

Nombre:  
Código:

Fecha de la evaluación:

**PREVALENCIA DE DEMENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LAS ZONAS DE INFLUENCIA DE LOS MÉDICOS EN SERVICIO SOCIAL MAYO 2010 - 2011**

**MMSE, Folstein 1975**

1. ORIENTACIÓN (puntuación /10)

	Respuesta		
• En qué <b>fecha</b> estamos?		1	0
• En qué <b>año</b> estamos?		1	0
• En qué <b>mes</b> del año estamos?		1	0
• Qué <b>día de la semana</b> es hoy?		1	0
• ( <i>Sin mirar al reloj</i> ) Que <b>hora</b> es aproximadamente?		1	0
• En qué <b>país</b> estamos?		1	0
• En qué <b>departamento</b> estamos?		1	0
• En qué <b>ciudad, aldea, barrio</b> estamos?		1	0
• <b>Dónde</b> estamos en este momento?		1	0
• En qué <b>parte de la casa</b> (o centro de salud) estamos?		1	0
			Total : /10

2. FIJACIÓN (puntuación /3)

Repita las siguientes palabras después de que yo las haya dicho. Recuérdelas porque le voy a pedir que las repita después.: "Piña, Mesa, Centavo" Ahora, repítalas otra vez.

/3

3. ATENCIÓN Y CÁLCULO (puntuación /5), asignar la mejor de las dos opciones: (a) o (b)

a) Reste desde 40 de 4 en 4. Pare después de 5 respuestas: (40) 36 32 28 24 20

/5

b) Deletree la palabra MUNDO (pausa). Después, deletree la misma palabra comenzando por el final (al rev

O D N U M

/5

4. EVOCACIÓN (puntuación /3)

Repita las tres palabras que le dije al principio (sección 2)

/3

5. LENGUAJE Y PRAXIS CONSTRUCTIVA (puntuación /9)

Muestre un lápiz y un reloj para que el participante los nombre: **Qué es esto?**

/2

**Voy a decir una frase. Cuando termine, quiero que me lo repita: "NO SÉ, SI, O VER"**

/1

Dé al participante una hoja de papel en blanco y dígame las siguientes instrucciones todas juntas (en una sola vez) **Le voy a pedir que haga algo. Cuando yo termine de hablar, haga lo que le digo:**

**"AGARRE ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y TÍRELO AL SUELO"**

agarrar /1 doblar /1 suelo /1 /3

Lea la frase en voz alta y haga lo que está escrito: ("CIERRE LOS OJOS")

/1

Escriba una frase completa (oración), cualquier cosa (al reverso de la hoja)

/1

Copie el dibujo (dos pentágonos en intersección)

/1

Nombre:  
Código:

Secretaría de Salud de Honduras, Universidad Nacional Autónoma de Honduras / UIC  
Asociación Hondureña de Alzheimer – ASHALZ, IHSS

Fecha de la evaluación:

TOTAL /30