



**Universitat Oberta  
de Catalunya**

**[www.uoc.edu](http://www.uoc.edu)**

**PROPUESTA DE CREACIÓN DE UNA UNIDAD DE DETERIORO  
COGNITIVO Y DEMENCIA EN UN HOSPITAL DE DISTRITO**

**Autora: Margarita Paloma García-Bustelo Martínez.**

**Director del Trabajo: Daniel Rueda Estrada. 8 créditos.**

**Máster de Trabajo Social Sanitario 2014-2015.**

**Convocatoria 3 de Julio de 2.015.**

**Trabajo Fin de Máster.**

## **Agradecimientos:**

A la UOC por esta oportunidad

A la Dirección médica del Hospital de Jove por facilitar datos de población de nuestro área sanitaria.

A Neurología de la Fundación Hospital de Jove por su apoyo y su colaboración, facilitando sus agendas de trabajo en consultas.

Al Dr. Losada, con especial cariño, por facilitar datos de codificación hospitalaria.

A todos los profesionales que colaboraron en la realización de las encuestas con especial mención a la Dra. Ángeles Morales.

A mi familia y mis amigos por su paciencia y fundamentalmente a mi marido y mis hijas por su comprensión, por su apoyo y por su confianza, sin las que no hubiera sido posible realizar este Máster y mucho menos este trabajo.

## ÍNDICE:

Introducción	pág. 1- 4
Justificación	pág. 4- 5
Marco jurídico	pág. 5-12
Demografía y población	pág. 12-15
El Deterioro Cognitivo leve y las Demencias. Evolución.	pág. 16-18
Fases y otras repercusiones de la demencia	pág. 18-25
Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias. Hipótesis y objetivos	pág. 25-26
Metodología	pág. 27
Estimación de la demanda	pág. 28-48
Evaluación de las necesidades	pág. 48-54
Propuesta de creación de una unidad especializada de diagnóstico precoz de Deterioro Cognitivo y Demencias.	pág. 54-64
Conclusiones	pág. 64-65
Bibliografía	pág. 65-72
Anexo 1	pág. 72-75
Anexo 2	pág. 75-85

## **INTRODUCCIÓN:**

El envejecimiento de la población en los países desarrollados es una realidad evidente y bien conocida desde hace años. También es sabido que la vejez es un periodo de la vida especialmente susceptible para procesos neurológicos crónicos, como el DETERIORO COGNITIVO LEVE (DCL) y las DEMENCIAS. La demencia afecta a unas 25.200 personas en el Principado de Asturias, de las que 10.000 sufren la enfermedad de Alzheimer, según cifras de la dirección General de Salud Pública. La incidencia de demencia en población mayor de 65 años se sitúa en el 6.4% y en 4,5% la del Alzheimer, y entre el 8% y el 12% del DCL evoluciona anualmente a demencia algo que, teniendo en cuenta que Asturias tiene una de las poblaciones más envejecidas de España (22% de mayores de 65 años), convierte a este tipo de enfermedades en 'epidemia' y explica su impacto sanitario y la necesidad de implantar medidas diagnósticas, terapéuticas y preventivas conjuntas para ambos procesos<sup>1</sup>.

La tendencia es al alza teniendo en cuenta la pirámide población y la esperanza de vida, y las previsiones de los expertos calculan que en 30 años, se triplicará el número de casos<sup>1</sup>. El impacto de estas enfermedades excede la esfera personal e implica serias repercusiones familiares y sociales en forma de riesgo de quiebra y/o claudicación, mientras que actuaciones episódicas, descoordinadas e inconexas de los servicios sanitarios y sociales conllevan graves consecuencias económicas, ponen en duda la sostenibilidad, la eficacia y la eficiencia del sistema y frustran a pacientes, familias y profesionales de los sistemas sanitario y social.

Por otro lado, la falta de tratamientos farmacológicos eficaces para la contención de la enfermedad, confieren una complejidad al tratamiento de la demencia que hace imprescindible una evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento psicosocial sanitario acompañados, para integrar la información sanitaria y psicosocial y contextualizarla con el fin de mantener los logros alcanzados por los profesionales sanitarios, garantizar la integración de los aspectos organizativos de las prestaciones sanitarias en la esfera social, agilizar y adecuar la gestión de los procesos y mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores.

La complejidad de la demencia y de sus repercusiones, agravadas por la crisis económica y su infra-diagnóstico, que dificulta la planificación de actuaciones y las nuevas tendencias sociales, justifican la necesidad de implementación de un recurso socio-sanitario como una Unidad de Deterioro Cognitivo Leve y Demencias, situada entre el hospital de agudos, la

atención primaria y el domicilio, que aborde la atención a pacientes y cuidadores que padecen una enfermedad compleja, degenerativa y de larga evolución, de forma precoz, integrada, continuada, coordinada, transversal y flexible, que contribuya a reducir la desigualdad y que facilite respuestas adecuadas y eficientes en cada situación categorizada, por enfermedad, gravedad, características propias del paciente, idiosincrasia del cuidador, entorno sanitario, económico y social, reduzca la frustración de los actores implicados y contribuya a la investigación socio-sanitaria<sup>2</sup>.

Para responder a este reto nos hemos planteado, partiendo de la situación actual y de acuerdo al marco jurídico y a los objetivos estratégicos del Servicio de Salud del Principado de Asturias, estimar la demanda, evaluar las necesidades y proponer el diseño para la implementación de una Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias en la Fundación Hospital de Jove, hospital concertado, perteneciente a la red pública del Servicio de Salud del Principado de Asturias y referencia para el distrito uno, del área V. Dicha unidad se constituiría como una unidad ambulatoria de diagnóstico integral, coordinada con las distintas especialidades, niveles asistenciales y servicios de la comunidad. Contaría además con disponibilidad de camas de convalecencia cuya asignación se realizaría desde la unidad ambulatoria y en función de criterios de pertenencia al distrito de referencia e integración socio-sanitaria, manteniendo una discriminación positiva a favor de las personas con dificultades sociales diagnosticadas que bien por su complejidad de cuidados, impacto familiar o bien debido a la necesidad de realizar un diagnóstico integral, necesiten un acceso rápido y flexible con el fin de mantener la equidad asistencial, evitar el incremento de la desigualdad y facilitar su posterior reintegración en la comunidad en condiciones más favorables. Entre sus objetivos destacamos el abordaje precoz, integral, multidisciplinar y centrado en el paciente con el fin de prorrogar y/o mantener su autonomía durante el mayor tiempo posible, así como su calidad de vida y la de sus cuidadores informales, garantizar la continuidad asistencial adecuada a la evolución de la enfermedad entre niveles asistenciales y mejorar la coordinación con otras especialidades sanitarias y con servicios de la comunidad a través del trabajo en red.

Por supuesto esta propuesta, está sujeta a las modificaciones y/o ajustes necesarios para su mejor funcionamiento o legitimación social, y siempre en función de los resultados de la evaluación.

**Palabras clave:** Demencia, Impacto de la demencia, intervención social en demencia, Unidad de demencia, Política social en demencias.

## **INTRODUCTION:**

The aging population in developed countries is a well known fact for a couple of years. It is also known that old age is a period of life especially susceptible to chronic neurological disorders such as MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (MCI) and DEMENTIA. Dementia affects today about 15.200 people in the Principado de Asturias, of whom 10.000 suffer from Alzheimer's disease, according to figures from the Dirección General de Salud Pública. The incidence of dementia in people older than 65 stands at between 6.4% and 4.5% for Alzheimer's disease, and between 8% and 12% of MCI develops dementia every year. So, the consideration that Asturias has one of the oldest populations in Spain (22% over 65 years), this type of disease may be considered 'epidemic' and explains their impact on health and the need to implement diagnostic, therapeutic and preventive joint measures for both processes.

The trend of the figures is to rise up given the pyramid population and life expectancy, and experts forecasts estimate that the number of cases will triple in 30 years. The impact of this disease exceeds the personal sphere and involves serious family and social impacts at risk of bankruptcy and/or capitulation, while episodic actions, uncoordinated and unrelated of the health and social services have serious economic consequences, set out doubts on the sustainability, effectiveness and efficiency of the system and frustrate patients, families and professionals in the health and social services.

On the other hand, the lack of effective drug treatments confer a complexity to the treatment of dementia, that makes essential the encompassed assessment, diagnosis, intervention and psychosocial health monitoring to integrate health and psychosocial information and contextualize it in order to maintain the achievements of health professionals, ensuring the integration of the organizational aspects of health care in the social sphere, streamlining and adapting management processes and improving the quality of life for patients and caregivers.

The complexity of dementia and its impact compounded by the economic crisis and its under-diagnosis, difficults to plan actions and new social trends, justifying the need to implement a social health resource unit as a Mild Cognitive Impairment and Dementia, between the acute care hospital, primary care and homes, that addresses the care to patients and caregivers that suffer a complex, degenerative and longstanding illness, in an early, integrated, continuous, coordinated, cross and flexible fashion, that contributes to reduce inequality and provides adequate and efficient response in every situation

categorized by disease severity, patient characteristics, caregiver idiosyncrasies, health, economic and social environment, reduce the frustration of those involved and contribute to socio-sanitary research.

To meet this challenge we have set, on the basis of the current situation and in accordance with the legal framework and strategic objectives of the Health Service of the Principado de Asturias, estimate the demand, assess needs and propose the design to implement a Unit of Cognitive Impairment and Dementia in the Fundación Hospital de Jove, a hired hospital belonging to the public network of the Health Service of the Principado de Asturias and reference for the First district of Fifth Sanitary Area. This unit would be established as a comprehensive outpatient diagnostic unit coordinated with the different specialties, levels of care and community services. It also comprise the availability of nursing beds whose assignment would be made from the outpatient unit and based on criteria of belonging to the district benchmarks and socio-sanitary integration, maintaining a positive discrimination in favor of people with diagnosed social difficulties that on the basis of the complexity of care, family impact or the need of a comprehensive diagnosis, need a fast and flexible access in order to maintain equity in care, avoid increasing inequality and facilitate subsequent reintegration into the community in more favorable conditions. Among their goals we highlight, early, comprehensive, multidisciplinary and patient-centered care, in order to extend and/or maintain their independence for as long as possible, as well as the quality of life of patients and their informal caregivers, ensure adequate continuity of care in front of the disease progression between the different levels of care and improve coordination with other health specialties and community services through networking.

Of course this proposal is subject to modifications and / or adjustments for better functioning or social standing, and always depending on the results of the evaluation.

**Key Words:** Dementia, Dementia impact, Social intervention in dementia, Dementia unit, Social policy in dementias.

## **Justificación**

En la actualidad, la atención a los pacientes con deterioro cognitivo o demencias en nuestro Distrito, resulta descoordinada, episódica, ineficiente e ineficaz, y conlleva frecuentemente un desbordamiento de cuidadores, profesionales y dispositivos de atención. Muchos pacientes con demencia o deterioro cognitivo leve no acceden al sistema sanitario y cuando

lo hacen, muchos de ellos no son diagnosticados. Elevadas tasas de frecuentación de los servicios de urgencias, de altas hospitalarias en estos pacientes y un alto número de reingresos, en general relacionados con complicaciones surgidas después del alta, reflejan la necesidad de la realización de un diagnóstico precoz e integral del que en muchos casos se carece, de establecer criterios de coordinación y funcionamiento que regulen los flujos de la demanda y de estrechar la coordinación entre niveles asistenciales para el seguimiento del paciente tras el alta y con otros recursos comunitarios, rompiendo el aislamiento histórico de la atención hospitalaria en favor de su integración en un sistema multisectorial que favorezca la atención centrada en el paciente y sus cuidadores y reduzca la frustración de los actores implicados<sup>3</sup>.

En este sentido, una unidad específica de aproximación a estas patologías, parece una fórmula óptima para ofrecer una atención integral desde una perspectiva multidisciplinar de calidad, basada en la mejor evidencia, que permite mayor formación especializada, mejor gestión de cada caso particular y adecuación de los recursos que cada uno precisa y al mismo tiempo abrir líneas de investigación. Todo ello con el fin de mejorar tanto la calidad de vida de pacientes y cuidadores como la organización asistencial, maximizando los recursos disponibles.

Esta propuesta deberá adecuarse tanto al marco jurídico en el que opera la institución, como a sus características poblacionales y teniendo en cuenta además, las características propias de la enfermedad, su evolución y sus repercusiones.

## **Marco jurídico**

La protección de la salud, la asistencia médica y los servicios sociales se incluyen dentro de los derechos humanos reconocidos a toda persona en **la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU) de 1948**, correspondiendo a cada uno de los Estados articular las medidas necesarias para hacer estos derechos efectivos. Aunque para que estos derechos adquirieran un mayor nivel de compromiso en el reconocimiento, catalogación y protección de los derechos humanos, fue necesario esperar a 1966, a la firma de los **Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos** y de **Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC)**, que entraron en vigor en 1976. El derecho a la protección de la salud se encuentre catalogado entre los derechos fundamentales de carácter social, dada la íntima relación entre la salud y la vida, quedando los Estados obligados a lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos, y a destinar a ello los recursos disponibles<sup>4</sup>.



En el ámbito europeo, tras la firma del **Convenio de Roma (1950)** que supuso el reconocimiento de los derechos personales de carácter civil y político, se firma la **Carta social Europea (1961)** que reconoce los derechos económicos, sociales, entre los que se encuentra la protección a la salud y la asistencia social y médica. El 4 de Abril de 1997 como evolución natural del contenido del Convenio de Roma, se firma en Oviedo el **Convenio para la Protección de los Derechos Humanos y la Dignidad del Ser Humano con respecto a las Aplicaciones de la Biología y la Medicina**, pacto internacional que obliga a los Estados miembros a establecer normas encaminadas a la protección de los derechos personales, que afectan a la configuración y regulación de las relaciones jurídicas sanitarias y aplicadas en una situación de vulnerabilidad en la que la persona debe confiar en la asistencia de otros<sup>4</sup>.

Esta norma se integra en nuestro ordenamiento interno tras su ratificación y su publicación en el BOE el 1 de Enero del 2000, dando lugar a la promulgación de **la Ley 41/2002 reguladora de la Autonomía del paciente** que modifica y amplía el catálogo de derechos y deberes de la Ley General de Sanidad, regulando las instrucciones previas, el consentimiento y la información<sup>4</sup>.

**La Constitución Española (1978)** ya establece en su título I, Art. 10.2, que “Las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España”<sup>4</sup>

En el artículo 43 de la Constitución, “se reconoce el derecho a la protección de la salud”, salud, reconocida como derecho fundamental y definida en 1978 por la OMS como “el estado de bienestar físico, mental y social y no solo como la ausencia de enfermedad” y convirtiéndose en objetivo social de primer orden a nivel mundial, la consecución del más alto grado de salud posible, lo que exige la intervención de otros muchos sectores sociales y económicos además del de la salud <sup>4</sup>

El artículo 50 de la Constitución por su parte y en relación a la vejez, menciona expresamente los servicios sociales, diciendo, “los poderes públicos garantizarán, mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica a los ciudadanos durante la tercera edad. Asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán su bienestar mediante un sistema de servicios sociales que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio”.<sup>4</sup>

Por su parte, la **Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad** se ocupa preferentemente de la **organización** del sistema sanitario, dedica tres disposiciones (artículos 9, 10 y 11) a la enumeración de los derechos y deberes que **configuran la relación jurídica sanitaria** y que afectan tanto a enfermos y usuarios como a los prestadores de servicios, ya sean estas entidades públicas o privadas, y proclama la **universalización** de la asistencia sanitaria extendiéndola a toda la población (artículos 1.2, 3.2, 6.4, 16, 46.a y 80) **de forma progresiva**, universalización que aún no se ha transformado en derecho real y efectivo, dado que el sistema sanitario aunque se financia a través de aportaciones públicas, procedentes de los ingresos tributarios, sigue vinculado a una base contributiva a la Seguridad Social, configurándose por tanto como un servicio público dual del Estado con algunas lagunas.<sup>4</sup>

Los principios generales de la LGS, se establecen en su artículo 6, estipulando que "las actuaciones de las administraciones públicas sanitarias deberán estar orientadas a: La **promoción** de la salud, a promover el interés individual, familiar y social por la salud mediante la adecuada **educación** sanitaria de la población, a garantizar que cuantas acciones sanitarias se desarrollen estén dirigidas a la **prevención** de las enfermedades y no solo a la curación de las mismas, a garantizar la **asistencia** sanitaria en todos los casos de pérdida de la salud y a promover las acciones necesarias para la **rehabilitación funcional y reinserción social** del paciente".

En su artículo 7, establece que los servicios sanitarios, así como los administrativos, económicos y cualesquiera otros que sean precisos para su funcionamiento, deberán adecuar su organización y funcionamiento a los principios de **eficacia, celeridad, economía y flexibilidad**.<sup>4</sup>

En su artículo 8.1, considera actividad fundamental del sistema sanitario la realización de los **estudios epidemiológicos** necesarios para orientar con mayor eficacia la prevención de los riesgos para la salud, así como la **planificación y evaluación** sanitaria, debiendo tener como base un **sistema organizado de información sanitaria, de vigilancia y de acción epidemiológica**.<sup>4</sup>

**La Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud** establece la estructura organizativa del Sistema Nacional de Salud y los sistemas de cooperación y de coordinación entre el Estado y las comunidades autónomas, encargadas de la gestión de los servicios sanitarios, con el fin de garantizar **la calidad, la equidad y la igualdad** de todos los ciudadanos.

En su artículo 12 establece, como nivel básico e inicial de la atención (...) y recuperación de la salud, así como rehabilitación física y el trabajo social, la prestación de atención primaria, completando con el establecimiento de una **Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud** (artículo 20) igual para todas las comunidades autónomas y a la que, cada una de ellas, puede añadir los que considere conveniente.<sup>4</sup>

La **Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Información y Documentación Médica**, modifica y amplía el catálogo de derechos y deberes de la LGS, regulando las instrucciones previas **en el artículo 11 de la Ley 41/2002**. Desde entonces, es el médico quien debe adaptar su actuación asistencial a lo deseado y admitido previamente por el enfermo. La enumeración de los supuestos en los que se admite la **actuación** sanitaria **sin la existencia de consentimiento** previo, viene recogida en el artículo 9.2 de la Ley 41/2002, entre los que se encuentran:

**El riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo sin que sea posible conseguir su autorización ni la de los familiares o personas vinculadas**, aunque una vez superada la urgencia o cuando se personen sus familiares o personas vinculadas, será necesario transmitir la información sobre el diagnóstico, pronóstico, alternativas de tratamiento y recabar el consentimiento, para continuar la actuación sanitaria. Aquí se incluye, el internamiento no voluntario, por trastorno psíquico, siempre que la persona que no esté en condiciones de decidirlo por sí misma, correspondiendo en su caso a la autoridad judicial su autorización, conforme a lo dispuesto en el **artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil**. La autorización judicial ha de ser previa al internamiento, salvo por razones de urgencia, debiendo en este caso ser acordado por los responsables del centro sanitario y ratificado en las 72 horas siguientes por el juzgado.

La Ley 41/2002 configura así mismo, **la información, veraz, comprensible y adecuada, como un derecho de toda persona**, constituyendo ésta, el cumplimiento de un deber impuesto legalmente a los profesionales de la sanidad en sus relaciones con el enfermo a excepción de las limitaciones recogidas en la ley.<sup>4</sup>

**Renuncia del paciente a recibir información.** El artículo 4.1 incluye el derecho de toda persona a no ser informada, lo que deberá constar por escrito y comunicarse a las personas con vinculación familiar o de hecho con el enfermo que, en su caso, deberían recibir la información y dar el consentimiento por representación, conforme al artículo 9. Este mismo artículo 9, dispone que la renuncia a recibir información sobre la propia salud tiene también

sus **límites** en el interés de la salud del mismo enfermo (por tratarse de una enfermedad muy grave o transmisible), de terceros o de la misma sociedad, como ciudadano responsable en una sociedad democrática.

**Estado de necesidad terapéutica** o privilegio terapéutico, recogido en el artículo 5.4 y que consiste en la facultad reconocida al médico para no informar al paciente ante la existencia de razones objetivas para considerar que el conocimiento de la propia situación puede perjudicar gravemente, la salud del enfermo.<sup>4</sup>

También deberemos tener en cuenta, otras normas que, con un carácter más general o global, regulan las relaciones jurídicas, entre otras, el Código civil, promulgado por el Real Decreto, de 24 de julio de 1889, especialmente el artículo 215 y siguientes sobre la tutela, la Ley del Registro Civil actualmente en revisión, la Ley Orgánica 1/1982, de 5 de mayo, sobre Protección Civil del Derecho al Honor, a la Intimidad Personal y Familiar y a la Propia Imagen, la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal o el Real Decreto Legislativo 1/07, de 16 de noviembre, que aprueba el texto refundido de la Ley General para la Defensa de Consumidores y Usuarios.<sup>4</sup>

Así mismo, resultan importantes, la Ley 26/2011, de 1 de agosto, de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad que sitúa de modo integral a las personas con discapacidad como sujetos de derecho para alcanzar la igualdad de oportunidades<sup>5</sup> o la **Ley 39/2006, de 14 de diciembre a través de la cual, se regula el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia** y cuyo objetivo de atender las necesidades de aquellas personas que se encuentran en situación de especial vulnerabilidad y requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanos<sup>6</sup>. Esta ley reconoce estos derechos a través de la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), en el que participan y colaboran todas las Administraciones Públicas.<sup>6</sup>

El desarrollo de la legislación en nuestra Comunidad Autónoma complementa la legislación sanitaria.

