

Servicio Público de Rehabilitación Neurocognitiva

Una guía breve

Código: CCA/00/13/05/CM

EDITA

JUNTA DE EXTREMADURA

Consejería de Sanidad y Dependencia

Servicio Extremeño de Salud

Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud

Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia

AUTORES

Manuel Cid Gala

Psicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia

Pablo Duque San Juan

Neuropsicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud

DISEÑO, MAQUETACIÓN E IMPRESIÓN

Indugrafic, Artes Gráficas, S. L.

© **JUNTA DE EXTREMADURA**

Consejería de Sanidad y Dependencia

I.S.B.N.

ISBN: ?????????????????

DEPÓSITO LEGAL

BA-681-2008



PLAN INTEGRAL DE ATENCIÓN SOCIO SANITARIA
AL DETERIORO COGNITIVO EN EXTREMADURA

[PIDEX]

DOCUMENTO ANEXO AL PIDEX N° 6

Servicio Público
de Rehabilitación
Neurocognitiva

[ÍNDICE]

PRÓLOGO	09
[0] Presentación	11
[1] Introducción	12
[2] Objetivos	14
[3] Justificación	15
[4] Modelo de funcionamiento	16
Perfil de usuario.....	16
Asignación, acceso y lista de espera	16
Criterios de inclusión	16
Criterios de exclusión.....	17
Organización de la intervención	17
La sesión de estimulación cognitiva.....	18
Coordinación con las Consultas de Deterioro Cognitivo.....	19
Medida transitoria.....	19
[5] Evaluación.....	20
Historia clínica para la estimulación cognitiva	20
Registro de datos en la intervención.....	20
Seguimiento	20
Alta en el servicio de estimulación cognitiva.....	21
Documentación	22
[6] Recursos humanos	29
[7] Herramienta de estimulación cognitiva	30
[8] Ubicación de los servicios de estimulación cognitiva	31

[GRUPO DE TRABAJO]

[COORDINACIÓN DEL DOCUMENTO]

Manuel Cid Gala

Psicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Promoción de la Autonomía y de Atención a Personas en Situación de Dependencia. Consejería de Sanidad y Dependencia

Pablo Duque San Juan

Neuropsicólogo. Coordinador del PIDEX. Dirección General de Atención Sociosanitaria y Salud. Servicio Extremeño de Salud

[COLABORADORES]

[NEUROPSICÓLOGOS DEL PIDEX]

Beatriz Duque San Juan. *Área de Salud de Cáceres*

Beatriz Rodríguez Fúnez. *Área de Salud de Plasencia*

Laura Jiménez Marín. *Área de Salud de Mérida*

Laura López Clavijo. *Área de Salud de Don Benito-Villanueva*

Mónica Martín Muñoz. *Área de Salud de Llerena-Zafra*

Sandra Bartolomé Alberca. *Área de Salud de Badajoz*

[TERAPEUTAS OCUPACIONALES DEL PIDEX]

Ana Isabel García Gil-Carretero. *Hogar de Mayores. Trujillo*

Begoña Naharro Carmona. *Centro de Salud. Castuera*

Cristina García Caña. *Hogar de Mayores. Azuaga*

Cristina Gutiérrez Sansón. *Centro de Salud. Talarrubias*

Elena García Salgado. *Hogar de Mayores. Burguillos del Cerro*

Eva María Burrero Pérez. *Residencia Mayores. Jerez de los Caballeros*

Gema Fernández Alcalde. *Hogar de Mayores. Miajadas*

María Soraya Martín Vadillo. *Hospital de Coria*

Verónica Clemente Pulido. *Centro de Salud. Navalmodal de la Mata*

Verónica Mariscal Donaire. *Centro de Salud. Arroyo de la Luz*

[ABREVIATURAS]

AP Atención Primaria

CEDEC Consultas Especializadas en Deterioro Cognitivo

DC Deterioro Cognitivo

EC Estimulación Cognitiva

GDS Global Deterioration Scale

NPS Neuropsicología / Neuropsicólogo

SEXNE Sociedad Extremeña de Neurología

SSB Servicio Social de Base

[PRÓLOGO]

ENTRE LAS ACCIONES QUE SE HAN PUESTO EN MARCHA EN EL PLAN INTEGRAL DE Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo [PIDEX] está el Servicio Público de Rehabilitación Neurocognitiva. Este servicio es novedoso no sólo en Extremadura sino en todo el territorio nacional porque regula un proceso de atención sanitaria que hasta ahora no tenía una respuesta clara: el tratamiento no farmacológico del deterioro o el déficit neuropsicológico, desde el Sistema Público de Salud.

