

---

# PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIOSANITARIA AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA [PIDEX]

FAQ's  
[preguntas frecuentes]

## Qué es el PIDEX

2

- » El PIDEX es un plan para atender a las personas que tienen **DETERIORO COGNITIVO**.
- » Es un plan que delimita los modos de funcionamiento en **ATENCIÓN SANITARIA** y en **ATENCIÓN SOCIAL**, además de la coordinación entre ambas estructuras.
- » Se compone de dos partes principales.
- » La PRIMERA de las partes está encaminada a atender a los pacientes con cuadros de **DEMENCIA DEGENERATIVA** [p. ej., Enfermedad de Alzheimer o la Demencia Vascolar].
- » La SEGUNDA, a la rehabilitación de los pacientes que sufren **DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO** y que potencialmente son recuperables de sus déficit.

## Por qué un plan de estas características

3

- » Se calcula que en Extremadura unas **20.000 personas** padecerían algún tipo de demencia degenerativa.
- » De éstos, un **50% estaría en una fase de enfermedad leve** o leve-moderada.
- » Es una **enfermedad crónica**, con una supervivencia media tras el diagnóstico de 8 a 12 años.
- » Es una enfermedad que origina una gran dependencia de otras personas.
- » Es una enfermedad que causa estragos a nivel familiar y social, y que precisa de una atención continuada y cada vez más intensa.
- » Es una enfermedad en la que los pacientes comienzan perdiendo las funciones mentales, presentando alteraciones de conducta y déficit físicos, es decir, un cuadro clínico general.
- » Precisa de **atención** multidisciplinar y atención coordinada.

# Cuáles son los objetivos principales del PIDEX

4

- » **Detección precoz** mediante una estructuración en forma de árbol de decisión en ATENCIÓN PRIMARIA.
- » **Diagnóstico especializado** en las CONSULTAS DE DETERIORO COGNITIVO.
- » **Evaluación social** de la situación de demencia [individuo y familiares].
- » **Coordinación** fluida con los equipos de TRABAJO SOCIAL.
- » **Tratamiento sanitario y social** de calidad y continuo.
- » **ESTIMULACIÓN COGNITIVA** como tratamiento habitual de los pacientes que lo precisen.
- » **Atención al cuidador** o cuidadores habituales de la personas con demencia.

# Quién hace la DETECCIÓN del deterioro cognitivo

5

- » La detección del deterioro cognitivo se hace en **ATENCIÓN PRIMARIA** por parte del Equipo de Atención Primaria [médico y enfermero].
- » Existen **4 puntos claves** para detectar de forma eficiente un cuadro de deterioro cognitivo:

Realización de una **ANAMNESIS** dirigida a los signos y síntomas principales que tienen estos pacientes.

Realización de una **EXPLORACIÓN COGNITIVA DE CRIBADO**, haciendo hincapié en las funciones cognitivas más habitualmente deterioradas.

Petición de un estudio analítico que incluya determinaciones de **ácido fólico, hormonas tiroideas y vitamina B12**, dada su relación con el deterioro cognitivo

Descartar enfermedades potencialmente tratables que puedan causar un cuadro de deterioro cognitivo y, principalmente, un **EPISODIO DEPRESIVO**

# Qué signos y síntomas son los más frecuentes, 1

6

- » El PIDEX incorpora los **10 signos** que propone la Asociación Americana de Enfermedad de Alzheimer.
- » Pacientes que presenten **uno o varios de los siguientes síntomas** de forma continuada **durante al menos tres meses**:
  - *Pérdida de memoria para hechos recientes*: dificultad para retener hechos o conversaciones, que habitualmente se traduce en preguntas reiterativas.
  - *Dificultad en la realización de tareas cotidianas*: preparar unan comida, manejar un electrodoméstico, realizar sus aficiones habituales...
  - *Problemas con el lenguaje*: dificultad para nombrar objetos cotidianos, pérdida de fluidez en la expresión oral, puede utilizar giros para nombrar las cosas como "eso para comer" en lugar de "tenedor", por ejemplo.
  - *Desorientación en el tiempo*: no saber en qué fecha estamos y olvidar el año suele ser uno de los primeros síntomas en la demencia tipo Alzheimer.
  - *Desorientación en el espacio*: en las fases iniciales este síntoma suele aparecer en lugares conocidos pero no frecuentados y en los cambios, temporales o no, de domicilio.

# Qué signos y síntomas son los más frecuentes, 2

7

- *Dificultad en el pensamiento abstracto o capacidad de juicio*: en la vida diaria esto suele traducirse en dificultades con el manejo de asuntos económicos o en incapacidad para dar una respuesta adecuada ante una situación nueva o inesperada.
- *Pérdida de objetos*: suele deberse a problemas de atención más que de memoria, este es un síntoma muy común en la población normal y en la depresión, por lo que su aparición debe interpretarse con precaución; debe considerarse patológico cuando los objetos han sido guardados en lugares extraños o cuando es muy frecuente y tiene repercusión en su vida diaria [por ejemplo perder la cartera o las llaves reiteradamente].
- *Cambio de carácter o alteraciones del comportamiento*: la irritabilidad y la obstinación son los dos rasgos más típicos en fases iniciales; a veces se observan cambios de humor repentinos sin causa aparente.
- *Cambio de personalidad*: el paciente puede volverse excesivamente suspicaz, confuso, temeroso y dependiente de un familiar [habitualmente el cónyuge].
- *Pérdida de iniciativa*: el paciente pierde interés por sus ocupaciones habituales y evita el contacto social.

