

Escala Global de Deterioro (EGD)

Authored by
memjavad

April 23, 2026

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2026). *Escala Global de Deterioro (EGD)*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=10585>

Escala de Deterioro Global (GDS)

Campos Disciplinarios Primarios: Geriátría, Neurología, Psiquiatría Geriátrica y Psicología Clínica.

1. Definición Central y Marco Teórico de la GDS

La **Escala de Deterioro Global** (GDS, por sus siglas en inglés), también conocida popularmente como la **Escala de Reisberg**, constituye un sistema de clasificación clínica diseñado para evaluar y estadiar el progreso de la [demencia](#) degenerativa primaria, específicamente en pacientes que padecen la [enfermedad de Alzheimer](#). Este instrumento permite a los profesionales de la salud categorizar el nivel de deterioro cognitivo y funcional de un individuo en un espectro que abarca siete etapas distintas, que van desde la normalidad cognitiva absoluta hasta el deterioro cognitivo muy grave. La relevancia de la GDS radica en su capacidad para proporcionar un lenguaje común entre médicos, investigadores y cuidadores, facilitando la comprensión de la trayectoria natural de la enfermedad.

A diferencia de otras herramientas psicométricas que se centran exclusivamente en pruebas de memoria o lenguaje, la GDS integra observaciones sobre el comportamiento cotidiano, la capacidad de autocuidado y la competencia social del paciente. Su enfoque es eminentemente observacional y clínico, permitiendo identificar cambios sutiles en las fases preclínicas que a menudo pasan desapercibidos en evaluaciones más superficiales. Al fundamentarse en la progresión jerárquica de la pérdida de funciones, la escala asume que el deterioro sigue un patrón predecible, lo que resulta esencial para la planificación de intervenciones terapéuticas y el apoyo a las familias.

Desde una perspectiva teórica, la GDS se apoya en el concepto de **retrogénesis**, una hipótesis que sugiere que el proceso de degeneración en la enfermedad de Alzheimer sigue el orden inverso al desarrollo humano normal. Así, las funciones que se adquieren al final de la infancia y la adolescencia son las primeras en perderse, mientras que los reflejos primarios y las funciones biológicas básicas son las últimas en verse afectadas. Este marco conceptual otorga a la GDS una base sólida para interpretar no solo la pérdida de memoria, sino también la regresión en las habilidades motoras y sociales del paciente geriátrico.

2. Etimología y Evolución Histórica de la Escala

La creación de la **Escala de Deterioro Global** se atribuye al **Dr. Barry Reisberg** y su equipo de investigación en la Facultad de Medicina de la [Universidad de Nueva York](#) (NYU). Desarrollada a principios de la década de 1980, la escala surgió ante la necesidad imperiosa de contar con un método estandarizado que permitiera describir la evolución clínica de los pacientes con sospecha

de Alzheimer. En aquel periodo, el diagnóstico de la demencia carecía de la precisión necesaria para diferenciar los olvidos benignos asociados a la edad de los síntomas prodrómicos de un trastorno neurodegenerativo mayor.

El desarrollo histórico de la GDS está intrínsecamente ligado al avance en la comprensión de la nosología de las demencias. Antes de su implementación, los términos utilizados para describir el estado del paciente eran vagos y variaban significativamente entre instituciones. El trabajo de Reisberg permitió establecer criterios claros que correlacionaban el deterioro cognitivo con cambios neuropatológicos específicos observados en estudios post-mortem. A lo largo de los años, la escala ha sido validada en múltiples contextos internacionales, convirtiéndose en un estándar de oro para la investigación clínica y los ensayos farmacológicos dirigidos a ralentizar el avance del Alzheimer.

A medida que la medicina geriátrica evolucionó, la GDS se complementó con otros instrumentos desarrollados por el mismo autor, como la escala **FAST** (Functional Assessment Staging Tool), que detalla con mayor precisión las etapas finales del deterioro funcional. La integración de estos sistemas ha permitido que la GDS mantenga su vigencia en el siglo XXI, adaptándose a las nuevas exigencias de la medicina de precisión y a la necesidad de diagnósticos más tempranos. Su evolución refleja el cambio de paradigma desde una visión puramente diagnóstica hacia una visión de gestión integral del ciclo de vida del paciente con demencia.

