



**Universidad**  
Zaragoza

# **Proceso de Atención de Enfermería: Pseudodemencia depresiva.**

**Carmen Roig Vallés.  
Tutor: Mercedes Ruidiaz.  
Curso de adaptación a grado en Enfermería.  
Universidad de Zaragoza.**

## **ÍNDICE.**

<b>1. <u>Introducción</u></b> .....	<b>3-5.</b>
<b>2. <u>Objetivos</u></b> .....	<b>5-6.</b>
<b>3. <u>Metodología</u></b> .....	<b>6-8.</b>
<b>4. <u>Caso clínico</u></b> .....	<b>8.</b>
<b>5. <u>Plan de cuidados</u></b> .....	<b>8-11.</b>
<b>6. <u>Conclusiones</u></b> .....	<b>12.</b>
<b>7. <u>Bibliografía</u></b> .....	<b>7-14.</b>
<b>8. <u>Anexos</u></b> .....	<b>15-20.</b>

## **1. Introducción.**

### **Demencia y Pseudodemencia.**

La demencia es una enfermedad cerebral que deteriora progresivamente el funcionamiento cognitivo, comprometiendo la adaptación y alterando la personalidad del sujeto enfermo (1). Existe un consenso generalizado entre los clínicos en la definición de demencia: síndrome adquirido, producido por una afección orgánica que, en pacientes sin alteraciones de la conciencia, produce un deterioro persistente de varias funciones mentales que provoca una incapacidad funcional en el ámbito social y/o laboral.

En España, se ha calculado que en la población mayor de 60 años, el número de dementes, respecto a la población de 1980, aumentará en un 50% para el año 2000 y en un 100% para el año 2025 (2). La demencia constituye la tercera causa de mortalidad en los países industrializados después de las enfermedades coronarias y el cáncer y, por lo tanto, absorbe gran parte de recursos sanitarios y sociales. Su detección correcta y precoz es fundamental por múltiples razones. En primer lugar, es primordial para detectar posibles etiologías reversibles o tratables. En segundo lugar, para la administración adecuada y temprana de fármacos que pueden enlentecer su proceso. Y en tercer lugar, para poder proporcionar información sobre la enfermedad a los familiares e introducirlos en programas terapéuticos grupales o individuales que les facilite un mejor afrontamiento de la enfermedad de su familiar y el mejor cuidado del mismo (3).

El concepto de pseudodemencia se refiere a un cuadro clínico característico de síndrome demencial por la presencia de trastornos de la memoria, del comportamiento y de las funciones cognoscitivas, cuya causa es psiquiátrica, generalmente reversible y sin proceso neuropatológico aparente (4). Algunos autores titulan ésta demencia como "demencias tratables" (5).

En las pseudodemencias depresivas, donde vamos a centrarnos, existe un trastorno del ánimo, con inhibición de afectos, motilidad y funciones cognitivas, siendo su causa una alteración fisiológica y bioquímica (6).

En la pseudodemencia depresiva se observa una reducción en la transmisión serotoninérgica y catecolaminérgica de los lóbulos frontal y temporal (7). Se trata de un cuadro clínico que habitualmente pasa inadvertido en las consultas de atención primaria, neurología y en muchas consultas psiquiátricas. Está demostrado que la asociación de sintomatología depresiva y deterioro cognitivo tiene en la tercera edad de la vida una repercusión negativa sobre la esperanza y calidad de vida, una mayor morbilidad médica y psiquiátrica, un mayor deterioro funcional, una carga superior sobre los familiares, un mayor uso de los servicios, gastos sanitarios, etc. (2) .

La presencia de trastornos cognitivos en cuadros depresivos es frecuente y contribuye a la pérdida de independencia y autonomía de los pacientes. La entidad de deterioro cognitivo leve, se halla presente en más de 60% de los pacientes con depresión geriátrica (8). La frecuencia de la pseudodemencia depresiva se acerca en un 10% de todos los diagnósticos de demencia (7).