# Cuál es la exploración cognitiva en AP

8

- » Existen muchos instrumentos de cribado para el deterioro cognitivo que pueden ser utilizados en AP.
- » El PIDEX ha incorporado como herramienta obligatoria de evaluación [porque lo será para la derivación] el Mini Mental State Examination [**MMSE**] de Folstein en la versión de Blesa de 2001.
- » **Otros instrumentos** también pueden ser utilizados en AP y el PIDEX los ha incorporado como ayuda a los Equipos de Atención Primaria, pero no serán de obligado cumplimiento. Son:
  - Memory Impairment Screening [MIS].
  - Test del Informador [versión abreviada].

## Cómo se pasan estos instrumentos y para qué sirven

9

- » En los anexos finales de este documento se incluyen las plantillas de estos test, lo que evalúan y a qué signos hay que prestar mayor atención.
- » Como resumen, el **MMSE** evalúa varias funciones cognitivas de forma muy sucinta pero es un instrumento muy extendido en AP. Tiene, además, baremos de normalidad.
- » El **MIS** es un test que sólo evalúa la memoria y que es un test de elección de AP para delimitar si los déficit son de consolidación [típico de la Enf. de Alzheimer] o de evocación [típico de las alteraciones vasculares, el Deterioro Cognitivo Ligero o el envejecimiento normal].
- » El **TEST DEL INFORMADOR** es un test que rellena el cuidador principal del enfermo y que nos da una idea del cambio que ha experimentado dicho sujeto en su función cognitiva y comportamental.

# Principales parámetros analíticos a solicitar en AP

10

» El PIDEX ha incorporado los propuestos por el Grupo de trabajo de Demencias de la **Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria**:

- TSH y T4
- Hemograma y función hepática
- Función renal, calcio, sodio, potasio
- Glucemia, colesterol, VSG
- Orina
- Vitamina B12 \*
- Folatos

*\*Siendo tan habitual el **déficit de B12 en la vejez**, nunca será óbice para enviar el enfermo de manera inmediata para AE si se sospecha un cuadro demencial no relacionado con este déficit, independientemente de que se pauten las medidas farmacológicas adecuadas.*

# Depresión en la persona mayor

11

- » Una de las **principales causas** de deterioro cognitivo en las personas mayores es la depresión.
- » En AP se prestará un interés principal a esta posible causa cuando un paciente se queje de trastornos de memoria.
- » Aunque la exploración debe ser clínica, el PIDEX incorpora el TEST ABREVIADO DE YESAVAGE para ayudar en la delimitación de síntomas.
- » Este test se puede encontrar en los anexos finales de este documento.

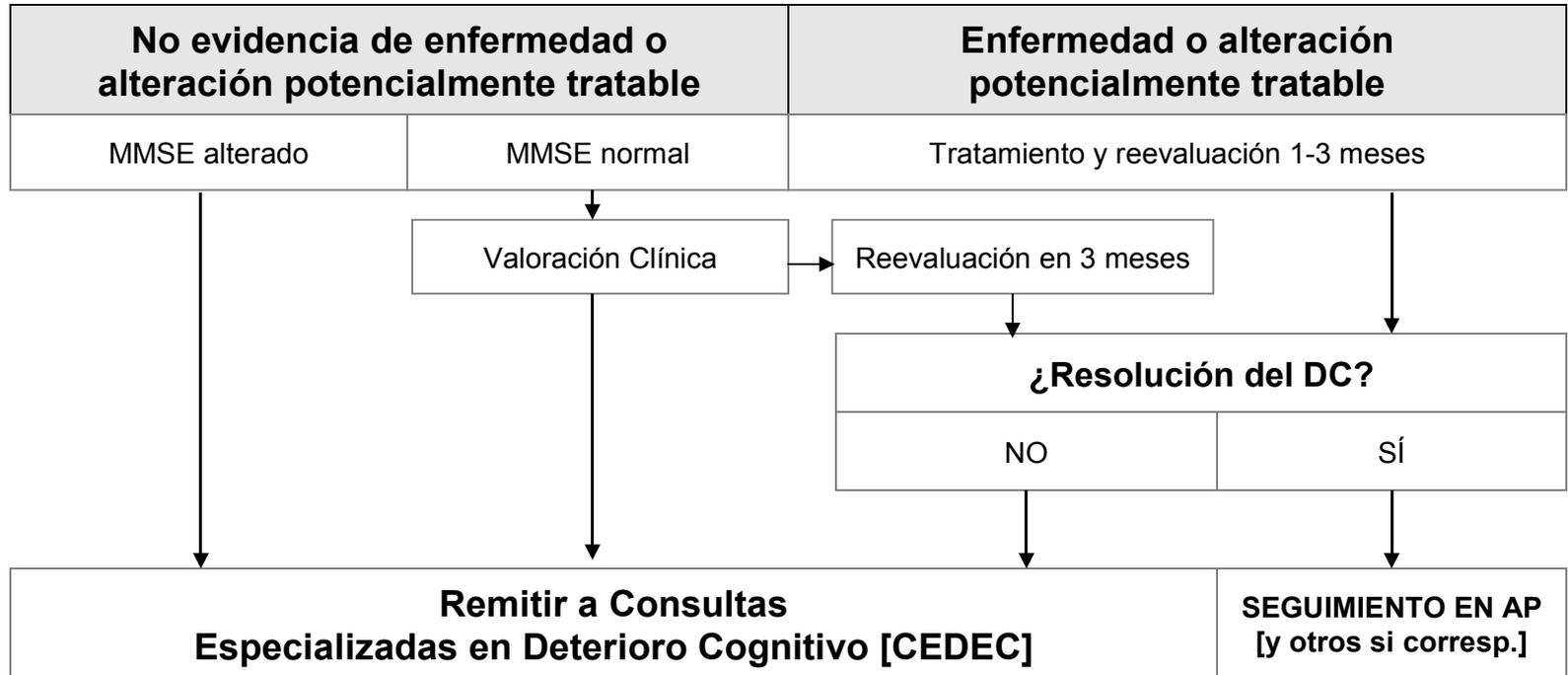
## ¿Y ahora qué? La toma de decisiones

12

- » Una vez que el **Equipo de Atención Primaria** ha llevado a cabo las acciones pertinentes, aconsejables y adecuadas en la detección del deterioro cognitivo, se procede a un primer diagnóstico y a plantear o no la derivación a la Atención Especializada.
- » El PIDEX incorpora, según los parámetros vistos, una ayuda para los EAP en forma de árbol de decisión que se puede consultar en la siguiente página.