3. Análisis de las Etapas Iniciales: Del Estado Normal al Olvido Benigno

Las primeras etapas de la GDS son fundamentales para el diagnóstico diferencial, ya que se sitúan en la frontera entre el envejecimiento saludable y el inicio de la patología. La **Etapa 1** se define como la ausencia de deterioro cognitivo. En este nivel, el individuo no manifiesta quejas subjetivas de memoria ni se observan déficits en la entrevista clínica. Es el estado de normalidad esperado para cualquier adulto sano, donde las funciones ejecutivas y la memoria episódica operan de manera óptima según la edad y el nivel educativo del sujeto.

La **Etapa 2**, denominada a menudo como "olvido benigno de la senectud" o deterioro cognitivo muy leve, se caracteriza por quejas subjetivas del paciente. Las personas en esta fase suelen reportar que olvidan dónde han dejado objetos cotidianos o que experimentan dificultades para recordar nombres familiares. Sin embargo, no existen pruebas objetivas de déficit de memoria en el examen clínico ni problemas en el entorno laboral o social. Es una etapa crítica donde la ansiedad del paciente puede aumentar, aunque funcionalmente sigue siendo totalmente independiente y capaz de compensar sus pequeños fallos.

Es importante destacar que la distinción entre la Etapa 1 y la Etapa 2 es puramente subjetiva. Desde un punto de vista clínico, muchos individuos permanecen en la Etapa 2 durante años sin progresar hacia una demencia franca. No obstante, en el contexto de la GDS, esta etapa sirve

como un marcador de vigilancia. La intervención en este punto suele centrarse en la educación del paciente, la promoción de estilos de vida saludables y el manejo de factores de riesgo vascular que podrían acelerar una transición hacia estados más graves de deterioro.

4. El Límite de la Patología: Deterioro Cognitivo Leve y Confusión Temprana

La **Etapa 3** representa el punto de inflexión clínico conocido como [Deterioro Cognitivo Leve](#) (DCL). En esta fase, los déficits comienzan a ser evidentes para las personas cercanas al paciente y pueden ser detectados mediante pruebas neuropsicológicas detalladas. Los síntomas comunes incluyen la desorientación en lugares desconocidos, la disminución del rendimiento laboral notable para los compañeros y la dificultad persistente para encontrar palabras o recordar nombres de personas recién conocidas. El paciente puede empezar a perder objetos de valor y mostrar una capacidad reducida para retener información de lo que lee.

Durante la Etapa 3, la **negación** suele aparecer como un mecanismo de defensa psicológico predominante. El individuo intenta ocultar sus fallos cognitivos, lo que puede generar episodios de ansiedad o irritabilidad ante tareas que antes resultaban sencillas. A pesar de estos desafíos, las actividades básicas de la vida diaria (como vestirse o afeitarse) permanecen intactas, aunque las actividades instrumentales más complejas, como la gestión de finanzas personales o la planificación de eventos sociales, empiezan a mostrar signos de desorganización.

El diagnóstico de la Etapa 3 es vital porque es el momento óptimo para iniciar terapias no farmacológicas y planificar el futuro legal y médico del paciente. En muchos estudios clínicos, esta es la fase donde se prueban nuevos fármacos modificadores de la enfermedad. La GDS permite a los facultativos monitorizar si un paciente se estabiliza en este nivel o si, por el contrario, comienza el declive hacia la **Etapa 4**, que marca formalmente el inicio de la demencia en grado leve.

5. La Transición a la Demencia: Etapas de Confusión Moderada y Grave

La **Etapa 4**, o demencia leve, se manifiesta como un síndrome de confusión moderada. El paciente presenta una disminución clara en la capacidad para realizar tareas complejas, como manejar sus propias finanzas, realizar compras de manera independiente o planificar una cena para invitados. La memoria de eventos recientes se ve significativamente afectada, y el individuo puede mostrar un conocimiento disminuido sobre su propia biografía o eventos actuales. Es común observar un aplanamiento afectivo y el aislamiento de situaciones sociales desafiantes.