De las depresiones con demencia reversible, cuyos síntomas cognitivos remiten casi completamente después del tratamiento antidepresivo, un 40% desarrolla demencia dentro de los siguientes 3 años. En varios estudios se encontró un riesgo relativo de conversión a demencia en los pacientes con diagnóstico de pseudodemencia depresiva, constituyéndose así en un robusto predictor de demencia (8).

Es necesario que cada paciente adulto mayor que acuda a algún sistema de salud, ya sea público o privado y en cualquiera de los tres niveles de atención, se le realice una evaluación cognitiva de screening, con el fin de detectar en forma precoz sintomatología depresiva y/o cognitiva para su consecuente tratamiento. En caso de detectar alteraciones depresivas y/o cognitivas, lo pertinente es derivar a servicios especializados; sin embargo, de no ser posible, es preciso tratar tanto con intervenciones farmacológicas como no farmacológicas, con la finalidad además de tratar la sintomatología directamente detectable, prevenir recaídas, deterioro cognitivo y funcional y cuadros discapacitantes (8).

Cuando esto ocurre es primordial la Valoración Enfermera, realizando una valoración integral, prestando atención no sólo a los aspectos físicos, sino

también a las dimensiones intelectual y psicológica, así como al apoyo social, al aspecto estructural de la vivienda y a los recursos económicos de que disponen (9).

Las diferencias entre demencia y pseudodemencia pueden verse a continuación:

Tabla I.

<u>Pseudodemencia.</u>	<u>Demencia.</u>
La familia es consciente.	La familia no siempre es consciente
Comienzo preciso	Comienzo impreciso.
Los trastornos existen desde hace poco tiempo.	Los trastornos existen desde hace tiempo.
Deterioro rápido.	Deterioro lento.
Antecedentes psiquiátricos.	Raros antecedentes psiquiátricos.
Cualquier edad.	Rara antes de los 40 años.

## **2. Objetivos.**

### Objetivo principal.

- Realizar un Proceso de atención de Enfermería para un paciente con pseudodemencia depresiva.

### Objetivos secundarios.

- Realizar una pequeña revisión bibliográfica sobre la demencia y pseudodemencia depresiva en el anciano.
- Realizar una Valoración Enfermera.
- Identificar las necesidades reales o potenciales del paciente o familia.
- Proponer actividades y objetivos que mejoren la calidad de vida del paciente o familia

### **3. Metodología.**

Con la intención de sistematizar el pensamiento desarrollado por la ciencia de la Enfermería, existen diversos modelos conceptuales. Uno de ellos es el creado por Virginia Henderson donde el individuo se introduce en el contexto del “todo”, capaz de evolucionar y modificar su comportamiento a partir de la interacción con el entorno. Según Henderson la persona tiene 14 necesidades básicas: (10).

- Respirar normalmente
- Comer y beber adecuadamente
- Eliminar los desechos corporales
- Moverse y mantener una buena postura
- Dormir y descansar
- Vestirse y desvestirse
- Mantener la temperatura corporal dentro de los límites normales
- Mantener el cuerpo limpio
- Prevenir los peligros ambientales
- Comunicarse con los demás
- Vivir de acuerdo con sus creencias y valores
- Trabajar de forma que proporcione sensación de realización
- Jugar o participar en actividades recreativas
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce a un desarrollo y a una salud normal.

La evaluación geriátrica global es todo proceso diagnóstico multidisciplinario, dinámico y pluridimensional que tiene por objetivos descubrir los síndromes geriátricos, identificar a la población anciana de riesgo, adecuando las medidas preventivas, mejorando los cuidados y los tratamientos, previniendo la incapacidad y fomentando la independencia del paciente en un contexto medico-social adecuado (11).

El proceso de atención de Enfermería (PAE) es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos:

valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Para su realización necesitamos unos diagnósticos enfermeros, unas intervenciones y unos resultados.