En Asturias, la **Ley Orgánica 7/1981, del Estatuto de Autonomía para el Principado de Asturias**<sup>7</sup>, atribuye en su artículo 11 al Principado de Asturias

competencia de desarrollo y ejecución en materia de sanidad e higiene en el marco de la legislación básica del Estado.

A nivel organizativo, es el **Decreto 13/2014, de 28 de enero**<sup>8</sup>, el que regula en la actualidad la estructura orgánica básica de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios y las funciones de sus órganos centrales.

Por **Decreto 112/1984, de 6 de septiembre, (BOPA núm. 232, de 6 de octubre)**<sup>8</sup>, se aprueba el Mapa Sanitario y se dictan normas para su puesta en marcha. El Decreto establece los criterios de ordenación y zonificación sanitaria de la Comunidad Autónoma, dividiendo el territorio en 8 Áreas Sanitarias que, a su vez, se subdividen en Zonas Básicas de salud y contempla la posibilidad de constituir zonas especiales de salud en atención a características geográficas y de poblamiento.

**La Ley 1/1992, de 2 de julio, de creación del Servicio de Salud del Principado**<sup>8</sup>, dota al SESPA de personalidad jurídica propia, le otorga plena capacidad de obrar para el cumplimiento de sus fines y lo adscribe, a la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. La norma básica del SESPA recoge los derechos y deberes de los usuarios y la disposición permanente del servicio a la participación de los ciudadanos a través de sus órganos colegiados a nivel de las zonas básicas, las áreas sanitarias y la Comunidad Autónoma, y contempla la posibilidad, de que dos o más zonas de salud puedan agruparse con carácter funcional, en el ámbito de su misma área, recibiendo la denominación de Distritos Sanitarios, siempre que dichas agrupaciones cuenten con un hospital y una población superior a 30.000 habitantes. Así mismo también contempla la posibilidad de que junto a la red hospitalaria del sector público, se integren centros hospitalarios del sector privado en una red de utilización pública, a través de Convenio singular y para alcanzar homogeneidad en las prestaciones y una correcta utilización de los recursos humanos y materiales.

La estructura sanitaria del Principado de Asturias, queda configurada en 8 Áreas Sanitarias, 2 Distritos sanitarios correspondientes al Área V, 68 Zonas de Salud y 16 Zonas especiales de salud.

**El Decreto 71/2002**<sup>8</sup>, de 30 de mayo, regula la Red Hospitalaria Pública y la Red Sanitaria de Utilización Pública, reconoce al Hospital de Jove como Hospital de agudos del Distrito 1 del Área V, asociado al Hospital de Cabueñes (Hospital del Distrito 2 del área V). Ello implica la aceptación y la participación, en situación de igualdad, de las condiciones y

ventajas derivadas de las medidas de organización y gestión orientadas a asegurar a los ciudadanos/as los mejores niveles de calidad en los servicios, y la máxima efectividad, eficiencia y homogeneidad y por tanto la obligación de desarrollar su actividad de forma coordinada y de acuerdo a las directrices del SESPA.

**El Decreto 66/2009, de 14 de julio, regula la estructura y funcionamiento de las áreas y unidades de gestión clínica del Servicio de Salud del Principado de Asturias<sup>7</sup>**, con el fin de lograr mayor eficiencia y eficacia en la cooperación y coordinación de los diferentes niveles asistenciales en beneficio de los ciudadanos.

Por el **Decreto 14/2014 del 28 de enero** se establece la estructura orgánica del SESPA<sup>8</sup>, se modifican funciones y clarifican competencias entre sus diferentes órganos y los de la Consejería de sanidad.

A través del **Decreto 3/2006, de 12 de enero<sup>7</sup>**, se regula la constitución y funcionamiento de los **Consejos de Salud de Área** con el fin de hacer partícipes y corresponsabilizar en la gestión y mejora de los servicios sanitarios y en la potenciación de estilos de vida sanos y entornos saludables, a profesionales y usuarios.

**El Decreto 2/2006, de 12 de enero<sup>7</sup>** regula por su parte la constitución y funcionamiento de los **Consejos de Salud de Zona**, en un intento de impulsar el protagonismo de la comunidad y corresponsabilizarla de la promoción y educación para la salud en cada una de sus zonas básicas.

En desarrollo de la legislación estatal, y en concreto de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía se promulga el **Decreto 4/2008 de 23 de enero**, que regula la organización y funcionamiento del registro del Principado de Asturias de instrucciones previas en el ámbito sanitario y a través de la **Resolución el 7 de abril de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios**, se crea el fichero automatizado de datos de carácter personal "**Registro del Principado de Asturias de Instrucciones Previas**", dependiente de la Dirección General de Planificación y Participación<sup>8</sup>.

**La Ley del Principado de Asturias 1/2003 de 24 de febrero de Servicios Sociales<sup>10</sup>**: en su artículo 2 señala que "el sistema público de servicios sociales actuará en coordinación y colaboración con aquellos otros servicios cuya meta sea alcanzar mayores cotas de bienestar social y especialmente con los sistemas sanitario y educativo". Esta ley, introduce

una modificación 9/2015 el 20 de marzo, con el fin de impulsar la participación de las entidades de iniciativa en la acción social.

Por su parte el **Decreto 68/2007, de 14 de junio**<sup>6</sup>, regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y el derecho a las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y en su artículo 13 atribuye al Servicio de Salud del Principado de Asturias el informe previo, a efectos de la valoración de su situación de dependencia de una persona.

El marco jurídico se completa con las guías, informes y líneas estratégicas nacionales y del Principado de Asturias como pueden ser: El Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud (2003 – 2007)<sup>8</sup>, el Plan Integral de Salud para las Personas con Discapacidad aprobado por el Comité Ejecutivo del CERMI Estatal el 12 de mayo de 2004<sup>7</sup>, el Libro blanco de la Coordinación sociosanitaria en España,<sup>9</sup> “Avanzando hacia la equidad. Proyecto de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades de salud en España” del Ministerio de Sanidad y Política Social (año 2010)<sup>8</sup>, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud<sup>8</sup>, el Plan de Salud para Asturias: La salud como horizonte (2004 – 2007)<sup>8</sup> que plantea entre otras iniciativas, fomentar los mecanismos de coordinación entre niveles asistenciales, para garantizar la continuidad asistencial, las Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos<sup>8</sup> del Consejo asesor del Principado de Asturias, el Programa Clave de Atención Interdisciplinar (PCAI) relativo a la Demencia<sup>8</sup>o el Documento Sitges 2009.<sup>11</sup>

## **Demografía y población**

El envejecimiento de la población europea es una realidad. En 1960, Europa contenía el 20% de la población mundial, habiéndose reducido en la actualidad ese porcentaje hasta el 10.5%. La población mayor de 65 años, alcanza ya el 17,5% y un 4,8% supera los 80 años. A la par, la tasa de fertilidad se reduce, siendo en 2009 de 1,5 hijos por mujer, y disminuyendo entorno hasta el 1,20 en los países de reciente incorporación a la Unión como Rumanía y Hungría.<sup>12</sup>

Por otro lado, los últimos 50 años de integración Europea, están dando como resultado el desarrollo de ejes transnacionales cada vez más claros, formados a partir de dinámicas centro/periferia que se reproducen a todas las escalas, dentro de una ciudad, a escala regional, nacional o continental y que suponen una mayor concentración de conocimiento, capital o empleo cualificado y población, en el centro.<sup>12</sup>

En nuestro país, el *centro* económico, se puede identificar en el noreste peninsular, en el área comprendida entre Madrid, Barcelona, Bilbao y Valencia y cuyo centro es Zaragoza. El resto de regiones constituyen la *periferia* de España.<sup>12</sup>

Asturias, región montañosa y a la vez marítima, de 10.602 Km<sup>2</sup> de extensión, está situada en el Noroeste de España siendo por tanto, parte de una doble periferia Europea y Española. La estructura económica del Principado, asimétrica, con gran dependencia de la empresa pública y una industria especializada en el metal y el carbón, y su evolución histórica con una desindustrialización prolongada durante décadas, explican tanto sus bajas tasas de actividad y las altas tasas de paro mantenidas en la actualidad, como su baja tasa de crecimiento poblacional<sup>13</sup>. Actualmente la Población activa en Asturias (52.4%) es la más baja de España, siendo su tasa de empleo (39.7%) la tercera más baja de España tras Extremadura (37.2%) y Andalucía (37.5%). Atendiendo a la clase principal de la inactividad destacan los 183.500 jubilados o prejubilados, que conforman el 41,5 por ciento del colectivo (37,3 por ciento a nivel nacional). El segundo grupo lo constituyen las personas dedicadas a las labores del hogar, que representan cerca de una cuarta parte (26,4 por ciento en España). Les siguen, por este orden: perceptores de pensiones distintas de las de jubilación o prejubilación (51.400 personas), estudiantes (47.700) e incapacitados permanentes (42.400)<sup>13</sup>.

Por otro lado y desde hace más de tres décadas, el Principado de Asturias viene experimentando una evolución demográfica preocupante, con tasas de natalidad por debajo de la media nacional y europea, pérdidas de población en edades productivas y tendencia a un envejecimiento superior al europeo. Situación recrudescida en los últimos años, debido al freno en la recepción de inmigrantes y a la salida de emigrantes que la crisis económica ha impulsado y encabezando en la actualidad el ranking de las comunidades con el saldo vegetativo más negativo.<sup>12</sup>

Según datos del Padrón Municipal de Habitantes (INE) en 2013<sup>14</sup> la población en Asturias se situó en 1.068.165 personas, sufriendo pérdida de población neta desde 2008 frente a la mayoría de las regiones españolas cuyo descenso se inició a partir del 2012, lo que supone que la región pierde peso sobre el conjunto nacional, pasando de representar un 2,8% en los años 90 del pasado siglo a un 2,3% en 2013.

En 2013, la pérdida de población de Asturias alcanzó aproximadamente un 7,5‰, correspondiendo un 5,7‰ al crecimiento vegetativo y un 1,8‰ al saldo migratorio, ambos negativos. La comparativa entre las pirámides poblacionales (España-Asturias), arroja



también diferencias significativas referidas fundamentalmente a la presencia de una mayor proporción de población envejecida en Asturias, agravada a partir de los 70 años y una menor proporción de menores de 40 años que se agrava por debajo de los 20 años.<sup>12</sup>

La edad media, entre 2003 y 2013, también sufrió un incremento en algo más de 2 años, pasando de 44,28 a 46,53, superando la edad media de las mujeres en más de 2 años a la de los hombres y en casi 5 años a la edad media española. La esperanza de vida al nacer se sitúa ya en 82,25 años, siendo mayor en el caso de las mujeres (85,47 años) frente a los hombres (78,91 años). Por tanto, aumenta el porcentaje de personas con edad superior a 64 años, que ya supone un 23% del total de la población Asturiana en 2013,<sup>12</sup>

El 85% de la población Asturiana se concentra en el área central, siendo su densidad media de 297,45 habitantes/Km<sup>2</sup>, y en donde están ubicadas sus tres ciudades de tamaño medio y algunos núcleos poblacionales.<sup>12</sup>

El concejo de Gijón, con una superficie de 181,71 Km<sup>2</sup>, se sitúa en la costa central asturiana, resulta la mayor entidad de población y concentra el 93% de su población en el casco urbano, presentando alta densidad poblacional y crecimiento negativo. Según la Concejalía de Bienestar, en su memoria de la Fundación de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón<sup>15</sup>, cuenta con 279.826 habitantes censados a 1 de Enero de 2014 (52,66% de mujeres frente al 47,33% de hombres) de los que el 23,44% son mayores de 65 años,

La economía local, una de las más afectadas por la transición industrial, depende aún hoy, en gran parte, de sectores industriales amenazados que continúan expulsando trabajadores del mercado laboral a pesar de la aceleración de su conversión al sector servicios a partir de la década de los 90. Su tasa de empleo (30,9) según SADEI<sup>16</sup>, se sitúa por debajo del total de Asturias, a su vez la tercera más baja de España, lo que orienta sobre la gravedad del problema de desempleo en el concejo, que afecta especialmente a jóvenes y mujeres, sin perder de vista que un importante porcentaje de la población mantiene su nivel adquisitivo gracias a prejubilaciones y otras rentas pasivas.

Nuestro área de actuación comprende la zona Oeste de Gijón (51.074 habitantes en 2013)<sup>14</sup> y el concejo de Carreño (10.858 habitantes en 2013)<sup>14</sup>, población rural distribuida en diversos núcleos poblacionales que progresivamente pierden población, mientras su capital Candás presenta la situación inversa, lo que no ha servido para paliar la emigración de la

población más joven y resultando ser una de las poblaciones más envejecidas de Asturias y con una renta media, inferior a la media Asturiana.

Por su parte, la zona Oeste de Gijón, según el Programa Iniciativa Comunitaria URBAN Gijón 2001-2006<sup>17</sup> está afectada por infraestructuras industriales y de transporte, su situación económica y social es de precariedad, su mercado de laboral está estancado y presenta una fuerte tendencia a la feminización de la exclusión, Sus sucesivas reconversiones, han provocado por un lado, el aumento de la proporción de rentas pasivas, fruto de prejubilaciones, y por otro lado el incremento del paro juvenil. La densidad de población de la zona comprendida dentro de los límites del casco urbano del Natahoyo y La Calzada (23%), es superior al promedio municipal, presentando además mayor incidencia en desajustes de la convivencia, mayor analfabetismo, bajas calidades de vivienda, un índice más alto de fracaso escolar (36%) y niveles educativos en general más bajos, siendo más significativa esta diferencia, en la población con estudios universitarios, que se sitúa, en esta zona, por debajo de la mitad de la media del resto del municipio y que derivan en la existencia de un alto número de personas jóvenes en riesgo de exclusión y con problemas de delincuencia relacionada con la pobreza y las drogodependencias y de la marginalidad social. El desempleo, las carencias sociales insatisfechas y la presencia significativa de personas ancianas y discapacitadas, están en el origen de este resultado. A ello hay que añadir que en el área de actuación, están establecidas unas 1.000 personas de etnia gitana y portuguesas, cuya integración social está inconclusa y la presencia de inmigrantes establecidos en situación irregular, con problemáticas relacionadas con el hacinamiento y precariedad económica.<sup>17</sup>

Aunque en la actualidad, muchos de estos indicadores han mejorado notablemente, la zona Oeste, según la memoria de la Fundación de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón<sup>15</sup>, continúa siendo donde más intervenciones se realizan relacionadas con la cobertura de necesidades básicas, las dificultades de inserción social y los desajustes en la convivencia, contando con una proporción mayor de problemáticas de maltrato que otros distritos del municipio, y resultando llamativo el incremento de apertura de expedientes de servicios sociales en esta zona, en los últimos años asociada, probablemente a la crisis económica. En contrapartida cabe resaltar la importancia del movimiento asociativo, reivindicativo y comprometido con las distintas problemáticas de sus barrios que convierte a su población en muy participativa.

## **El Deterioro Cognitivo leve y las Demencias. Evolución, fases y otras repercusiones de la demencia.**

### **El Deterioro Cognitivo leve**

Las personas con deterioro cognitivo leve presentan problemas con el pensamiento y la memoria que no impiden el desarrollo de las actividades de la vida diaria, aunque con olvidos obvios para ellos, sus familiares y amigos. Se calcula que entre el 5 a 10%, de las personas con deterioro cognitivo, desarrollará una demencia.

Entre sus síntomas se encuentran las dificultades de aprendizaje, dificultades para recordar información nueva, para resolver problemas o para tomar decisiones, también la necesidad de más tiempo para realizar actividades mentales complejas<sup>18</sup>

### **Las Demencias**

La demencia es un síndrome clínico orgánico que cursa con un deterioro adquirido, persistente y progresivo de al menos tres funciones superiores (memoria, lenguaje, orientación, cálculo o percepción espacial, entre otras) y con un nivel de conciencia y atención normales en su inicio. Este deterioro conlleva, una pérdida de autonomía y convierte al afectado progresivamente en dependiente, en detrimento de la actividad socio-laboral del afectado y de sus cuidadores y comprometiendo además su capacidad emocional y su personalidad.

Atendiendo a sus diferentes etiologías, la enfermedad de Alzheimer es la más frecuente (entre el 60 y el 80%); seguida por la demencia por patología mixta, vascular y Alzheimer y de la demencia vascular (entre el 20 y el 30% del total). Por detrás la demencia por cuerpos de Lewy, la demencia frontotemporal, la de Parkinson y otras demencias secundarias.<sup>18</sup>

### **Enfermedad de Alzheimer**

Es la causa más frecuente de demencia en nuestro entorno. Al inicio su clínica se limita a deslices puntuales de memoria, estableciéndose posteriormente la alteración de la memoria reciente y la capacidad de aprendizaje. El avance de la enfermedad dará paso a una pérdida de la memoria remota.<sup>18</sup>

## **Demencia vascular**

Las demencias vasculares son debidas a un accidente cerebro-vascular que provoca el cese de la circulación sanguínea en una parte del cerebro, causando la muerte de las neuronas afectadas. Su prevención es posible a través del control de factores de riesgo como la hipercolesterolemia, la hipertensión arterial o la diabetes. Entre sus subtipos se encuentran la enfermedad de Binswanger cuyos síntomas suelen presentarse de forma gradual y progresiva, aunque en ocasiones se estabilizan e incluso mejoran, o la Demencia multiinfarto, cuyo inicio suele ser de aparición brusca tras infartos o embolias cerebrales y cursar con sintomatología neurológica acompañante<sup>18</sup>

Estos tipos de demencia evolucionan de forma muy similar. La única diferencia significativa es la mayor afectación de la memoria en las fases iniciales de la Enfermedad de Alzheimer, que sin embargo con el tiempo, se igualan progresivamente en el resto de ellas.<sup>18</sup>

## **Demencia por cuerpos de Lewy**

Es la tercera causa de demencia en personas ancianas, después de la EA y de la demencia vascular, la característica típica es la presencia de depósitos anormales de proteínas repartidos por todo el cerebro, denominados cuerpos de Lewy, que inciden sobre las funciones de ciertos neurotransmisores alterando la percepción, el pensamiento y la conducta de los afectados.

El deterioro cognitivo es progresivo, con fluctuaciones fundamentalmente en el estado de atención y alerta. Las alucinaciones, fundamentalmente visuales y las alteraciones del sueño son algunas de las características de esta enfermedad. La aparición de temblor, debilidad y rigidez muscular, marcha inestable así como trastornos del ánimo y el comportamiento en ocasiones, pueden hacer difícil el diagnóstico diferencial de la enfermedad de Parkinson.

En cuanto a su evolución no hay consenso. La mayoría de los estudios creen que la progresión y la mortalidad son similares a las de la Enfermedad de Alzheimer, aunque unos pocos estudios indican una menor supervivencia en pacientes con demencia por Cuerpos de Lewy. Tampoco se han identificado factores que predigan una evolución más severa o una disminución de la supervivencia.<sup>19</sup>

## **Demencia Fronto-Temporal**

La demencia Frontotemporal es un término ‘cajón de sastre’ que engloba a varias enfermedades infrecuentes y degenerativas (la anteriormente conocida como Enfermedad o Demencia de Pick, así como enfermedades por depósito de proteínas, entre otras), que afectan fundamentalmente a los lóbulos frontal y temporal del cerebro y que habitualmente se relacionan con la personalidad, el comportamiento y el lenguaje.

Los síntomas son muy variables y dependen de las zonas del cerebro afectadas, y van desde cambios llamativos de la personalidad a la pérdida de la capacidad de utilizar el lenguaje, a las que con frecuencia se añaden alteraciones motoras.

Se confunde a menudo con trastornos psiquiátricos o con la Enfermedad de Alzheimer, aunque tiende a aparecer en edades más tempranas que el Alzheimer, en general entre los 45 y 75 años de edad.<sup>20</sup>

### **Fases de la demencia**

Aunque existen otras clasificaciones, la que presentamos a continuación es la más utilizada. Se trata de fases orientativas, por lo que no todos los pacientes desarrollan todas las fases, ni lo hacen en los mismos plazos.