# Árbol de Decisión—Detección del Deterioro Cognitivo

13



# Cuánto dura la consulta de detección

14

- » La realización de la detección en un paciente con deterioro cognitivo dura un **mínimo** de 5 minutos y un **máximo** de 20.
- » Por ello, dependiendo del caso clínico, el paciente será citado para ser visto en consulta programada o no.
- » Las labores a realizar en Atención Primaria serán **repartidas** por el médico y el enfermero tal como en cada centro de salud se dictamine.
- » Con un proceso de detección tal como se expone se consigue ser práctico, ir a lo fundamental y tener mayor eficiencia en el diagnóstico y, por tanto, derivación para ser visto por las Consultas de Deterioro Cognitivo.

# Cómo indicar la consulta a Atención Especializada, 1

15

- » Las Consultas de Deterioro Cognitivo están ubicadas en los **Servicios de Neurología**.
- » En Extremadura hay **6 CONSULTAS DE DETERIORO COGNITIVO**.
- » Los enfermos con enfermedad neurológica del área sanitaria de **Coria** serán atendidos en el área de **CÁCERES**.
- » Los enfermos con enfermedad neurológica del área sanitaria de **Navalmoral de la Mata** serán atendidos en el área de **PLASENCIA**.

## Cómo indicar la consulta a Atención Especializada, 2

16

- » La petición de consulta para un paciente con posible deterioro cognitivo será **igual que se hace en la actualidad.**
- » Sin embargo, se incluirá a la petición de consulta los siguientes **documentos de manera obligada:**
  - MMSE [no la puntuación sino la hoja del test]
  - Analítica solicitada
  - Otras pruebas que se hubieran hecho a nivel cognitivo [p. ej., MIS] o psicopatológico [p. ej., Test de Yesavage]
- » **ADEMÁS**, se podrá indicar -aparte de NEUROLOGÍA- que va dirigida a la **CONSULTA DE DETERIORO COGNITIVO.**

# Cómo actúan las Consultas de Deterioro Cognitivo

17

- » Las consultas de Deterioro Cognitivo de los equipos de Neurología están formadas por uno o más **neurólogos** y por un **neuropsicólogo**.
- » Cada área sanitaria determinará el número de neurólogos dedicados a esta enfermedad.
- » Todas las áreas sanitarias tendrán acceso a estas consultas.
- » Las áreas sanitarias que no disponen de Neurología también tendrán acceso:
  - Los pacientes de Navalmoral de la Mata serán atendidos en Plasencia.
  - Los pacientes de Coria serán atendidos en Cáceres.

# A qué se dedica un neuropsicólogo

18

- » El **neuropsicólogo** es un psicólogo con una formación de al menos 2 años en Neuropsicología.
- » Los neuropsicólogos tienen por objetivo de estudio las funciones llamadas cognitivas [memoria, atención, lenguaje, etc.] en condiciones de enfermedad.
- » Por ello, están implicados en **actuaciones** muy diferentes:
  - diagnóstico del deterioro cognitivo
  - rehabilitación cognitiva de los pacientes que han sufrido un daño cerebral
  - diagnóstico y tratamiento de niños con síndromes deficitarios neuropsicológicos del desarrollo
  - evaluación de las secuelas cognitivas de los TCE
- » El PIDEX ha incorporado **6 neuropsicólogos** a la plantilla del SES.
- » Los neuropsicólogos están ubicados en los equipos de Neurología.

# Quién atiende al enfermo cuando llega a NEUROLOGÍA

19

- » Una vez que el enfermo es derivado a las consultas de Deterioro Cognitivo será atendido por el Neurólogo.
- » El neurólogo realizará las siguientes actuaciones:

Revisión de los datos que proceden de la AP y que estarán incluidos en la petición de consulta

Realización de una ANAMNESIS especializada, tomando como referencia los datos de anamnesis [signos de alarma] de AP

Exploración física y neurológica. Si procede, se realizará una exploración cognitiva breve, sin repetir lo realizado por AP

Petición de las pruebas complementarias que se precisen [neuroimagen, neurofisiología, pruebas bioquímicas específicas, etc.]

Derivación a NEUROPSICOLOGÍA si se precisara

# Cuándo se deriva a Neuropsicología

20

- » La **derivación** de un paciente con una sospecha de deterioro cognitivo a **Neuropsicología** no se hará en 3 circunstancias:
  - Deterioro cognitivo moderado-grave o grave.
  - Evidencias claras de no existencia de deterioro cognitivo.
  - Evidencias claras de patología psiquiátrica única.
- » En el resto de los casos [70-80%] serán derivados para estudio y diagnóstico por parte de los neuropsicólogos.