Al avanzar hacia la **Etapa 5**, el deterioro se clasifica como moderadamente grave. En este punto, el paciente ya no puede sobrevivir sin algún tipo de asistencia. La desorientación temporal y espacial es frecuente; por ejemplo, el individuo puede no recordar su dirección actual o el nombre de la estación del año. Sin embargo, suelen conservar el conocimiento de los nombres de su cónyuge e hijos. Funcionalmente, el paciente puede necesitar ayuda para elegir la ropa adecuada

según la ocasión o el clima, aunque todavía mantiene la capacidad de alimentarse y usar el sanitario de forma autónoma.

Estas etapas intermedias son las más prolongadas y demandantes para los cuidadores primarios. La pérdida de la independencia funcional conlleva una carga emocional profunda para la familia. La GDS ayuda a anticipar estas necesidades, permitiendo que los servicios de apoyo social intervengan antes de que ocurra una crisis de cuidado. La progresión en estas fases está marcada por una vulnerabilidad creciente a infecciones y accidentes domésticos, lo que requiere una supervisión más constante y adaptaciones en el entorno del hogar para garantizar la seguridad del paciente.

6. El Estadio Final: Deterioro Cognitivo Muy Grave y Pérdida Funcional

La **Etapas 6** de la GDS se define como un deterioro cognitivo grave o demencia moderadamente grave. En esta fase, el paciente puede olvidar ocasionalmente el nombre de la persona de la que depende para su supervivencia. La desorientación es casi total respecto al tiempo y al espacio circundante. Se producen cambios significativos en la personalidad y la conducta, como delirios, ansiedad persistente, agitación o conductas obsesivas. A nivel funcional, el individuo requiere asistencia para casi todas las actividades diarias, incluyendo vestirse, bañarse y, eventualmente, controlar los esfínteres.

Finalmente, la **Etapas 7** representa el deterioro cognitivo muy grave o demencia grave. En este estadio terminal, se pierden todas las capacidades verbales; el habla puede reducirse a palabras sueltas o gruñidos ininteligibles. El paciente pierde la capacidad de caminar de forma independiente, de sentarse sin apoyo y, por último, de sonreír. El cerebro parece haber perdido la capacidad de decirle al cuerpo qué hacer. La rigidez muscular y los reflejos anormales son comunes, y la deglución se vuelve extremadamente difícil, lo que aumenta el riesgo de neumonía por aspiración.

La gestión de la Etapa 7 se centra casi exclusivamente en los **cuidados paliativos** y el mantenimiento de la dignidad del paciente. El objetivo terapéutico se desplaza desde la preservación cognitiva hacia el confort, el manejo del dolor y la prevención de complicaciones cutáneas como las úlceras por presión. La GDS proporciona en este nivel un marco ético para que los familiares y médicos tomen decisiones informadas sobre la limitación del esfuerzo terapéutico, priorizando siempre la calidad de vida en los momentos finales de la enfermedad.

7. Metodología de Aplicación y Criterios de Diagnóstico Diferencial

La aplicación correcta de la **Escala de Deterioro Global** requiere una entrevista clínica exhaustiva que involucre tanto al paciente como a un informante fiable (generalmente un familiar cercano o un cuidador). El profesional debe evaluar no solo las respuestas directas del sujeto,

sino también su comportamiento no verbal y la coherencia de su relato vital. Es fundamental descartar otras condiciones que podrían simular un deterioro cognitivo, como la depresión mayor (seudodemencia depresiva), deficiencias vitamínicas o trastornos metabólicos, antes de asignar una etapa definitiva en la escala.

La GDS se distingue por su enfoque cualitativo, lo que la diferencia de herramientas cuantitativas como el **Mini-Mental State Examination** (MMSE). Mientras que el MMSE ofrece una puntuación numérica basada en tareas específicas, la GDS ofrece una descripción fenomenológica del estado del paciente. Muchos clínicos utilizan ambos instrumentos de forma complementaria: el MMSE para medir la magnitud del déficit y la GDS para situar al paciente en una etapa evolutiva con implicaciones pronósticas claras. La correlación entre ambas escalas suele ser alta, pero la GDS es preferida para la comunicación con familias debido a su lenguaje descriptivo.

