



## MEDICINA HUMANA

YARELY ARLETTE MORALES SANTIZ

DR. AGENOR ABARCA ESPINOSA

ESCALAS GERIATRICAS

PASIÓN POR EDUCAR

GERIATRIA

6ºA

Comitán de Domínguez Chiapas a 7 de septiembre de 2025

# ESCALAS EN GERIATRIA

**ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE**

Vea directamente a la persona y explíquele lo siguiente: "Le voy a hacer unos preguntas para evaluar su **estado de ánimo**, tome en cuenta únicamente como se ha sentido durante la **última semana**, por favor responda con **Sí o No**".

1 de 8 mexicanos adultos mayores tiene síntomas de depresión mayor por lo que su detección y manejo es una alta prioridad.

La escala de depresión geriátrica tiene una S: 97% y E: 85%



Normal: 0 a 5      Depresión leve: 6 a 9      Depresión establecida: >10

GPC-IMSS-194-10      [@ip\\_enarm](#)

## Detección de depresión

El test de depresión geriátrica de Yesavage es un instrumento útil que permite evaluar la presencia de signos de depresión en adultos mayores

A mayor puntuación, mayores son los indicadores de síntomas de depresión del individuo:

Puntuación	Interpretación
<b>0-10</b>	Valoración del estado de ánimo normal
<b>11-14</b>	Depresión moderada
<b>&gt;14</b>	Depresión severa

GDS	COMENTARIOS
1 Ausencia de deterioro	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay deterioro cognitivo subjetivo ni objetivo</li> </ul>
2 Déficit cognitivo muy leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Quejas subjetivas</b> de perdida de memoria (nombres de personas, citas, etc.).</li> <li>• No se objetiva déficit en el examen clínico.</li> <li>• Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología</li> </ul>
3 Déficit cognitivo leve	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dificultad para recordar palabras y nombres, retener información</li> <li>• Perdida en un lugar no familiar, pierde o coloca erróneamente objetos de valor, rendimiento laboral pobre</li> <li>• Déficit en <b>tareas ocupacionales y sociales</b> complejas que generalmente observan familiares y amigos.</li> </ul>
4 Déficit cognitivo moderado	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en tiempo y persona, en reconocimiento de caras familiares, capacidad de viajar a lugares conocidos</li> <li>• Defectos en olvido de hechos cotidianos o recientes y en el recuerdo de su historia personal.</li> <li>• Negación del deterioro. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incapacidad para planificar viajes, finanzas o <b>AVD complejas</b></li> </ul> </li> </ul>

## Detección de depresión

La Escala de Deterioro Global (GDS) diseñada para evaluar el nivel de deterioro cognitivo en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer y otras demencias

Un valor de 1 indica ausencia de deterioro, mientras que un 7 refleja una pérdida severa de funciones cognitivas y capacidades funcionales

**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
<b>VALORACIÓN</b> < 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 multiinfartoica.	

### Diferenciar Alzheimer, demencia vascular, demencia

Diseñada para evaluar síntomas como confusión, problemas de memoria, dificultades para hablar y caminar, nos ayuda a detectar posibles casos de enfermedad vascular cerebral

Los pacientes con un score de 7 o superior se clasifican como demencia multi-infarto, y los pacientes con un score de  $<= 4$  se clasifican como demencia degenerativa primaria, una puntuación de 5 o 6 se considera como un valor intermedio, y por lo general, se designa como demencia mixta

### Escala de Zarit

Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit (Caregiver Burden Interview)		
Ítem	Pregunta a realizar	Puntuación
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	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?	
6	¿Cree que la situación actual afecta de manera negativa a su relación con amigos y otros miembros de su familia?	
7	¿Siente temor por el futuro que le espera a su familiar?	
8	¿Siente que su familiar depende de usted?	
9	¿Se siente agobiado cuando tiene que estar junto a su familiar?	
10	¿Siente que su salud se ha resentido por cuidar a su familiar?	
11	¿Siente que no tiene la vida privada que desearía debido a su familiar?	
12	¿Cree que su vida social se ha visto afectada por tener que cuidar de su familiar?	
13	¿Se siente incómodo para invitar amigos a casa, a causa de su familiar?	
14	¿Cree que su familiar espera que usted le cuide, como si fuera la única persona con la que puede contar?	
15	¿Cree que no dispone de dinero suficiente para cuidar a su familiar además de sus otros gastos?	