# Qué labor hacen los neuropsicólogos

21

» Los neuropsicólogos realizarán principalmente 3 labores:

EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

EXPLORACIÓN PSICOPATOLÓGICA

INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO en las AVD

# Qué exploración neuropsicológica se hará, 1

22

- » La exploración cognitiva elegida es la que se realiza con un test denominado EXPLORACIÓN NEUROPSICOLÓGICA MÍNIMA EN DEMENCIAS [ENM.dem], una prueba que forma parte de las recomendaciones del Consorcio de Neuropsicología Clínica.
- » Esta prueba evalúa **todas las funciones cognitivas** en mayor o menor medida:
  - Orientación
  - Memoria declarativa episódica
  - Praxias ideomotoras y constructivas
  - Percepción visual
  - Cálculo
  - Función ejecutiva
  - Lenguaje

## Qué exploración neuropsicológica se hará, 2

23

- » Muchos pacientes con deterioro cognitivo tienen alteraciones preferentemente focales, es decir, cuadros afásicos marcados, trastornos de función ejecutiva, etc., que predominan sobre otros o que son únicos.
- » En estos casos, los neuropsicólogos harán **pruebas cognitivas de evaluación focal**. Algunos ejemplos son:

<i>LENGUAJE</i>	Boston Naming Test, Baterías de Afasia, PIEN...
<i>GNOSIAS</i>	VOSP, Test de Orientación de líneas de Benton...
<i>PRAXIAS</i>	Figura Compleja de Rey, Barbizet...
<i>F. EJECUTIVA</i>	Torre de Londres, LNS-III, Stroop Test...

## ¿Y la exploración psicopatológica?

24

- » Muchos enfermos con demencia tienen **alteraciones psicopatológicas**.
- » Por ello, y teniendo en cuenta que es una de las causas principales de dependencia, dificultad en las relaciones interpersonales y malestar en el paciente, el neuropsicólogo realizará el Neuropsychiatric Inventory [**NPI**], un test que mide varios síntomas psicológicos en frecuencia y gravedad [se adjunta como anexo al final de este documento].
- » Esta prueba será de utilidad tanto para médicos y enfermeros de AP como para los Equipos de Salud Mental, terapeutas ocupacionales y otros profesionales.

## ¿Y la influencia en las AVD?

25

- » El neuropsicólogo realizará, para ver cómo le afecta el deterioro cognitivo en su vida diaria, dos pruebas.
- » En primer lugar, la **Escala de Lawton y Brody**, una escala clásica en la medición de la influencia del deterioro cognitivo en las actividades llamadas instrumentales.
- » En segundo lugar, realizará el **Baremo de Gravedad Cognitiva**, un baremo que mide si la afectación cognitiva es primaria o secundaria y en qué grado está afectada.
- » Además, incluirá dónde se encuentra el enfermo en la Escala GDS [se incluye en la siguiente página].

# Escala GDS

26

Estadio		
1	Inexistente	Normal
2	Muy ligero	Alteración cognitiva leve/alteración de memoria: olvidos subjetivos, pero con exploración normal
3	Ligero	Deterioro cognitivo ligero: dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares. Detectable por la familia. Déficit sutil de memoria en la exploración
4	Moderado	Demencia. Déficit de AAVD: disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes
5	Moderadamente grave	Demencia. Déficit de AIVD: necesita ayuda para elegir la ropa, arreglar la casa, utilizar la medicación, etc. Desorientación en tiempo y espacio. Recuerda peor el nombre de sus nietos
6	Grave	Demencia. Déficit de ABVD: necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia, desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad
7	Muy grave	Demencia. Déficit de ABVD básicas y funciones más fisiológicas: pérdida de capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora

## ¿Y después?

27

- » El neuropsicólogo realizará un **informe**, igual para toda Extremadura, en el que se indicarán:
  - las puntuaciones de las pruebas cognitivas y psicopatológicas
  - la exploración neuropsicológica
  - el diagnóstico neuropsicológico
  - la recomendación de estimulación cognitiva y las pautas para llevarla a cabo
- » Este informe **irá dirigido al neurólogo**, que verá al enfermo en la visita de revisión.

# Revisión neurológica

28

- » Por lo general, será en la segunda visita cuando el neurólogo delimite qué cuadro de deterioro cognitivo tiene el paciente, ya que es en ese momento cuando tiene el informe del neuropsicólogo y las pruebas complementarias que haya solicitado.
- » El **diagnóstico** del neurólogo se basará en la clasificación diagnóstica de la Sociedad Extremeña de Neurología [SEXNE], y que tendrán a su disposición todos los equipos de AP.

23

CLASIFICACIÓN Y CODIFICACIÓN DIAGNÓSTICA DE LAS ENFERMEDADES QUE CURSAN CON DEMENCIA. SOCIEDAD EXTREMEÑA DE NEUROLOGÍA



SOCIEDAD EXTREMEÑA DE NEUROLOGÍA  
26 de octubre de 2005

# ¿Cómo es esa clasificación diagnóstica?

29

## » Se establecen **6 subgrupos**:

- **Demencia degenerativa** (p.ej. Enfermedad de Alzheimer)
- **Demencia vascular** (p.ej. Demencia por infartos múltiples)
- **Demencia por enfermedades metabólicas genéticamente determinadas con inicio tardío** (p.ej. Enfermedad de Wilson)
- **Demencia asociada a otras enfermedades neurológicas** (p.ej. Demencia por esclerosis múltiple)
- **Demencia asociada a enfermedades sistémicas** (p.ej. Demencia por déficit de vitamina B12)
- **Deterioro cognitivo asociado a enfermedad psiquiátrica** (p.ej. Deterioro cognitivo por esquizofrenia)

## » y **3 situaciones especiales**:

- Deterioro cognitivo ligero
- Demencia en estudio o de etiología indeterminada
- No demencia

## » Se contemplan un total de **127 posibles diagnósticos**.

# Informe de las Consultas de Deterioro Cognitivo

30

- » El informe de las C. de Deterioro Cognitivo será único y se remitirá a los Equipos de Atención Primaria [lo llevará el familiar del enfermo].
- » El **informe** constará de los siguientes puntos:

Anamnesis, AP y AF, exploración neurológica

Exploración neuropsicológica. Puntuaciones de las pruebas

- Inventario Neuropsiquiátrico [NPI]
- Escala de Deterioro Global [GDS]
- Baremo de Gravedad cognitiva [BGC]
- Exploración Neuropsicológica Mínima en Demencias [ENM.dem]
  - Escala de Lawton y Brody
  - Otras realizadas

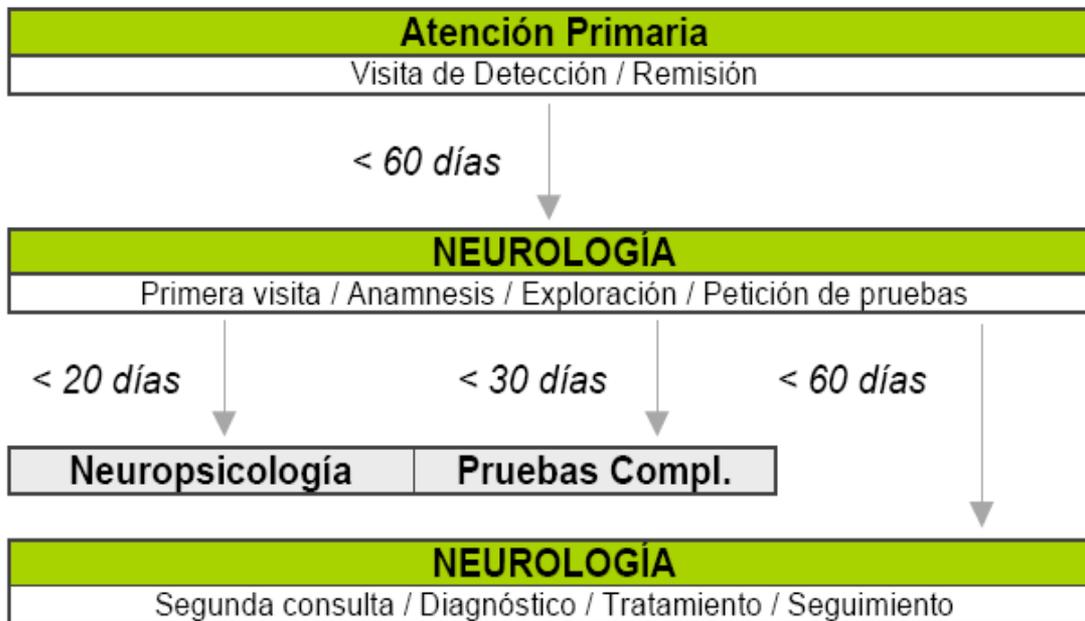
Diagnóstico neurológico

Tratamiento recomendado

- Farmacológico
- Estimulación cognitiva

# Tiempos de atención propuestos en el PIDEX

31



# Funcionamiento de las Consultas de Deterioro Cog.

32

## Consulta Especializada en DETERIORO COGNITIVO [CEDEC]

### NEURÓLOGO

Revisión de los datos de detección en AP

Anamnesis especializada

Exploración física, neurológica y cognitiva

Petición de prueba complementarias

### NEUROPSICÓLOGO

Exploración neuropsicológica

Exploración psicopatológica

Grado de Deterioro  
Influencia en las AVD

## DIAGNÓSTICO FINAL

### OPCIÓN A

No existencia de DETERIORO COGNITIVO  
[p. ej., AMAE]

### OPCIÓN B

DETERIORO COGNITIVO sin DEMENCIA  
[p. ej., Deterioro Cognitivo Ligero]

### OPCIÓN C

DETERIORO COGNITIVO demencia  
[p. ej., Enfermedad de Alzheimer]

## INFORME PROTOCOLIZADO PARA AP

# Tratamiento del paciente con Deterioro Cognitivo

33

- » Los pacientes con demencia tienen dos **tratamientos** principalmente:
  - FARMACOLÓGICO
  - NO FARMACOLÓGICO
- » Entre los primeros, están los tratamientos dirigidos a la función cognitiva y a la alteración psicopatológica.
- » Entre los segundos, terapia de conducta y estimulación cognitiva.
- » Tanto los médicos de AP como los neurólogos [y otros especialistas] tendrán a su disposición una **guía de tratamiento farmacológico** para los trastornos cognitivos y de la conducta de los pacientes con deterioro cognitivo.
- » Por otro lado, además de los profesionales anteriormente nombrados, otros como enfermeros, psicólogos o terapeutas ocupacionales tendrán también a su disposición una **guía para el abordaje no farmacológico** de los trastornos cognitivos y de la conducta.

## ¿Cómo se accede a la estimulación cognitiva?

34

- » El PIDEX ha incorporado **20 terapeutas ocupacionales** para la realización de terapias de estimulación cognitiva.
- » Además, se están **concertando plazas** de estimulación cognitiva en centros donde haya terapeutas ocupacionales o psicólogos.
- » La **estimulación cognitiva** vendrá indicada por las consultas de Deterioro Cognitivo y estará pautada por el neuropsicólogo de dicha consulta.
- » Es función del trabajador social encauzar al paciente con demencia a dicho servicio, ya que los recursos están ubicados en Servicios Sociales.