Los enfermos con cuadros demenciales, así como los que sufren deterioro cognitivo como consecuencia de un daño cerebral sobrevenido y los niños con déficit neuropsicológicos en el curso del desarrollo, tienen ahora un recurso público para tratar estos déficit.

Las Consultas de Deterioro Cognitivo [en la actualidad] y, posteriormente, las Consultas de Neuropediatría, son los encargados de coordinarse con estas estructuras formadas por Terapeutas Ocupacionales, un profesional necesario en cualquier sistema sanitario.

Sabemos que estos recursos contribuirán al mejor abordaje del deterioro cognitivo y, por tanto, a una mejor calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

Ceciliano Franco

Juan Carlos Campón

[0]PRESENTACIÓN

El PIDEX incorpora la **estimulación y rehabilitación cognitivas** como un tratamiento de eficacia que debe ser indicado por las Consultas de Deterioro Cognitivo [CEDEC] basándose en el tipo de deterioro cognitivo [DC], la afectación y el grado de la misma, así como en otros datos. Con ello, se garantiza que todos los pacientes con deterioro cognitivo que sean candidatos a tratamiento con estimulación o rehabilitación cognitiva lo reciban.

El presente documento detalla una serie de acciones que describen cómo se efectúa la estimulación cognitiva en la Comunidad de Extremadura y, en concreto, en el ámbito de la demencia. En este sentido, han de quedar definidos una serie de aspectos que serán fundamentales:

- perfil del usuario,
- asignación, acceso y lista de espera del servicio de estimulación cognitiva,
- criterios de inclusión y exclusión,
- organización de la intervención,
- la sesión de estimulación cognitiva [EC],
- coordinación con las CEDEC,
- recursos humanos,
- evaluación, recogida de información, etc.

Este servicio también se encargará del tratamiento de pacientes con deterioro cognitivo secundario a un daño cerebral sobrevenido y de niños con déficit cognitivos en el contexto del desarrollo, pero el presente documento es el que servirá de referencia en el caso de personas con demencia.

[1] INTRODUCCIÓN

Los déficits cognitivos forman parte de distintos síndromes del sistema nervioso central [SNC] o bien de enfermedades sistémicas con repercusión secundaria cerebral. Las enfermedades neurológicas de mayor prevalencia que cursan con afectación de la función cognitiva son las demencias tipo Alzheimer y otras demencias primarias, los accidentes cerebrovasculares [AVC] y los traumatismos craneoencefálicos [TCE]. Y, entre las psiquiátricas, los cuadros de corte psicótico [lógicamente la mayor prevalencia se encuentra en trastornos afectivos y de ansiedad, pero no cursan por lo general con disfunción cognitiva que precise atención a este nivel]. Por otro lado, múltiples trastornos del neurodesarrollo [disfasias, dislexias, síndromes disejecutivos, etc.] cursan con disfunción cognitiva por no adquisición correcta de la función, que debería ser “innatamente” adquirida en contacto con el ambiente, aun a pesar de la conservación de la “inteligencia”; o bien déficit cognitivos múltiples en el contexto de una afectación intelectual [p. ej., Síndrome de Down, Retraso Mental, etc.].

Actualmente, estos trastornos tienen [en lo referente a los déficit cognitivos] una solución parcial a nivel de terapias farmacológicas, siendo una terapia de elección la rehabilitación o la estimulación cognitivas [dependiendo del fin]. Por otro lado, desgraciadamente no existen a nivel de salud pública actuaciones de estimulación cognitiva encaminadas a la prevención de una posible afectación futura de la función cognitiva. Según algunos científicos contemporáneos, el “uso” del cerebro podría prevenir la aparición de demencia o bien retrasar su aparición en personas susceptibles de tenerla [antecedentes familiares directos de demencia, HTA, hipercolesterolemia, DM, etc.]. Así, autores como Nottehbom [1977], Gould et al. [1999, 2002], Raz [2000] o Monje et al. [2003], publican datos muy interesantes sobre neurogénesis en edad adulta o envejecimiento en relación con mayor o menor actividad mental.

¿Es eficaz la estimulación y la rehabilitación cognitivas? Si atendemos a las pruebas que aportan los estudios científicos la conclusión final es que sí, pero con salvedades:

1. no existe aún un consenso sobre qué periodicidad se debería dar a las sesiones de estimulación/rehabilitación cognitivas;
2. los criterios de inclusión/exclusión para dichas terapias no están claros;
3. no existen objetivos concretos ni generales en distintas enfermedades de las cuales parten los profesionales en su afán por mejorar las funciones cognitivas mermaidadas o de estimular las que tiene conservadas para que no se deterioren;

4. no existe evidencia tipo A en terapias concretas;
5. no hay comparación con grupos controles.

