



**CENTRO MUNICIPAL DIURNO "EL HOGAR DE LOS ABUELOS"**  
**"Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM"**

**FICHA DE VALORACIÓN PSICOSOCIAL ADULTO MAYOR**

**NOMBRE:**.....  
**APELLIDOS:**.....  
**EDAD:**.....  
**LUGAR DE RESIDENCIA:**.....  
**DIRECCION:**  
 .....  
**TELEFONO:**.....

**I.-SITUACION FAMILIAR Y DE CONVIVENCIA**

Con quién vive?  
 Solo ( ) Cónyuge/pareja ( ) Otros familiares ( )  
 Nombres ?.....  
 .....

Realizar una breve descripción de las relaciones familiares más importantes sean o no convivientes.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**II.-SITUACION DE LA VIVIENDA**

La vivienda en que reside es: Propia ( ) Alquilada ( ) Prestada ( ) Otra ( )  
 Especificar:.....  
 Barreras arquitectónicas: Internas ( ) Externas ( )  
 Servicios Básicos: Agua ( ) Luz ( ) Alcantarillado ( ) Teléfono:( )  
 Accesibilidad: Aislamiento: ( ) Accesibilidad Deficiente: ( ) Céntrica: ( ) Otros: ( )

**III.-RECURSOS ECONOMICOS.-** Recibe Pensión: Si ( ) No ( ) En caso afirmativo que tipo de pensión recibe Jubilación ( ) No Contributiva ( ) Invalidez ( ) Viudez ( ) Otras

Tiene otros ingresos económicos Si ( ) No ( )  
 De dónde proceden estos ingresos Rentas ( ) Ayuda Familiares ( ) Otras ayudas institucionales ( ) Otros ( ) Especifique ( )

Cómo llega a final de mes con los ingresos económicos Muy Bien ( ) Bien ( ) Justo ( ) Mal ( ) Muy Mal ( ) IV.-



**IV.- RED SOCIAL DE APOYO.-** Ocupa el tiempo libre en actividades Si ( ) No ( )

Cuáles?.....

Ha tenido que dejar alguna actividad en la que ocupaba el tiempo libre en este último año Si ( ) No ( )

Porque.....

Sale usted de su domicilio Si ( ) No ( )

Dónde.....

Acude a alguna organización o centro.-

1 o más veces a la semana ( )

1 o más veces al mes ( )

Menos de 1 vez al mes ( )

En qué actividad de la organización participa Baile ( ) Excursiones ( ) Juegos ( ) Otros ( )

Especificar.....

Recibe visitas a domicilio Si ( ) No ( ) En caso afirmativo ¿Quiénes lo visitan? Familiares ( )

Amigos ( ) Vecinos ( ) Otros ( ) Especificar .....

A través de quienes obtiene la información que necesita conocer?

.....

Cuando necesita hablar con alguien: Tiene con quién? Si ( ) No ( )

Se siente acompañado? Si ( ) No ( )

**V.- PERDIDAS.-** Ha Perdido a su pareja en el último año? Si ( ) No ( )

Ha perdido a algún familiar y/o amigo cercano/a en el último año? Si ( ) No ( )

En caso afirmativo ¿Cuál?

.....

.

**Responsable de levantamiento de información:**

**Nombre:**.....

**Firma:** .....

**Fecha:**.....



ACCIÓN  
SOCIAL  
MUNICIPAL

San Roque y el Batán  
Teléfonos: (07) 2815 420/ 2815 800  
Cuenca, Ecuador  
[www.cuenca.gob.ec](http://www.cuenca.gob.ec)

@asmunicipal

**CENTRO MUNICIPAL DIURNO "EL HOGAR DE LOS ABUELOS"**  
"Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM"

**REGISTRO DE INGRESO**

FECHA: .....

PROFESIONAL RESPONSABLE.....

**1.- DATOS DE IDENTIFICACION DE LA PAM**

<b>APELLIDO PATERNO</b>	<b>APELLIDO MATERNO</b>	<b>NOMBRES</b>
-------------------------	-------------------------	----------------

<b>EDAD</b>	<b>SEXO</b>
-------------	-------------

<b>LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO</b>					
<b>DIA</b>	<b>MES</b>	<b>AÑO</b>	<b>PROVINCIA</b>	<b>CANTON</b>	<b>C.IDENTIDAD</b>

<b>DIRECCION DOMICILIARIA ACTUAL</b>		
<b>PARROQUIA</b>	<b>CALLE PRINCIPAL</b>	<b>No.</b>
<b>CALLE SECUNDARIA</b>	<b>REFERENCIA</b>	<b>TELEFONO:</b>