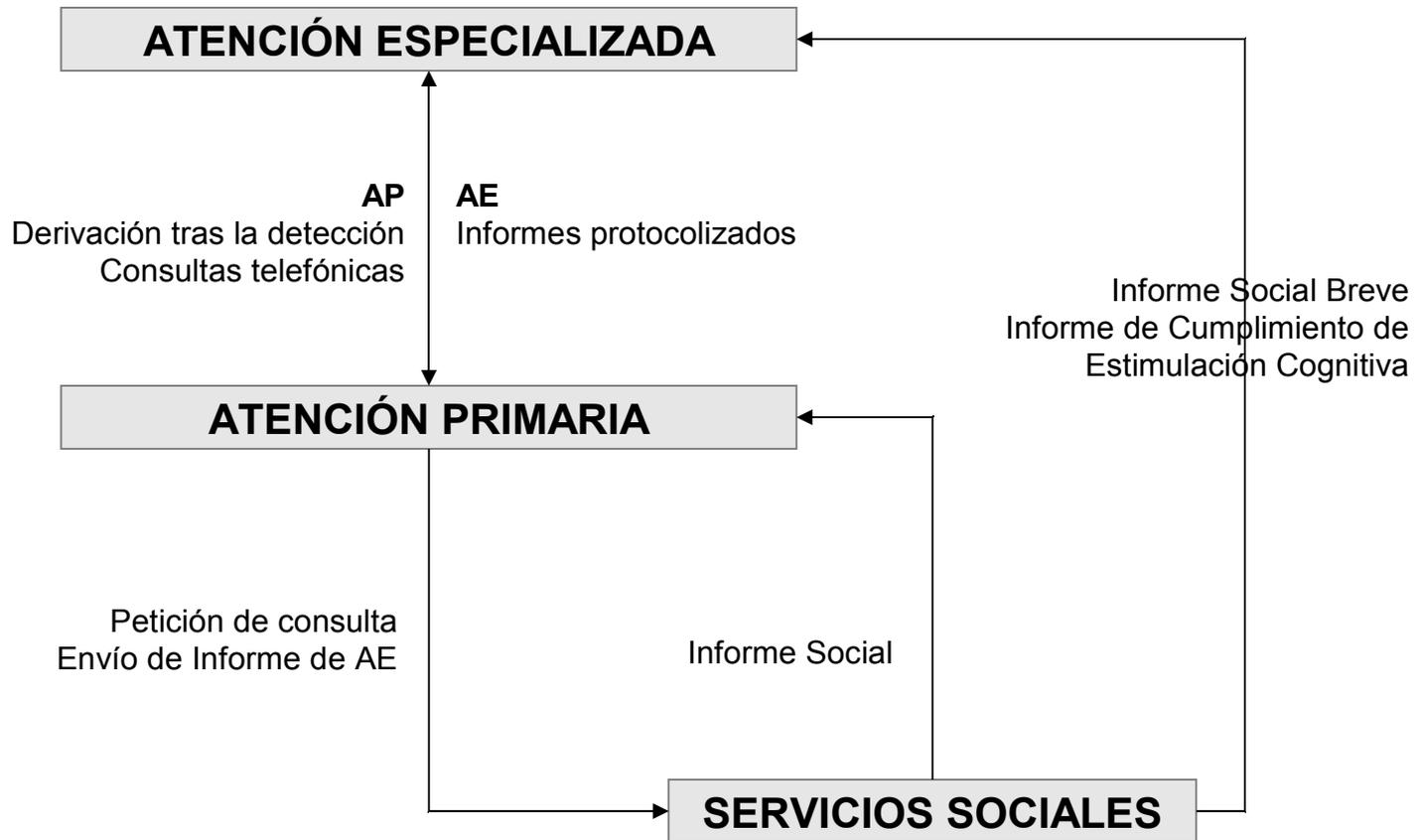
# Cómo se lleva a cabo la coordinación con S. Sociales, 1

35

- » Son los Equipos de Atención Primaria los que se coordinarán con los Servicios Sociales.
- » Por ello, las Consultas de Deterioro Cognitivo siempre remitirán al paciente con un **informe** a su Equipo de Atención Primaria, desde donde -de ser necesario en el caso del paciente, es decir, siempre que tenga un deterioro cognitivo- será remitido al **trabajador social**.
- » El flujo de información es como se puede ver en la siguiente página.
- » En cualquier caso, una mínima información de Servicios Sociales es adecuada que esté disponible para ser revisada por las Consultas de Deterioro Cognitivo, además del informe de los terapeutas ocupacionales que realizan estimulación cognitiva.
- » La información de Servicios Sociales será recogida en un informe social que el familiar podrá entregar en las consultas de Deterioro Cognitivo si fuese necesario.

# Cómo se lleva a cabo la coordinación con S. Sociales, 2

36



# Qué trabajador social atiende al paciente y su familia

37

- » El Equipo de Atención Primaria derivará al paciente al **trabajador social de AP** si así lo hubiera.
- » De no haber trabajador social en el Equipo de AP será derivado al trabajador social del Servicio Social de Base [**SSB**] correspondiente.
- » Será este trabajador social el encargado de realizar el **diagnóstico e intervención sociales**, así como de realizar el pertinente **seguimiento** social del caso.

# Cómo se hará el diagnóstico social

38

- » El trabajador social dispondrá del informe de AE, ya que es imprescindible para su evaluación y posterior establecimiento de ayudas en forma de recursos y servicios sociales.
- » Existen 4 puntos clave en el diagnóstico a efectuar por el **Trabajador Social** en el Deterioro Cognitivo:

Valoración social

Evaluación de la necesidad de ayuda

Valoración de la red Social de Apoyo

Evaluación de situaciones potenciales de estrés en el cuidador

# Diagnóstico, VARIABLES SOCIALES

39

- » Se efectuará en **visita domiciliaria** y del modo que hasta ahora se está llevando a cabo. Se tendrán en cuenta, de forma obligada, las siguientes variables:
- **Unidad de convivencia**
    - Si vive sólo, con hijos, con otros familiares. Especificación y descripción de la unidad familiar de convivencia [edades, parentescos, profesiones...] y otros familiares significativos.
  - **Situación de la Unidad familiar**
    - Descripción de las relaciones entre el sujeto y su cónyuge, con los hijos, mencionar posibles problemas implícitos y no manifestados expresamente
  - **Actitudes en la unidad familiar**
    - opiniones, creencias y valores generales o específicos, que los individuos del entorno del sujeto realizan sobre una persona u otras cuestiones, y que influyen en el comportamiento y las acciones individuales de las personas implicadas
  - **Relaciones sociales de la persona con demencia**
    - Descripción del cotidiano habitual del sujeto, qué relaciones mantiene con su entorno más cercano no familiar
  - **Grado de atención recibida por la persona con demencia**
    - Dificultad de dar atención, esfuerzo de los cuidadores (percepción subjetiva), problemas laborales, apoyos externos recibidos...
  - **Características de la vivienda**
  - **Situación económica**

# Diagnóstico, ANÁLISIS DE LA DEPENDENCIA

40

- » **Dependencia:** alude a la situación de una persona que no puede valerse por sí misma.
- » A efectos prácticos -nos interesa saber- **cuánta ayuda se necesita** para mejorar o mantener un rendimiento funcional determinado en un contexto dado.
- » El instrumento creado [**Baremo de Necesidad de Ayuda**] mide cantidad de ayuda necesaria en cinco áreas:
  - AUTOCUIDADO, MOVILIDAD, COMUNICACIÓN Y AUTONOMÍA PSÍQUICA, TAREAS DOMÉSTICAS Y AYUDAS Y APOYOS ESPECIALES
- » Esta información cuantitativa nos ofrecerá información muy útil con la que **planificar** la asignación de recursos y servicios sociales.
- » El BNA se incluye en un anexo de este documento.

# Diagnóstico, ESTRÉS DEL CUIDADOR

41

- » Cierta información relacionada con aspectos del cuidador también es muy importante que quede recogida de la manera adecuada.
- » Variables como la respuesta de estrés, habilidades de afrontamiento, carga de trabajo, etc., serán evaluadas con un instrumento llamado **ISPE** [Inventario de Situaciones Potenciales de Estrés].
- » Este informe nos dará información sobre si la respuesta de estrés del cuidador está relacionada con situaciones planteadas por el enfermo [ISPE-enfermo] o con habilidades concretas para afrontarlas [ISPE-cuidador].
- » Así se considera la necesidad de asignar **Servicios de apoyo**.

# Diagnóstico, RED SOCIAL DE APOYO

42

## **SIN RED SOCIAL DE APOYO**

Sujetos que residan solos, sin descendientes o familiares con residencia lejos de su vivienda, donde no exista otra red informal de apoyo y cuando los servicios de apoyo que pudiera estar recibiendo no estén siendo suficientes para atender la situación.

## **RED SOCIAL DE APOYO FRÁGIL**

Se prevé la Desaparición brusca del cuidador principal. Es decir, cuidador ÚNICO, cuidador OBLIGADO, cuidador AÑOSO. Igualmente se plantea considerar cómo ciertos servicios puedan estar suministrando el apoyo preciso sin riesgo de ruptura.

## **CON RED SOCIAL DE APOYO**

Todas las demás situaciones. Es decir, existencia de familia o red Social informal, sin riesgo de ruptura y que conviva con o en la localidad del sujeto.

## ¿Cómo se estructura la asignación de S. Sociales?

43

- » Evaluadas las 4 variables sociales y con el informe de las Consultas de Deterioro Cognitivo, la estructuración se hará de la siguiente forma:

DETERIORO	VALORACIÓN SOCIAL CON RED DE APOYO	VALORACIÓN SOCIAL RED DE APOYO FRÁGIL	VALORACIÓN SOCIAL SIN RED DE APOYO
<b>GDS 3</b>	AYUDA DETERMINADA EN FORMA DE RECURSOS Y SERVICIOS SOCIOSANITARIOS		
<b>GDS 4</b>			
<b>GDS 5</b>			
<b>GDS 6-7</b>			

## ¿Y por qué?

44

- » Todos los pacientes con deterioro cognitivo no precisan la misma intervención social.
- » Por ello, el PIDEX ha incorporado una estructuración de los recursos y servicios según los datos sanitarios y los datos sociales recogidos [ver ejemplo en la siguiente diapositiva].
- » Es decir, **será imprescindible** el informe de las Consultas de Deterioro Cognitivo para que los trabajadores sociales puedan llevar a cabo su labor de forma correcta.
- » Las **principales variables sanitarias** que se utilizan en Trabajo Social en el PIDEX son:
  - Puntuación en la Escala GDS
  - Puntuación en el NPI

# Ejemplo de estructuración en GDS 3

45

<b>GDS 3. DETERIORO COGNITIVO LEVE</b>
<b>CON RED DE APOYO SOCIAL</b>
Hogar de mayores [con objetivo de estimulación cognitiva] SEAD Demencias Leves [con objetivo de estimulación cognitiva] Estimulación cognitiva a domicilio
<b>RED DE APOYO SOCIAL FRÁGIL O EN RIESGO DE RUPTURA</b>
Hogar de mayores [con objetivo de estimulación cognitiva] SEAD Demencias Leves [con objetivo de estimulación cognitiva] Estimulación cognitiva a domicilio Teleasistencia Viviendas tuteladas para dependencias leves Ayuda a domicilio de atención doméstica Comidas y lavandería a domicilio Lavandería y comedor social
<b>SIN RED DE APOYO SOCIAL</b>
Ayuda a domicilio de cuidados personales Estimulación cognitiva a domicilio Viviendas tuteladas para dependencias leves. Ayuda a domicilio de atención doméstica Comidas y lavandería a domicilio Lavandería y comedor social Seguimiento social a domicilio

# ¿Qué servicios existen en el PIDEX?

46

- » En el PIDEX se incorporan servicios sociales ya existentes y otros que son específicos para demencias.

