



DR. AGENOR ABARCA ESPINOSA

ALONDRA YULIANA GONZALEZ GORDILLO

ESCALAS DEL ADULTO MAYOR

PASIÓN POR EDUCAR

GERIATRIA

6°A

Comitán de Domínguez Chiapas a 7 de septiembre de 2025

ESCALAS APLICADAS AL ADULTO MAYOR

Índice Barthel		
Actividad	Descripción	Puntaje
Comer	1. Incapaz 2. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc. 3. Independiente (la comida está al alcance de la mano)	0 5 10
Trasladarse entre la silla y la cama	1. Incapaz, no se 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 10 15
Aseo personal	1. Necesita ayuda con el aseo personal 2. Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse	0 5
Uso del retrete	1. Dependiente 2. Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo 3. Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)	0 5 10
Bañarse o Ducharse	1. Dependiente 2. Independiente para bañarse o ducharse	0 5
Desplazarse	1. Inmóvil 2. Independiente en silla de ruedas en 50 m 3. Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal) 4. Independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador	0 5 10 15
Subir y bajar escaleras	1. Incapaz 2. Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta 3. Independiente para subir y bajar	0 5 10
Vestirse y desvestirse	1. Dependiente 2. Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda 3. Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	0 5 10
Control de heces	1. Incontinente (o necesita que le suministren enema) 2. Accidente excepcional (uno/semana) 3. Contínuo	0 5 10
Control de orina	1. Incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa 2. Accidente excepcional (máximo uno/24 horas) 3. Contínuo, durante al menos 7 días	0 5 10

La **escala de Barthel** es un instrumento que se utiliza para evaluar el **nivel de independencia** funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en personas, especialmente en el **adulto mayor**.

Cada actividad se puntuá, y la suma total va de **0 a 100 puntos**:

- **0–20:** Dependencia total
- **21–60:** Dependencia severa
- **61–90:** Dependencia moderada
- **91–99:** Dependencia leve
- **100:** Independencia total

ESCALA LAWTON Y BRODY

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

La **Escala de Lawton y Brody** es una herramienta utilizada para evaluar el **nivel de autonomía del adulto mayor** en las **actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**, que son más complejas que las actividades básicas y necesarias para vivir de forma independiente en la comunidad.

Dando un puntaje total de **0 a 8 puntos** para mujeres. En hombres, tradicionalmente se evalúan solo 5 áreas (excluyendo cocina, lavado y limpieza), con un máximo de **5 puntos**

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 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 enterada.

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.

El Índice de Katz es una herramienta clínica que se utiliza para evaluar el **nivel de independencia o dependencia** de una persona especialmente del **adulto mayor** en el desempeño de las **actividades básicas de la vida diaria (ABVD)**.

Cada función se puntúa como:

- **1 punto:** Independiente
- **0 puntos:** Dependiente

El total va de **0 a 6 puntos**, donde:

- **6 puntos:** Independencia total
- **4–5 puntos:** Dependencia leve
- **2–3 puntos:** Dependencia moderada
- **0–1 punto:** Dependencia severa o total



Mini Nutritional Assessment - Short Form (MNA-SF®)

Objetivo:
Identificar el estado nutricional de la persona mayor.

Instrucciones:

Aplique el cuestionario indicando la puntuación para cada pregunta en cada cuadro de la derecha. Sume los puntos, anote el puntaje total y marque con X el cuadro de la interpretación que corresponda.

Datos de la persona mayor

Nombre completo: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Fecha: _____

Cribaje

Preguntas	Puntaje
A. ¿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 graves. 1 = Demencia leve o moderada. 2 = Sin problemas psicológicos.
F1. Índice de masa corporal (IMC = peso (en kg) / (talla en metros) ²	0 = IMC < 19 kg/m ² . 1 = 19 ≤ IMC < 21 kg/m ² . 2 = 21 ≤ IMC < 23 kg/m ² . 3 = IMC ≥ 23 kg/m ² .

Si el índice de masa corporal no está disponible, por favor sustituya la pregunta F1 con la F2. No conteste la pregunta F2 si ha podido contestar a la F1.

F2. Circunferencia de la pantorrilla izquierda (CP) en cm.

0 = < 31 cm.
3 = ≥ 31 cm.