<b>ESTADO CIVIL:</b>	SOLTERO/A ( )		
CASADO/A ( )	VIUDO/A ( )	DIVORCIADO/A ( )	No. HIJOS
<b>NOMBRE DEL CONYUGE:</b>			

<b>INST. PRIM</b>	<b>SECUNDARIA</b>	<b>SUPERIOR</b>	<b>NINGUNA</b>
-------------------	-------------------	-----------------	----------------

<b>JUBILADO/A</b>	SI ( )	NO( )	IESS ( )	ISSFA ( )	MSP ( )	OTROS ( )
-------------------	--------	-------	----------	-----------	---------	-----------

<b>INGRESOS MENSUALES: \$</b>
<b>CON QUIEN VIVE:</b> SOLO ( ) ESPOSA/O HIJ@S ( ) HERMAN@ ( ) OTROS ( )
<b>NOMBRE DE LA PERSONA CON QUIEN VIVE:</b>
<b>MOTIVO DE INGRESO:</b> .....
.....
.....

GENOGRAMA
EVALUACION PSICOLOGICA..... ..... ..... ..... .....
EVALUACION FISICA..... ..... ..... ..... .....
EVALUACION GERONTO GERIATRA..... ..... ..... ..... .....
DIAGNOSTICO..... .. ..... ..... .....
SOLUCIONES..... ..... ..... ..... .....
RECOMENDACIONES..... ..... ..... ..... .....

\_\_\_\_\_  
**FIRMA COORDINADOR**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA PROFESIONALES**



**CENTRO MUNICIPAL DIURNO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”  
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

**ANEXOS**

**ANEXO 1. TAMIZAJE RÁPIDO DE LAS CONDICIONES GERIÁTRICAS**

<b>PROBLEMA</b>	<b>ACCION</b>	<b>RESULTADO</b>
<b>VISION</b>	Dos acciones: 1. Pregunte: ¿tiene Ud. dificultad para ver la televisión, leer o ejecutar cualquier actividad de la vida diaria a causa de su vista? 2. En caso afirmativo, evalúe una carta de Snellen con el uso de corrección óptica, si la tiene	Respuesta afirmativa e incapacidad para leer > 20 / 40 en carta de Snellen
<b>AUDICION</b>	Susurre al oído ¿me escucha Ud.?, de ambos lados.	No responde.
<b>MOVILIDAD DE PIERNAS</b>	Tome el tiempo luego de pedir al sujeto: “Levántese de la silla, camine 5 metros rápidamente, de la vuelta y vuelva a sentarse”.	Incapaz de completar la tarea en 15 segundos o menos.
<b>INCONTINENCIA URINARIA</b>	Dos partes: 1. Pregunte: “¿en el último año, alguna vez se ha mojado al perder involuntariamente orina? 2. De ser así pregunte: ¿ha perdido involuntariamente orina en al menos 6 días diferentes?	Respuesta afirmativa a las dos preguntas
<b>NUTRICION, PERDIDA DE PESO</b>	Dos partes: 1. Pregunte: ¿ha perdido Ud., involuntariamente, 4.5 kg (10 lb) o más en los últimos 6 meses? 2. Pese al paciente.	Respuesta afirmativa o peso < de 45.5 kg2
<b>MEMORIA</b>	Mencione tres objetos: árbol, perro y avión. Al cabo de un minuto pida que recuerde los tres objetos mencionados.	Incapaz de recordar los tres objetos.
<b>DEPRESION</b>	Pregunte: ¿Se siente Ud. triste o deprimido?	Respuesta afirmativa.
<b>INCAPACIDAD FISICA</b>	Seis preguntas. ¿Es Ud. capaz de: 1. ejecutar acciones pesadas como andar en bicicleta o caminar rápidamente? 2. ¿Realizar tareas pesadas en el hogar como lavar ventanas, pisos o paredes? 3. ¿Salir de compras? 4. ¿Ir a lugares a donde tenga que tomar algún medio de transporte? 5. ¿Bañarse solo, en tina, ducha o regadera? 6. ¿Vestirse sin ayuda alguna?	Respuesta negativa a cualquiera de las preguntas

**CENTRO MUNICIPAL DIURNO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”  
“POR UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO Y SALUDABLE DE LAS PAM”**

FECHA:.....