### Evalúa sobrecarga del cuidador

El objetivo es saber en qué situación se encuentra el cuidados para tomar medidas a tiempo y evitar que su trabajo empiece a mermar su calidad de vida

Inferior a 46 puntos	Entre 46 y 56 puntos	Mayor de 56 puntos
No tienes sobrecarga, por lo tanto, tu bienestar no se está viendo afectado por los cuidados a tu familiar.	Hay una sobrecarga leve que hay que abordar para evitar que prospere y acabe impactando en tu vida.	Aquí hay una sobrecarga evidente y hay que tomar decisiones. Hay riesgo de depresión y ansiedad.



Criterios diagnósticos para delirium

El CAM ayuda a los profesionales de la salud a evaluar e identificar sistemáticamente la presencia de delirio en función de cuatro características clave

El diagnóstico de delirio requiere la presencia de las primeras 2 características más una de las segundas 2 características

## Escala de Tinetti

### ESCALA DE TINETTI PARA LA MARCHA:

Con el paciente caminando a su paso usual y con la ayuda habitual (bastón o andador).

1. Inicio de la marcha	Cualquier vacilación o varios intentos por empezar	0
	Sin vacilación	1
2. Longitud y altura del paso	A) Balanceo del pie derecho	
	No sobrepasa el pie izquierdo	0
	Sobrepasa el pie izquierdo	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1
	B) Balanceo del pie izquierdo	
	No sobrepasa el pie derecho	0
	Sobrepasa el pie derecho	1
	No se levanta completamente del piso	0
	Se levanta completamente del piso	1

PUNTUACIÓN TOTAL DE LA MARCHA (Max. 12)

PUNTUACIÓN TOTAL GENERAL (max.28)

Valora equilibrio y marcha de síndrome de caídas

Lo que queremos averiguar es el riesgo de caídas que puede tener

Una puntuación menor de 19 puntos implicará un alto riesgo de caídas, una puntuación de 19 a 24 reflejará riesgo medio de caídas y una puntuación de 25 a 28 indicará bajo riesgo de caídas.

## INSTRUMENTOS DIAGNÓSTICOS PROPUESTA DE ENSRUD EN MEXICO

- Perdida de al menos 5% de peso independiente de si fue intencionado o no en los últimos tres años
- Inabilidad para levantarse de una silla cinco veces sin utilizar los brazos
- Nivel de energía reducida utilizándose la pregunta ¿se siente Ud. Lleno de energía? considerándose un NO como respuesta

Criterios para diagnosticar  
síndrome de fragilidad

Los criterios que se toman en cuenta son:

1.- Velocidad de la marcha, 2.- Disminución de la actividad física, 3.- Pérdida de peso no intencionada, 4.- Debilidad, 5.- Disminución de la fuerza de prensión

**Anciano Frágil** dos o tres criterios

**Anciano Pre frágil** presenta un criterio

**Anciano Robusto**, no presenta criterios

Estos criterios presentaron eficacia similar para predecir; caídas, fracturas, discapacidad y muerte tanto en hombres como en mujeres

### ESCALA DE CORNELL PARA LA DEPRESIÓN EN DEMENCIA

Nombre y Apellidos: \_\_\_\_\_ Historia nº: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Ausente o no aparece	Ligero o intermitente	Grave o frecuente	Imposible de puntuar
----------------------	-----------------------	-------------------	----------------------

#### Alteraciones del humor

1. Ansiedad	0	1	2	8
2. Tristeza	0	1	2	8
3. Incapacidad para disfrutar con sucesos agradables	0	1	2	8
4. Irritabilidad	0	1	2	8

#### Trastornos de conducta

5. Agitación	0	1	2	8
6. Enlentecimiento	0	1	2	8
7. Quejas físicas múltiples	0	1	2	8
8. Pérdida de intereses	0	1	2	8

#### Signos físicos

9. Apetito	0	1	2	8
10. Pérdida de peso	0	1	2	8
11. Pérdida de energía	0	1	2	8

#### Ritmos circadianos

12. Variación diurna del ánimo	0	1	2	8
13. Dificultad para conciliar el sueño	0	1	2	8
14. Despertares nocturnos frecuentes durante el sueño	0	1	2	8
15. Despertar antes de lo habitual	0	1	2	8