La NANDA recoge la clasificación de diagnósticos de Enfermería. Un diagnóstico enfermero proporciona la base para elegir las intervenciones enfermeras para conseguir los resultados de los que el profesional enfermero es responsable (12)

La identificación de los resultados enfermeros es importante para el control de la calidad asistencial y el desarrollo de los conocimientos enfermeros. El consenso en los resultados enfermeros estandarizados permitirá a las enfermeras y enfermeros estudiar y comparar los efectos de las intervenciones a lo largo del tiempo y entre los diversos ámbitos asistenciales (13)

Las intervenciones de Enfermería incluyen tanto cuidados directos como indirectos, dirigidos a la persona, la familia y la comunidad. La intervención de enfermería directa consiste en un tratamiento realizado a través de la interacción con el paciente. Una intervención de enfermería directa comprende acciones de enfermería fisiológicas y psicosociales (14).

Una intervención de Enfermería indirecta es un tratamiento realizado lejos del paciente pero en beneficio del paciente o grupos de pacientes. Las intervenciones de enfermería indirectas incluyen las acciones de cuidados dirigidas al ambiente que rodea al paciente y la colaboración interdisciplinar (14).

Por último utilizaremos escalas geriátricas. Éstas escalas de valoración nos permiten completar la evaluación clínica, incrementar la sensibilidad diagnóstica, monitorizar y evaluar los cambios temporales y cuantificar el grado de deterioro del paciente. Estas escalas se tienen que validar en la bibliografía, ser de fácil aplicabilidad, breves y adecuadas para medir el ámbito en el que se aplican y que se adapte a los recursos disponibles. Se pueden administrar por los pacientes, por la familia o por el profesional (15).

#### **4. Caso Clínico.**

Mujer de 60 años, ama de casa que acude a la consulta del médico con su hija por una repentina y rápida pérdida de memoria, que aumenta con el paso del tiempo. La hija de la paciente dice que ésta se encuentra con "el ánimo muy bajo" y expresa con frecuencia que no sirve para nada. Todo esto comienza tras la muerte del marido de la paciente, ya hace 5 meses. La familia está preocupada porque no sabe si la paciente es capaz de seguir viviendo sola puesto que se le olvida ducharse e incluso comer. La paciente también presenta insomnio desde el fallecimiento de su marido. Desde hace varios años sufre estreñimiento, hipertensión.

#### **5. Plan de cuidados.**

Para realizar el plan de cuidados, primero valoraremos cuáles de las 14 necesidades básicas establecidas por Virginia Henderson presenta alteradas la paciente:

- Comer y beber adecuadamente; la paciente tiene problemas para acordarse de comer en ocasiones.
- Eliminar los desechos corporales: El estreñimiento de base de nuestra paciente hace que ésta necesidad esté alterada.
- Dormir y descansar: La reciente muerte del marido de nuestra paciente puede dificultar su insomnio.
- Vestirse y desvestirse: La pérdida de memoria puede afectar a ésta necesidad ya que puede olvidar cómo colocar las prendas o simplemente puede olvidar colocárselas.
- Mantener el cuerpo limpio: La paciente se olvida de ducharse algunas veces...
- Comunicarse con los demás: La reciente pérdida de memoria puede con el tiempo dificultar la comunicación de nuestra paciente con los demás.
- Trabajar de forma que le proporcione sensación de realización: El trabajo que realiza como ama de casa puede verse disminuido por el olvido de qué debe de hacer y en cuanto la paciente se dé cuenta tendrá sentimientos negativos hacia su eficacia en el trabajo.

- Jugar o participar en actividades recreativas: La pérdida de memoria de la paciente puede causar que el juego y las actividades recreativas sean algo en lo que no puede participar con el paso del tiempo

A continuación se expondrán los diagnósticos NANDA junto con los objetivos (NOC) e intervenciones (NIC) para el paciente:

- **NANDA:** Déficit de autocuidado: alimentación definido por ingerir alimentos insuficientes relacionado con deterioro perceptual o cognitivo.

**Objetivo:** La paciente realizará por sí misma las 5 comidas diarias durante los próximos 2 meses en su casa

**NOC:** Cuidados personales: comer

**NIC:** Enseñanza: individual

- **NANDA:** Déficit de autocuidado: baño/higiene relacionado con deterioro perceptual cognitivo.

