva, especialmente en personas mayores, que mide áreas como orientación, memoria, atención y lenguaje. Las puntuaciones se interpretan según la edad y el nivel educativo del paciente; una puntuación igual o superior a 27 puntos se considera normal, mientras que menos de 27 indica posible deterioro cognitivo.



ESCALA DE PFEIRFFER



La escala se enfoca en aspectos clave de la función cognitiva:

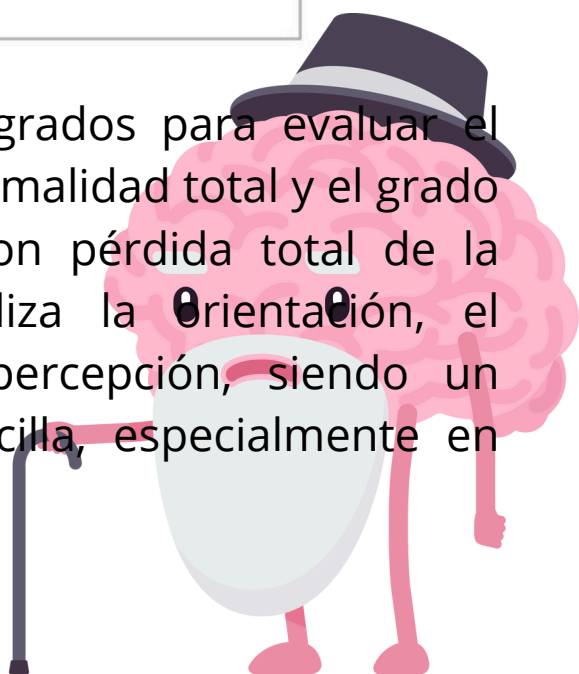
- **Memoria:** A corto y largo plazo.
- **Orientación:** En tiempo (día de la semana, fecha) y lugar (dónde se está).
- **Información:** Sobre hechos cotidianos y personajes relevantes (presidente actual y anterior).
- **Capacidad de cálculo:** Realizando restas sucesivas a partir de un número.

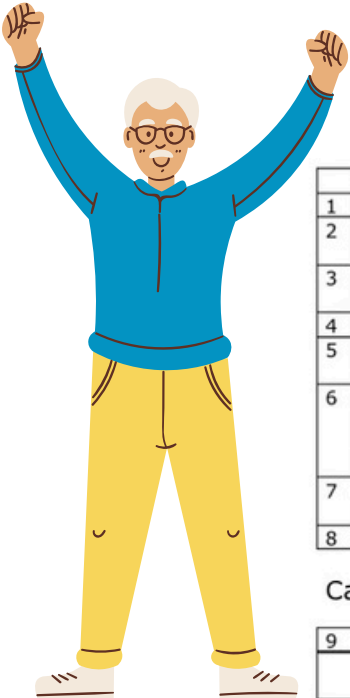
ESCALA DE INCAPACIDAD PSÍQUICA DE LA CRUZ ROJA

Grados de incapacidad física	
Grado 0	Se vale por sí mismo y anda con normalidad
Grado 1	Realiza suficientemente las actividades de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia normal.
Grado 2	Cierta dificultad en las actividades de la vida diaria, que le obligan a valerse de ayuda. Deambula con bastón u otro medio de apoyo. Continencia normal o rara incontinencia.
Grado 3	Grave dificultad en bastantes actividades de la vida diaria. Deambula con dificultad, ayudado al menos por una persona Incontinencia ocasional.
Grado 4	Necesita ayuda para casi cualquier actividad de la vida diaria. Deambula con mucha dificultad, ayudado por al menos 2 personas Incontinencia habitual.
Grado 5	Inmovilidad en cama o sillón. Necesita cuidados de enfermería constantes. Incontinencia total.

Grados de incapacidad mental	
Grado 0	Completamente normal.
Grado 1	Presenta trastornos de la memoria, pero puede mantener una conversación normal.
Grado 2	Ciertas alteraciones de la memoria, y a veces de la orientación. La conversación razonada es posible pero imperfecta. Trastornos del carácter. Algunas dificultades en el autocuidado. Incontinencia ocasional.
Grado 3	Alteraciones graves de memoria y orientación. Imposible mantener una conversación coherente. Trastornos evidentes del comportamiento. Graves dificultades para el autocuidado. Incontinencia frecuente.
Grado 4	Desorientación completa. Claras alteraciones mentales, ya etiquetadas de demencia. Incontinencia habitual.
Grado 5	Demencia avanzada. Vida vegetativa con o sin episodios de agitación. Incontinencia total.

es un sistema de clasificación de 0 a 5 grados para evaluar el deterioro cognitivo, donde el grado 0 es normalidad total y el grado 5 representa demencia senil avanzada con pérdida total de la conciencia y el control. La escala analiza la orientación, el comportamiento, el pensamiento y la percepción, siendo un instrumento práctico y de aplicación sencilla, especialmente en centros geriátricos.