Sin embargo, el núcleo central de esta terapia se mueve en varios puntos fundamentales:

- conocimiento de cómo se da la función cognitiva,
- cómo se estructura en pasos específicos [neuropsicología cognitiva],
- qué déficit concreto existe y a qué nivel,
- qué lesión o disfunción lo provoca,
- posibilidades de habilitar dicha función de nuevo o de estimularla con el fin de frenar su deterioro,
- establecimiento de objetivos en forma de pasos en la terapia,
- monitorización de dicha evolución para corregir posibles errores,
- finalización de la terapia cuando ya no exista [científicamente hablando] efectividad por encima de no hacer nada.

[2] OBJETIVOS

La estimulación cognitiva en la demencia degenerativa se define como el conjunto de técnicas orientadas a potenciar y preservar las funciones y procesos cognitivos conservados del sujeto afecto, con el objetivo de mantener su rendimiento el mayor tiempo posible, y con el fin último de retrasar el déficit ya instaurado en determinadas funciones.

Es decir:

- estimular las capacidades mentales conservadas,
- evitar la desconexión con el entorno y fortalecer las relaciones sociales,
- dar seguridad e incrementar la autonomía personal,
- dignificar y estimular la autoestima,
- retrasar el deterioro cognitivo y funcional ocasionado por la enfermedad,
- mejorar el estado de salud,
- mejorar la calidad de vida de la persona enferma y de los familiares.

[3] JUSTIFICACIÓN

Los programas de estimulación cognitiva en Extremadura se conocen y están presentes de manera y en proporciones desiguales. Hasta el momento, este tratamiento, dirigido a la demencia degenerativa, únicamente ha estado ofertado por centros de día específicos o por asociaciones de familiares de personas con demencia y sin que existiera una pauta y una prescripción justificada por profesionales de la salud. Un planteamiento de este tipo significa al menos tres cosas:

- que la calidad de los tratamientos ofrecidos tienen una alta probabilidad de no ser homogéneos;
- que el coste de dicho servicio repercute directamente en el usuario y familiares;
- que el acceso o disponibilidad de los tratamientos no está regulado, ya que no existe prescripción definida y no se garantiza la igualdad para recibirlo.

Ante esta situación, el **Plan Integral de Atención Sociosanitaria al Deterioro Cognitivo [PIDEX]** incorpora, en su primera parte:

- **la estimulación cognitiva como un tratamiento de eficacia** que debe ser indicado por las CEDEC basándose en el tipo de deterioro cognitivo, la afectación y el grado de la misma, así como en los datos neurológicos y funcionales. Las CEDEC están compuestas por neurólogo y neuropsicólogo;
- la garantía de que todos los pacientes con demencia que sean candidatos a tratamiento con estimulación cognitiva lo reciban;
- el **neuropsicólogo**, integrado en las CEDEC con el fin de indicar y planificar la estimulación cognitiva cuando considere que puede estar indicado [en consenso con el neurólogo, dado que algunos criterios de inclusión/exclusión precisan de su actuación];
- **la gratuidad y calidad del tratamiento**. Es decir, la financiación del mismo por el sistema de salud como uno más de todos los existentes y con las mismas garantías de calidad y homogeneidad;
- **el profesional de la terapia ocupacional [TO]** con el fin de ejecutar y evaluar los tratamientos de estimulación cognitiva.

[4] MODELO DE FUNCIONAMIENTO

Se especifica a continuación cómo y con qué instrumentos específicos habrá de funcionar el Servicio Público de Rehabilitación Neurocognitiva, en el caso de las demencias degenerativas, en Extremadura.

[4.1]

PERFIL DEL USUARIO

Personas con demencia degenerativa de cualquier etiología que cumplan los criterios de inclusión [punto 4.3] y no cumplan criterios de exclusión [punto 4.4].

[4.2]

ASIGNACIÓN, ACCESO Y LISTA DE ESPERA

La pertinencia de recibir o no tratamiento de estimulación cognitiva [siempre nos referiremos al caso de las demencias degenerativas y vasculares] será responsabilidad de las CEDEC. En concreto, el neuropsicólogo será quien delimite las funciones a estimular y de qué manera, con objetivos específicos. El neurólogo efectuará el diagnóstico etiológico.

El trabajador social de AP o SSB sabrá de los lugares donde el tratamiento de estimulación cognitiva se realiza con el fin de facilitar el acceso a este servicio.

El acceso al servicio se efectuará mediante contacto telefónico del familiar al Servicio Público de Rehabilitación Neurocognitiva más cercano a su domicilio, que previamente le ha sido indicado en las CEDEC o por el trabajador social que le corresponda. Hasta 2009 el acceso se está realizando tal y como estipula la medida transitoria 4.8 de este documento.