#### **Fase primera o leve (entre tres y cuatro años de duración).**

Los primeros síntomas suelen afectar a la memoria. El paciente suele comenzar no recordando hechos recientes, fechas, nombres o lugares donde ha dejado objetos. También puede verse afectado el lenguaje no encontrando las palabras adecuadas en su discurso. Suelen también presentarse los primeros fallos leves en la orientación temporo-espacial y en la coordinación motora (apraxia) y verse alteradas algunas funciones ejecutivas con disminución del rendimiento en la ejecución de tareas. Aparecen también cambios en el carácter y en la personalidad tales como cambios de humor, apatía, tendencia al aislamiento o pérdida de motivación o iniciativa.<sup>19</sup>

### **Fase segunda o moderada (entre dos y tres años de duración).**

Los fallos de memoria progresan y se hacen más evidentes, la pérdida de conciencia, la desorientación o los trastornos perceptivos aparecen (no reconocen a personas allegadas, creen que les roban etc.), el lenguaje se empobrece y la coordinación resulta torpe y, aunque es poco frecuente, se pueden presentar ideas delirantes, trastornos en el ritmo del sueño y los primeros problemas de incontinencia. En esta fase la pérdida de autonomía da paso a la dependencia<sup>19</sup>

### **Fase tercera o avanzada (entre dos y tres años de duración).**

Cuando la persona llega a esta fase, su actividad cognitiva estará prácticamente anulada y afectada de afasia global, incontinencia de esfínteres y pérdida de control de apetito y capacidades motoras, pudiendo presentar trastornos de conducta (agitación, agresividad, insomnio, etc.)<sup>19</sup>

El cuidador debe conocer las fases de la enfermedad y sintomatología asociada y al mismo tiempo, estar capacitado para afrontar los problemas asociados que puedan ir apareciendo para poder afrontar en las mejores condiciones la dependencia generada.

### **Otras repercusiones de la demencia**

La alta prevalencia de la demencia en la población envejecida, la ausencia de tratamientos efectivos que modifiquen el curso de la enfermedad y la dependencia que sufren estos pacientes, provoca repercusiones que no solo afectan a las esferas personal y familiar sino que implican esferas sanitarias, sociales, económicas y también legales y que necesariamente deberán ser abordadas desde la interdisciplinariedad, al tratarse de necesidades y demandas complejas y multidimensionales<sup>21</sup>.

Reichard, Livson y Peterson (1962), elaboraron una tipología de posibles estrategias de acomodación, a partir de la diferenciación de cuatro características o tipos de grupos de mayores, que puede resultar útil a la hora de ajustar exigencias, necesidades y oportunidades para mejorar la calidad de vida del paciente, teniendo en cuenta las particularidades individuales. Están basadas en la estimulación de la participación, la facilitación de las relaciones sociales y la amortiguación del estrés para preservar la salud. Los grupos serían los siguientes<sup>22</sup>:

- 1) **El constructivo o persona integrada:** son personas activas, realistas, luchadoras y contentas de si mismas.
- 2) **El dependiente o cómodo:** son personas pasivas e incluso aisladas, acomodados a la situación en la que viven y con tendencia a la dependencia de otros.
- 3) **El hostil o irascible:** son personas escasamente adaptadas, quisquillosas y propensas a la irritabilidad, con falsas ideas del mundo y de sí mismas.
- 4) **El que se odia a sí mismo:** son personas pesimistas, depresivas y con tendencia a exagerar sus propios defectos. Frecuentemente son personas mal adaptadas, desconfiadas y autoagresivas.

Las características de la personalidad del afectado repercutirán sin lugar a dudas, tanto en la forma de asunción de la enfermedad, como en su afrontamiento.

La familia, por su parte y según datos del IMSERSO (2011)<sup>23</sup> continúa siendo en España el principal soporte de las personas mayores y en especial ante la enfermedad, circunstancia que necesariamente va a requerir un reajuste en el paciente y la familia a nivel emocional, relacional y organizativo, que podrá resultar más o menos exitoso.

Autores europeos (como Hans Thomas o Paul Balets) y estadounidenses (como Warner Schaie o John Nesselroade) plantearon, a finales de los 70 del pasado siglo, un conjunto de principios relacionados con el contexto social, las interacciones y los mecanismos de adaptación, que nos permiten estudiar el cambio evolutivo con independencia del tiempo en el que se produzca<sup>22</sup>. Desde esta perspectiva y según expone Gómez Busto, una familia puede verse como una unidad que funciona si permite el desarrollo de sus miembros, cuenta con mecanismos de adaptación adecuados y presta apoyo, cooperación y afecto a sus integrantes, pero al mismo tiempo, nos permite también observar las disfunciones que se producen ante una situación estresante que modifica la evolución y desarrollo natural del grupo familiar, como es la enfermedad, obligándola a modificar funciones, relaciones y roles para lograr la adaptación. El cambio de un ciclo a otro, conllevará siempre una crisis y de ella, la familia podrá salir fortalecida y avanzar o quedar debilitada siendo incapaz de adaptarse y por ende, de asumir la enfermedad<sup>24</sup>.

Pero no todas las enfermedades son iguales y tampoco es igual su impacto. Este último, dependerá por un lado de la propia enfermedad (pronóstico, forma de inicio, curso evolutivo y dependencia generada) y por otra, de la etapa del ciclo vital familiar, su estructura, funcionamiento y otras variables sociales que van a condicionar la forma de asumir la enfermedad y el tipo y grado de acuerdo familiar en relación a los cuidados del paciente. De

ahí, la necesidad de una valoración e intervención integral, centrada en el paciente y en el grupo familiar que tenga en cuenta no solo la herencia genética o la respuesta terapéutica, sino también las vinculaciones afectivas, las relaciones y el potencial soporte organizativo del grupo familiar<sup>24</sup>.

En una enfermedad crónica de larga duración como la demencia, toda la familia sufre en mayor o menor medida las consecuencias de la enfermedad. Cuando su inicio es brusco, será necesario movilizar los recursos familiares de forma más ágil que si su inicio es más larvado, con el fin de propiciar la aceptación del cambio y mantener al mismo tiempo, la continuidad entre un pasado más estable y un futuro aún incierto. Si el curso evolutivo cursa con brotes, la familia se verá obligada a alternar periodos de crisis con periodos de rutina y si en cambio es progresiva o fluctuante, la familia se verá obligada a alternar periodos de más demanda de atención, con otros en los que tal demanda disminuirá. En cualquiera de los casos obligará a la familia deberá realizar un reajuste continuo emocional, relacional, en tareas y roles no siempre previsible y frecuentemente más pronunciados ante la falta de conciencia de enfermedad del paciente mientras conserva su capacidad motora o bien ante la concurrencia de trastornos cognitivos y déficits motores. Ante estas situaciones, conjugar el desarrollo de una vida normalizada con la atención a la enfermedad debe ser el objetivo y principal tarea familiar. Cuando la familia centra su vida alrededor de la enfermedad, es signo de que no ha sido capaz de adoptar los mecanismos de adaptación adecuados para favorecer la máxima autonomía de sus miembros, indica aislamiento social y emocional y aumenta el riesgo de claudicación familiar, pudiendo también dar lugar a situaciones de riesgo como el maltrato y en todo caso y más habitualmente, a la aparición de conflictos en el seno familiar y con el equipo de profesionales<sup>24</sup>.

Un diagnóstico precoz y acertado de la enfermedad y de sus complicaciones, un buen control de síntomas, información sobre la enfermedad, grado y tipo de cuidados, orientaciones y capacitación para el manejo, apoyo psicosocial y ayuda institucional, son las principales expectativas familiares a satisfacer, satisfacción a la que pueden y deben contribuir, las asociaciones de familiares<sup>24</sup>.

Los conflictos surgen habitualmente entorno a la enfermedad, las estrategias de afrontamiento, a la cantidad y/o calidad de la atención que prestan otros miembros de la familia al paciente o a la atención que presta el cuidador principal, siendo las reacciones diversas, en función de la personalidad del cuidador principal, la capacidad de afrontamiento y el soporte del que disponga. Una buena relación previa con el paciente, que el cuidador principal sea el cónyuge, que entre los miembros de la familia se genere un compromiso de



asistencia, una buena comunicación que permita aflorar conflictos o ir por delante de los acontecimientos, facilitan la aceptación. Por el contrario, una alta cantidad de horas dedicadas al cuidado, la incontinencia, la necesidad de prestar cuidados nocturnos o la presencia de alteraciones conductuales no controlados, facilitan la sobrecarga y la aparición de diferentes tipologías de afrontamiento establecidas y que Gómez Busto, señala en su artículo referido a las familias ante las demencias<sup>24</sup>:

1. **El favorecedor de patología.** Es quien toma iniciativas espontaneas, muchas veces erróneas y orientadas a dar solución inmediata al problema, debido a su incapacidad de asumir la realidad. Es aquel que suele opinar de toda estrategia terapéutica.
2. **La víctima.** Es una persona cercana al paciente y al equipo, demandante y preocupada por los cuidados que va a recibir o dejar de recibir, pero que en realidad, está más preocupada por las repercusiones que le ocasionará a su vida que por propio paciente.
3. **El director.** Es la persona emocionalmente distante y calmada. Se hace cargo de la situación y facilita soluciones logísticas aunque evita el acompañamiento. Resulta muy útil.
4. **El escapado.** Suele ser el miembro de la familia que tiende a no hacerse cargo del problema con diferentes excusas. Puede resultar útil para concentrar las críticas del resto de miembros del grupo familiar.
5. **El identificado con el paciente.** Es aquel que aparentemente entiende la situación y magnifica la crisis. Habitualmente precipita la crisis, aunque no suele ser ni el más comprometido, ni el más preocupado.
6. **El cuidador principal.** Es quien proporciona la atención directa al paciente y quien frecuentemente rechaza descansos y actividades personales, convirtiéndose entonces en un sujeto de riesgo con necesidad de especial atención por, la repercusión del cuidado sobre su salud y un posible aumento del consumo de psicofármacos y por el resentimiento de su estructura familiar, El perfil es una mujer (83% de los cuidadores no profesionales), con un nivel socioeducativo y económico bajos y con otras cargas familiares añadidas. La carga es emocional, física y económica, y conlleva un mayor impacto cuando se trata de un cónyuge añoso con dificultades de salud. En todo caso el impacto siempre es multicausal y está relacionado con factores del propio cuidador (salud, afectividad, soporte familiar y social, económicos, etc.) y con factores propios de la enfermedad/dependencia, trastornos conductuales etc. siendo el grado de control que ejerce sobre el comportamiento del paciente, un factor predictivo de sus problemas de salud, incluso más importante que el déficit cognitivo y funcional<sup>24</sup>.

Ocasionalmente, en función del entorno, de las circunstancias y del estado cognitivo y emocional del paciente, puede ser preciso derivar la decisión sobre la competencia y

capacidad del enfermo al ámbito legal para recabar su consentimiento ante determinadas actitudes o procedimientos. En este caso, se debe comunicar a la autoridad judicial/ministerio fiscal la situación, haciendo constar el diagnóstico etiológico con exploración y pruebas que lo acrediten, el estado cognitivo y su afectación funcional en la vida cotidiana laboral, familiar y social, el pronóstico evolutivo y grado de dependencia, así como las condiciones de vivienda, el núcleo de convivencia e interrelaciones, acreditando el núcleo cuidador. El trabajador social sanitario, desempeña aquí un importante papel, contextualizando y poniendo de relieve la situación relativa que ocupan los distintos factores que inciden en la situación y su peso en el conjunto de ésta, tras su evaluación. Por otro lado, el Documento Sitges 2009, recoge las figuras legales empleadas, las condiciones cognitivas en la toma de tales decisiones, los medios neuropsicológicos para su correcta evaluación y su contextualización social. También fomenta la incapacitación parcial, progresiva, casi a medida y teniendo en cuenta el sujeto y su entorno, en lugar de una incapacitación total como solución única a la pérdida de capacidad<sup>11</sup>.

En relación a las políticas sociales y sanitarias, es necesario resaltar su orientación a lograr la permanencia del paciente en el entorno durante el mayor tiempo posible, y su refuerzo a la idea de que la provisión de los cuidados en el núcleo familiar es generador de una mayor calidad de vida. Pero no debemos olvidar que los cambios en la estructura y las dinámicas familiares, nos enfrentan a una desestabilización en la provisión de estos cuidados informales y si estas políticas no se acompañan de recursos reales de soporte, podrán conducir a la quiebra, frustración, claudicación de los actores implicados y aumento del riesgo para los pacientes<sup>22</sup>. Tampoco debemos olvidar que, mientras los servicios y prestaciones sanitarias se conforman como un derecho subjetivo exigible y son gratuitas, aunque con algunas lagunas, los servicios y prestaciones de la dependencia y los servicios sociales no son derecho subjetivo exigible puesto que están sujetas a condicionamientos y no son gratuitas, dado que la ley prevé la participación de los beneficiarios en la financiación de las mismas. Cabe esperar, que una escasa cobertura de necesidades por parte de los servicios sociales, redunde en un aumento de la demanda de servicios sanitarios, generalmente más accesibles y beneficiosos en términos económicos para el paciente y su familia a nivel individual, aunque más costosos y culturalmente menos acostumbrados a una gestión ajustada.

Según el artículo "El abordaje integral de la demencia"<sup>21</sup>, una reciente revisión de estudios realizados en distintos países europeos estima el coste económico de la atención a la demencia en una media de 28.000 € anuales por paciente en Europa, aunque existen grandes diferencias entre los distintos países. En España la estimación se cifra entre 27.000

€ y 37.000 € anuales, correspondiendo el mayor porcentaje al gasto derivado del cuidado informal del paciente (77-81%), un 10-13% al gasto sanitario y el 6-12% al cuidado formal o profesional no sanitario. Estas cifras de gasto sanitario contrastan con las de otros países de nuestro entorno (21-56% del coste sanitario total) e indican que en nuestro país, apenas existe margen de ahorro económico<sup>21</sup>.

La Demencia es un síndrome crónico con una alta prevalencia y comorbilidad. En España, la atención a las patologías crónicas, genera entre el 70% y el 80% del gasto sanitario total y ya en el año 2010, un 60% del gasto sanitario en hospitalizaciones. En la actualidad se estima que el 80% de las consultas de atención primaria se dedican a la atención de procesos crónicos y los más prevalentes, entre ellos la demencia, suponen más de un 50% de las hospitalizaciones. En el caso de pacientes que presentan comorbilidad, los costes llegan a multiplicarse por 6 con respecto a aquellos que no la presentan, por 17 se multiplica el gasto sanitario en el caso de pacientes con 5 ó más enfermedades crónicas y por 25 el gasto hospitalario, lo que no significa necesariamente un mal uso de los servicios, sino una mayor necesidad de la utilización de los mismos. Aumentan las atenciones en los servicios de urgencia hospitalarios hasta en un 25% y aunque la estancia media se ha reducido, aumentan las tasas poblacionales de altas y estancias hospitalarias con la edad, pasando las personas de 80 ó más años de suponer poco más del 10% de las altas hospitalarias en 1996, a ser en 2012 el 22% de las altas hospitalarias. Los reingresos (readmisiones en los 30 días posteriores al alta) suponen, en ese mismo año, un 10% las hospitalizaciones, estando estos relacionados habitualmente con complicaciones post alta, con altas prematuras o con déficits en la coordinación con otros recursos.<sup>25</sup>

Asturias por su parte, presenta además una mayor proporción de personas con discapacidad que en España (8,5% frente al 5,1% en el conjunto del Estado) y una proporción de dependencia muy alta (30% de las familias en España afectadas por la existencia de personas con dependencia), asociadas ambas, a una mayor prevalencia de enfermedades crónicas (el 50% en Asturias) y al envejecimiento, superior entre las mujeres que además viven solas en un mayor porcentaje que los hombres.<sup>25</sup>

En el caso de que se produjera el descubrimiento de una terapia capaz de modificar el curso de la demencia significativamente, el gasto sanitario aumentaría tanto en recursos para la prevención, detección y diagnóstico, como en gasto farmacéutico, aunque disminuiría el gasto en hospitalizaciones debido a la disminución de la comorbilidad y disminuiría también el gasto en cuidados no sanitarios. Pero mientras no se encuentre un tratamiento, el gasto

sanitario continuará aumentando a causa del aumento de la comorbilidad, y se multiplicará así mismo el gasto en prestaciones de atención a la dependencia y cuidados no sanitarios<sup>21</sup>.

En todo caso, el mayor consumo de servicios sanitarios por parte de las personas con enfermedades crónicas complejas como la demencia, supone un impacto enorme sobre la estructura y el gasto sanitario que, si no se aborda adecuadamente, no solo consumirá la mayor parte de recursos del sistema sanitario, sino que puede llegar a cuestionar su sostenibilidad<sup>25</sup>. Una falta de conciencia y comprensión sobre la demencia causa además la estigmatización, al tiempo que interpone barreras para su diagnóstico y atención, por lo que resulta necesario que el deterioro cognitivo y la demencia, formen parte de las agendas de salud pública con el fin de frenar su impacto, a través de la investigación y de una adecuada planificación. En este escenario, la cooperación, la coordinación y la optimización de todos los recursos disponibles entre sectores y niveles asistenciales, resulta también imprescindible, así como la agilización y disminución de la variabilidad en la gestión de los procesos, sujetos en muchas ocasiones a una discrecionalidad subjetiva, carente de método científico que provoca la quiebra de la equidad asistencial.

Se trata pues, de una **enfermedad socio-sanitaria** donde la afectación del enfermo y de su entorno (cuidador/familia), se extiende a las instituciones sanitarias y sociales, públicas y/o privadas implicadas en el proceso de atención a la persona con deterioro cognitivo o demencia, que a pesar de sus diferentes culturas (social y sanitaria) fruto, en parte de la confusión entre la gratuidad y mayor accesibilidad del sector sanitario por un lado y de la necesidad de priorización de la vulnerabilidad y la burocratización del sector social por otro, están condenados a entenderse para lograr el objetivo común de mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores al tiempo que para velar, por el mantenimiento y la sostenibilidad del sistema de bienestar. En este sentido, el trabajador social sanitario juega un papel esencial como conocedor del funcionamiento de ambos sistemas, acostumbrado a lidiar con ambos y como conocedor de la enfermedad contextualizada.

## **Creación de una Unidad de Deterioro cognitivo y Demencias**

La creación de una unidad multidisciplinar de diagnóstico precoz y tratamiento, podría contribuir a mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores a través de una adecuada planificación apoyada en el diagnóstico integral, a la racionalización y optimización de los recursos y a aumentar la corresponsabilidad y transparencia de los implicados en la

utilización de los recursos públicos en condiciones de equidad, al mismo tiempo que facilita la mejora de la organización de su atención.

## **Hipótesis**

Una Unidad de demencia permitiría un diagnóstico socio-sanitario integral, precoz y especializado que maximizaría y optimizaría las capacidades de los pacientes y cuidadores mejorando su calidad de vida.

Una unidad de demencia permitiría así mismo, mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, interprofesionales y con otros recursos comunitarios, optimizando la utilización de los recursos sanitarios y socio-sanitarios y garantizando la continuidad asistencial adecuada a las necesidades de pacientes y cuidadores, mejorando así mismo su satisfacción y la de los profesionales.

La creación dicha unidad, permitiría crear una base de datos que nos permita acercarnos al perfil real de los usuarios asistidos, promover y planificar recursos ajustados a sus necesidades reales y abrir nuevas líneas de investigación para mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores y para mejorar la organización de la asistencia.

## **Objetivo general**

Proponer la creación de una unidad de asistencia precoz y especializada para el deterioro cognitivo y la demencia en el Hospital de Jove, que ofrezca una atención sociosanitaria integrada a estos pacientes y a su núcleo cuidador mejorando su calidad de vida.

## **Objetivos específicos**

1. Estimar la demanda asistencial existente en nuestro distrito y su previsión futura.
2. Evaluar las necesidades no cubiertas tanto a nivel asistencial como a nivel de recursos humanos.
3. Diseñar un dispositivo especializado asistencial adecuado y capaz de cubrir las necesidades insatisfechas.

## Metodología

La propuesta de creación de una Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias está dirigida a personas tributarias de ser evaluadas para detectar un trastorno cognitivo o una demencia.