**Objetivo:** La paciente realizará su higiene diaria todas las mañanas.

**NOC:** Autogestión de los cuidados. Cuidados personales: baño/higiene.

**NIC:** Facilitar la autorresponsabilidad, apoyo emocional, establecimiento de objetivos comunes.

- **NANDA:** Baja autoestima situacional definida por verbalizaciones autonegativas relacionadas con cambio de rol social.

**Objetivo:** La paciente verbalizará el haber aceptado su nuevo rol familiar en los 3 próximos meses.

**NOC:** Autoestima.

**NIC:** Aumento del afrontamiento, potenciación de la autoestima y apoyo emocional.

- **NANDA:** Confusión crónica definida por deterioro de la memoria, deterioro cognitivo progresivo.

**Objetivo:** La paciente aprenderá a organizar sus tareas durante el próximo mes, mejorando así su autonomía.

**NOC:** Concentración y memoria.

**NIC:** Apoyo emocional, estimulación cognoscitiva, manejo de la demencia.

- **NANDA:** Estreñimiento definido por cambios en el patrón funcional y dolor abdominal relacionado con disminución de la motilidad intestinal.

**Objetivo:** La paciente mejorará su estreñimiento en el próximo mes.

**NOC:** Eliminación intestinal.

**NIC:** Entrenamiento intestinal, fomento del ejercicio.

- **NANDA:** Deterioro de la memoria definido por incapacidad para recordar información sobre hechos, incapacidad para recordar acontecimientos recientes o pasados, incapacidad para recordar si ya se ha realizado una conducta, información de experiencias de olvidos y relacionado con trastornos neurológicos.

**Objetivo:** La paciente mantendrá el estado de su memoria y retrasará su deterioro en los próximos 3 meses.

**NOC:** Memoria.

**NIC:** Disminución de la ansiedad, manejo de la demencia, apoyo emocional y apoyo a la familia.

- **NANDA:** Trastornos de los procesos de pensamiento definido por problemas de memoria.

**Objetivo:** La paciente aumentará su capacidad de concentración en los próximos 3 meses.

**NOC:** Concentración.

**NIC:** Apoyo emocional, disminución de la ansiedad, manejo de la demencia, contacto, entrenamiento de la memoria, estimulación cognoscitiva y orientación de la realidad.

- **NANDA:** Deterioro del patrón del sueño definido por insomnio mantenido, insatisfacción con el sueño relacionado con el duelo.

**Objetivo:** La paciente mejorará su patrón de sueño en el próximo mes.

**NOC:** Sueño.

**NIC:** Fomentar el sueño, terapia de relajación simple y aumentar el afrontamiento.

Por último valoraremos a la paciente con las siguientes escalas :

- **Pfeiffer.** (Anexo 1)

Se trata de un test sencillo, breve y de aplicación rápida que explora la orientación témporo-espacial, memoria reciente y remota, información sobre hechos recientes, capacidad de concentración y de cálculo. Presenta una sensibilidad del 68%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 92% y un valor predictivo negativo del 82% (15).

- **Índice de Kath.** (Anexo 2)

Es uno de los test mejor conocidos, estudiados y validados. Fue elaborado en 1958 por un grupo multidisciplinar del hospital Benjamin Rose (15).

- **Índice de Barthel.** ( Anexo 3)

Publicado en 1965 por Mahoney y Barthel, es el instrumento recomendado por la Sociedad Británica de Geriatría para evaluar las Actividades básicas de la vida diaria en el anciano. Es la escala más conocida de manera internacional para valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovasculas aguda (15).

- **Índice de Lawton.** (Anexo 4)

Instrumento publicado en 1969 y construido específicamente para su uso con población anciana (15).

## **6. Conclusiones.**

La pseudodemencia depresiva es un problema real que puede presentar algunos problemas en su diagnóstico, confundiéndose la mayoría de veces con una demencia. Los profesionales sanitarios debemos de conocer las diferencias entre estos cuadros para poder realizar un adecuado y más adaptado plan de cuidados a nuestros pacientes.

El proceso de atención enfermero es una herramienta básica en nuestra profesión que permite que todos utilicemos el mismo lenguaje. También nos aporta capacidad de planificación, elección de cuidados y valoración de los mismos, por tanto es un método que deberíamos de utilizar con cada uno de nuestros pacientes.