La lista de espera para este servicio se ordenará temporalmente según fecha de consulta a las CEDEC. A misma fecha, prevalecerá la GDS menor.

[4.3]

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

Estos criterios serán fundamentales para su derivación a terapia de estimulación cognitiva. En el que caso en que las CEDEC consideren que el paciente debería llevar un tratamiento con estimulación cognitiva y no cumpliera los criterios, se justificará su inclusión en dicho tratamiento.

- Diagnóstico de demencia degenerativa o vascular [según la clasificación diagnóstica de la SEXNE].
- Estadio entre 3-5 de la GDS [enfermedad leve-moderada].
- Valoración neuropsicológica completa según protocolo recogido en el PIDEX.
- Capacidad ambulatoria autónoma [Índice de Barthel].
- Compromiso por parte del cuidador de cumplir los horarios de la terapia.
- Existencia de apoyo familiar continuado.

[4.4]

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Serán comunicados a los familiares-cuidadores al inicio de la terapia.

- Trastorno de conducta grave no controlado que impida la normal realización de la estimulación cognitiva.
- Anosognosia en grado moderado-grave, que impida la normal realización de la estimulación cognitiva.
- Padecer enfermedad infecto-contagiosa.
- Padecer enfermedad sistémica que requiera atención hospitalaria continuada u otros cuidados que no puedan ofrecerse en el centro.

[4.5]

ORGANIZACIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El horario designado para efectuar la estimulación cognitiva en pacientes con demencia es de 9,00 a 14,00 horas. El resto de la jornada laboral, el terapeuta ocupacional se dedicará a elaboración de informes, preparación de actividades [en sala y para casa, registros de información y atención al público] y el correspondiente descanso.

Los usuarios podrán decidir la hora y el día que mejor les convenga para recibir el tratamiento, siempre y cuando la agenda lo permita. Se aconseja que las sesiones a realizar por cada usuario a la semana sean, de manera general, 2 [alternas] y con una duración de, al menos, 30 minutos. Para GDS 3 y 3-4 sería aconsejable estudiar la pertinencia de 3 sesiones a la semana.

La intervención será **individual**. No obstante, podrán formarse grupos con criterios de homogeneidad [el profesional valorará la circunstancia concreta] que permitan que

la intervención sea eficaz [GDS, funciones cognitivas deterioradas y conservadas, nivel de escolaridad, intereses, personalidad de los sujetos, etc.]. El máximo del grupo nunca podrá ser superior a 3 personas.

ABORDAJE EN SITUACIONES CONCRETAS

Si la intervención es interrumpida de manera continua a causa de trastornos de conducta frecuentes alterando el normal desarrollo de la sesión, debemos recomendar al familiar la visita a médico de AP con el fin de evaluar los nuevos síntomas aparecidos. Una vez controlada dicha sintomatología se considerará su reincorporación al programa de estimulación cognitiva.

Las funciones cognitivas a tratar, que vienen especificadas en el informe neuropsicológico, se trabajarán por igual en cada una de las sesiones. Con el tiempo se determinará el trabajar más o menos unas u otras.

Se mandarán ejercicios de estimulación cognitiva para casa [semanales], para trabajar en domicilio aquellas funciones que conserva el individuo con el fin de que no supongan ningún esfuerzo para él ni para su familia. Todas las actividades que se realicen deben ser de utilidad en la vida diaria del individuo [validez ecológica].

[4.6]

LA SESIÓN DE EC

El esquema de desarrollo de cada sesión puede ceñirse a lo siguiente:

- Saludos e interés por lo ocurrido en días anteriores, de manera que se cree un ambiente relajado y operativo.
- Orientación temporal y espacial: valorar y corregir.
- Ver tareas concretas realizadas en casa [en su caso].
- Ejecutar la tarea programada para la función cognitiva a trabajar, presentando el material a emplear, resolviendo dudas existentes y dando el tiempo suficiente para la resolución de la cuestión planteada.
- Extrapolar la tarea a las actividades de la vida diaria.
- Recoger alguna información por parte del sujeto de manera que pueda ir comprobándose la dificultad y satisfacción producida al realizar la tarea.
- Concluir positivamente, resumiendo la jornada y convocando para el siguiente día.
- Hablar con el familiar para explicarle cuestiones relevantes.

Durante el desarrollo de todas las actividades proyectadas se reforzarán positivamente los aspectos que lleven a la solución de la situación planteada y se minimizarán fracasos, eludiendo en la medida de lo posible la competitividad y las comparaciones innecesarias.