Para desarrollar nuestra propuesta y tras intentar acercarnos a la realidad del Deterioro Cognitivo y la Demencia a través de la descripción del marco jurídico de referencia en el que nos encontramos inmersos, de la realidad poblacional a la que prestamos nuestros servicios y de la patología, formas, evolución y repercusiones, hemos tomado como punto de partida la propuesta planteada por la Asociación Madrileña de Neurología<sup>26</sup>. Tratando de combinar análisis documental, metodología cuantitativa y cualitativa y desde una perspectiva de la atención a la demencia más abierta, holística y cercana a los presupuestos del trabajo social sanitario, hemos dividido el desarrollo de la propuesta en 3 fases:

En la **primera fase** nos hemos planteado la necesidad de analizar y cuantificar la demanda potencial y la real, de atención de pacientes y sus familias con Deterioro Cognitivo o Demencia. Para conseguirlo, nos hemos propuesto analizar, tanto variables utilizadas en salud pública por grupos de edad (prevalencia, incidencia, morbilidad, mortalidad y previsiones futuras) como variables sociosanitarias (discapacidad, dependencia) incluyendo además demandas de tipologías de apoyo a los servicios sociales municipales, en los años 2011, 2012 y 2013.

En una **segunda fase** y a partir de la elaboración de encuestas dirigidas a profesionales de medicina de familia, neurólogos, enfermeros, trabajadores sociales sanitarios y a la representante de la asociación de pacientes (ADAFa), nos hemos propuesto evaluar las necesidades para la implantación de la unidad.

Por último, nos hemos propuesto elaborar el **diseño de un dispositivo** capaz de mejorar la asistencia y calidad de vida de los pacientes con deterioro cognitivo o demencia y sus familiares a través de un diagnóstico precoz e integral, donde la figura del trabajador social sanitario como gestor de casos resulta primordial para la optimización de los recursos, su adecuación a los estadios de la enfermedad y el abandono del aislamiento de las prestaciones sanitarias.

## Estimación de la demanda

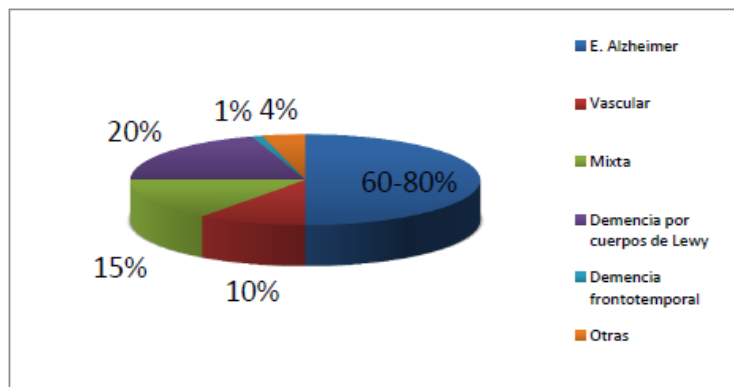
### Epidemiología

Conocer las pautas de aparición de la enfermedad es fundamental para la planificación de servicios sociales, sanitarios, y sociosanitarios

Mientras la prevalencia hace referencia al número total de casos detectados en un momento concreto, la incidencia mide la tasa de nuevos casos anuales. Ambas determinaciones se incrementan exponencialmente con la edad, en todos los estudios<sup>26</sup>

### La Prevalencia

Según el trabajo realizado por la Fundación española de enfermedades neurológicas (El impacto de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias 2011), la prevalencia de la demencia se sitúa, en general, por debajo del 2% en el grupo de edades comprendidas entre 65 y 69 años, duplicándose este valor cada 5 años hasta alcanzar un 10-17% en el grupo de 80 a 84 años y llegando a valores superiores al 30% en edades superiores a los 90 años<sup>27</sup>.



[http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp\\_social\\_alzheimer.pdf](http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf)

Por otro lado, la hospitalización de pacientes ancianos, incrementa la prevalencia de la aparición del síndrome confusional agudo, pudiendo resultar en muchos casos (56%) un catalizador del desarrollo de la demencia. Además dos de cada diez pacientes con delirio hospitalizados, experimentan algún tipo de complicación derivada de esta enfermedad, aumentando el riesgo de sufrir delirio en un 25% con estancias hospitalarias prolongadas. (Nicolás Martínez, médico geriatra y presidente de la Sociedad Navarra de Geriatria y

Gerontología, VII Congreso de la Sociedad Navarra de Geriátrica y Gerontología, celebrado en Bilbao).<sup>28</sup>

Asturias cuenta con un total de población de 1.061.756, de los que 249.868 (23,54%) cuentan con 65 o más años, 102.622 (9,67%) hombres y 147.366 (13,88%) mujeres.

La Fundación Hospital de Jove, hospital de utilización pública, cuenta con un total de 261 camas, 181 funcionarios, siendo referencia para la población del Distrito 1, insertado en el área V. El Distrito 1, comprende las ZBS de **Carreño**, con una población total de 10.700 personas (5.171 hombres y 5.629 mujeres). La **Calzada**, con una población total de 32.486 (15.602 hombres y 16.883 mujeres) y **Natahoyo-Tremañes**, con una población total de 18.695 habitantes (9.052 son hombres y 9.643 mujeres). La población de referencia total del Hospital de Jove, alcanza a un total de 61.880 habitantes, de los que 13.147 (21,24%) cuentan con 65 ó más años, 5.604 (42,62%) hombres y 7.543 (57,37 %) mujeres).<sup>29</sup>

**La ZBS V.1: Carreño** cuenta con un total de 2.617 personas con 65 o más años, de los que 1.116 son hombres (10,43) y 1.501 mujeres (14,03%).<sup>29</sup> Los grupos de edad a partir de 65 o más años, se conforman de la siguiente forma:

G. Edad	Total	X 1000	Hombres	X 1000	Mujeres	X1000
65-69	700	65,42	356	33,27	344	32,15
70-74	456	42,62	201	18,79	255	23,83
75-79	527	49,25	230	21,50	297	27,76
80-84	448	41,87	170	15,89	278	25,98
85 y más	486	45,42	159	14,86	327	30,56

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

**La ZBS V.2: Calzada.** Su población con 65 o más años total, es de 7.023 (21,62%), siendo 2.951 (9,8%) hombres y 4.072 (12,54%) mujeres<sup>29</sup>. Los grupos de edad a partir de 65 años en **la Calzada**, se conforman de la siguiente forma:

G. EDAD	Total	x 1000	Hombres	X 1000	Mujeres	X 1000
65-69	2058	63,35	977	30,08	1081	33,28
70-74	1401	43,13	650	20,01	751	23,12
75-80	1376	32,36	581	17,89	795	24,47
80-84	1217	37,46	448	13,79	769	23,67
85 y más	971	29,89	295	9,08	676	20,81

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove



**La ZBS V.3: Natahoyo-Tremañes.** Su población con 65 ó más años alcanza los 3.507 (18,76%) habitantes, de los que 1.537 (8,22%) son hombres y 1.970 (10,54%), mujeres<sup>29</sup>. Los grupos de edad a partir de 65 años se conforman de la siguiente forma:

G. EDAD	Total	X 1000	Hombres	X 1000	Mujeres	X 1000
65-69	1189	63,60	583	31,18	606	32,42
70-74	673	36,00	315	16,85	358	19,15
75-79	656	35,09	282	15,08	374	20,01
80-84	542	28,99	227	12,14	315	16,85
85 y más	447	23,91	130	6,95	317	16,96

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

**La población total de 65 o más años en el distrito 1 del área sanitaria V,** queda conformada de la siguiente forma.

G. EDAD	Total	X 1000	Hombres	X 1000	Mujeres	X 1000
65-69	3947	63,78	1916	30,96	2031	32,82
70-74	2530	40,88	1166	18,84	1364	22,04
75-79	2559	41,35	1093	17,66	1466	23,69
80-84	2207	35,66	845	13,65	1362	22,01
85 y mas	1904	30,76	584	9,43	1320	21,33

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

Tomando el (1,9%) como prevalencia de demencia estimada para el grupo de edad comprendido entre 65 a 69 años y duplicándola cada 5 años, obtendremos una prevalencia total de **1279,88** pacientes con demencia, **469,73 (36,70%) hombres y 810,12 (63,28%) mujeres**, distribuidos de la siguiente forma por grupos de edad:

G. EDAD	Total	X 1000	Hombres	X 1000	Mujeres	X 1000
65-69	74,99	1,21	36,40	0,58	38,58	0,62
70-74	96,14	1,55	44,30	0,71	51,83	0,83
75-79	194,48	3,14	83,06	1,34	111,41	1,80
80-84	335,46	6,28	128,44	2,07	207,02	3,34
85 y más	578,81	9,35	177,53	2,86	401,28	6,48

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

Sin embargo, la prevalencia observada en las consultas de neurología de nuestro hospital, alcanza a 1.025 pacientes, muy por debajo de la prevalencia estimada.

## La Incidencia

La incidencia en demencia se estima en 5 a 10 casos por 1.000 personas-año en el grupo de 64 a 69 años de edad, incrementándose hasta 40 a 60 casos por 1000 personas-año en el grupo de 80-84 años. Diversos estudios avalan un progresivo incremento de la incidencia de la demencia hasta los 100 o más años<sup>27</sup>.

Las mujeres pasados los 55 años, presentan el doble de riesgo de padecer una demencia respecto a los varones, debido a su mayor esperanza de vida y al incremento de la incidencia de la demencia en edades avanzadas, como demuestra el estudio Rotterdam<sup>30</sup>. En cambio, según el estudio de envejecimiento realizado por la clínica Mayo (2012), el deterioro cognitivo leve, presenta una tasa de incidencia general de 6,4 por ciento al año, siendo superior la tasa de incidencia entre los hombres (7,2%) que entre las mujeres (5,7%).<sup>31</sup>

Así mismo, un bajo nivel educativo, un bajo nivel de rentas y haber vivido en áreas rurales en la infancia, son características asociadas a un mayor riesgo de padecer una demencia como demuestra en el estudio realizado por la asociación de Alzheimer en 2010 (Raza, etnicidad y la enfermedad de Alzheimer)<sup>32</sup>

Por otra parte, el riesgo de demencia o deterioro cognitivo en pacientes que han recibido cirugía de cadera, es el doble en el caso de sufrir delirio. (Nicolás Martínez, médico geriatra y presidente de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología, VII Congreso de la Sociedad Navarra de Geriátría y Gerontología, celebrado en Bilbao)<sup>28</sup>.

Edad	Metaanálisis de 9 estudios europeos (6)	Alteraciones del pensamiento en adultos (7)	MRC CFAS (8)
65-69	9,1	5,4	9,3
70-74	17,6	9,7	14,1
75-79	33,3	13,5	23,7
80-84	59,9	38	43,3
85-89	104,1	58,6	91,3
90-94	179,8	89,4	

Tabla 1. Incidencia de demencia específica por edad; casos por 1000 personas – año.

[http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp\\_social\\_alzheimer.pdf](http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf)

Tomando como referencia los datos de población del INE<sup>15</sup> y teniendo en cuenta los datos de la tabla anterior, calculamos la incidencia en nuestro Distrito de actuación, utilizando la media de incidencia en los grupos de edad de 85 o más años 137, 35, 74 y 91,3 respectivamente. Los resultados obtenidos, se exponen a continuación:

<b>G. EDAD</b>	<b>Metaanálisis de 9 estudios europeos</b>	<b>Alteraciones del pensamiento en adultos</b>	<b>MRC CEFAS</b>
<b>65-69</b>	35,91	21,31	36,70
<b>70-74</b>	44,52	24,54	35,67
<b>75-79</b>	85,21	34,54	60,64
<b>80-84</b>	132,19	83,86	95,56
<b>85 y más años</b>	261,51	140,99	173,83

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

Como podemos ver, la incidencia de la demencia en nuestra área sanitaria oscila entre los 559,34, los 304,12 y 402,4, pacientes nuevos/año, alcanzando la media a 421,95 pacientes nuevos/año.

La incidencia del deterioro cognitivo y la demencia en las consultas de neurología de nuestro hospital alcanza los 216 pacientes nuevos en el año 2014, resultando al igual que la prevalencia inferior a la esperada, lo que podría explicarse por el infradiagnóstico.

### Previsión de futuro

Proyecciones de población para 65 o más años- Ambos sexos en el Área Sanitaria V<sup>15</sup>

<b>AÑO</b>	<b>2013</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2029</b>	<b>2020</b>	<b>2025</b>	<b>2029</b>
<b>Total</b>	<b>301103</b>	<b>281133</b>	<b>282684</b>	<b>276108</b>	<b>0,97</b>	<b>0,94</b>	<b>0,92</b>
<b>65-69</b>	<b>19510</b>	<b>20339</b>	<b>22568</b>	<b>22633</b>	<b>1,04</b>	<b>1,16</b>	<b>1,16</b>
<b>70-74</b>	<b>12922</b>	<b>17507</b>	<b>18000</b>	<b>19700</b>	<b>1,35</b>	<b>1,59</b>	<b>1,32</b>
<b>75-79</b>	<b>14225</b>	<b>13316</b>	<b>16861</b>	<b>17361</b>	<b>0,54,</b>	<b>1,19</b>	<b>1,22</b>
<b>80-84</b>	<b>12175</b>	<b>9752</b>	<b>10288</b>	<b>12890</b>	<b>0,80</b>	<b>0,85</b>	<b>1,06</b>
<b>85y más</b>	<b>10762</b>	<b>13261</b>	<b>12999</b>	<b>13166</b>	<b>1,23</b>	<b>1,21</b>	<b>1,22</b>
<b>Total 65 o más</b>	<b>68594</b>	<b>74175</b>	<b>80716</b>	<b>85751</b>	<b>1,07</b>	<b>1,16</b>	<b>1,23</b>

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

Tomando como referencia los coeficientes estimados, la proyección de la población para nuestro distrito de referencia, quedaría conformada de la siguiente forma:

AÑO	2013	2020	2025	2029	2020	2025	2029
Total	<b>61.880</b>	<b>60.023</b>	<b>58.167</b>	<b>56.929</b>	<b>0.97</b>	<b>0.94</b>	<b>0.92</b>
65-69	<b>3.947</b>	<b>4.105</b>	<b>4.578</b>	<b>4.578</b>	<b>1.04</b>	<b>1.16</b>	<b>1.16</b>
70-74	<b>2.530</b>	<b>3.415</b>	<b>4.023</b>	<b>3.340</b>	<b>1.35</b>	<b>1.59</b>	<b>1.32</b>
75-79	<b>2.559</b>	<b>1382</b>	<b>3045</b>	<b>3122</b>	<b>0.54</b>	<b>1.19</b>	<b>1.22</b>
80-84	<b>2.207</b>	<b>1766</b>	<b>1876</b>	<b>2384</b>	<b>0.80</b>	<b>0.85</b>	<b>1.06</b>
85 y más	<b>1.904</b>	<b>2342</b>	<b>2304</b>	<b>2.323</b>	<b>1.23</b>	<b>1.21</b>	<b>1.22</b>
Total 65 ó más	<b>13.147</b>	<b>13.010</b>	<b>15.826</b>	<b>15747</b>	<b>0.99</b>	<b>1.20</b>	<b>1.19</b>

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

La **prevalencia esperada** en función de la proyección de población futura en nuestro Distrito de referencia sería la siguiente:

	2013	2020	2025	2029
65-69 años	74	77	86	86
70-74 años	96	129	152	126
75-79 años	194	105	231	237
80-84 años	335	268	285	362
85 y más	578	711	700	706
Total ≥ 65 años	<b>1277</b>	<b>1290</b>	<b>1454</b>	<b>1517</b>

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

De igual forma la **incidencia futura** en el distrito sería la que se expone a continuación.

	2013	2020	2025	2029
65-69 años	132	128	143	143
70-74 años	88	119	140	116
75-79 años	153	83	183	187
80-84 años	229	183	194	247
85 y más	365	449	442	446

Elaboración propia a partir de los datos del INE facilitados por la Dirección médica del Hospital de Jove

### El Infra-diagnóstico.

Las tasas de detección de demencia en nuestro país. se estiman en un 30% en personas mayores de 70 años que viven en la comunidad, produciéndose habitualmente la detección con 5 años de retraso en los casos detectados, lo que indica que la detección de la demencia está asociada a la gravedad de la misma.<sup>33</sup>

El síndrome confusional agudo, puede llegar a afectar a más del 25 % de los pacientes ancianos hospitalizados en función del motivo de ingreso, aunque se estiman sin detectar entre el 20 y el 30% de los mismos a pesar de poder convertirse en catalizador para la aparición de la demencia y de que tanto la patología como sus consecuencias pueden ser prevenidas a través del diagnóstico precoz y su manejo integral.<sup>28</sup>

Según un estudio realizado en diversas residencias del Principado de Asturias, entre ellas una perteneciente a nuestro distrito sanitario, aproximadamente el 40% de los ancianos ingresados con problemas cognoscitivos, no tiene un diagnóstico claro del síndrome demencial, ni de su causa etiológica<sup>35</sup>.

En estas bajas tasas de diagnóstico intervienen varios factores:<sup>35</sup>

**Dependientes del paciente:** En las fases iniciales de la enfermedad aún se mantiene la conciencia de pérdida, apareciendo frecuentemente el síndrome depresivo que complica el diagnóstico diferencial y la selección del tratamiento, a lo que se une una cierta condescendencia del paciente con la situación que está viviendo, sus problemas de memoria y su progresiva pérdida de conciencia de la enfermedad, lo que supone que sea extraño que el propio paciente demande los servicios sanitarios, siendo más habitual que lo hagan sus allegados.

**Dependientes del contexto:** El miedo al deterioro de las relaciones familiares, al estigma y deterioro de las relaciones sociales y la variabilidad de los síntomas según entornos sociales que hace que, lo que a unos miembros de la familia les resulta patológico, otros lo evalúen como normal, achacándolo al proceso normal de envejecimiento más frecuentemente con mayores con niveles culturales pobres, hace que las familias tarden mucho en acudir a los servicios sanitarios.

**Dependientes del propio diagnóstico:** El diagnóstico del deterioro cognitivo y del síndrome de demencia es clínico y los síntomas iniciales sutiles y en ocasiones difíciles de interpretar, por lo que la desadaptación al entorno deberá marcar la diferencia.

**Dependientes del sistema sanitario:** la falta de formación específica y de actitud de alerta, la escasa utilización de instrumentos psicométricos y la baja rentabilidad de los mismos para la detección de casos leves, la escasez de tiempo provocada por la presión asistencial y la

percepción por parte de los profesionales de falta de opciones terapéuticas contribuyen al infradiagnóstico.

Información, formación y una actitud proactiva son instrumentos eficaces para mejorar las tasas de diagnóstico precoz.

### Morbilidad en Demencias

Los pacientes con demencia presentan una carga de comorbilidad media de hasta 2,4 veces más por enfermedades crónicas que en pacientes sin demencia, según la Feen (Fundación española de enfermedades neurológicas)

Existe además una mayor prevalencia de factores de riesgo vascular. Un 20,7 % de pacientes con demencia sufre de Hipertensión Arterial, (265 pacientes con deterioro cognitivo o demencia en nuestro distrito de referencia). Además el 7,1% (91 pacientes) de los que sufren demencia padecen Diabetes Mellitus y otros problemas derivados.

A la par, más de la mitad de los pacientes con demencia presentan síndromes depresivos siendo aún más frecuentes en los estadios más leves y un 20-25% (entre 256 y 320 pacientes) sufren episodios de Depresión Mayor, más frecuentemente aun en la demencia mixta o en la Demencia de los cuerpos de Lewy<sup>27</sup>.

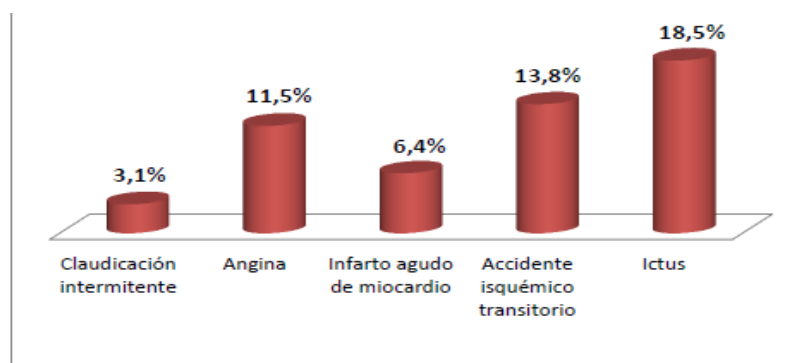


Figura 4. Prevalencia de comorbilidad vascular en la demencia (28).

[http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp\\_social\\_alzheimer.pdf](http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf)

A todo ello hay que añadir los efectos secundarios de la Polifarmacia, con una media de 5 ó más fármacos pautados y el riesgo aumentado en hasta 3,6 veces de ingreso hospitalario, frecuentemente asociado a complicaciones infecciosas y resultando las hospitalizaciones de

estos pacientes además más largas, complejas y costosas<sup>27</sup>. Por otra parte, la aparición de deterioro cognitivo durante la hospitalización, favorece la aparición del deterioro funcional post-hospitalización<sup>28</sup>

Según datos codificados de nuestro centro y teniendo en cuenta que tan solo pueden codificarse un máximo de 13 diagnósticos por paciente, los pacientes ingresados que cuentan con diagnóstico de demencia presentan una media de 9,99 diagnósticos, frente a los 5,56 de media que presentan aquellos que no cuentan con este diagnóstico, lo que refleja la alta comorbilidad que presentan estos pacientes.