Además, la escala exige una observación longitudinal. Una sola evaluación puede ser insuficiente para determinar la etapa exacta, especialmente en las fases de transición. El médico debe considerar la velocidad del declive y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos asociados. En la práctica moderna, la GDS se integra a menudo con biomarcadores de imagen (como la resonancia magnética o el PET) para confirmar que el deterioro observado se debe efectivamente a una patología neurodegenerativa y no a otras causas de deterioro cognitivo reversible.

8. Significado Clínico, Impacto Social y Gestión del Cuidado

El impacto de la GDS en la medicina geriátrica es incalculable, ya que ha permitido estandarizar los niveles de cuidado necesarios para cada etapa de la enfermedad. Socialmente, la escala ayuda a desestigmatizar la demencia al presentarla como un proceso biológico con etapas predecibles, en lugar de un castigo inevitable de la vejez o una locura incomprensible. Para las instituciones de salud, la GDS es una herramienta esencial para la asignación de recursos, permitiendo determinar qué pacientes requieren cuidados domiciliarios, centros de día o ingreso en residencias especializadas.

Desde el punto de vista de la gestión del cuidado, la escala actúa como una hoja de ruta para la familia. Saber que su ser querido se encuentra en la **Etapa 4** permite a los cuidadores prepararse para los desafíos de la **Etapa 5**, como la necesidad de supervisión constante. Esta anticipación es crucial para prevenir el síndrome del cuidador quemado, una condición de agotamiento físico y mental que afecta a quienes asisten a pacientes con demencia. La GDS facilita la creación de planes de cuidado personalizados que evolucionan junto con el paciente, garantizando que las intervenciones sean siempre apropiadas para su nivel de competencia cognitiva.

Asimismo, la GDS posee una relevancia legal significativa. En muchos sistemas jurídicos, la asignación a una etapa avanzada de la escala puede ser utilizada como evidencia en procesos de incapacitación legal o para la activación de testamentos vitales y poderes notariales. Al

proporcionar una medida objetiva y reconocida internacionalmente del deterioro, la escala protege los derechos del paciente y asegura que las decisiones sobre su patrimonio y salud se tomen basándose en criterios médicos sólidos y documentados.

9. Críticas, Limitaciones y Comparativa con Instrumentos Modernos

A pesar de su amplia aceptación, la **Escala de Deterioro Global** no está exenta de críticas. Una de las principales limitaciones señaladas por los investigadores es su enfoque predominantemente lineal. Algunos pacientes pueden presentar perfiles cognitivos atípicos donde, por ejemplo, el lenguaje se ve gravemente afectado mientras la memoria espacial permanece relativamente preservada, lo que dificulta su clasificación en una sola etapa. Además, la GDS fue diseñada originalmente para la enfermedad de Alzheimer típica, por lo que su sensibilidad puede ser menor en otras formas de demencia, como la [demencia frontotemporal](#) o la demencia con cuerpos de Lewy.

Otra crítica frecuente es la subjetividad inherente a la evaluación clínica. La asignación de una etapa depende en gran medida del juicio del médico y de la precisión de la información proporcionada por los familiares, la cual puede estar sesgada por la negación o el estrés emocional. En respuesta a esto, han surgido escalas más detalladas y herramientas digitales que buscan objetivar el deterioro mediante el análisis del habla, la marcha y otros biomarcadores digitales. Sin embargo, ninguna de estas herramientas ha logrado desplazar la utilidad clínica y la simplicidad de la GDS en la práctica diaria.

En comparación con instrumentos más modernos como la escala **CDR** (Clinical Dementia Rating), la GDS es considerada a veces menos sensible para detectar cambios muy finos en las etapas de transición. No obstante, su facilidad de uso y su capacidad para describir el declive funcional global la mantienen como una herramienta indispensable. El debate actual no se centra en reemplazar la GDS, sino en cómo integrarla con los nuevos criterios diagnósticos basados en biomarcadores de amiloide y tau, buscando una correlación más estrecha entre la clínica observable y la patología molecular subyacente.

Lecturas Adicionales

Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. [American Journal of Psychiatry](#).

Alzheimer's Association. [Etapas de la enfermedad de Alzheimer](#).

Organización Mundial de la Salud (OMS). [Demencia: Datos y cifras](#).

National Institute on Aging (NIA). [Stages of Alzheimer's Disease](#).

Wikipedia. [Escala de deterioro global](#).