Interpretación:

Marque con una ✓ de acuerdo al resultado obtenido

- | |
|--|
| <input type="checkbox"/> Estado nutricional normal: 12 - 14 puntos |
| <input type="checkbox"/> Riesgo de desnutrición: 8 - 11 puntos |
| <input type="checkbox"/> Desnutrición: 0 - 7 puntos |

Puntuación total:

Mini Nutritional Assessment (MNA) es una herramienta diseñada para evaluar el **estado nutricional del adulto mayor**, con el objetivo de detectar precozmente la desnutrición o el riesgo de padecerla.

Características principales:

- Está validada y ampliamente utilizada en geriatría.
- Puede aplicarse en hospitales, residencias o a nivel comunitario.
- Es **no invasiva, rápida** (10–15 minutos) y fácil de administrar.
- **24–30 puntos:** Estado nutricional normal
- **17–23.5 puntos:** Riesgo de desnutrición
- **<17 puntos:** Desnutrición establecida

Referencias:

• Adaptado y traducido de: Kaiser MJ, et al. Validation of the Mini Nutritional Assessment short-form (MNA-SF): a practical tool for identification of nutritional status. J Nutr Health Aging. 2009;13(9):782. PMID: 19812868.

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 didácticos sin ánimo de lucro, siempre que se cite como fuente al Instituto Nacional de Geriatría.

UNIDAD GERIATRICA DE AGUDOS DEPTO MEDICINA HCUCH	Test de Depresión Cornell Alexopoulos et al., 1988
Puntuaciones deben basarse en la presencia de síntomas durante la última semana. No se asigna puntuación en caso de que los síntomas se deban a factores físicos o enfermedad.	
A: Signos relacionados con el ánimo:	
1. Ansiedad: expresión facial de ansiedad, rumiaciones y preocupaciones. 2. Tristeza: expresión triste, voz triste, llanto 3. Anhedonia: Ausencia de reactividad frente a actividades placenteras 4. Irritabilidad: se exaspera con facilidad, pérdida de serenidad	a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2
B: Alteraciones conductuales:	
5. Agitación: inquietud motora, movimientos estereotipados de la mano. 6. Lentificación: movimientos lentos, discurso lento, reacciones lentas 7. Quejas físicas múltiples: (puntuación o sólo en síntomas GI) 8. Pérdida de intereses: disminución de actividades habituales (Punto si el cambio ha ocurrido hace 1 mes.)	a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2
C: Signos biológicos:	
9. Apetito disminuido: come menos de lo habitual 10. Pérdida de peso (puntuación 2 si ha subido más de 2.5 kg. en 1 mes) 11. Disminución de energía: se fatiga fácilmente, dificultad para sostener actividades (asignar puntuación si el cambio ha ocurrido hace menos de 1 mes)	a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2
D: Variaciones del ciclo sueño-vigilia:	
12. Variación diaria de los síntomas del ánimo: es peor en las mañanas 13. Dificultad para conciliar el sueño: se duerme más tarde que lo usual para el sujeto 14. Dormir intermitente 15. Despertar precoz (despertar antes de lo habitual para el sujeto)	a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2
E: Alteraciones ideacionales (pensamiento):	
16. Suicidio 17. Autoestima pobre: sentimiento de culpa, fracaso, desvalorización. 18. Pesimismo: anticipar lo peor. 19. Ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo: ideas de pobreza, enfermedad y pérdida.	a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2 a 0 1 2
	TOTAL
PUNTUACION a: desconocen síntoma 0: ausencia 1: síntomas moderados o intermitentes 2: síntomas severos	
INTERPRETACION: 8 o más puntos sugiere presencia de síntomas depresivos importantes. No permiten establecer diagnósticos.	

La Escala de Cornell para la Depresión en la Demencia es un instrumento clínico diseñado para evaluar síntomas depresivos en personas con demencia.

Evaluá 19 ítems distribuidos en 5 áreas:

1. **Estado del ánimo** (tristeza, llanto, ansiedad, etc.)
2. **Signos físicos** (pérdida de peso, falta de apetito, fatiga, etc.)
3. **Ciclos diarios** (alteraciones del sueño, empeoramiento por la mañana)
4. **Ideación suicida**
5. **Problemas de comportamiento** (irritabilidad, agitación, etc.)