### **Mortalidad y demencias**

Aunque existe controversia sobre la adecuación y validez de esta variable con respecto a la medición de la carga en salud pública atribuible a una enfermedad en patologías crónicas y complejas, como la demencia, la realidad es que este indicador permanece en nuestro el sistema de salud como indicador clave.

El incremento de la esperanza de vida ha dado como resultado una mortalidad decreciente combinada con una morbilidad creciente que ha modificado el significado de enfermedad, dejando de ser considerada un episodio agudo que a menudo finalizaba con la muerte, a ser considerada como un proceso crónico que se sufre en una etapa prolongada de la vida.

Según el informe de las Estadísticas Mundiales 2012 elaborado por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>36</sup> el 63% de las defunciones en el año 2008, se debieron a enfermedades no transmisibles. Las enfermedades crónicas suponen el 86% de las muertes y el 77% de la carga de enfermedad en la región europea de la Organización Mundial de la Salud según datos del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales.<sup>37</sup>

La demencia acorta la vida. Se estima que la supervivencia media con Alzheimer es de 7,1 años, siendo de 3,9 años, el de la demencia vascular aunque existe una gran variabilidad a nivel individual. En realidad, es difícil evaluar su contribución independiente a la mortalidad. Las actas de defunción son poco fiables ya que no consideran la demencia como la principal causa de muerte. Esto sucede debido a que habitualmente, la muerte en las demencias sobreviene por complicaciones surgidas en la evolución de la enfermedad: como neumonía, caídas o infecciones secundarias etc.<sup>38</sup>

En España, un 5% del total de defunciones, son provocadas por enfermedades del sistema nervioso y de los órganos de los sentidos, siendo la cuarta causa de muerte y correspondiendo el 60% de este grupo, a los fallecimientos por enfermedad de Alzheimer.<sup>39</sup>

En Asturias, entre 2012 y 2013, los fallecimientos por enfermedad de Alzheimer (+35) y otras enfermedades del sistema nervioso central (+26) se incrementaron entre los varones de 65 y más años. Entre las mujeres de ese grupo de edad, los mayores incrementos entre 2012 y 2013, se observaron en las enfermedades hipertensivas (+37) y trastornos mentales orgánicos (+33). También resultó significativo que en personas de 65 años y más, las caídas pasaron a convertirse en la primera causa de muerte externa, especialmente entre las mujeres, dándose estas en mayor proporción en el área sanitaria V respecto al resto de áreas sanitarias de Asturias.<sup>40</sup>

En el Hospital de Jove en el año 2014 y según datos codificados, se produjeron un total de 349 fallecimientos, de los que el 19,7 % presentaba un diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia.

## **MAYORES, DISCAPACIDAD, DEPENDENCIA Y RECURSOS SOCIO-SANITARIOS**

### **Discapacidad**

El envejecimiento de la población y el aumento de enfermedades crónicas, entre otras causas, provoca un aumento de las tasas de discapacidad. Según la OMS<sup>41</sup> más de mil millones de personas, el 15% de la población mundial, padece ya alguna forma de discapacidad, teniendo serias dificultades para funcionar entre 110 y 190 millones de adultos. Mientras algunos problemas de salud vinculados a la discapacidad requieren de grandes necesidades asistenciales, otros no. En todo caso, el artículo 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad reconoce que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación, siendo la falta de servicios apropiados una barrera importante que limita su acceso a la asistencia sanitaria, así como dificultades de uso de los existentes y la falta de aptitud y/o capacitación del personal que los asiste, para satisfacer sus necesidades. Propone entre otras medidas la identificación de grupos con necesidades específicas, la focalización de servicios y la mejora de la coordinación asistencial con el fin de mejorar el acceso de discapacitados a la asistencia sanitaria.



La Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF) clasifica el funcionamiento y la discapacidad asociados al estado de salud, dejando a un lado su etiología y añadiendo factores ambientales para describir el contexto en el que vive el individuo. Tiene en cuenta estructuras y funcionamientos corporales, actividades, participación y factores contextuales, definiendo la discapacidad como un término genérico que per se, no lleva aparejado la dependencia y que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación.<sup>42</sup>

En España, son personas discapacitadas todas aquellas que presentan deficiencias físicas, psíquicas, intelectuales o sensoriales previsiblemente permanentes, que al interactuar con barreras diversas, puedan limitar o impedir su participación efectiva en condiciones de igualdad con los demás y además tendrán la consideración de personas con discapacidad aquellas que tengan reconocido un grado de discapacidad igual o superior al 33%. Sobre esta base, en España existen 2.564.893 personas con la consideración de discapacitados, de los que 1.263.879 son hombres y 1.301.014 son mujeres.<sup>43</sup>

En Asturias, con una población total de 1.068.165, existen un total de 84.964 personas (7,95%) con consideración de discapacitadas, de las que 38.878 (7,60%) son hombres y 556.819 (8,28%) son mujeres.<sup>43</sup>

## **Dependencia y Servicios sociales**

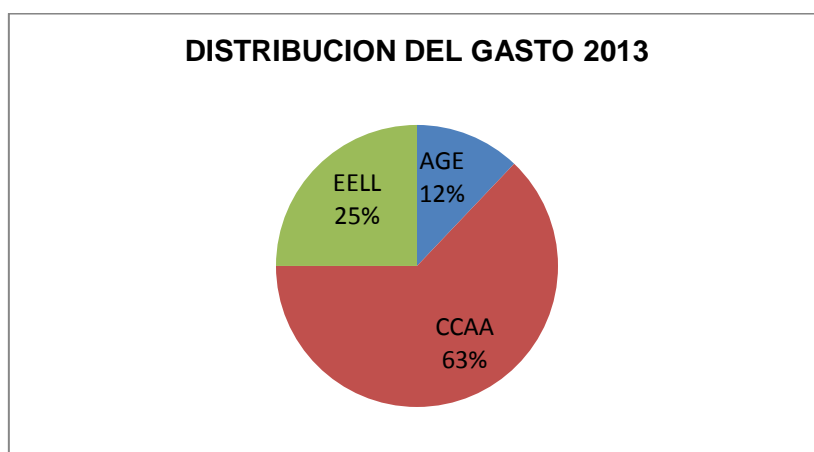
En líneas generales y a pesar de las recomendaciones de la OMS,<sup>38</sup> la demencia aún **no se incluye como prioridad de salud pública**, puesto que no contempla la dependencia generada como variable principal en la carga de la enfermedad, siendo España un país con un mayor peso de los grandes dependientes que los países de nuestro entorno.

La demencia es la enfermedad crónica que mayor dependencia incidente provoca, por encima del ictus, de la enfermedad de Parkinson o de las enfermedades cardiovasculares. Por ello, la variable dependencia generada, cobra en la demencia una vital importancia. De esta variable dependerán tanto la calidad de vida del paciente-cuidador, como los costes generados por la enfermedad ya sean estos directos o indirectos, La pérdida de capacidad funcional a lo largo del proceso de la enfermedad que conlleva el diagnóstico de deterioro cognitivo y/o demencia, requerirá en un 85%de los casos de apoyo informal y también de cuidados formales (profesionales sanitarios, cuidadores profesionales etc.) provocando así la extensión de la afectación de la demencia.

Será necesario ir adaptando la intensidad de este apoyo al estadio de la enfermedad, a la carga sostenida por el cuidador y al contexto, con la corresponsabilidad de todos los implicados, de forma dinámica y consensuada. Primando el principio de autonomía en los estadios leves de la enfermedad y el de beneficencia en las fases más avanzadas.

Según el índice DEC 2014, el coste total de los Servicios Sociales del conjunto de las administraciones públicas en España, asciende a 14.982 millones de euros, representando un 1,5% del PIB y resultando la distribución del esfuerzo entre administraciones, muy desigual.<sup>44</sup>

Este mismo informe, denuncia la inexistencia de datos importantes, así como la falta de actualización de la información disponible y la baja calidad de la misma, lo que supone no solo una quiebra del derecho a la información de los ciudadanos, sino también una gran limitación para la planificación y gestión de los servicios.<sup>44</sup> Esta limitación también ha resultado un hándicap a lo largo del desarrollo de este trabajo.



Elaboración propia a partir de los datos del anexo económico del índice DEC

El objeto de la Ley de Dependencia (LPAPAD) es regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el derecho a recibir servicios y prestaciones, en cualquier parte del territorio nacional, a las personas en situación de dependencia.

A efectos de la ley, se entiende por dependencia "el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal". Y se

establece un catálogo de servicios y prestaciones destinadas a la promoción de la autonomía personal y a la atención de las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria. La tele-asistencia, la ayuda a domicilio, los centros de día-noche y la atención residencial constituyen el núcleo básico de los servicios, que se prestarán fundamentalmente a través de la red de servicios sociales de las Comunidades Autónomas. También contempla la prestación económica vinculada a la contratación de un servicio o asistente personal, cuando no sea posible el acceso a los servicios de la red y con carácter excepcional, la prestación económica a los cuidados no profesionales en el domicilio familiar, que actualmente se ha convertido en el tipo de prestación más extendida, probablemente fruto de la crisis económica actual y que sería necesario revisar, teniendo en cuenta la existencia de cuidadores familiares, de edad superior a los 80 años.<sup>45</sup>

Con el fin de articular esta ley, se crea el Consejo Territorial de Servicios sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención de la Dependencia, encargado de establecer la intensidad de los servicios, la cuantía de las prestaciones, los criterios de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios, los criterios de valoración o el baremo común para la determinación del grado de dependencia en todo el territorio donde se clasifican las situaciones de dependencia en 3 grados descritos a continuación.<sup>45</sup>

Grado III. Gran dependencia. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día y el apoyo continuo o extenso de otros, para su autonomía.

Grado II. Dependencia severa. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, varias veces al día, sin requerir apoyo continuado o permanente.

Grado I. Dependencia moderada. Cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día o requiere apoyo intermitente o limitado.

La participación del beneficiario en la financiación de las prestaciones, estará en función del tipo y coste del servicio y de su capacidad económica personal y aunque continúan existiendo diferencias entre Comunidades autónomas, se establece la capacidad económica personal, la correspondiente a su renta incrementada en un 5% de su patrimonio neto, a partir de los 65 años, con excepción de la vivienda habitual.<sup>45</sup>

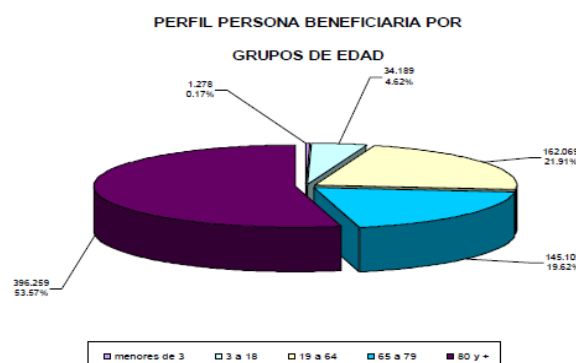
Según el XIV dictamen del observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia<sup>46</sup>, se calcula que en España hay más de 1.200.000 personas en situación de dependencia reconocida, que no puede desarrollar las actividades de la vida diaria sin apoyo, ya sea este de mayor o menor intensidad. En torno a un 40% aún no dispone de prestación o servicio del sistema de la dependencia, actualmente colapsado y con graves desequilibrios entre territorios. El coste global de las atenciones del sistema se calcula en 6.400 millones de euros al año, 6.665 euros/año por dependiente atendido y 104 euros/año por habitante.



Gráfico: Distribución de la financiación del coste de la dependencia. Disponible en

[http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/costedependenciadef\\_0.pdf](http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/costedependenciadef_0.pdf)

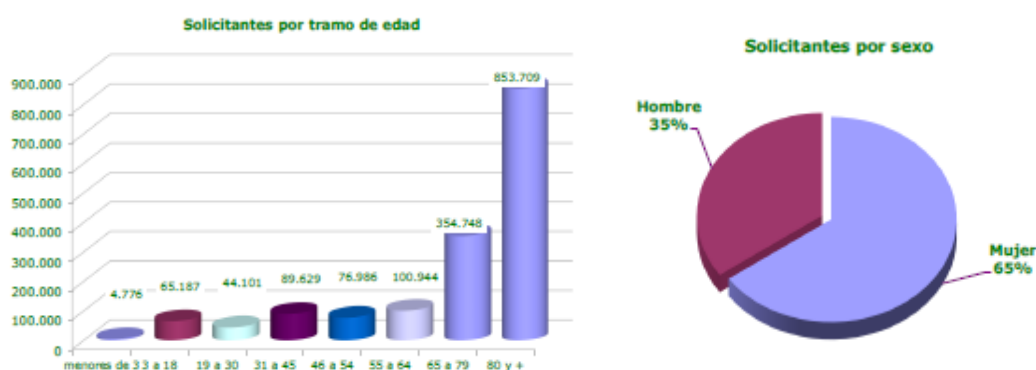
Según datos recogidos en el Sistema de información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD),<sup>47</sup> a fecha de 31 de diciembre de 2013, en España hay un total de 753.842 personas beneficiarias con prestación reconocida, siendo la gran mayoría (73,25%) personas mayores de 65 años. La mayor exposición de mayores de 65 años a la dependencia, está ligada a enfermedades degenerativas como las Demencias asociadas a la edad.



[http://www.dependencia.imsero.es/dependencia\\_01/index.htm](http://www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/index.htm)

Dentro del colectivo de mayores de 65 años, las personas con 80 o más años (población sobre-envejecida) adquieren preponderancia en todos los grados de la dependencia y suponen el 53,88% del total. Por su parte, la población con edad comprendida entre los 65 y los 79 años aglutina el 19,37% de los reconocimientos de dependencia.

Según la previsión del Libro Blanco de la Dependencia, elaborado por el IMSERSO<sup>48</sup>, frente a los 163.334 del año 2005, en 2020 habrá en España un total de 246.412 mayores de 65 años en situación de gran dependencia. La mayor parte de ellos (88,67%), debido a un diagnóstico de demencia. La discapacidad y la dependencia constituyen por tanto en la actualidad, una variable fundamental en la planificación de estrategias de atención integral a la demencia.



[http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm)

El 66% de las 753.842 personas beneficiarias de dependencia son mujeres, frente al 34% de hombres, lo que puede explicarse por la mayor esperanza de vida e incidencia de las enfermedades degenerativas de larga duración entre las mujeres<sup>47</sup>.

Según CEFA<sup>49</sup>, un 60% de los potenciales beneficiarios de la Ley de Dependencia, son enfermos de Alzheimer, dado que esta enfermedad y otras demencias, constituyen la mayor dependencia prevalente que afecta a paciente y cuidador.

Si nos centramos en Asturias, el presupuesto en Servicios Sociales en 2013<sup>44</sup>, ascendió a un total de 332,3 millones de euros, estimando el coste global de los Servicios de Autonomía y Atención a la Dependencia en nuestra comunidad para 2014, en 139.628.874,84 euros.

Según la Consejería de Bienestar social e Igualdad, nuestra región cuenta con un total de 42 centros de día que prestan atención a 2.000 personas, 29 centros residenciales públicos con 3.191 plazas, 1.925 plazas concertadas con residencias privadas, 32 centros sociales y 15 rurales de apoyo diurno.

A 31 de Marzo 2015, Asturias cuenta con 15.085 personas beneficiarias de dependencia, en su mayoría ancianas y en una mayor proporción mujeres. El 21,73% de los reconocimientos realizados, corresponden al Grado 3, máximo en la dependencia, el 25,19% al Grado 2 y el 5,70% al Grado 1. Habiendo sido reconocidos 309 cuidadores no profesionales, perfil que ostentan en su gran mayoría mujeres de entre 50 y 60 años<sup>47</sup>.

Al total de las 15.085 personas reconocidas como dependientes, se les han reconocido un total de 16.119 prestaciones, distribuidas de la siguiente manera: Un 44,57% corresponden a prestaciones económicas vinculadas a cuidados familiares en el hogar. Un 0,01% a prestaciones de asistencia personal, tan solo un 0,06% han sido ayudas a la prevención de la dependencia. Un 4,28% de son ayudas de tele-asistencia, un 11,05% corresponden a un SAD, un 10,61% plazas en un CD, un 17,66% plazas en residencias públicas y un 11,76% de prestaciones económicas vinculadas a servicios en residencias privadas acreditadas, CD o SAD<sup>47</sup>.

P.E.V Servicio	P.E cuidados familiares	Asistencia personal	Prevención dependencia	T.A.D	S.A.D	C.D	Residencia
1900	7.202	2	10	692	1785	1715	2.853
11,76%	47,57%	0,01%	0,06%	4,28%	11,05%	10,61%	17,66%

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

En todo caso, la lentitud en el reconocimiento de la dependencia, mayor aún en la concesión de prestaciones, evidencia la existencia de un mayor número de dependientes que los reconocidos con prestación asignada y en todo caso, la asignación de prestación no significa necesariamente su adecuación a la necesidad. A la par, convive junto al sistema de la dependencia en Asturias, al igual que en otras Comunidades autónomas, el antiguo sistema de solicitud de prestación autonómica y municipal, con gestión fundamentalmente centralizada en la Fundación Municipal de Servicios Sociales a través de las UTS.

Careciendo de datos sobre Carreño, presentamos a continuación datos extraídos de las memorias de actividad de la Fundación Municipal de Servicios Sociales de Gijón,<sup>16,50 y 51</sup> referidos a la atención a mayores y dependientes:

Presupuesto FMSS	2011	2012	2013	2014
<b>TOTAL</b>	13.690.300	14.787.600	15.554.900	15.185.300
<b>DESTINADO A MAYORES Y DEPENDIENTES</b>	4.678.100	5.342.300	5.605.700	5.474.700
	-34,17%	-36,13%	-36,04%	-36,05%

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

La FMSS, distribuye la población del municipio en los siguientes distritos, que aunque se acercan, no coinciden exactamente con los distritos sanitarios y ZBS como sería deseable: El Distrito centro con una UTS de referencia, el Distrito Este con dos UTS de referencia, Distrito Llano con una UTS de referencia, Distrito Sur con dos UTS de referencia, Distrito Oeste con dos UTS de referencia y Distrito Rural.

La atención a mayores y dependientes se realiza a través de:

### **GESTIÓN DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (S.A.D)**

Su gestión se realiza previa valoración de necesidades y teniendo en cuenta la capacidad para el desempeño de las tareas básicas de la vida diaria relacionadas con el cuidado personal, la capacidad para el desempeño de actividades instrumentales de la vida diaria, así como la situación socio-familiar (sobrecarga del cuidador, convivencia o relación con el entorno etc.). Está dirigida a dos grupos diferenciados.

Grupo 1. Personas en situación de dependencia, con grado reconocido y dentro del Plan Individualizado de atención.

Grupo 2. Personas o familias que precisan apoyo en la unidad de convivencia para atender situaciones de vulnerabilidad derivadas de la edad, la discapacidad o de su situación socio-familiar,

<b>SAD</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>DOMICILIOS ATENDIDOS</b>	1.995	2.058	1.691
<b>HORAS</b>	249.789	262.594	262.594

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

El perfil del usuario atendido en S.A.D. es una mujer viuda, de 80 o más años viviendo sola.

### **GESTIÓN DEL SERVICIO DE TELE-ASISTENCIA DOMICILIARIA (T.A.D)**

Garantiza un enlace de comunicación continuo con el domicilio de las personas que utilizan el servicio para su atención inmediata en caso de emergencia. El T.A.D puede ser complementario al S.A.D y es ofertado tanto por la Fundación Municipal de Servicios Sociales a través de los Centros de servicios sociales, como por los Servicios de la dependencia a través del Plan Individualizado de Atención (P.I.A). Entre sus criterios de

acceso están el empadronamiento en Gijón, disponer de línea telefónica y capacidad para el manejo del dispositivo, así como contar con 80 o más años o bien acreditación de la situación de riesgo.

<b>T.AD</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>USUARIOS</b>	4.895	4.797	4.413
<b>TOTAL ACTUACIONES</b>	92.524	103.508	SIN DATOS
<b>EMERGENCIAS SOCIOSANITARIAS</b>	3.685	1.071	SIN DATOS

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

El perfil del usuario del Servicio de Tele-asistencia es una mujer de 80 o más años, viviendo sola.