[4.7]

LA COORDINACIÓN CON LAS CEDEC

El seguimiento por las CEDEC se efectúa cada **6 meses** entre GDS 3 y GDS 5-6. El PIDEX establece el protocolo de evaluación desde estas consultas. Un aspecto fundamental para este seguimiento será la información que llegue desde los Servicios Públicos de Rehabilitación Neurocognitiva a las CEDEC. Para ello, se estipula que cada 6 meses el terapeuta ocupacional complete un informe protocolizado sobre cumplimiento y evolución terapéutica [punto 5.4.3]

Durante el tratamiento pueden aparecer alteraciones de otras funciones cognitivas que no se hallen recogidas en los informes de NPS. En esos casos, no es preciso esperar a la próxima revisión por las CEDEC para comenzar a intervenir. De esta manera, el terapeuta ocupacional podrá establecer contacto [telefónico, correo electrónico] con el neuropsicólogo y se establecerán las pautas de actuación que se consideren oportunas.

No obstante, este hecho sí irá obligatoriamente especificado en el informe que realice el TO al objeto de seguimiento en las CEDEC.

[4.8]

MEDIDA TRANSITORIA

Hasta que estructuras sociosanitarias como las Comisiones Sociosanitarias Comunitarias [CSC] –que son las que en realidad deberán encaminar la situación de demencia al Servicio Público de Rehabilitación Neurocognitiva– funcionen de la manera estimada, las derivaciones de pacientes a este servicio se efectuarán directamente entre CEDEC y TO. Se determina que a lo largo de 2009 dichas derivaciones sean realizadas por las CSC, tal y como los demás recursos de la cartera de servicios del PIDEX.

Esta medida transitoria también afecta a las altas de pacientes.

[5] EVALUACIÓN

Se exponen a continuación el modo y las herramientas utilizadas para evaluar a la persona que está recibiendo tratamiento. Es decir, unos rendimientos determinados que nos indiquen la eficiencia de las intervenciones realizadas.

[5.1]

HISTORIA CLÍNICA PARA LA ESTIMULACIÓN COGNITIVA

El terapeuta ocupacional, como trabajador sanitario, precisa realizar en la primera visita del paciente una historia clínica reglada. El documento 5.4.1 servirá para este fin y orientará al TO para la recogida de información básica antes del inicio de tratamiento.

[5.2]

REGISTRO DE DATOS EN LA INTERVENCIÓN

La hoja de registro de datos [documento 5.4.2] nos ofrecerá una idea cuantitativa sobre “resultados cognitivos” concretos y una noción general sobre aspectos conductuales clave, con el fin de valorar los rendimientos en el trabajo terapéutico.

Este registro permite obtener información sobre la complejidad de la tarea efectuada y el rendimiento cuantitativo en un continuo numérico que va de 0 a 4. Estos datos ayudarán a ir adaptando y personalizando cada actividad a unas capacidades dadas.

Esta hoja de registro deberá ser completada al término de cada sesión de estimulación cognitiva.

[5.3]

SEGUIMIENTO

La frecuencia con la que se estima que será efectuado el seguimiento en personas que estén recibiendo estimulación cognitiva es la misma que para las revisiones por las CEDEC, es decir, **6 meses**.

Una de las tareas de las CEDEC será determinar la conveniencia de que una persona continúe con el programa de estimulación cognitiva, lo deje, o lo comience. El seguimiento en los Servicios Públicos de Rehabilitación Neurocognitiva tomará forma con el documento de Informe para Neuropsicología y Neurología [5.4.3].

[5.3]**ALTA DEL SERVICIO DE EC**

El alta del servicio de estimulación cognitiva se producirá de manera general cuando el tratamiento que se está ejecutando ya no esté siendo eficaz. Para saberlo, la información recogida en los seguimientos de NPS y TO será fundamental. No obstante, existen otros motivos por los que la persona que recibe tratamiento puede dejar de recibirlo [alta voluntaria, por ejemplo].

Los criterios al alta de la EC serán:

- no se cumplen los criterios de inclusión o se cumplen los criterios de exclusión;
 - cuando, de forma injustificada, no se acuda a tratamiento de forma continuada [dos semanas a lo sumo], y las faltas injustificadas sean frecuentes [mayores a 5 en menos de 1 mes u 8 en 6 meses];
 - petición de alta voluntaria del servicio. Esta modalidad tiene una serie de particularidades que han de indicarse en el momento de la solicitud:
1. Hacer constar por escrito el alta con el documento del que se dispone [5.4.4], colocando en el motivo 'ALTA VOLUNTARIA'.
 2. Entregar original del documento al familiar acompañante o al sujeto [si procede], para que lo entregue en la revisión-seguimiento en las CEDEC, junto con su informe correspondiente.
 3. Quedarse con una copia del alta.
 4. Si se produce alta voluntaria avisar de:
 - la inconveniencia de su decisión [a no ser que existan motivos de causa mayor por los que no puedan asistir] y los beneficios de la terapia de estimulación cognitiva [EC];
 - que lo que se está recibiendo es un tratamiento y, como tal, si se interrumpe voluntariamente, el tutor o guardador de hecho del sujeto con demencia asume la responsabilidad de este hecho;
 - que si pasado el tiempo deciden volver a solicitar el tratamiento de EC deberán atenerse a disponibilidad de plazas en ese momento. Es decir, no es posible la reserva de plaza. Además, deberá ser prescrito de nuevo dicho tratamiento por las CEDEC;
 - que si existe lista de espera en el momento de querer volver a recibir el tratamiento, deberá respetar el lugar de dicha lista y esperar a que haya una vacante;