GENERALES	PARA DEMENCIAS
<p>Teleasistencia</p> <p>Ayudas económicas</p> <p>Ayudas técnicas</p> <p>Ayuda a domicilio de cuidados personales</p> <p>Ayuda a domicilio de atención doméstica</p> <p>Seguimiento social a domicilio</p> <p>Comida y lavandería a domicilio</p> <p>Lavandería y comedor social</p> <p>Respiro a domicilio</p> <p>Estancia temporal</p> <p>Servicios sanitarios a domicilio</p> <p>Cuidados Paliativos</p> <p>Residencias para personas dependientes</p>	<p><b>Residencias para Demencias</b> 2; Montijo y Plasencia; 197 plazas</p> <p><b>Centros de Día</b> 17; 484 plazas</p> <p><b>Asociaciones para Enfermos con Demencia</b> 10</p> <p><b>Servicios de Estimulación Cognitiva</b> 20</p> <p>+ recursos a concertar en la actualidad</p> <p><b>Servicios de apoyo a familias</b> información y orientación, teléfono de demencias, formación</p> <p><b>Atención psicosocial a cuidadores y familiares</b></p> <p><b>Unidades de Atención Especializada para Demencias [en residencia]</b></p>

## ¿Cómo sería un ejemplo de asignación?

47

- » Los servicios y recursos se asignan, como hemos dicho, según variables sanitarias y sociales.
- » Tomemos como referencia los CENTROS DE DÍA para pacientes con demencia.
- » Criterios de inclusión y exclusión:

SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA DEMENCIAS LEVES-MODERADAS [con trastornos de conducta]		
Al menos 2 criterios y la RSA.		
CI	GDS	3-5
	NPI	Mayor de 25. La frecuencia de cuatro síntomas es 2 ó más.
	BNA	Menor o igual a 55
	RSA	Con red de apoyo y Red social de apoyo frágil.
<ul style="list-style-type: none"><li>○ El trastorno de conducta observado podrá ser grave y con una alta frecuencia de ocurrencia, pero el deterioro general del sujeto no será muy avanzado [GDS 5].</li><li>○ Si es difícil encontrar una pauta adecuada de medicación que permita al sujeto un funcionamiento que no provoque problemas con el resto de usuarios, se tendrá en cuenta la situación global del sujeto para contemplar como solución los SEAD para demencias graves con trastornos de conducta.</li></ul>		

## Es decir...

48

- » Los pacientes deben tener:
  - Una escala GDS [Escala de Deterioro Global] entre 3-5, es decir, un deterioro cognitivo en grado leve a moderado.
  - Una puntuación en la NPI [Inventario Neuropsiquiátrico] no superior a 25; es decir, que el paciente no tenga alteración psicopatológica moderada-grave que le impida estar un lugar con otros pacientes o implicarse en las terapias.
  - Un BNA [Baremo de Necesidad de Ayuda] menor o igual a 55; es decir, que no precise múltiples cuidados a nivel de autocuidado, movilidad, etc., lo que haría imposible que pudiera beneficiarse de este recurso.
  - Una RSA [red social de apoyo] estable o frágil; si fuera inexistente esta red social, a este enfermo le corresponderían otros recursos de los que sí se beneficiaría.
- » Con esta estructuración asignamos recursos y servicios sociales basándonos en unos criterios concretos.

# ¿Y es así para todos los recursos y servicios sociales?

49

- » Efectivamente, para **todos** los recursos y servicios sociales existen criterios de inclusión y exclusión.
- » Los **trabajadores sociales** tendrán que saber manejar las escalas sanitarias que precisen para su trabajo [deben conocerlas con exactitud], al igual que conocer los dos instrumentos sociales nuevos que incorpora el PIDEX:
  - Baremo de Necesidad de Ayuda [BNA]
  - Inventario de Situaciones Potenciales de Estrés [ISPE]

# Cómo se hará el seguimiento en Sanidad, 1

50

- » Los pacientes con demencia deben ser seguidos por los equipos sanitarios dado que se trata de una enfermedad cambiante en la que hay que ir haciendo cosas diferentes dependiendo del momento y de la situación clínica.
- » **Atención Primaria** seguirá al enfermo tal como lo demande la familia o el propio paciente si es consciente de su enfermedad.
- » No se han estructurado tiempos específicos para revisión de los pacientes en AP, pero es aconsejable que los Equipos de AP diseñen una estrategia en el seguimiento de estos enfermos.

## Cómo se hará el seguimiento en Sanidad, 2

51

- » Las **Consultas de Deterioro Cognitivo** seguirán a los enfermos cada 6 meses mientras el paciente se encuentre en puntuaciones entre 3 y 6 de la escala GDS.
- » Esta consulta será realizada por el neurólogo y, en muchas ocasiones, por el neuropsicólogo.
- » Tras las visitas de revisión en las Consultas de Deterioro Cognitivo se emitirá un informe que se dirigirá a las consultas de AP.

# Cómo se hará el seguimiento en los S. Sociales

52

- » Los trabajadores sociales seguirán al enfermo al igual que las Consultas de Deterioro Cognitivo, es decir, cada 6 meses desde que se instauraron los recursos y servicios sociales.
- » Esto será así ya que los recursos y servicios sociales que el paciente pudiera necesitar pueden cambiar con el tiempo dado el carácter degenerativo de la demencia.
- » Los trabajadores sociales revisarán al paciente y a la familia una vez que sea visto por las Consultas de Deterioro Cognitivo.
- » La estructuración de la visita será la misma que la que hicieron en la primera visita.