#### **Gestión de solicitudes de valoración de la situación de dependencia (V.D)**

<b>VALORACIÓN DEPENDENCIA</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>SOLICITUDES NUEVAS</b>	1.998	1.236	1.044

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

#### **GESTIÓN DE SERVICIOS DE ALOJAMIENTO.**

La Consejería de Bienestar social e Igualdad, dispone de la competencia en esta materia a través del Organismo Autónomo del E.R.A (Establecimientos residenciales para Ancianos de Asturias). El ingreso podrá ser temporal (con el objetivo de recuperación o respiro del cuidador) o permanente.

En los datos ofrecidos a continuación, no están incluidos los alojamientos, ni las ayudas económicas vinculadas al servicio residencial en residencias privadas acreditadas, solicitados a los Servicios de la dependencia a través del Plan Individualizado de Atención. Tampoco incluyen las solicitudes de Estancias temporales o permanentes de emergencia realizadas a través de los Trabajadores sociales sanitarios de los hospitales del municipio.



<b>ALOJAMIENTOS</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>SOLICITUDES</b>	457	415	346

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

## **SERVICIO MUNICIPAL DE ALOJAMIENTOS DE EMERGENCIA**

Este servicio va dirigido a personas mayores de 65 años, con discapacidad física o psíquica y cuyas circunstancias personales, familiares o sociales aconsejen el ingreso urgente y no cuenten con plaza a través del E.R.A competente en la materia. Se trata de un programa de carácter temporal e incompatible con el programa de Estancias Temporales o de respiro del E.R.A al contar con objetivos distintos y circunstancias de acceso diferentes.

<b>ALOJAMIENTOS DE EMERGENCIA</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>BENEFICIARIOS</b>	13	14	20

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

## **GESTIÓN DE SERVICIOS DE CENTROS DE DÍA (C.D)**

Las competencia la asume la Consejería de Bienestar social e igualdad y está dirigidos a personas mayores y con discapacidad cuya situación de dependencia pueda ser atendida en el domicilio y siempre que carezcan durante el día del apoyo familiar y social necesario para su adecuada asistencia o precisen de la atención terapéutica, rehabilitadora o psicosocial que ofrece este servicio.

En los datos ofrecidos a continuación, no están incluidas las solicitudes a CD, ni las ayudas económicas vinculadas al servicio de CD en centros privados acreditados, solicitados a los Servicios de la dependencia a través del Plan Individualizado de atención. Tampoco se incluyen las solicitudes realizadas a través de los centros de mayores.

<b>CENTROS DE DÍA</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>SOLICITUDES</b>	<b>151</b>	<b>101</b>	<b>106</b>

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

## GESTIÓN DE AYUDAS INDIVIDUALES

La convocatoria de estas ayudas se realiza para promover el acceso a determinadas prestaciones técnicas a través de la concesión de ayudas económicas destinadas a sufragar costes de Rehabilitación, eliminación de barreras arquitectónicas, aumentar la capacidad de desplazamiento o favorecer la autonomía.

Una vez más, la Consejería de Bienestar Social e Igualdad ostenta la competencia en esta materia y convoca las ayudas con una periodicidad anual.

<b>AYUDAS INDIVIDUALES</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>SOLICITUDES</b>	<b>77</b>	<b>6</b>	<b>17</b>

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

## GESTIÓN DE RECURSOS PARA PERSONAS CON DICAPACIDAD

<b>DISCAPACIDAD</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>SOLICITUDES</b>	<b>57</b>	<b>36</b>	<b>61</b>

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

## AULAS PARA MAYORES

Se trata de un programa realizado por la FMSS en colaboración con los hogares de mayores y las asociaciones de mayores. Los talleres se distribuyen en los siguientes bloques temáticos: Estimulación psicofísica, Salud y Calidad de vida, Expresión, Ciudadanos.

<b>AULAS MAYORES</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>TALLERES</b>	<b>51</b>	<b>58</b>	<b>61</b>
<b>PARTICIPACION</b>	<b>814</b>	<b>1012</b>	<b>1101</b>

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

## CAMINANDO POR LA VIDA

Se trata de un programa cuyo objetivo es la promoción de estilos de vida saludables a través de la actividad física.

<b>CAMINANDO POR LA VIDA</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>RUTAS</b>	11	20	18
<b>PARTICIPANTES</b>	1.084	1.103	1.140

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

Centrándonos en el Distrito Oeste, correspondiente a parte del Distrito 1, para el que el Hospital de Jove es Hospital de referencia.

<b>ATENCIONES</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
<b>TOTAL</b>	26.867	27.066	26.558
<b>MUNICIPIO</b>			
<b>% ZONA OESTE</b>	21,42%	23,81%	23,78%

Elaboración propia a partir de datos de las Memorias de la FMSS de Gijón.

La complejidad de la enfermedad y de los distintos servicios así como su diversidad y las distintas vías de acceso hace que sea urgente, más aún dadas las estimaciones de tasa de dependencia para años futuros (según el INE 99% en 2052), la cuantificación, categorización y zonificación de la población, en función de las patologías preponderantes y a través de la explotación de datos de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TICs) sanitarias incluyendo la información de los servicios de trabajo social sanitario, para contrastar prevalencias y necesidades socio-sanitarias debidamente diagnosticadas que nos permitan obtener datos reales y dinámicos para planificar y reivindicar servicios ajustados a las necesidades reales contextualizadas de la población, más allá de convertirlos en meros receptores de prestaciones.

## EVALUACIÓN DE NECESIDADES

Con el fin de evaluar las necesidades en nuestro distrito de referencia, nos hemos propuesto realizar el cálculo de necesidad de recursos humanos en función de las evidencias y recomendaciones, de la incidencia y prevalencia determinadas y en función del tiempo

medio de atención requerido para la atención de Demencias tanto en primeras consultas como en consultas de seguimiento, teniendo en cuenta la flexibilidad necesaria para la atención de casos de urgencia y de atención telefónica recomendadas e imprescindibles para proporcionar una atención de calidad. También hemos querido conocer opiniones y necesidades percibidas por los profesionales de la zona. Para ello hemos diseñado una serie de encuestas inspiradas en las realizadas por la Asociación Madrileña de Neurología para el diseño del dispositivo de asistencia neurológica al deterioro cognitivo y la demencia en Madrid (DIANDEM)<sup>26</sup>, que pueden ser consultadas en los anexos, dirigidas a neurólogos, médicos de familia, enfermeras y trabajadores sociales sanitarios, incluyendo además a la representante de la asociación democrática de familiares de Alzheimer (ADAFa).

La necesidad de una actuación multidisciplinar en el abordaje del deterioro cognitivo, en general, y de la demencia en particular está fuera de toda duda, siendo reconocida y recomendada por la Guía de Recomendaciones clínicas de la Demencia (PECAI) actualizada y elaborada por la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Entre sus objetivos, figura como prioritaria, la asistencia multidisciplinar a paciente y cuidador, tanto en los aspectos diagnósticos como en los terapéuticos y por ello recomienda el establecimiento de Unidades de Diagnóstico y tratamiento, descentralizadas y dependientes jerárquicamente de la atención hospitalizada de las áreas sanitarias.

Entre sus recomendaciones establece la composición mínima de estas unidades”

1. Un especialista en neurología, un especialista en psiquiatría y un especialista en geriatría, todos ellos con especial competencia en demencias.
2. Un neuropsicólogo, psicólogo clínico o neurólogo con competencia en neuropsicología.
3. Un enfermero/a.
4. Un trabajador/a social sanitario.

Los 3 neurólogos del distrito han respondido a la encuesta.

### **Coincidencias:**

Cuentan con 30 minutos para una 1<sup>o</sup> consulta de deterioro cognitivo o demencia, considerándolo todos ellos como insuficiente ese tiempo, considerando entre 45 y 90 minutos el tiempo adecuado. No disponen de la posibilidad de consulta urgente, ni de tiempo para la atención de eventualidades, considerándola todos ellos necesaria, aunque no creen

necesaria la disponibilidad de un tiempo establecido para una atención telefónica. Tampoco disponen de un sistema de priorización de las consultas, ni de un protocolo consensuado con atención primaria. Así mismo valoran como necesarios, la aplicación de escalas o entrevistas semiestructuradas para la valoración del cuidador, aunque no las aplican en la actualidad. Si disponen en cambio, de la posibilidad de petición de las pruebas necesarias para la valoración de estos pacientes.

Disponen de 15 minutos para una consulta sucesiva, considerando necesarios 30 minutos, realizan informe en todos los casos y consideran que el seguimiento de estos pacientes debería finalizar una vez agotadas las expectativas terapéuticas. Todos coinciden también en considerar necesaria una valoración psicosocial sistematizada para atender a estos pacientes.

### **Discrepancias**

Dos de los 3 neurólogos refieren un tiempo de demora inferior a 1 mes para una primera consulta de neurología, tiempo que consideran adecuado. Un neurólogo en cambio refiere un tiempo de demora de más de 3 meses que considera excesivo.

Tan solo uno de ellos realiza exploración neuropsicológica sistemática en 10 minutos, aunque considera necesarios 60 minutos para una valoración neuropsicológica amplia y no considera necesaria la intervención de un profesional especializado en este campo. Otro neurólogo la realiza solo en casos seleccionados utilizando entre 30 y 40 minutos y considerando necesarios entre 90 y 120 minutos para una valoración neuropsicológica amplia. Un tercero, no la realiza, considera necesarios para ella 60 minutos y los dos últimos estiman necesario personal especialista específico para la valoración.

Dos de ellos dicen conocer la existencia de grupos de apoyo en el área sanitaria y uno de ellos la desconoce. En referencia a la pregunta de si existe en su área sanitaria docencia para cuidadores, uno de ellos si conoce la existencia de docencia en su área para cuidadores, otro lo desconoce y un tercero niega que esta exista. Por último, dos de los tres neurólogos consideran necesario mejorar la coordinación entre el sector sanitario y las asociaciones de pacientes, no considerándolo necesario el tercero.

La variabilidad de la práctica clínica, la falta de flexibilidad y adecuación de la organización de consultas, falta de coordinación y criterios consensuados con atención primaria y el aislamiento respecto a servicios y recursos externos, se ponen de manifiesto en la encuesta.

## **Encuesta médicos familia Atención Primaria del Distrito.**

9 médicos de familia (23,68%), de los 38 que trabajan en el distrito han respondido a la encuesta.

### **Coincidencias**

Todos ellos coinciden en que el perfil profesional que debería realizar la confirmación del diagnóstico es el de neurólogo, aunque uno piensa que también el médico de familia podría realizarlo y otro que también podría hacerlo un internista.

Plantean todos ellos no disponer o desconocer la existencia de un método de priorización en las solicitudes de consulta a especializada, aunque 7 de ellos lo consideran necesario, uno no lo considera necesario y otro no contesta. Ninguno de ellos, dispone de la posibilidad de realizar una consulta urgente y todos ellos consideran que sería deseable el establecer un tiempo de atención telefónica para la atención de pacientes y familiares con diagnóstico de deterioro cognitivo o demencia. Todos coinciden en la utilidad de una valoración social sistemática a paciente y cuidador, aunque solo 3 disponen de ella. Además todos ellos consideran necesario mejorar la coordinación con las asociaciones de pacientes.

### **Discrepancias**

5 plantean disponer entre 5 y 10 minutos para la atención de un paciente con sospecha de deterioro cognitivo o demencia, 2 disponen de 15 minutos y uno de 20 minutos. En lo referente a las consultas de revisión, 5 de ellos refieren disponer de 5 ó 10 minutos, mientras 1 dispone de 15 y otro de 20 minutos, cuando el tiempo necesario lo estiman 2 entre 10 y 15 minutos, 5 entre 15 y 30 minutos, uno de ellos de 30 minutos y otro de 45 minutos. En referencia a cada cuanto tiempo realizan habitualmente la revisión a estos pacientes, 2 de ellos los revisan cada 3 meses, 5 cada 6 y 2 cada 9 meses.

Uno de ellos considera que el tiempo habitual de demora para una consulta a estos pacientes a especializada está en menos de un mes, 6 entre 1 y 3 meses y 2 en más de 3 meses, considerando el tiempo de demora excesivo 4 de ellos. 7 de los 9 médicos de familia que respondieron a la encuesta, consideran necesaria una unidad de demencia y 2 no la consideran necesaria. 6 de ellos, refieren disponer de informe de especializada en todos los pacientes con los diagnósticos referidos, mientras 3 de ellos refieren no disponer de ellos en todos los casos.

8 de los nueve médicos de familia considerarían útil una valoración neuropsicológica de estos pacientes. 5 conocen la existencia de grupos de apoyo para cuidadores, 2 refieren no disponer de ellos y 1 desconoce su existencia. En referencia a la docencia a cuidadores, 7 disponen de ella y 2 o no disponen o no conocen de su existencia. Por otro lado 7 disponen de escala o entrevista semiestructurada para la valoración del cuidador, mientras que 2, no.

Todo ello, pone en evidencia diferencias significativas respecto a la carga de trabajo y una falta de consenso en criterios de atención así como deficiencias en la coordinación con la atención especializada.

### **Encuesta a Trabajadores sociales sanitarios de atención Primaria del Distrito**

Los 3 Trabajadores sociales sanitarios del distrito han respondido a la encuesta

#### **Coincidencias**

Todos ellos consideran necesario un programa en sus centros de atención relacionado con estas patologías, aunque en uno de los casos, no existe tal programa. Consideran también necesario una valoración psicosocial sistemática a pacientes y sus familiares, así como el establecimiento de criterios consensuados entre el CS y atención especializada, disponen de docencia para cuidadores en su área sanitaria, de grupos de apoyo y consideran necesario establecer un tiempo de atención telefónica dirigido a pacientes y familias, aunque en uno de los casos no utilizan escalas de valoración o entrevista semiestructurada para la valoración de los cuidadores y mejorar la coordinación con las asociaciones. Todos ellos consideran necesaria una unidad de deterioro Cognitivo y demencias.

Fundamentalmente sus discrepancias hacen referencia al tiempo del que disponen y al que consideran necesario, aunque también se evidencia variabilidad en la práctica profesional y falta de criterios consensuados con atención especializada.

### **Encuesta a personal de enfermería de atención primaria del Distrito**

10 de las 35 enfermeras de atención primaria que trabajan en el distrito (28, 57%) han respondido la encuesta. Los resultados los presentamos a continuación:

## **Coincidencias**

Todas ellas consideran necesaria la existencia de una unidad de Demencia y del establecimiento de un tiempo de atención telefónica dirigido a pacientes y familiares, así como una valoración de enfermería y una valoración psicosocial sistemáticas.

8 enfermeras se muestran a favor de establecer criterios y guías consensuadas entre AP y especializada, aunque 2 no contestan. 9 consideran necesaria la existencia de talleres de formación dirigidos a cuidadores, una no contesta al igual que ocurre con la percepción de necesidad de mejorar la coordinación con las asociaciones de pacientes y familiares.

## **Discrepancias**

Mientras 7 de ellas opinan que el diagnóstico clínico debe establecerlo un neurólogo, aunque una de ellas opina que también podría realizarlo un geriatra, una opina que debe ser un internista, otra que debe ser un psiquiatra y una más no contesta. 8 consideran así mismo necesaria una valoración neuropsicológica amplia realizada por personal específicamente formado, mientras que una no lo considera necesario y una más, no contesta. Por otro lado 2 consideran que la atención a estos pacientes debería finalizar tras el establecimiento del diagnóstico en AE, mientras que 4 una vez agotadas las posibilidades terapéuticas y 4 opinan que al fallecimiento del paciente

Una refiere la existencia de criterios y guías consensuadas entre primaria y especializada, para la derivación de estos pacientes, mientras 5 refieren que no existen. Una, lo desconoce y 3 más no contestan. Sin embargo 6 de ellas consideran necesario establecer un sistema de priorización de consultas consensuado entre AP y especializada, 3 no lo consideran así y una más no contesta. En cambio 7 personas consideran necesaria la posibilidad de acceso urgente a la una consulta especializada y 3 no lo consideran necesario. Por otro lado, 8 conocen la existencia de formación para cuidadores en el área, mientras 2 la desconocen y 6 conocen además la existencia de GAM en el área, mientras 3 desconocen su existencia y una refiere que no existen.

Por otra parte, 2 de ellas refieren que 20 minutos son los necesarios para una correcta valoración de enfermería, 3 de ellas refieren son necesarios 30 minutos, 2 necesitan entre 30 y 45 minutos y 2 refieren la necesidad de 60 minutos, una más no contesta. Para una sucesiva una persona refiere son necesarios 15 minutos, para 4 personas 20 minutos, para una más entre 20 y 25 minutos y para dos de ellas 30 minutos, 2 más no contestan.



## **Encuesta a la representante de ADAFA**

Considera necesaria una unidad de deterioro cognitivo o demencias, cree que el perfil profesional para la confirmación diagnóstica es el neurólogo, considerando además imprescindible la intervención de un profesional geriatra. Así mismo consideran necesaria la formación específica y continuada de los profesionales que atienden a los enfermos con demencia, así como posibilidad de acceso a la consulta en situación de urgencia y el establecimiento de un tiempo de atención telefónica a pacientes y cuidadores. También consideran necesario mejorar la coordinación entre la asociación y el sector sanitario. Por otro lado, consideran que la valoración psicosocial es necesaria en algunos casos aunque no sistemática. Además imparten talleres de formación dirigidos a cuidadores informales, siempre y cuando sean socios de la asociación.

Las reticencias a una valoración psicosocial sistemática, es posible que obedezcan a la vieja idea del trabajador social cuya labor hace referencia a la ejecución del control de un sistema que les resulta lejano, en lugar de ser asumida como una relación de ayuda profesional ejercida en el marco de un sistema democrático y por lo tanto que ha de tender a la máxima transparencia y corresponsabilidad tanto por parte de profesionales, como por parte de los usuarios que utilizan servicios públicos.

## **PROPUESTA DE CREACIÓN DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA DE DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO Y DEMENCIAS**

### **Objetivo general**

Ofrecer una atención socio-sanitaria accesible, equitativa y eficiente para el estudio, diagnóstico y tratamiento precoz e integral del Deterioro Cognitivo y Demencia a pacientes y sus cuidadores y adecuada al estadio de la enfermedad, desde una perspectiva multidisciplinar y con el fin de mejorar su calidad de vida.

### **Objetivos específicos**

Realizar un diagnóstico socio-sanitario precoz, integral y sistemático del Deterioro Cognitivo y la Demencia.

Ofrecer un tratamiento integral y temprano, centrado en la persona y adecuado al curso de la enfermedad desde una perspectiva multidisciplinar.

Mejorar la coordinación entre niveles asistenciales, interprofesionales y con otros recursos de la comunidad para favorecer el acceso de los pacientes y sus familiares a los recursos sanitarios y socio-sanitarios de forma ágil, equitativa y corresponsable, colaborando con ellos en la prestación de servicios.

Informar, capacitar y apoyar a los cuidadores informales.

Crear una base de datos zonificada y contextualizada que permita abrir líneas de investigación para mejorar tanto el conocimiento y tratamiento de la enfermedad como la organización de la asistencia.

### **Población diana**

Pacientes pertenecientes al Distrito 1 del área sanitaria V con sospecha fundamentada de Deterioro Cognitivo y/o Demencia derivados de Atención primaria, consultas de neurología y servicio de urgencias hospitalarias.

### **Características de la Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias**

Deberá ser un dispositivo de carácter multidisciplinar, centrado en la persona, accesible y próximo para los usuarios, flexible en su organización, eficiente a través de la optimización de los recursos disponibles en la comunidad y eficaz, fundamentado en la mejor evidencia para reducir la variabilidad de la praxis y favorecer la equidad.

Su implantación deberá ser gradual, concentrando los esfuerzos en los casos identificados en fases tempranas.

Será necesario establecer un protocolo de coordinación con Atención Primaria, puerta de entrada y dispositivo fundamental tanto en la detección temprana como en la continuidad asistencial, estableciendo criterios de derivación a la Unidad de diagnóstico, criterios de coordinación, apoyo y documentación así como criterios de seguimiento periódico. También debería establecerse protocolo de coordinación con las consultas de neurología, para evitar duplicidades en aquellos casos cuyo paso previo por dicha consulta resultara inevitable y

también con el servicio de urgencias hospitalarias. De igual forma y en la medida de lo posible se establecerán protocolos de coordinación con otros servicios socio-sanitarios.

Cada profesional de la Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias deberá contar con la formación adecuada y elaborar el Catálogo de Prestaciones, Cartera de Servicios y el procedimiento actualizado y fundamentado en la mejor evidencia.

La Unidad de Diagnóstico de Deterioro Cognitivo y Demencias contará con la posibilidad de ingreso, aunque sin camas asignadas específicamente a la unidad. El criterio de ingreso se establecerá con objetivos preestablecidos, bien por necesidades de evaluación diagnóstica integral e instauración de tratamiento temprano, bien por necesidades sociales diagnosticadas y siempre dentro del plan individual de intervención.