**ANEXO 2.-. EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD) ÍNDICE DE KATZ MODIFICADO**

ACTIVIDADES	I	A	D
Se baña			
Se viste y desviste			
Apariencia personal			
Uso de inodoro			
Continencia micción defecación			
Trasladarse, acostarse, levantarse			
Caminar			
Se alimenta			

I = INDEPENDIENTE;

A = AYUDA;

D = DEPENDIENTE

Independiente = 2 Ayuda = 1 Dependiente = 0

Puntuación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Puntuación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Puntuación \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

El índice de Katz asigna la puntuación de 2 puntos a la actividad que se hace sin apoyo o con mínima ayuda, o sea independientemente (I);

1 punto si necesita moderado nivel de ayuda (A);

y 0 si es totalmente dependiente (D).

Esta puntuación inicial es significativa como medida de base y su disminución a lo largo del tiempo indica deterioro; también puede servir para clasificar a la población objeto en una escala continua de más o menos autonomía.

El índice de Katz tiene la ventaja, de facilitar y prever el orden en la pérdida de funciones e intensificar la intervención sobre ellas.

**CENTRO MUNICIPAL DIURNO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”**  
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”

**ANEXO 3.- EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)3 CUADRO.**  
**ESCALA DE LAWTON Y BRODY MODIFICADA**

<p><b>CIUDAR LA CASA</b></p> <p>Cuida la casa sin ayuda 1</p> <p>Hace todo, menos el trabajo pesado 2</p> <p>Tareas ligeras únicamente 3</p> <p>Necesita ayuda para todas las tareas 4</p> <p>Incapaz de hacer nada 5</p>	<p><b>USO DEL TELEFONO</b></p> <p>Capaz de utilizarlo sin problemas 1</p> <p>Sólo para lugares muy familiares 2</p> <p>Puede contestar pero no llamar 3</p> <p>Incapaz de utilizarlo 4</p>
<p><b>LAVADO DE ROPA</b></p> <p>Lo realiza personalmente 1</p> <p>Solo lava pequeñas prendas 2</p> <p>Es incapaz de lavar 3</p>	<p><b>USO DE TRANSPORTE</b></p> <p>Viaja en transporte .; público o conduce 1</p> <p>Sólo en taxi, no en autobús 2</p> <p>Necesita acompañamiento 3</p> <p>Es incapaz de usarlo 4</p>
<p><b>PREPARACION DE LA COMIDA</b></p> <p>Planea, prepara y sirve sin ayuda 1</p> <p>Prepara si <i>le dan los ingredientes</i> 2</p> <p>Prepara platos precocinados 3</p> <p>Tienen que darle la comida hecha 4</p>	<p><b>MANEJO DEL DINERO</b></p> <p>Lleva cuentas, va a bancos, etc. 1</p> <p>Sólo maneja cuentas sencillas 2</p> <p>Incapaz de utilizar dinero 3</p>
<p><b>IR DE COMPRAS</b></p> <p>Lo hace sin ninguna ayuda 1</p> <p>Sólo hace pequeñas compras 2</p> <p>Tienen que acompañarle 3</p> <p>Es incapaz de ir de compras 4</p>	<p><b>RESPONSABLE DE LOS MEDICAMENTOS</b></p> <p>Responsable de su medicación 1</p> <p>Hay que preparárselos 2</p> <p>Incapaz de hacerlo por sí mismo 3</p>

**NOTA:** Grado de dependencia: hasta 8 puntos = Independiente  
De 8 a 20 puntos; Necesita cierta ayuda  
Más de 20 puntos; Necesita mucha ayuda.

**CENTRO MUNICIPAL DIURNO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”  
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

**NOMBRE:** ..... **EDAD:**.....

**FECHA:**.....

**ANEXO 4.- ESCALA DE TINETTI MODIFICADA EQUILIBRIO**

**Silla:** Coloque una silla dura y sin brazos contra la pared. Dé instrucciones al paciente para las siguientes maniobras.

**1. Al sentarse:**

0 = incapaz sin ayuda o se colapsa sobre la silla o cae fuera del centro de la silla.

1 = capaz y no cumple los criterios para 0 ó 2.

2 = se sienta mediante movimientos fluidos y seguros y termina con los glúteos tocando el respaldo de la silla y los muslos en el centro de la silla.

**2. Equilibrio mientras está sentado:**

0 = incapaz de mantener su posición (se desliza marcadamente hacia el frente o se inclina hacia el frente o hacia el lado).

1 = se inclina levemente o aumenta levemente la distancia entre los glúteos y el respaldo de la silla.

2 = Firme, seguro, erguido.

**3. Al levantarse:**

0 = incapaz sin ayuda o pierde el balance o requiere más de 3 intentos.

1 = capaz, pero requiere 3 intentos.

2 = capaz en 2 intentos o menos.