- que si existe incapacitación judicial será el tutor designado el único que podrá decidir sobre la continuidad o no en el servicio de EC.

Este apartado se reflejará -de darse la circunstancia de Alta Voluntaria- en el documento 5.4.5.

[5.5]

DOCUMENTACIÓN

[5.4.1] HISTORIA PARA ESTIMULACIÓN COGNITIVA

CENTRO de SALUD	
Terapeuta Ocupacional	
FECHA	

DATOS USUARIOS	
Nombre y apellidos	
Fecha de nacimiento	
Domicilio	
Teléfono	
Fecha valoración CEDEC	
Fecha llegada a servicio EC	
Fecha de inicio de intervención	
Fecha reevaluación	
Temporalización del programa	
Recomendaciones terapéuticas	

DATOS CUIDADORES		
Nombre y apellidos	Parentesco	
Domicilio	Teléfono	
Nombre y apellidos	Parentesco	
Domicilio	Teléfono	
Nombre y apellidos	Parentesco	
Domicilio	Teléfono	

DATOS CLÍNICOS	
Cuadro clínico evolutivo	
Tratamiento farmacológico	
Precauciones	

HISTORIA FAMILIAR - SOCIAL

HISTORIA OCUPACIONAL

EVALUACIÓN COGNITIVA [indicaciones neuropsicológicas]

TRATAMIENTO	
Objetivos	
Desarrollo del programa	

EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Firmado:

[5.4.2] HOJA DE REGISTRO

Nombre y apellidos	
Recomendaciones terapéuticas	
FECHA	

Funciones cognitivas	Nivel de complejidad de la actividad			Ejercicio N°	Resultados				
	B	M	A		0	1	2	3	4
	B	M	A		0	1	2	3	4
	B	M	A		0	1	2	3	4
	B	M	A		0	1	2	3	4
	B	M	A		0	1	2	3	4

VALORACIÓN: 0: no puede realizar la tarea, 1: con ayuda evidente resuelve la tarea, 2: con una pequeña ayuda resuelve la tarea, 3: resuelve la tarea sin ayuda; si acaso requiere iniciarlo, 4: resuelve la tarea sin ninguna ayuda.

DATOS CONDUCTUALES		
PUNTUALIDAD	<ol style="list-style-type: none"> Lo han de acompañar. Viene cuando quiere. A veces llega un poco tarde. Puntual. 	
ASPECTO GENERAL	<ol style="list-style-type: none"> Descuidado. Un poco descuidado. Arreglado. Bien arreglado. 	
COMUNICACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> Habla cuando se le dice. No respeta el turno. Monopoliza la conversación. Espontaneidad, respeta el turno. 	
ATENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> Se distrae. Hay que repetir las cosas varias veces. Se asegura de lo que ha de hacer. Está pendiente. 	



MOTIVACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indiferente. 2. Poco motivado. 3. Motivado. 4. Buena motivación. 	
ESTADO ÁNIMO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apático. 2. Irritable. 3. Ansioso. 4. Alegre. 	
INTEGRACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aislado. 2. Habla superficialmente con compañeros. 3. Se alía con compañeros. 4. Comunicación fácil. 	
Observaciones		

[5.4.3] INFORME PARA NEUROPSICOLOGÍA Y NEUROLOGÍA

CENTRO DE SALUD	
------------------------	--

DATOS DEL INTERESADO	
NOMBRE Y APELLIDOS	
FECHA INICIO INTERVENCIÓN	
FECHA DE INFORME	

PLAN TERAPÉUTICO	
FRECUENCIA SESIONES	
Nº SESIONES PAUTADAS	
Nº SESIONES REALIZADAS	
PUNTUALIDAD	<ol style="list-style-type: none"> 1. Lo han de acompañar. 2. Viene cuando quiere. 3. A veces llega un poco tarde. 4. Puntual.





COMUNICACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Habla cuando se le dice. 2. No respeta el turno. 3. Monopoliza la conversación. 4. Espontaneidad, respeta el turno. 	
ATENCIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se distrae. 2. Hay que repetir las cosas varias veces. 3. Se asegura de lo que ha de hacer. 4. Está pendiente. 	
MOTIVACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Indiferente. 2. Poco motivado. 3. Motivado. 4. Buena motivación. 	
ESTADO ÁNIMO	<ol style="list-style-type: none"> 1. Apático. 2. Irritable. 3. Ansioso. 4. Alegre. 	
INTEGRACIÓN	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aislado. 2. Habla superficialmente con compañeros. 3. Se alía con compañeros. 4. Comunicación fácil. 	

EVOLUCIÓN

RECOMENDACIONES

Firma:

[5.4.4] ALTA del SERVICIO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

NOMBRE Y APELLIDOS
FECHA

TEMPORALIDAD DEL PROGRAMA DE EC

--

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE EC

--

MOTIVO

--

OBSERVACIONES

--

Firma:

[5.4.5] ALTA VOLUNTARIA del SERVICIO DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

CONSECUENCIAS DE ALTA VOLUNTARIA

- La inconveniencia de su decisión [a no ser que existan motivos de causa mayor por los que no puedan asistir] y los beneficios de la terapia de estimulación cognitiva [EC];
- lo que se está recibiendo es un tratamiento y, como tal, si se interrumpe voluntariamente, el tutor o guardador de hecho del sujeto con demencia asume la responsabilidad de este hecho;
- si pasado el tiempo deciden volver a solicitar el tratamiento de EC deberán atenerse a disponibilidad de plazas en ese momento. Es decir, no es posible la reserva de plaza. Además, deberá ser prescrito de nuevo dicho tratamiento por las CEDEC;
- si existe lista de espera en el momento de querer volver a recibir el tratamiento, deberá respetar el lugar de dicha lista y esperar a que haya vacante;
- si existe incapacitación judicial será el tutor designado el único que podrá decidir sobre la continuidad o no en el servicio de EC.

..... con DNI y como beneficiario, tutor o familiar [tache lo que no corresponda], renuncio voluntariamente a la plaza del tratamiento de estimulación cognitiva que actualmente recibo/e en el Centro aceptando las consecuencias –que conozco y de las que he sido informado de forma oral y por escrito– derivadas de esta decisión voluntaria.

..... a, de de 2.....

Firmado:.....

[6] RECURSOS HUMANOS

En principio, los tratamientos de estimulación cognitiva se llevarán a cabo por **terapeutas ocupacionales [TO]** del modo especificado [con las indicaciones del neuropsicólogo. Sin embargo, estos profesionales pueden no ser suficientes para el tratamiento con estimulación cognitiva [se estima que al menos un 40-50% de los pacientes con DC serán candidatos a recibirla, es decir, unos 2.000-3.000 pacientes en Extremadura si atendemos a las cifras estimadas de prevalencia] o, en ciertos lugares [p. ej., pueblos de pocos habitantes], no tener suficientes recursos humanos.

Por ello, la Enfermería de los Centros de Salud de localidades con poca densidad de población, podrá a asumir la estimulación cognitiva durante el tiempo estimado por el neuropsicólogo.

Estos profesionales seguirán un curso intensivo sobre estimulación cognitiva para el paciente con DC y aprenderán las nociones básicas -pero suficientes para su atención- de Neuropsicología en dicho curso.

El número inicial de TO destinados para este programa son 27 y la ubicación física actual del servicio está en CENTROS DE SALUD. Del mismo modo, se contempla el concierto de sesiones de tratamiento de estimulación cognitiva con entidades privadas. Dichas entidades deberán cumplir con todo lo estipulado en la definición de este servicio. La coordinación del PIDEX establecerá los criterios y requisitos particulares que habrán de ser exigidos para cumplir con la certificación PIDEX en este ámbito.

[7] HERRAMIENTA DE EC

Es imprescindible que todas las herramientas, materiales e instrumentos con los que la estimulación cognitiva ha de realizarse, puedan estar fácilmente DISPONIBLES para el profesional [TO, neuropsicólogo, enfermero] y que sean VARIADOS y ADECUADOS al sujeto y a su grado de deterioro.

El modo en que se llevará a cabo esta acción será mediante la creación de un **entorno web sobre deterioro cognitivo**, en el que parte fundamental será una base de datos a la que profesionales autorizados podrán acceder con el fin de conseguir todo lo necesario para efectuar su trabajo de terapia.