## **7. Bibliografía.**

1. Signoret, JL. Hauw, JJ. "Maladie d' Alzheimer et autres deméncies". Médecine-Sciences Flammarion. París. 1991.
2. Peña Martínez J, Tardón García A, Mendez de la Fuente I, Blázquez Menes B. Prevalencia de demencia en población mayor de 80 años en el municipio de Oviedo. *Psicothema*. 2000; 12: 431-437.
3. Izquierdo E, Fernández E, Sitjas M, Elias M, Chesa D. Depresión y riesgo de demencia. *Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq.* 2003; 87 ; 31-52.
4. Pérez Trullén JM. Pseudodemencias depresivas. Enciclopedia online Janssen.
5. Erkinjuntti T., Sulkava R., Kovanen J. y Palo J.: Suspected dementia: evaluation of 323 consecutive referrals. *Acta Neurol Scand* 76: 359-64, 1987.
6. Archivaldo Donoso S, Vitriol V, Fenieux C, Milton Quiroz E. Pseudodemencias: experiencia en un Servicio de Neurología. *Rev Psicología-* voll. 111-1992.
7. Jiménez Castro A, Salinas Durán M, Sánchez Estrada T. Algunas reflexiones sobre la filosofía de Virginia Henderson. *Rev Enferm*. 2004; 12: 61-63.
8. Dechent C. Depresión geriátrica y trastornos cognitivos. *HCUCh*. 2008; 19: 339-46.
9. Grunhauss L, Dilsaver S, Gredeen JF, Carroll BJ. Depressive pseudodementia. A suggested diagnostic profile. *Biol Psychiatry* 1983; 18: 215-225.
10. Vázquez Sánchez M, Gastelu Cantero M, Casals Sánchez J. Valoración de las necesidades de los ancianos que viven solos en una zona básica de salud. *Enferm Clin*. 2008; 18: 59-63.
11. García Valverde M.C, Romero Guzmán G.J. Escalas de valoración geriátrica. 2006; 1628: 69-72.
12. NANDA. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificaciones. Elsevier Science. 2005-2006.

13. Marion Johnson et al. Clasificación de resultados de Enfermería (CRE). NOC. Elsevier Science. 2002.
14. McCloskey J et al. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (CIE). NIC. Elsevier Science. 2003.
15. Sanjoaquín Romero A.C, Fernández Arín E, Mesa Lampré M.P, García Arilla E. Valoración geriátrica integral.
16. Barjau Romero J.M, Guerro Prado D, Vega Piñero M. Seudodemencia depresiva: implicaciones clinicoterapéuticas. *Med Clin.* 2001; 117: 703-708.
17. Guillén Fonseca L.M. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería. *Rev Cub Enfermer.* 1999; 15: 10-16.
18. Fernández Santos C.M. Depresión en el anciano. Medicina general. 2002; 40: 28-31.
19. Rodríguez Álvarez M, Sánchez Rodríguez J.L. Reserva cognitiva y demencia. 2004; 20: 175-186.
20. Alarcón Velandia R.P. A propósito de la pseudodemencia y la depresión de inicio tardío en los estados demenciales. *Rev Colombiana de psiquiatría.* 2004; 4: 378-398.
21. Rodeíquez Testal J.F, Valdés M, Benítez M.M. Propiedades psicométricas de la escala geriátrica de depresión: análisis procedente de cuatro investigaciones. *Rev Esp Gerontol.* 2003; 38: 132-144.