0-7 puntos: No hay depresión clínicamente significativa

8 o más puntos: Sospecha de depresión (requiere evaluación más profunda)

Tabla 1 Escala FRAIL

Parámetros	Puntuación
Fatiga (en las últimas cuatro semanas)	1= Todo el tiempo 2= La mayor parte del tiempo 3= Algo de tiempo 4= Muy poco tiempo 5= En ningún momento Las respuestas de «1» o «2» se califican con 1 punto y todas las demás con 0 puntos.
RESISTENCIA: ¿Tiene alguna dificultad para subir 10 escalones sin descansar por usted mismo/a, sin ningún tipo de ayuda?	Sí = 1 punto No = 0 puntos
DEAMBULACIÓN: Por sí mismo/a y sin el uso de ayudas, ¿tiene alguna dificultad para caminar varios cientos de metros?	Sí = 1 punto No = 0 puntos
COMORBILIDAD: Para 11 enfermedades, se pregunta: ¿Alguna vez un/a médico/a le dijo que usted tiene (cada una de las 11 enfermedades)? Las enfermedades son: hipertensión, diabetes, cáncer (que no sea un cáncer de piel de menor importancia), enfermedad pulmonar crónica, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva, angina de pecho, asma, artritis, ictus y enfermedad renal.	De 5 a 11 enfermedades = 1 punto De 0 a 4 enfermedades = 0 puntos
PÉRDIDA DE PESO: - ¿Cuánto pesa con la ropa puesta, pero sin zapatos? [Peso actual] - Y hace un año en (MES, AÑO), ¿cuánto pesaba con la ropa puesta, pero sin zapatos?	El porcentaje de cambio de peso se calcula de la siguiente manera: [(Peso hace un año - Peso actual) / Peso hace un año] * 100. Si la pérdida de peso es ≥ 5% se suma un punto (+1), si es ≤ 4 se puntúa como 0.

La escala FRAIL es una herramienta sencilla y práctica para evaluar la fragilidad en el adulto mayor, un síndrome geriátrico que indica mayor vulnerabilidad ante eventos adversos como caídas, hospitalizaciones o pérdida de independencia.

- **F – Fatiga**
- **R – Resistencia**
- **A – Ambulación**
- **I – Enfermedades (Illnesses)**
- **L – Pérdida de peso (Loss of weight)**

0 puntos: Persona robusta (no frágil)

1-2 puntos: Pre-frágil

3-5 puntos: Frágil

ESCALA DE TINETTI

PARTE I: EQUILIBRIO

INSTRUCCIONES: Sujeto sentado en una silla sin apoyabrazos. Se realizan las siguientes maniobras.

Baremo	EQUILIBRIO SENTADO
0	Se inclina o desliza en la silla.
1	Firme y seguro.
LEVANTARSE	
0	Incapaz sin ayuda.
1	Capaz utilizando los brazos como ayuda.
2	Capaz de levantarse con un intento.
INTENTOS PARA LEVANTARSE	
0	Incapaz sin ayuda
1	Capaz, pero necesita más de un intento.
2	Capaz de levantarse con sólo un intento.
EQUILIBRIO INMEDIATO (5 segundos) AL LEVANTARSE	
0	Inestable (se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco).
1	Estable, pero usa andador, bastón, muletas u otros objetos de soporte.
2	Estable sin usar bastón u otros soportes.
EQUILIBRIO EN BIPEDESTACIÓN	
0	Inestable.
1	Estable con aumento del área de sustentación (los talones separadores más de 10cm) o usa bastón, andador u otro soporte.
2	Base de sustentación estrecha sin ningún soporte.
EMPUJÓN (sujeto en posición firme; pies tan juntos como sea posible. El examinador empuja sobre el esternón del paciente con la palma 3 veces).	
0	Tiende a caerse.
1	Se tambalea, se sujetta, pero se mantiene sólo.
2	Firme.
OJOS CERRADOS (en la posición anterior)	
0	Inestable.
1	Estable.
GIRO DE 360°	
0	Pasos discontinuos.
1	Pasos continuos
0	Inestable (se coge o tambalea).
1	Estable.
SENTARSE	
0	Inseguro (calcula mal distancia, cae en la silla).
1	Usa los brazos o no tiene un movimiento suave.
2	Seguro, movimiento suave.
TOTAL EQUILIBRIO ... / 16	

La Escala de Tinetti, también conocida como **Prueba de Equilibrio y Marcha de Tinetti**, es una herramienta clínica utilizada para **evaluar el equilibrio y la marcha en adultos mayores**, con el objetivo principal de predecir el riesgo de caídas.

25–28 puntos: Bajo riesgo de caídas

19–24 puntos: Riesgo moderado de caídas

<19 puntos: Alto riesgo de caídas

Ayuda a identificar personas con alteraciones funcionales que pueden beneficiarse de fisioterapia o intervenciones preventivas.