ESCALA DE BLESSED

		Total	Parcial	Ninguna
1	Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	0,5	0
2	Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	0,5	0
3	Incapacidad para recordar listas cortas de elementos (p.e. compras, etc)	1	0,5	0
4	Incapacidad para orientarse en casa	1	0,5	0
5	Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	0,5	0
6	Incapacidad para valorar el entorno (p.e. reconocer si está en casa o en el hospital, discriminar entre parientes, médicos y enfermeras, etc)	1	0,5	0
7	Incapacidad para recordar hechos recientes (p.e. visitas de parientes o amigos, etc)	1	0,5	0
8	Tendencia a rememorar el pasado	1	0,5	0

Cambios en los hábitos:

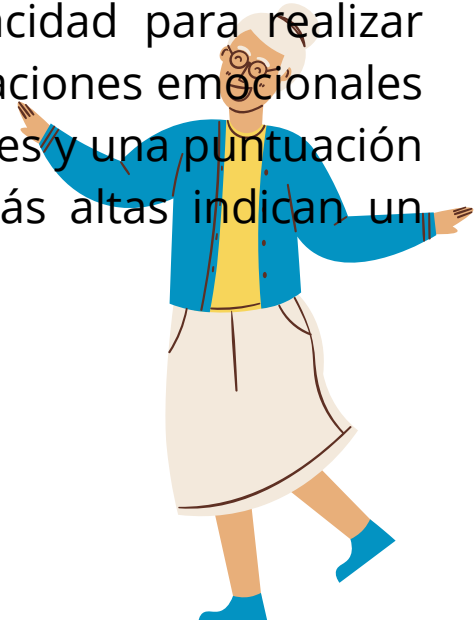
9	Comer		
	A	Limpiamente, con los cubiertos adecuados	0
	B	Desaliñadamente, sólo con la cuchara	1
	C	Sólidos simples (galletas, etc)	2
	D	Ha de ser alimentado	3
10	Vestir		
	A	Se viste sin ayuda	0
	B	Fallos ocasionales (p.e. en el abotonamiento)	1
	C	Errores y olvidos frecuentes en la secuencia de vestirse	2
	D	Incapaz de vestirse	3
11	Control de esfínteres		
	A	Normal	0
	B	Incontinencia urinaria ocasional	1
	C	Incontinencia urinaria frecuente	2
	D	Doble incontinencia	3

Cambios en la personalidad y conducta:

		Presente	Ausente
12	Retraimiento creciente	1	0
13	Egocentrismo aumentado	1	0
14	Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15	Afectividad embotada	1	0
16	Perturbación del control emocional (aumento de la susceptibilidad e irritabilidad)	1	0
17	Hilaridad inapropiada	1	0
18	Respuesta emocional disminuída	1	0
19	Indiscreciones sexuales (de aparición reciente)	1	0

es un instrumento que evalúa la gravedad de la demencia en adultos mayores mediante la cuantificación de su capacidad para realizar actividades diarias, cambios en sus hábitos, alteraciones emocionales y conductuales. La escala se divide en tres secciones y una puntuación total que va de 0 a 28, donde puntuaciones más altas indican un mayor grado de deterioro.

- **Actividades de la Vida Diaria (A)**
- **Cambios en Hábitos (B)**
- **Alteraciones Emocionales y Conductuales (C)**





GDS REISBERG

Estadio	Nivel del déficit cognitivo	Fase clínica	Características clínicas
GDS 1	Inexistente	Normal	No existe deterioro cognitivo subjetivo ni objeto
GDS 2	Muy leve	Olvido	Quejas subjetivas de déficit de memoria especialmente en: Olvido de objetos Olvido de nombres y citas No se objetiva el déficit en el examen clínico ni en el entorno sociolaboral. Es consciente de sus síntomas.
GDS 3	Leve	Confusional precoz	Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de las siguientes áreas: Desorientación espacial Evidencia del bajo rendimiento laboral Dificultad para recordar nombres, evidentes para los familiares Tras la lectura retiene relativamente escaso material Olvida la ubicación de objetos de valor El déficit de concentración es evidente para el clínico Ansiedad leve o moderada Se inicia la negación como mecanismo de defensa
GDS 4	Moderado	Confusional tardío	Déficit manifiestos Olvido de hechos cotidianos o recientes Puede presentar déficit en la memoria de su historia personal Dificultad de concentración evidente en operaciones de resta Incapacidad para planificar viajes, vida sociolaboral o realizar tareas complejas Embotamiento o labilidad afectivos Mecanismo de negación domina el cuadro Conserva la orientación en tiempo y persona, el reconocimiento de rostro y personas familiares y la capacidad de viajar a lugares conocidos
GDS 5	Moderadamente grave	Demencia inicial	Necesita asistencia en determinadas tareas (no necesita ayuda para el aseo y comida, pero sí para seleccionar sus ropas) Es incapaz de recordar aspectos importantes de su vida cotidiana Con frecuencia hay desorientación temporoespacial Presenta dificultad para contar en orden inverso desde 40, de 4 en 4 o desde 20, de 2 en 2 Es capaz de retener su nombre y los de su esposa e hijos
GDS 6	Grave	Demencia leve	Olvida el nombre de la esposa y los sucesos recientes Retiene datos del pasado Hay desorientación temporoespacial Tiene dificultad para contar de 10 en 10 en orden directo o inverso Puede necesitar asistencia en actividades de la vida diaria y presentar incontinencia Recuerda su nombre y distingue a los familiares de los desconocidos Hay trastornos del ritmo diurno Presenta cambios en la personalidad y la afectividad (delirio, síntomas obsesivos, ansiedad, agitación o agresividad y abulia cognitiva)
GDS 7	Muy grave	Demencia grave	Pérdida de todas las capacidades verbales (el lenguaje puede quedar reducido a gritos o gruñidos) Incontinencia urinaria Necesidad de asistencia en el aseo personal Pérdida de las funciones psicomotoras Con frecuencia se observan signos neurológicos