#### Alteraciones del pensamiento

16. Riesgo de suicidio	0	1	2	8
17. Baja autoestima	0	1	2	8
18. Pessimismo	0	1	2	8
19. Delirios congruentes con el estado de ánimo	0	1	2	8

#### Puntos de Corte:

0 - 8: No depresión  
9 - 11: Depresión leve  
12 o más: Depresión moderada o grave

**TOTAL**

Evaluá depresión en pacientes con  
demencia

Los resultados se interpretan sumando las puntuaciones individuales de cada ítem, obteniendo un valor total que varía entre 0 y 38; un puntaje  $\geq 8$  sugiere la presencia de depresión probable, mientras que valores menores indican ausencia o síntomas leves

## 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)<sup>2</sup>

- 0 = IMC < 19 kg/m<sup>2</sup>  
1 = 19 ≤ IMC < 21 kg/m<sup>2</sup>  
2 = 21 ≤ IMC < 23 kg/m<sup>2</sup>  
3 = IMC ≥ 23 kg/m<sup>2</sup>.

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

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

### 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, deseararlo 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.

## Búsqueda de malnutrición en el anciano

La interpretación del Short Form 36 (SF-36) se basa en la evaluación de ocho dimensiones de la salud, cuyos puntajes varían entre 0 y 100, donde valores más altos indican mejor estado de salud

## Evalúa actividades básicas de la vida diaria

Permite evaluar la necesidad de tener una ayuda suplementaria para alguna situación puntual

0 puntos: la persona posee una imposibilidad total de realizar la actividad sin una ayuda externa.

1 punto: existen probabilidades de que la persona lleve a cabo la actividad con una ayuda parcial de un tercero. Sin embargo, la asistencia resulta imprescindible.

2 puntos: la actividad puede ser realizada de forma independiente, aunque con dificultades físicas.

3 puntos: La persona no requiere de ninguna ayuda

## CLASIFICACIÓN DEL ÍNDICE DE KATZ

Alimentación	Se evalúa la capacidad de alimentarse de forma dependiente o independiente.
Baño	Representa la posibilidad de bañarse con o sin ayuda.
Movilidad	Implica los movimientos de un lugar hacia otro, tomando como referencia la necesidad de utilizar bastón, silla de ruedas u otros objetos para sostenerse.
Uso del inodoro	Se toma en cuenta si la persona puede hacer sus necesidades en el retrete con o sin la ayuda de terceros.
Vestido	Comprobar la capacidad de ponerse ropa y calzado de forma autónoma o con ayuda de otra persona.
Continencia urinaria y fecal	Se evalúa si la persona puede orinar y defecar en lugares específicos.

## ESCALA LAWTON Y BRODY

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO		
Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1	
Es capaz de marcar bien algunos números familiares		
Es capaz de contestar al teléfono pero no de marcar	1	
No es capaz de usar el teléfono		
HACER COMPRAS		
Realiza independientemente todas las compras necesarias	1	
Realiza independientemente pequeñas compras	0	
Necesita la acompañanza 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 las comidas si se le sirven las materias primas para 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 para todas las tareas 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	0	
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 otro medio de transporte	1	
Viaja en transporte público cuando va a acompañado/a por otra persona	1	
Solo utiliza el taxi o el automóvil 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 ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por si solo/a	1	
Necesita ayuda en grandes compras, bancos...	1	
Incapaz de manejar dinero	0	

Evalúa actividades instrumentales diarias

0 si la realiza de manera dependiente

1 si la realiza de manager independiente

De este modo, se recuentan las preguntas y, cuanto más cerca esté la persona de alcanzar el 8, eso indicará que cuenta con una mayor independencia



Evalúa actividades básicas de la vida cotidiana

Los diez puntos se otorgan cuando el sujeto es totalmente independiente para la acción referida en el ítem, los cinco cuando necesita ayuda para aspectos concretos o cuando ocasionalmente tiene dificultades y los cero puntos se dan cuando el sujeto es dependiente en dicha actividad