De esta manera, la herramienta de estimulación cognitiva del PIDEX pretende:

1. Ser una base de datos mediante la cual se puedan obtener todo tipo de documentos, fichas, actividades, etc., con los que realizar los trabajos de estimulación cognitiva pautados.
2. Que esta base de datos permita incluir informaciones sobre el paciente y su evolución.
3. Tener clasificadas las tareas por función cognitiva, subfunción y complejidad.
4. Herramienta de trabajo diaria para el profesional que ejecuta la estimulación.
5. Cada profesional accederá a la base de datos web mediante una clave que le será proporcionada.
6. La base de datos será utilizada en exclusiva por personal cualificado.

[8] UBICACIÓN ACTUAL DE LOS SERVICIOS DE EC*

LOCALIDAD	UBICACIÓN	ZONA SS
TRUJILLO	Centro de Salud de TRUJILLO. Avda. Ramón y Cajal S/N	TRUJILLO
CÁCERES	Centro de Salud "Manuel Encinas". C/ Rodríguez Ledesma 8	CÁCERES
MIAJADAS	Hogar de Mayores. C/ Ramón y Cajal, 3 - 10100	MIAJADAS
ARROYO DE LA LUZ	Centro de Salud de ARROYO DE LA LUZ. Plaza de España S/N	BROZAS
PLASENCIA	Centro de ESPECIALIDADES "LUIS DE TORO". Avda. José Antonio S/N	PLASENCIA SUR
MALPARTIDA DE PLASENCIA	Información en Centro de Especialidades "Luis de Toro" de Plasencia	PLASENCIA SUR
JARAZ DE LA VERA	Centro de Salud de JARAZ DE LA VERA. C/ Pablo Picasso S/N	PLASENCIA SUR
MONTEHERMOSO	Hogar de Mayores. C/ órdenes Militares 37	PLASENCIA NORTE
PINOFRANQUEADO	Centro de Salud de PINOFRANQUEADO. C/ D. de Miranda S/N	PLASENCIA NORTE
NAVALMORAL DE LA MATA	Centro de Salud de NAVALMORAL DE LA MATA. Avda. de las Angustias S/N	NAVALMORAL
CORIA	Hospital de Coria. C/ Cervantes 75	CORIA
MÉRIDA	Centro de Salud "OBISPO PAULO". Ctra. de Don Álvaro S/N	MÉRIDA
ALMENDRALEJO	Centro de Salud de ALMENDRALEJO. C/ Alfonso X S/N	ALMENDRALEJO
VILLAFRANCA DE LOS BARROS	Centro de Salud de VILLAFRANCA DE LOS BARROS. C/ Colombia S/N	VILLAFRANCA
HORNACHOS	Hogar de Mayores. Travesía de Pidal S/N	VILLAFRANCA
TALARRUBIAS	Centro de Salud de TALARRUBIAS. Avda de la Constitución 130	TALARRUBIAS
CASTUERA	Centro de Salud de CASTUERA. C/ Francisco Pizarro 1	CASTUERA
DON BENITO	Centro de Salud "JOSÉ MARÍA ÁLVAREZ MARTÍNEZ". Avda. de Córdoba 222	DON BENITO
VILLANUEVA DE LA SERENA	Centro de Salud de VILLANUEVA DE LA SERENA. Plaza de Salamanca S/N	DON BENITO
AZUAGA	Hogar de Mayores. C/ Bartolomé Torres Naharro s/n	AZUAGA-LL
LLERENA	Centro de Salud de LLERENA. Paseo de San Antón S/N	AZUAGA-LL
ZAFRA	Centro de Salud de ZAFRA. Ctra. Los Santos de Maimona S/N	ZAFRA
MONTIJO	Centro de Salud de MONTIJO. C/ San Antonio S/N	MONTIJO-ALBURQUER
ALBURQUERQUE	Información en Centro de Salud de MONTIJO	MONTIJO-ALBURQUER
BADAJOS	HM MONTEMAYOR – BADAJOZ. Avda Padre Tacoronte S/N	BADAJOS
OLIVENZA	RESIDENCIA MAYORES OLIVENZA. Avda VILLAREAL S/N	OLIVENZA
SANTA MARTA DE LOS BARROS	Centro de Salud de SANTA MARTA. C/ San Isidro Labrador S/N	OLIVENZA
JEREZ DE LOS CABALLEROS	RM JEREZ DE LOS CABALLEROS "Hernando de Soto". Plaza de Santa Lucía S/N	JEREZ
FREGENAL DE LA SIERRA	Centro de Salud de FREGENAL DE LA SIERRA. Urbanización los Álamos S/N	ZAFRA

* Se muestra en esta hoja la ubicación actual de estos servicios. En un futuro, todos los Servicios de EC estarán en centros de salud o en otros recursos sanitarios.

JUNTA DE EXTREMADURA
Consejería de Sanidad y Dependencia



Para cualquier información
pablo.duque@ses.juntaextremadura.net
pidex@juntaextremadura.net