es una herramienta que clasifica las etapas de la demencia en siete fases, desde la ausencia de deterioro hasta la demencia grave, evaluando el deterioro cognitivo y funcional del paciente.

GDS 1: Sin deterioro cognitivo (Normalidad)

GDS 2: Deterioro cognitivo muy leve

GDS 3: Deterioro cognitivo leve

GDS 4: Deterioro cognitivo moderado (Demencia leve)

GDS 5: Deterioro cognitivo moderadamente grave (Demencia moderada)

GDS 6: Deterioro cognitivo grave (Demencia moderadamente grave)

GDS 7: Deterioro cognitivo muy severo (Demencia grave)



Escala de yesavaje

ítem	Pregunta a realizar	1 punto si responde:
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades e intereses?	SI
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI
4	¿Se encuentra á menudo aburrido?	SI
5	¿Tiene esperanza en el futuro?	NO
6	¿Tiene molestias (malestar, mareo) por pensamientos que no pueda sacarse de la cabeza?	SI
7	¿Tiene a menudo buen ánimo?	NO
8	¿Tiene miedo de que algo le esté pasando?	SI
9	¿Se siente feliz muchas veces?	NO
10	¿Se siente a menudo abandonado?	SI
11	¿Está a menudo intranquilo e inquieto?	SI
12	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
13	¿Frecuentemente está preocupado por el futuro?	SI
14	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	SI
15	¿Piensa que es maravilloso vivir?	NO
16	¿Se siente a menudo desanimado y melancólico?	SI
17	¿Se siente bastante inútil en el medio en que está?	SI
18	¿Está muy preocupado por el pasado?	Si
19	¿Encuentra la vida muy estimulante?	NO
20	¿Es difícil para usted poner en marcha nuevos proyectos?	SI
21	¿Se siente lleno de energía?	NO
22	¿Siente que su situación es desesperada?	SI
23	¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	SI
24	¿Frecuentemente está preocupado por pequeñas cosas?	SI
25	¿Frecuentemente siente ganas de llorar?	SI
26	¿Tiene problemas para concentrarse?	SI
27	¿Se siente mejor por la mañana al levantarse?	NO
28	¿Prefiere evitar reuniones sociales?	SI
29	¿Es fácil para usted tomar decisiones?	NO
30	¿Su mente está tan clara como lo acostumbraba a estar?	NO
Puntuación total:		
0 - 10: Normal.		
11 - 14: Depresión (sensibilidad 84%; especificidad 95%).		
> 14: Depresión (sensibilidad 80%; especificidad 100%).		

La GDS está diseñada para identificar la presencia de síntomas depresivos en adultos mayores, evitando así la necesidad de una evaluación completa en una primera instancia.

- Satisfacción general con la vida.
- Sentimientos de felicidad o tristeza.
- Abandono de actividades e intereses.
- Sentimientos de desamparo o inutilidad.
- Preocupaciones por el futuro.
- Problemas de memoria.
- Niveles de energía.



ESCALA DE GOLDRERG

Subescala de ansiedad	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha estado muy preocupado por algo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Se ha sentido muy irritable?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Ha tenido dificultad para relajarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Ha estado preocupado por su salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Ha tenido alguna dificultad para conciliar el sueño, para quedarse dormido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total ansiedad		
Subescala de depresión	Si	NO
1.- ¿Se ha sentido con poca energía?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- ¿Ha perdido usted el interés por las cosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- ¿Ha perdido la confianza en sí mismo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subtotal (Si hay dos o más respuestas afirmativas, continuar preguntando)		
5.- ¿Ha tenido dificultades para concentrarse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- ¿Se ha sentido usted enlentecido?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Total depresión		

refiere principalmente al Test de Ansiedad y Depresión de Goldberg (EADG), un cuestionario validado para detectar la presencia de estos trastornos en la población general y en entornos médicos, con alta sensibilidad y especificidad.

- **Dos subescalas:**
- **Alta precisión:**
- **Evaluación heteroaplicada:**



Conclusion

Las escalas geriátricas son herramientas cruciales que permiten una evaluación integral y multidimensional del adulto mayor, identificando problemas médicos, funcionales, psicológicos y sociales para diseñar planes de atención personalizados que mejoren la calidad de vida, la independencia y el estado de salud general. Su uso facilita una atención más precisa y efectiva, optimiza los recursos, reduce la polimedicación y la necesidad de hospitalización, y ayuda a detectar tempranamente síndromes y disfunciones comunes en la vejez.