También permite **monitorear el progreso** en programas de fortalecimiento o reentrenamiento del equilibrio.

Escala de Zarit

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)

Item	Pregunta a realizar	Puntos
1	¿Siente que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?	
2	¿Siente que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?	
3	¿Se siente tenso cuando tiene que cuidar a su familiar y atender además otras responsabilidades?	
4	¿Se siente avergonzado por la conducta de su familiar?	
5	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
6	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familia?	
7	¿Siente que su familiar depende de usted?	
8	¿Se siente agotado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
9	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
10	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
11	¿Cree que sus relaciones sociales se han visto afectadas por tener que cuidar de su familiar?	
12	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
13	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
14	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	
15	¿Siente que será incapaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	
16	¿Siente que ha perdido el control sobre su vida desde que la enfermedad de su familiar se manifestó?	
17	¿Desearía poder encargar el cuidado de su familiar a otras personas?	
18	¿Se siente inseguro acerca de lo que debe hacer con su familiar?	
19	¿Siente que debería hacer más de lo que hace por su familiar?	
20	¿Cree que podría cuidar de su familiar mejor de lo que lo hace?	
21	En general: ¿Se siente muy sobrecargado por tener que cuidar de su	

Es una herramienta diseñada para **evaluar el nivel de carga o estrés** que experimenta una persona que **cuida a un adulto mayor dependiente**, especialmente en casos de enfermedades crónicas o demencia.

Interpretación:

- **< 21 puntos:** Sobrecarga escasa o nula
- **21–40 puntos:** Sobrecarga leve
- **41–60 puntos:** Sobrecarga moderada
- **> 60 puntos:** Sobrecarga intensa o grave
- Ayuda a **detectar cuidadores en riesgo de fatiga**, depresión o abandono del rol.
- Facilita la planificación de intervenciones psicosociales, grupos de apoyo o respiro familiar.

ESCALA DE YESavage

Pregunta a realizar	Respuesta
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	NO
¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI
¿Siente que su vida está vacía?	SI
¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI
¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	NO
¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI
¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	NO
¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI
¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI
¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI
¿Cree que es agradable estar vivo?	NO
¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI
¿Se siente lleno de energía?	NO
¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI
¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI

También conocida como el **Geriatric Depression Scale (GDS)**, es una herramienta diseñada específicamente para **detectar síntomas de depresión en adultos mayores**.

Interpretación:

- **0–5 puntos:** Estado normal (sin depresión)
- **6–9 puntos:** Depresión leve o probable
- **10–15 puntos:** Depresión moderada a severa
- Es una prueba **de cribado**, no diagnóstica, pero muy útil para **detectar precozmente la depresión en el adulto mayor**.
- Permite **derivar al paciente** para evaluación psiquiátrica o psicológica si es necesario.
- Se usa en hospitales, atención primaria, geriatría y residencias.

ANEXO 10 ESCALA DE HACHINSKI

	PUNTOS
Comienzo brusco	2
Deterioro escalonado	1
Curso fluctuante	2
Desorientación nocturna	1
Preservación relativa de la personalidad	1
Depresión	1
Somatización	1
Labilidad emocional	1
Historia de HTA	1
Historia de ictus previos	2
Evidencia de arteriosclerosis asociada	1
Síntomas neurológicos focales	2
Signos neurológicos focales	2

VALORACIÓN < 4 puntos: probable demencia cortical.

4 - 7 puntos: dudoso o demencia mixta.

>7 puntos: probable demencia multiinfarto.

Útil en el diagnóstico diferencial entre enfermedad de Alzheimer y demencia vascular multiinfártica.

También conocida como **Índice de Hachinski** o **Hachinski Ischemic Score (HIS)**, es una herramienta clínica diseñada para **diferenciar entre la demencia tipo Alzheimer y la demencia de origen vascular** en adultos mayores.

Interpretación:

- **0–4 puntos:** Sugiere demencia tipo Alzheimer (degenerativa)
- **5–6 puntos:** Posible componente mixto (Alzheimer + vascular)
- **≥7 puntos:** Sugiere demencia vascular
- Es de uso común en neurología y geriatría.
- Sirve como complemento a otras evaluaciones cognitivas (como el Mini-Mental o el MOCA).
- Ayuda a orientar decisiones terapéuticas, ya que las **demencias vasculares** pueden beneficiarse de un mejor control de factores **cardiovasculares**.