## **Organigrama**

Cada profesional integrado en la Unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias mantendrá una doble dependencia. Por una parte mantendrá la dependencia jerárquica correspondiente en función del estamento y categoría profesional a la que pertenezca, manteniendo a su vez una dependencia funcional de la coordinación de la unidad que de forma natural debería ostentar el trabajador social sanitario, en lo referente a la organización de la actividad y distribución de funciones dentro ella, dado su perfil de gestor de casos que incluye la gestión del cuidado, el apoyo y orientación psicosocial y la coordinación en red.<sup>53</sup>

## **Funciones de la unidad de Deterioro Cognitivo y Demencia**

Entre sus principales funciones se pueden destacar:

1. De estudio: Obtención y estudio de la historia clínica, exploración del paciente y pruebas complementarias, exploración y valoración neuropsicológica de las capacidades conservadas, valoración de la necesidad de cuidados sanitarios, obtención de la historia socio-familiar, exploración y estudio de las variables psicosociales (salud, personalidad, sociofamiliares, relacionales, socio-económicas, de vivienda etc.) y evaluación de la carga del cuidador/es.
2. Diagnósticas: Elaboración del diagnóstico sindrómico y etiológico, elaboración del diagnóstico neuropsicológico, elaboración del diagnóstico de enfermería y elaboración del diagnóstico social sanitario.

3. Terapéuticas: Tras la elaboración del diagnóstico se establecerá el plan de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico (estimulación cognitiva, terapia ocupacional, apoyo, orientación o motivación psicosocial) más adecuado a su situación, consensuado entre los distintos profesionales y con paciente-cuidador y con la corresponsabilización de todos los implicados.
4. De coordinación: La coordinación estrecha entre los miembros del equipo, los distintos niveles asistenciales y los servicios socio-sanitarios de la comunidad es fundamental para la optimización de los mismos, la garantía de la continuidad asistencial y de mejora de la calidad de vida de pacientes y cuidadores, debiendo estar protocolizada en la medida de lo posible.
5. De formación: siendo necesaria una formación continuada que sostenga la especialización para garantizar una atención de calidad
6. Investigadora: a través de la recogida sistemática de información en el sistema informático que nos permitirá tras la explotación de los datos obtener un retrato dinámico de los pacientes con Deterioro Cognitivo o Demencia y de sus cuidadores, zonificado y contextualizado con el fin de poder abrir líneas de investigación tanto para mejorar el conocimiento de la enfermedad como para adecuar la organización interna y promover la creación de servicios acordes a las necesidades reales de esta población.

### **Gestión de la lista de espera**

La unidad de deterioro cognitivo y demencias, deberá contar con agenda propia en la gestión de la lista de espera. Los criterios de priorización serán consensuados, con atención primaria, con la consulta de neurología y con el servicio de urgencias hospitalarias. En todo caso, la priorización se realizará en función de necesidades, sobre la base de criterios de flexibilidad y manteniendo un equilibrio con la cronología de la solicitud e intentando priorizar las siguientes circunstancias y siempre teniendo en cuenta, que los esfuerzos de la unidad han de centrarse en aquellos pacientes en una fase inicial de la enfermedad.<sup>54</sup>

1. Personas que residen en su domicilio, valoradas por el equipo de atención primaria, neurólogo o médico de urgencias, con sospecha fundamentada de deterioro cognitivo o demencia que viven solos, cuentan con insuficiencia de apoyos o presenten necesidades sociales debidamente diagnosticadas
2. Personas que acuden a urgencias, presentan sospecha de deterioro cognitivo o demencia y sin requerir ingreso, se determina la necesidad de atenciones profesionales.

3. Personas que sufren una pérdida importante de sus capacidades, previa valoración de atención primaria y/o neurología.

4. Otras indicaciones que se estimen adecuadas.

## **Recursos humanos**

Proponemos una unidad de deterioro cognitivo y demencia multidisciplinar que cuente con profesionales de neurología, enfermería, trabajo social sanitario y neuropsicología.

Tomaremos como referencia la estimación de la prevalencia del deterioro cognitivo y la demencia para el distrito I de 1279,88 pacientes/año, así como la incidencia estimada de 421,95 pacientes/año.

A continuación mostramos los tiempos estimados como necesarios para una primera consulta y para las sucesivas de los distintos profesionales, teniendo en cuenta que la atención va dirigida al paciente y también al núcleo cuidador.

Tiempo estimado necesario para una primera consulta de neurología, 60 minutos. De enfermería 40 minutos, de trabajo social sanitario 50 minutos y de neuropsicología, 75 minutos.

Tiempo estimado necesario para una consulta sucesiva de neurología 30 minutos, de enfermería 20 minutos, de trabajo social sanitario 30 minutos y de neuropsicología 25 minutos.

### **Tiempos de asistencia de Neurología:**

421,95 pacientes nuevos por 60 minutos da un total de 421,95 horas (entre 8-9 primeras consultas semanales)<sup>53</sup>.

1279,88 pacientes menos 421,95 por 30 minutos/60 minutos, por 2 revisiones, da un total de 857,93 horas a las que habrá que sumar 210,97 horas correspondientes a las sucesivas de las primeras, dando un total de 1068,90 horas dedicadas a consultas sucesivas al año (entre 22-23 consultas sucesivas semanales), que sumadas a las horas dedicadas a primeras consultas, dan como resultado un total de 1490,85 horas dedicadas a consultas. Teniendo

en cuenta una jornada laboral efectiva de 1.635 horas anuales, nos restarían tan solo 144,15 horas a las que habría que descontar 20 minutos retribuidos por jornada laboral que sumarían un total de 75 horas/año, quedando 69,15 horas para dedicación a pase de vista, labores de coordinación y atención de eventualidades, tiempo realmente ajustado y por ello conveniente su sustitución en periodos vacacionales.<sup>53</sup>

### **Tiempos de asistencia de Enfermería.**

Siguiendo el mismo procedimiento resultan 281,3 horas dedicadas a primeras consultas y 571,95 horas dedicadas a sucesivas, que nos da un total de 853,25 horas a las que sumaremos una sucesiva por cada primera consulta, lo que nos da un total de 1064, 22 horas dedicadas a consultas, restando finalmente 495,78 horas, para atención telefónica, de eventualidades, pase de vista y tareas de coordinación.

### **Tiempos de asistencia de Trabajo social sanitario:**

Siguiendo el mismo procedimiento, nos da un total de 351, 62 horas destinadas a primeras consultas de pacientes y núcleo cuidador, 1.068,90 dedicados a sucesivas que nos da un total de 1.420,52 horas dedicadas a consultas, restando finalmente 139, 68 horas para tareas de pase de vista, coordinación y atención de eventualidades, siendo conveniente igualmente la sustitución en tiempos vacacionales.<sup>53</sup>

### **Tiempos de asistencia de Neuropsicología.**

Seguiremos el mismo procedimiento, aunque teniendo en cuenta que no es necesaria una valoración neuropsicológica en cada revisión, por lo que contabilizamos una revisión anual.

Resulta un total de 527,43 horas destinadas a primeras consultas y 357,47 dedicadas a consultas sucesivas, lo que nos da un total de 884,90 horas dedicadas a consultas, siendo posible plantear la contratación de un neuropsicólogo a media jornada, siempre que sea sustituido en periodo vacacional.<sup>53</sup>

El dispositivo contará con los siguientes profesionales asignados:

- Un neurólogo.
- Un enfermero.

- Un trabajador social.
- Un neuropsicólogo a media jornada.

Contando además, cuando la situación así lo requiera, con la valoración de Psiquiatría y/o de Medicina Interna a través de interconsulta, como cualquier otro servicio del hospital.

### Recursos materiales

- 3 despachos.
- 4 ordenadores, 3 teléfonos y acceso a internet.
- 4 mesas y 12 sillas de despacho.
- Documentación.
- Una camilla.
- Instrumentos de exploración neurológica, cognitiva.
- Instrumentos de valoración de sobrecarga del cuidador y de valoración de riesgo social.

### Presupuesto:

### Recursos humanos

Tomamos como referencia las retribuciones del Convenio colectivo de la Fundación Hospital de Jove<sup>55</sup>.

Neurólogo	<b>49.677,88</b>
Enfermero	28.134,40
Trabajador social sanitario	27 552,42
Neuropsicólogo	18.930,38
<b>Total</b>	<b>124.295,08</b>

Elaboración propia a partir de datos extraídos de las tablas salariales del Convenio Colectivo de la Fundación Hospital de Jove.

A este presupuesto habrá que añadir las cotizaciones sociales que ascienden a un 23,6%,(29333,63) lo que supone un total de **153.628, 71 euros/año**

## Recursos materiales

<b>4 mesas</b>	1268 euros
<b>4 sillas director + 8 sillas despacho</b>	876 euros
<b>4 ordenadores</b>	2000 euros
<b>3 teléfonos</b>	102 euros
<b>1 camilla</b>	209 euros
<b>Material de escritorio</b>	1000 euros
<b>Total</b>	5455 euros

Elaboración propia a partir de datos de mercado

**Total presupuesto 159.083,71 euros iniciales para la puesta en marcha de la unidad<sup>56</sup>**

## Evaluación

La evaluación debería realizarse anualmente, sin perjuicio de reuniones semanales internas y trimestrales con atención primaria así como aquellas que se puedan considerar necesarias con otros servicios de la comunidad, siendo mínima una periodicidad anual de las mismas. En todo caso ha de resultar flexible.

### Indicadores de tiempos de espera.

$\Sigma$  (Fecha de valoración - Fecha de solicitud) / Total pacientes atendidos.

### Indicadores de actividad de la unidad:

Primeras visitas = primeras visitas / todas las visitas x 100.

Visitas sucesivas = visitas sucesivas / todas las visitas x 100.

### Indicadores de utilización de la unidad

Utilización clientes = primeras visitas clientes / total visitas clientes + familiares + otros x 100.



Utilización familiares = primeras visitas familiares / total visitas clientes + familiares + otros x 100.

### **Indicadores de rendimiento de personal médico, enfermería, trabajador social sanitario y neuropsicólogo**

Indicador primeras visitas profesional A = Primeras visitas profesional A / Total primeras visitas x 100.

Indicador visitas sucesivas profesional A = Visitas sucesivas profesional A / Total visitas sucesivas x 100.

### **Indicadores de población**

Clientes procedentes de CS / Total clientes unidad x 100.

Clientes procedentes de CS A / Total clientes x 100.

Clientes procedentes de Consulta de neurología / Total clientes unidad x100.

Clientes procedentes del Servicio de urgencias / Total clientes unidad x 100.

### **Indicadores de dependencia funcional**

Indicador dependencia funcional grado x = Clientes con dependencia funcional grado x / Total de pacientes unidad x 100.

Indicador de dependencia reconocida = Clientes con dependencia reconocida grado x / Total de pacientes unidad x 100.

### **Indicadores de integración**

Domicilio = total pacientes en domicilio / total pacientes atendidos x100.

Internamiento = total institucionalizaciones / total pacientes atendidos x 100.

### **Indicadores de demanda**

Demandas= Total demandas / total población atendida x100.

Demanda A = Total demandas A / total población atendida x 100

No demanda = total sin demandas/ total población atendida x 100.

### **Indicadores de necesidad**

Necesidad A = Total necesidad A/ total población atendida x 100.

Necesidad sobre necesidades = Total necesidad A / total población con necesidades x 100.

No necesidad = Total población sin necesidad / Total población atendida x 100.

### **Indicadores de utilización de apoyos formales**

Utilización de apoyos = Total utilización de apoyos / Total población atendida x 100.

Utilización del apoyo A = Total de utilización del apoyo A / Total población atendida x 100.

Utilización del apoyo A = Total utilización del apoyo A / Total población que utiliza apoyos x 100.

No uso de apoyo = Total población que no utiliza apoyos / Total población atendida x 100.

### **Indicadores de adecuación de apoyos**

Utilización del apoyo A = Total utilización apoyo A / Total población atendida con la necesidad del apoyo A x 100.

### **Indicador de quejas y de agradecimientos**

Quejas = Total quejas recibidas / Total población atendida x 100

Agradecimientos = Total agradecimientos recibidos/ Total población atendida.

## **Conclusiones**

El incremento del envejecimiento en nuestra población de referencia con necesidades y carencias sociales previas, en muchos casos no satisfechas, asociado a la aparición de enfermedades neurológicas progresivas y complejas como el deterioro cognitivo o las demencias, dan como resultado una alta prevalencia e incidencia de estas patologías, una alta comorbilidad, una mortalidad por encima de la media del país, así como unas tasas de discapacidad y de dependencia elevadas y por tanto un incremento de la complejidad en el tratamiento de la enfermedad que debe ser tenida en cuenta y abordada de forma integral, multidisciplinar y desde una perspectiva biopsicosocial.

El infradiagnóstico, especialmente en las fases iniciales de la enfermedad, provoca barreras de acceso, falta de planificación de la atención y de la adecuación de la intensidad de apoyos a los distintos estadios de la enfermedad, convirtiendo la asistencia en ineficiente, carente de equidad e insatisfactoria para todos los implicados. Un diagnóstico precoz, integral y multidimensional, permitirá una planificación eficiente, racional, equitativa y corresponsable de la utilización de los recursos disponibles mejorando al mismo tiempo la satisfacción de todos.

Esta perspectiva exige además, la adecuación, la coordinación y optimización de todos recursos disponibles entre los distintos sectores y niveles asistenciales para mejorar el acceso y garantizar una atención eficiente y eficaz que mantenga los resultados de las prestaciones sanitarias en la comunidad. La disminución de la variabilidad en la gestión de los procesos garantizará la equidad.

La confusión producida por la gratuidad y mayor accesibilidad de las prestaciones sanitarias por un lado y la necesidad de priorización de la vulnerabilidad y mayor burocratización de las prestaciones sociales por otro, deberá ser superada a través de una mayor transparencia de políticos, gestores, profesionales y también de ciudadanos que hacen uso de recursos públicos, en aras de lograr el objetivo común de mejorar la calidad de vida de pacientes y cuidadores garantizando la equidad y velando al mismo tiempo por el mantenimiento y la sostenibilidad del sistema de bienestar.

La falta de información disponible y la escasez y baja calidad de la disponible, la complejidad de la enfermedad y su carga, así como la diversidad de servicios y sus distintas

vías de acceso hacen que sea urgente, más aún dadas las estimaciones de tasa de dependencia para años futuros (según el INE 99% en 2052), la cuantificación, categorización y zonificación de la población a través de la explotación de datos de las TIC sanitarias, en función de las patologías preponderantes y con la inclusión de la información de los servicios de trabajo social sanitario, para contrastar prevalencias y necesidades socio-sanitarias debidamente diagnosticadas que permitan obtener datos reales y dinámicos para planificar y reivindicar servicios ajustados a las necesidades reales contextualizadas de la población, más allá de convertirlos en meros receptores de prestaciones.

Información, formación y una actitud proactiva, son instrumentos eficaces para mejorar las tasas de diagnóstico precoz de estas enfermedades y su atención, de ahí la necesidad de creación de una unidad especializada interdisciplinar, donde el trabajador social sanitario deberá jugar un papel preponderante como gestor de casos, al ser conocedor del funcionamiento de los sistemas sanitario y social, estar acostumbrado a lidiar con ambos sistemas y ser conocedor al mismo tiempo, de la enfermedad contextualizada.

## **BIBLIOGRAFÍA.**

1. Asturias renueva su programa de atención a las demencias para avanzar en el diagnóstico y el apoyo a los cuidadores. Disponible en

<http://www.fundacioncaser.es/content/asturias-renueva-su-programa-de-atencion-las-demencias-para-avanzar-en-el-diagnostico-y-el-0>

2. Colom Masfret D. "El trabajo social sanitario en la atención sociosanitaria". Madrid 2008. Editorial: Siglo XXI.

3. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. Disponible en

[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf)

4. Colom Masfret D., Corbella Duch J. Marco legal: Leyes principales del sistema sanitario. Materiales Master de Trabajo social sanitario UOC.

5. Colom Masfret D. Personas con trastornos y disfunciones sensoriales y discapacidades físicas y psíquicas. Materiales Master de Trabajo social sanitario UOC. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-13241>

6. Portal de la Dependencia . Disponible en:

[http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/normativa/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/normativa/index.htm)

7. Plan de Salud Mental del Principado de Asturias 2011-2016. Disponible en:

<https://feafes.org/publicaciones/PlansaludmentalAsturias2011-2016.pdf>

8. Astur Salud. Portal de salud del Principado de Asturias. Disponible en:

<https://www.asturias.es/portal/site/astursalud/menuitem.424bc05fd6651567dbdfb51020688a0c/?vgnnextoid=e99e15b3fb010110VgnVCM1000008614e40aRCRD>

9. **Libro blanco de la Coordinación sociosanitaria en España.** Dirección General del IMSERSO. Dirección General de la Agencia de Calidad del sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Política social e igualdad. Disponible en

[http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro\\_Blanco\\_CCS\\_15\\_12\\_11.pdf](http://www.msssi.gob.es/novedades/docs/Libro_Blanco_CCS_15_12_11.pdf)

10. Ley del Principado de Asturias 9/2015, de 20 de marzo, de primera modificación de la Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales. BOPA 80 de 8-IV-2015. Disponible en:

<https://sede.asturias.es/bopa/2015/04/08/2015-06155.pdf>

11. Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de intervención. Disponible en:

[http://www.sen.es/pdf/2009/Documento\\_Sitges2009.pdf](http://www.sen.es/pdf/2009/Documento_Sitges2009.pdf)

12. Rubiera F, Fernández E, Rodríguez V, Viñuela A, Alonso ML, Gutierrez D. 'Análisis de la situación y perspectivas demográficas del principado de Asturias y revisión de las políticas aplicadas en Europa para el diseño de una agenda demográfica. Primer informe de la situación y perspectivas demográficas del Principado de Asturias.' Laboratorio de Análisis Económico Regional. Oviedo 2014.