**4. Equilibrio inmediato al ponerse de pie (primeros 5 seg):**

0 = inestable, se tambalea, mueve los pies, marcado balanceo del tronco, se apoya en objetos.

1 = estable, pero usa andador o bastón, o se tambalea levemente pero se recupera sin apoyarse en un objeto.

2 = estable sin andador, bastón u otro soporte.

**De Pie:** ver ilustraciones de posiciones específicas de los pies en la siguiente página.

**5. Equilibrio con pies lado a lado:**

0 = incapaz o inestable o sólo se mantiene ≤ 3 segundos.

1 = capaz, pero usa andador, bastón, u otro soporte o sólo se mantiene por 4 – 9 segundos.

2 = base de sustentación estrecha, sin soporte, por 10 segundos. Tiempo: \_\_\_\_ , \_\_\_\_ segundos.

**6. Prueba del Tirón** (el paciente en la posición máxima obtenida en # 5; el examinador parado detrás de la persona, tira ligeramente hacia atrás por la cintura):

0 = comienza a caerse.

1 = da más de 2 pasos hacia atrás.

2 = menos de 2 pasos hacia atrás y firme.

**7. Se para con la pierna derecha sin apoyo:**

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: \_\_\_\_ , \_\_\_\_ segundos

**8. Se para con la pierna izquierda sin apoyo:**

0 = incapaz o se apoya en objetos de soporte o capaz por < 3 segundos.

1 = capaz por 3 ó 4 segundos.

2 = capaz por 5 segundos. Tiempo: \_\_\_\_ segundos

**9. Posición de Semi-tándem:**

0 = incapaz de pararse con la mitad de un pie frente al otro(, ambos pies tocándose) o comienza a caerse o se mantiene  $\leq 3$  segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición semi-tándem por 10 segundos. Tiempo: \_\_\_\_ segundos \_\_\_\_

#### 10. Posición Tándem:

0 = incapaz de pararse con un pie frente al otro o comienza a caerse o se mantiene por  $\leq 3$  segundos.

1 = capaz de mantenerse 4 a 9 segundos.

2 = capaz de mantener la posición tándem por 10 segundos. Tiempo: \_\_\_\_ , \_\_\_\_ segundos

#### 11. Se agacha (para recoger un objeto del piso):

0 = incapaz o se tambalea.

1 = capaz, pero requiere más de un intento para enderezarse.

2 = capaz y firme.

#### 12. Se para en puntillas:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por  $< 3$  segundos.

2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: \_\_\_\_ , \_\_\_\_ segundos

#### 13. Se para en los talones:

0 = incapaz.

1 = capaz pero por  $< 3$  segundos.

2 = capaz por 3 segundos. Tiempo: \_\_\_\_ , \_\_\_\_ segundos

#### Pies lado a lado



#### Posición Semitandem



#### Posición Tándem



### MARCHA

**INSTRUCCIONES:** La persona se para junto al examinador, camina por el pasillo o habitación (mida 3 metros), da la vuelta y regresa por el mismo camino usando sus ayudas habituales para la marcha, como el bastón o andador. El piso debe ser plano, no alfombrado y sin irregularidades.

Anote el tipo de piso:

Ladrillo/cerámica --- madera --- cemento/concreto --- otro: \_\_\_\_

#### 1. Inicio de la marcha (Inmediatamente después de decirle "camine"):

0 = cualquier vacilación o múltiples intentos para comenzar.

1 = sin vacilación.

**2. Trayectoria** (estimada en relación a la cinta métrica colocada en el piso), Inicia la observación de la desviación del pie más cercano a la cinta métrica cuando termina los primeros 30 centímetros y finaliza cuando llega a los últimos 30 centímetros.

0 = marcada desviación.

1 = moderada o leve desviación o utiliza ayudas.

2 = recto, sin utilizar ayudas.

#### 3. Pierde el paso (tropieza o pérdida del balance):

0 = sí, y hubiera caído o perdió el paso más de 2 veces.



1 = sí, pero hizo un intento apropiado para recuperarlo y no perdió el paso más de 2 veces.  
2 = no.

**4. Da la vuelta (mientras camina):**

0 = casi cae.

1 = leve tambaleo, pero se recupera, usa andador o bastón.

2 = estable, no necesita ayudas mecánicas.

**5. Caminar sobre obstáculos** (se debe evaluar durante una caminata separada donde se colocan dos zapatos en el trayecto, con una separación de 1.22 metros):

0 = comienza a caer ante cualquier obstáculo o incapaz o camina alrededor de cualquier obstáculo o pierde el paso > 2 veces.