## **8. Anexos.**

### Anexo 1.

Pregunta a realizar	Errores
Total (máximo: 10 puntos)	
¿Qué fecha es hoy? (día, mes y año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora? (lugar o edificio)	
¿Cuál es su número de teléfono? (o su dirección si no tiene teléfono)	
¿Qué edad tiene?	
¿Cuándo nació? (día, mes y año)	
¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno?	
¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno?	
¿Cuál es el primer apellido de su madre?	
Reste de tres en tres desde veinte	

### Anexo 2.

- 
- A. Independiente en alimentación, continencia, movilidad, uso del retrete, vestirse y bañarse.
  - B. Independiente para todas las funciones anteriores excepto una.
  - C. Independiente para todas excepto bañarse y otra función adicional.
  - D. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse y otra función adicional.
  - E. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete y otra función adicional.
  - F. Independiente para todas excepto bañarse, vestirse, uso del retrete, movilidad y otra función adicional.
  - G. Dependiente en las seis funciones.
  - H. Dependiente en al menos dos funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

*Independiente* significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, con las excepciones que se indican más abajo. Se basan en el estado actual y no en la

capacidad de hacerlas. Se considera que un paciente que se niega a realizar una función no hace esa función, aunque se le considere capaz.

**Bañarse (con esponja, ducha o bañera):**

*Independiente:* necesita ayuda para lavarse una sola parte (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda.

*Dependiente:* necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, para salir o entrar en la bañera, o no se lava solo.

**Vestirse:**

*Independiente:* coge la ropa solo, se la pone, se pone adornos y abrigos y usa cremalleras (se excluye el atarse los zapatos).

*Dependiente:* no se viste solo o permanece vestido parcialmente.

**Usar el retrete:**

*Independiente:* accede al retrete, entra y sale de él, se limpia los órganos excretores y se arregla la ropa (puede usar o no soportes mecánicos).

*Dependiente:* usa orinal o cuña o precisa ayuda para acceder al retrete y utilizarlo.

**Movilidad:**

*Independiente:* entra y sale de la cama y se sienta y levanta de la silla solo (puede usar o no soportes mecánicos).

*Dependiente:* precisa de ayuda para utilizar la cama y/o la silla; no realiza uno o más desplazamientos.

**Continencia:**

*Independiente:* control completo de micción y defecación.

*Dependiente:* incontinencia urinaria o fecal parcial o total.

**Alimentación:**

*Independiente:* lleva la comida desde el plato o su equivalente a la boca (se excluyen cortar la carne y untar la mantequilla o similar).

*Dependiente:* precisa ayuda para la acción de alimentarse, o necesita de alimentación enteral o parenteral.

El resultado se informa mediante la letra adecuada, por ejemplo: **Índice de Katz: C.**

Anexo 3.

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5

<b>Parámetro</b>	<b>Situación del paciente</b>	<b>Puntuación</b>
	- Dependiente	0
Lavarse		
	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
Vestirse	- Dependiente	0
	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
Arreglarse	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)		
	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Micción (valórese la semana previa)		
	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
Usar el retrete	- Incontinencia	0
	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
Trasladarse	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
	- Independiente para ir del sillón a la cama	15

<b>Parámetro</b>	<b>Situación del paciente</b>	<b>Puntuación</b>
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular		
	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
Escalones		
	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Anexo 4.

<b>ASPECTO A EVALUAR</b>	<b>Puntuación</b>
<b>Puntuación total:</b>	
<b>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO:</b>	
- Utiliza el teléfono por iniciativa propia	1
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares	1
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar	1
- No es capaz de usar el teléfono	0
<b>HACER COMPRAS:</b>	
- Realiza todas las compras necesarias independientemente	1

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
- Realiza independientemente pequeñas compras	0
- Necesita ir acompañado para hacer cualquier compra	0
- Totalmente incapaz de comprar	0
<b>PREPARACIÓN DE LA COMIDA:</b>	
- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente	1
- Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes	0
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada	0
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas	0
<b>CUIDADO DE LA CASA:</b>	
- Mantiene la casa solo 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 en todas las labores de la casa	1
- No participa en ninguna labor de la casa	0
<b>LAVADO DE LA ROPA:</b>	
- Lava por sí solo toda su ropa	1
- Lava por sí solo pequeñas prendas	1
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro	0
<b>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE:</b>	
- Viaja solo 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 acompañado por otra persona	1
- Sólo utiliza el taxi o el automóvil con ayuda de otros	0
- No viaja	0

ASPECTO A EVALUAR	Puntuación
<b>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN:</b>	
- 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
<b>MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS:</b>	
- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo	1
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos...	1
- Incapaz de manejar dinero	