1 = capaz de caminar por encima de todos los obstáculos, pero se tambalea un poco aunque logra recuperarse o pierde el paso una o dos veces.

2 = capaz y firme al caminar por encima de todos los obstáculos sin perder el paso.



**CENTRO MUNICIPAL DIURNO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”  
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

NOMBRE:.....

FECHA:.....

**ANEXO Nº 5.- EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO**

**1. Por favor, dígame la fecha de hoy.** Sondee el mes, el día del mes el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes \_\_\_\_\_

Día del mes \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Día semana \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

**2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.**

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol: \_\_\_\_\_

Mesa: \_\_\_\_\_

Avión: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_ Número de repeticiones: \_\_\_\_\_

**3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9** Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione, o por cada número que se le añada o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente: \_\_\_\_\_

Respuesta Correcta: 9 7 5 3 1

Total: \_\_\_\_\_

**4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.** Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel: \_\_\_\_\_

Dobla: \_\_\_\_\_

Coloca: \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

**5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.** Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol \_\_\_\_\_

Mesa \_\_\_\_\_ Anote un punto por cada objeto

Avión \_\_\_\_\_ recordado en el primer intento.

Total: \_\_\_\_\_

**6. Por favor copie este dibujo:**

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correcto.

**NOTA:**

Sume los puntajes totales de las preguntas 1 a 6

Puntuación máxima: 19 puntos.

Entre 14 y 19 NO sugiere déficit cognitivo

13 puntos o menos SI sugiere déficit cognitivo. (En pacientes iletrados utilice el test de Isaac)





**CENTRO MUNICIPAL DIURNO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”  
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

NOMBRE.....

FECHA.....

**ANEXO Nº 6.- ESCALA DE PFEIFFER**

**INSTRUCCIONES:**

Muéstrele al informante una tarjeta con las siguientes opciones y lea las preguntas.  
Anote la puntuación como sigue:

Si es capaz	0
Nunca lo ha hecho, pero podría hacerlo	0
Con alguna dificultad pero puede hacerlo	1
Nunca lo ha hecho, y tendría dificultad ahora	1
Necesita ayuda	2
No es capaz	3

1. ¿Es (nombre del paciente) capaz de manejar su propio dinero? Si... No...
2. ¿Es (nombre) capaz de hacer las compras sólo? Si... No...
3. ¿Es (nombre) capaz de calentar el agua para el café o el té y apagar la estufa? Si... No...
4. ¿Es (nombre) capaz de preparar la comida? Si... No...
5. ¿Es (nombre) capaz de mantenerse al tanto de los acontecimientos y de lo que pasa en el vecindario? Si... No...
6. ¿Es (nombre) capaz de poner atención, entender y discutir un programa de radio, televisión o un artículo de periódico? Si... No...
7. ¿Es (nombre) capaz de recordar compromisos y acontecimientos familiares? Si... No...
8. ¿Es (nombre) capaz de administrar o manejar sus propios medicamentos? Si... No...
9. ¿Es (nombre) capaz de andar por el vecindario y encontrar el camino de vuelta a casa? Si... No...
10. ¿Es (nombre) capaz de saludar a sus amigos adecuadamente? Si... No...
11. ¿Es (nombre) capaz de quedarse solo en la casa sin problema? Si... No...

Sume las respuestas correctas de acuerdo a la puntuación indicada y anote el total =La puntuación máxima es de 33 puntos, si la suma es de 6 puntos o más sugiere déficit cognitivo.



ACCIÓN  
SOCIAL  
MUNICIPAL

San Roque y el Batán  
Teléfonos: (07) 2815 420/ 2815 800  
Cuenca, Ecuador  
[www.cuenca.gob.ec](http://www.cuenca.gob.ec)

@asmunicipal

**CENTRO MUNICIPAL DIURNO “EL HOGAR DE LOS ABUELOS”  
“Por un envejecimiento activo y saludable de las PAM”**

NOMBRE.....FECHA.....

**ANEXO N° 7.- Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada**

ITEMS	SI	NO
1.- Está satisfecho/a con su vida	0	1
2 ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3 ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5 La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6 ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8 ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10 ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11 ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12 Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13 ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14 ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15 ¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0

PUNTAJE TOTAL \_\_\_\_\_

**NOTA:** Normal (0-5)

Probable depresión ( 6-9)

Depresión estable (10 o más)



ACCIÓN  
SOCIAL  
MUNICIPAL

San Roque y el Batán  
Teléfonos: (07) 2815 420 / 2815 800  
Cuenca, Ecuador  
[www.cuenca.gob.ec](http://www.cuenca.gob.ec)

 @asmunicipal