13. Consejo Económico y Social del Principado de Asturias. 'Situación económica y social de Asturias.' Disponible en <http://www.cesasturias.es/publicaciones.php>

14. Cifras de Población y Censos Demográficos. Proyecciones de población a corto plazo. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269&file=inebase&L=0>

15. Memoria de la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón 2013. Disponible en:  
[http://www.gijon.es/multimedia\\_objects/download?object\\_type=document&object\\_id=151604](http://www.gijon.es/multimedia_objects/download?object_type=document&object_id=151604)
16. SADEI. Gobierno del Principado de Asturias. Datos Básicos de Asturias 2014. Disponible en: [www.sadei.es/datos/catalogo/m00/dabaas/2014/99.pdf](http://www.sadei.es/datos/catalogo/m00/dabaas/2014/99.pdf)
17. Programa Iniciativa Comunitaria URBAN Gijón 2001-2006. Disponible en:  
<http://www.dgfc.sggpg.meh.es/sitios/dgfc/es-ES/jpr/fcpp0006/pri/ic/u2/Documents/Purbangijon.pdf>
18. Types of Dementia. Alzheimer's Association. Disponible en:  
<http://www.alz.org/dementia/types-of-dementia.asp>
19. Dementia Types, Stages, Causes, Symptoms and Treatments. Alzheimer' Disease Health Center. Disponible en <http://www.webmd.com/alzheimers/guide/alzheimers-dementia>
20. Comparative evolution of Alzheimer disease, vascular dementia, and mixed dementia. Department of Clinical Neurological Sciences, University of Western Ontario, London. [JAMA Neurology](#) (Impact Factor: 7.01). 07/1997; 54(6):697-703. Disponible en:  
[http://www.researchgate.net/publication/14026441\\_Comparative\\_evolution\\_of\\_Alzheimer\\_disease\\_vascular\\_dementia\\_and\\_mixed\\_dementia](http://www.researchgate.net/publication/14026441_Comparative_evolution_of_Alzheimer_disease_vascular_dementia_and_mixed_dementia)
21. Castellanos F, Cid M, Duque P. 'Abordaje integral de la demencia.' Información terapéutica del Sistema Nacional de Salud. 2011; 35(2): 39-45. Disponible en  
[http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/infMedic/docs/vol35\\_2\\_Abordaje.pdf](http://www.msssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/docs/vol35_2_Abordaje.pdf)
22. Rodríguez Monter M. Trabajo Social Sanitario en Mayores (primaria y especializada). Master Trabajo Social Sanitario UOC.
23. Encuesta Mayores 2010.. Ministerio de Sanidad y Política Social. Disponible en  
[http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores\\_20.pdf](http://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/presentacionencuestamayores_20.pdf)

24. Gómez-Busto, F. La familia ante las demencias y otras enfermedades progresivas. Disponible en:

<http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/familia-en-la-terminalidad/010-LA-FAMILIA-ANTE-LAS-DEMENCIAS-Y-OTRAS-ENFERMEDADES-PROGRESIVAS-MEZ%20BUSTO.pdf>

25. Directrices para un Plan Integral de prevención de las enfermedades crónicas y de atención a los pacientes crónicos. Consejo Asesor de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias. Disponible en:

[https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Consejo%20Asesor/Informe%20Cronicidad.pdf)

26. Dispositivo de Asistencia neurológica al Deterioro Cognitivo y la Demencia en Madrid. DIANDEM. Disponible en:

<http://agua.rediris.es/pub/bscw.cgi/d674796/DIANDEM.pdf>

27. Prieto Jurczynska,C., Eimil Ortiz, M., López de Silanes de Miguel, C., Llanero Luque,M. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Disponible en:

[http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp\\_social\\_alzheimer.pdf](http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf)

28. Martínez Velilla, N. médico geriatra y presidente de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, VII Congreso de la Sociedad Navarra de Geriatria y Gerontología, celebrado en Bilbao. El síndrome confusional duplica el riesgo de padecer demencia. **Diario Médico** [Madrid] 14 May 2014

29. Cifras de Población y Censos Demográficos. Proyecciones de población a corto plazo. Instituto Nacional de Estadística. Disponible en:

<http://www.ine.es/jaxi/menu.do?type=pcaxis&path=%2Ft20%2Fp269&file=inebase&L=0>

30. Ott A, Breteler M, van Harskamp F, Stijnen T, Hofman A. 'Incidence and Risk of Dementia: The Rotterdam study.' American Journal of Epidemiology, 1998; 147(6): 574-580

31. Mayo Clinic descubre que deterioro cognitivo leve es común y afecta más a los hombres.' En Mayo Clinic News Network. Disponible en:

<http://newsnetwork.mayoclinic.org/discussion/mayo-clinic-descubre-que-deterioro-cognitivo-leve-es-comn-y-afecta-ms-a-los-hombres/>

32. Asociación de Alzheimer. 'Reporte Especial: Raza, Etnicidad y la Enfermedad de Alzheimer.' Extracto de 'Hechos y Cifras de la Enfermedad de Alzheimer 2010'. Disponible en:

[http://www.alz.org/documents\\_custom/ALZ\\_FF2010\\_Spanish\\_03.09.10.pdf](http://www.alz.org/documents_custom/ALZ_FF2010_Spanish_03.09.10.pdf)

33. Zunzunegui Pastora, M.V., del Ser, T. Rodríguez Laso, A., García Yébenes, M.J. Domingo J. y Otero Puime A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. Disponible en:

[www.taiss.com/publi/absful/demencia.pdf](http://www.taiss.com/publi/absful/demencia.pdf)

34. Gutiérrez Rodríguez, J, Jiménez Muela, F, Alonso Collada A, Saenz de Santa María Benedet L Prevalencia y manejo terapéutico de la demencia en centros residenciales para la tercera edad del Principado de Asturias. Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-generica-124-articulo-prevalencia-manejo-terapeutico-demencia-centros-13133376>

35. La problemática del deterioro cognitivo en Atención Primaria. Disponible en:

[http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion\\_acre2005/temas/tema23-24/pelldb2.php](http://2011.elmedicointeractivo.com/formacion_acre2005/temas/tema23-24/pelldb2.php)

36. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Organización mundial de la salud (OMS). Disponible en:

[http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)

37. Estrategia de Promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad 2014. Disponible en:

<http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/EstrategiaPromocionSaludyPrevencionSNS.pdf>

38. Demencia. Una prioridad en salud pública. Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la salud. Disponible en:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98377/1/9789275318256_spa.pdf)

39. 'Estado del Arte sobre la Enfermedad de Alzheimer en España.' Informe de pwc. Disponible en: <http://www.lilly.es/global/img/ES/PDF/ESTADO-DEL-ARTE-SOBRE-LA-ENFERMEDAD-DE-ALZHEIMER.pdf>



40. Mortalidad 2013. Ranking de las principales causas de muerte por edad, sexo y área. Disponible en:

[http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Salud%20Publica/AS\\_Salud%20Poblacional/IS\\_Registro%20de%20mortalidad/Mortalidad%202013/RANKING%20MORTALIDAD%202013.pdf](http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Salud%20Poblacional/IS_Registro%20de%20mortalidad/Mortalidad%202013/RANKING%20MORTALIDAD%202013.pdf)

41. Discapacidad y salud. Organización mundial de la salud. Disponible en:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>

42. Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud. Disponible en:

<http://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/435cif.pdf>

43. Base estatal de datos de personas con valoración del grado de discapacidad. Informe a 31/12/2013. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. IMSERSO. Disponible en:

[http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd\\_2013.pdf](http://imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/bdepcd_2013.pdf)

44. García Herrero, G. Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales Índice DEC: una herramienta para valorar el desarrollo de los servicios sociales, Disponible en:

[http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Indice\\_DEC\\_herramienta\\_servicios\\_sociales.pdf](http://www.zerbitzuan.net/documentos/zerbitzuan/Indice_DEC_herramienta_servicios_sociales.pdf)

45. De Prada Moraga, M.D. Borge González L.M. Una aproximación al coste de la dependencia en España y su Financiación. Universidad de Valladolid. Promovido y Financiado por la Fundación Caser para la Dependencia. Disponible en:

[http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/costedependenciadef\\_0.pdf](http://www.fundacioncaser.es/sites/default/files/costedependenciadef_0.pdf)

46. XIV dictamen del observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en:

<http://www.pensamientocritico.org/luibar0315.pdf>

47. Portal de la dependencia (SAAD). Ministerio de sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. IMSERSO. Disponible en:

[http://www.dependencia.imserso.es/dependencia\\_01/index.htm](http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/index.htm)

48. Libro Blanco sobre la Dependencia. Resumen elaborado por FEAPS. Disponible en:

[http://www.feapscv.org/v2/wpcontent/themes/feapscv/descargas/documentos/libro%20dependencia\\_resumen.pdf](http://www.feapscv.org/v2/wpcontent/themes/feapscv/descargas/documentos/libro%20dependencia_resumen.pdf)

49. Posicionamiento de CEAFA ante la implantación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. 12 medidas necesarias para construir el cuarto pilar del Estado del Bienestar. Disponible en: <http://www.ceafa.es/themed/ceafa/files/docs/4b39caa35b.pdf>

50. Memoria de la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón 2012. Concejalía de Bienestar Social. Ayuntamiento de Gijón. Disponible en: [http://www.gijon.es/multimedia\\_objects/download?object\\_id=132585&object\\_type=document](http://www.gijon.es/multimedia_objects/download?object_id=132585&object_type=document)

51. Memoria de la Fundación Municipal de Servicios Sociales del Ayuntamiento de Gijón 2011. Concejalía de Bienestar Social. Ayuntamiento de Gijón. Disponible en: <http://www.gijon.es/publicacions/show/5307-memoria-de-gestion-2011>  
[http://www.gijon.es/multimedia\\_objects/download?object\\_type=document&object\\_id=110507](http://www.gijon.es/multimedia_objects/download?object_type=document&object_id=110507)

52. Guía clínica de Recomendaciones clínicas. Demencia. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias. Disponible en: [https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS\\_Calidad%20y%20Sistemas/AS\\_Calidad/PC\\_AIs/2011/demencia%20diciembre%202013.pdf](https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Calidad%20y%20Sistemas/AS_Calidad/PC_AIs/2011/demencia%20diciembre%202013.pdf)

53. Colom Masfret, D. Trabajo social sanitario: Atención primaria y especializada. Teoría y práctica. Colección trabajo social. Consejo general de diplomados trabajo social y asistentes sociales. Editorial siglo XXI. 2008

54. Colom Masfret, D. El trabajo social sanitario en la atención socio- sanitaria. Materiales Master de trabajo social sanitario UOC

55. BOPA 93 23-IV-2013 Resolución de 11 de abril de 2013, de la Consejería de Economía y Empleo, por la que se ordena la inscripción del Convenio Colectivo de la empresa Fundación Hospital de Jove en el Registro de Convenios y Acuerdos Colectivos de Trabajo dependiente de la Dirección General de Trabajo. Disponible en: <https://sede.asturias.es/bopa/2013/04/23/2013-07265.pdf>

56. Colom Masfret, D. La rendición de cuentas en el trabajo social sanitario: Dimensión individual, grupal y comunitaria. Materiales Master de trabajo social sanitario UOC.

## **ANEXO 1**

### **Trabajo social sanitario en la unidad de Deterioro Cognitivo y Demencias**

#### **Los objetivos del trabajador social sanitario**

Mejorar la calidad de vida de pacientes y sus cuidadores a través de la atención psicosocial adecuada al estadio de la enfermedad

Garantizar la coordinación y la continuidad asistencial de pacientes y cuidadores entre niveles asistenciales y con otros servicios sanitarios implicados en la asistencia del paciente.

Optimizar los recursos a través de la coordinación socio-sanitaria y el trabajo en red.

Alimentar de una base de datos socio-sanitarios contextualizada de pacientes diagnosticados de Deterioro cognitivo o Demencia que permita generar líneas de investigación para mejorar la asistencia, promocionar recursos necesarios y mejorar la organización del trabajo.

#### **Catálogo de prestaciones**

Apoyo Psicosocial a pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo o Demencia para reducir la ansiedad generada por el diagnóstico y favorecer la toma de conciencia de la enfermedad.

Motivación y orientación psicosocial a pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo o Demencia para su implicación en una estimulación adecuada que contribuya a retrasar la progresión de la enfermedad.

Apoyo psicosocial a cuidadores de pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo o Demencia para reducir el impacto del diagnóstico, mejorar su comprensión de la enfermedad y promover su adaptación a la nueva realidad cambiante.

Apoyo psicosocial a cuidadores de pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo o Demencia para promover la gestión del cambio estructural de pautas de relación que genera la progresión de la enfermedad y la dependencia.

Orientación psicosocial a cuidadores de pacientes con diagnóstico de Deterioro Cognitivo o Demencia para facilitar el reajuste y la satisfacción de necesidades adecuado a su situación socio-sanitaria.

Apoyo y orientación psicosocial a pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo o Demencia y/o a sus cuidadores, para la toma de decisiones y la gestión sobre la organización de las prestaciones socio-sanitarias adecuadas y en función del estadio de la enfermedad.

### **Cartera de Servicios**

Protocolo de Trabajo social sanitario para personas con diagnóstico de Deterioro Cognitivo o Demencia.

Protocolo de Trabajo social sanitario para cuidadores de pacientes con diagnóstico de Deterioro cognitivo o Demencia.

### **Técnicas para la aplicación de servicios**

Entrevista con el paciente para conocer su versión de su situación, necesidades sentidas y expectativas.

Entrevista con núcleo cuidador- cuidador principal para evaluar la carga.

Entrevista de información sobre el alcance de la enfermedad, para reajuste de expectativas y planificación de futuro.

Entrevistas de apoyo psicosocial en situaciones de crisis.

Entrevistas de seguimiento a paciente.

Entrevistas de seguimiento al cuidador.

Terapia narrativa.

Resolución de problemas.

Coordinación interna.

Coordinación con servicios de la comunidad.

Documentación y registro digital.

### **Procedimiento de Trabajo Social sanitario**

Identificación de las personas cuyo diagnóstico sugiere riesgo de padecer deterioro cognitivo o demencia.

Tras screening administrativo y evaluación del mismo, programación del screening de trabajo social sanitario con paciente y solicitud de la autorización de contactos con familia y/o profesionales de otros ámbitos.

Realización de la primera entrevista con el paciente para recogida de información selectiva.

Programación de entrevista con el cuidador/es principal/es y evaluación de sobrecarga.

Recogida de información de otros profesionales del equipo y de otros ámbitos.

Elaboración del diagnóstico social sanitario y de la síntesis diagnóstica que se recogerá en el sistema informático y se comunicará al equipo.

Definición del plan de actuación social sanitario con los servicios y/o tipologías de apoyo adecuados a la situación actual.

Información del inicio del tratamiento de acuerdo al diagnóstico social sanitario y establecimiento de pactos con paciente y familia para el plan de trabajo.

Coordinación con el resto del equipo con el fin de valorar posibles cambios en el pronóstico o progresión de la enfermedad o modificaciones en el diagnóstico social sanitario que deban modificar el plan de intervención.

Entrevista con paciente y/o cuidador/es para que participen en la toma de decisiones y para la realización de las gestiones necesarias. Evaluación de la implicación del paciente y/o familiar.

Contacto con los servicios y/o entidades adecuados.

Entrevista de seguimiento de las siguientes dimensiones: emocional, relacional, participación social, económica, también de vivencias y realización de gestiones, observando los roles familiares para detectar las necesidades de reajuste.

Programación de seguimientos con paciente y cuidador/es.

Elaboración del informe social sanitario registrado en el sistema informático y comunicación de su existencia a la Trabajadora social sanitaria de Atención Primaria para garantizar la continuidad asistencial y derivación del mismo a los servicios necesarios para la solicitud de servicio de apoyo.

Evaluación periódica de resultados y análisis de tendencias.

Evaluación de los recursos existentes para la cobertura de necesidades reales.

Propuesta anual de reorganización interna y de servicios externos necesarios.

## **ANEXO 2**

### **ENCUESTAS**

#### **DIRIGIDA A NEUROLOGÍA**

1. ¿Qué tiempo de demora existe en su servicio para una primera consulta de Deterioro Cognitivo o demencia?  
Menos de 1 mes.  
Entre 1 y 3 meses.  
Más de 3 meses.

2. Según su criterio, el tiempo de demora en Neurología para una primera consulta de demencia por vía normal le parece
  - Adecuado
  - Excesivo
  - Inaceptable
  
3. ¿Existe en su servicio la posibilidad de realizar una primera consulta urgente por patología cognitivo-conductual de forma diferente de cualquier consulta preferente o urgente del servicio?
  - Sí.
  - No.
  
4. En los centros de AP del área sanitaria de su servicio, ¿existe algún sistema de priorización de las consultas por demencia pactado?
  - Sí.
  - No
  - Lo desconozco
  
5. ¿Cree que sería útil consensuar una sistemática de priorización de consultas por demencia?
  - Sí.
  - No.
  
6. ¿Cree que las unidades de demencias son necesarias?
  - Sí.
  - No.
  
7. ¿De cuánto tiempo dispone para realizar una consulta de resultados? Minutos
  
8. ¿Cuánto tiempo cree que es necesario para una consulta de resultados de un paciente con demencia? Minutos
  
9. ¿Qué profesional se encarga habitualmente del tratamiento de las complicaciones neuropsiquiátricas en los pacientes ingresados?
  - Neurólogo
  - Psiquiatra
  - Internista
  - Otro
  
10. ¿Qué perfil profesional considera debería hacerlo?
  - Neurólogo
  - Psiquiatra
  - Internista
  - Otro
  
11. ¿Disponen en su servicio de guías o protocolos para el manejo de pacientes en esta situación consensuadas?
  
12. ¿Conoce si existen GAM para cuidadores en su área sanitaria?
  - Sí.
  - No

Lo desconozco.

13. ¿En su área sanitaria se realiza docencia para cuidadores?

Sí.

No.

Lo desconozco.

14. ¿Por término medio, cuánto tiempo le lleva la evaluación inicial del paciente con demencia en consulta regular o monográfica en su servicio? Minutos en consulta regular

15. A su juicio, ¿de qué tiempo promedio debería disponerse para la evaluación inicial de un paciente con sospecha de alteración cognitiva? Minutos

16. ¿Existen en su servicio criterios o guías consensuadas con AP para la derivación de estos pacientes?

Sí.

No.

17. ¿Considera conveniente disponer de este tipo de guías?

Sí.

No.

18. ¿Disponen en su servicio de algún tipo de escala o entrevista semiestructurada para la anamnesis al cuidador?

Sí.

No.

19. ¿Cree que sería deseable disponer de ella?

Sí.

No.

20. ¿Considera necesaria una valoración psicosocial sistemática del paciente con deterioro cognitivo y su cuidador?

Sí.

No.

21. ¿Se realiza en su servicio algún tipo de valoración neuropsicológica amplia?

Sí, en todos los pacientes.

Sí, sólo en casos seleccionados.

No.

22. ¿Cuánto tiempo tarda, en minutos, en realizar esta valoración neuropsicológica amplia?

23. ¿Podría estimar el porcentaje de pacientes a los que se realiza esta valoración neuropsicológica amplia?

24. ¿Considera que sería útil disponer de personal específicamente formado para realizar una exploración neuropsicológica amplia?

Sí

No

25. ¿Dispone de la posibilidad de realizar las siguientes pruebas?

Conteste por favor, SI en mi centro, Sí en otro centro o No

a.- Resonancia Magnética (RM)

b.- Single Photon Emission Computerized Tomography (SPECT)



- c.- Proteína 14-3-3 en Líquido cefalorraquídeo (LCR)
- d.- Proteína tau en LCR
- e.- Amiloide en LCR
- f.- Biopsia cerebral y/o piel
- g.- Necropsia

Secuenciación de genes determinantes de demencia:

- h.- APP-Presenilinas
- i.- Huntingtina
- j.- Notch
- k.-Tau

26. Se realiza informe del paciente en todos los casos:

- Sí.
- No.

27. ¿Qué porcentaje de pacientes recibe un informe médico?

28. ¿De cuánto tiempo dispone para la consulta de revisión de un paciente con demencia en su servicio? Minutos

29. ¿Qué tiempo considera adecuado? Minutos

30. ¿Cada cuanto tiempo se revisa al paciente con demencia de forma rutinaria?

- 3 meses
- 6 meses
- 9 meses
- 1 año

31. ¿Dispone de tiempo su servicio para la atención de “eventualidades” en pacientes con demencia?

- Sí.
- No.

32. ¿Dispone de tiempo su servicio para la atención de casos urgentes en pacientes con demencia?

- Sí.
- No.

33. ¿Existen en su centro criterios sobre la finalización del seguimiento del paciente con demencia en Neurología?

- Sí.
- No.

34. En su opinión, ¿cuándo debe finalizar el seguimiento del paciente con demencia en la consulta de Neurología?

- Una vez hecho el diagnóstico e instaurado el tratamiento
- Una vez agotadas las opciones farmacológicas disponibles
- Al fallecimiento

35. ¿Considera necesario establecer un tiempo de atención telefónica si que puedan dirigirse pacientes y familiares?

- Sí.
- No.

36. ¿Considera necesario mejorar la coordinación entre el sector sanitario y las asociaciones de pacientes?  
Sí.  
No.

### **Dirigida a personal médico de Atención Primaria**

1. ¿De cuánto tiempo dispone para evaluar una sospecha de Deterioro Cognitivo o demencia?  
Minutos
2. ¿Qué tiempo de demora existe en su distrito para una primera consulta de Deterioro Cognitivo o demencia?  
Menos de 1 mes  
Entre 1 y 3 meses  
Más de 3 meses
3. Según su criterio, el tiempo de demora en Neurología para una primera consulta de demencia por vía normal le parece  
Adecuado  
Excesivo  
Inaceptable
4. ¿Existe en su Distrito la posibilidad de realizar una primera consulta urgente por patología cognitivo-conductual de forma diferente de cualquier consulta preferente o urgente del servicio?  
Sí.  
No.
5. En los centros de AP del Distrito, ¿existe algún sistema de priorización de las consultas por demencia?  
Sí.  
No.  
Lo desconozco.
6. ¿Cree que sería útil establecer una sistemática de priorización de consultas por demencia consensuada con AE?  
Sí.  
No.
7. ¿Cree que las Unidades de Deterioro Cognitivo y de demencias son necesarias?  
Sí.  
No.
8. Según su criterio ¿Qué perfil profesional médico debería confirmar el diagnóstico / atenderlas?  
Neurólogo  
Psiquiatra  
Internista  
Otro
9. ¿De cuánto tiempo dispone para la consulta de revisión de un paciente con demencia en su servicio? Minutos

10. ¿Qué tiempo considera adecuado? Minutos.
11. ¿Cada cuanto tiempo se revisa al paciente con demencia de forma rutinaria?  
3 meses  
6 meses  
9 meses  
1 año
12. ¿Considera que sería útil disponer de valoración neuropsicológica por personal formado para ello?  
Sí.  
No.
13. ¿Dispone de valoración social sistemática de los pacientes y cuidadores diagnosticados de deterioro Cognitivo o demencia?  
Sí.  
No.
14. ¿Considera que sería necesario disponer de ella?  
Sí.  
No.
15. ¿Conoce si existen grupos de ayuda mutua de pacientes o cuidadores en su área sanitaria?  
Sí.  
No.  
Lo desconozco.
16. ¿En su área sanitaria se realiza docencia para cuidadores?  
Sí.  
No.  
Lo desconozco.
17. ¿Disponen en su CS de algún tipo de escala o entrevista semiestructurada para la anamnesis al cuidador?  
Sí.  
No.
18. ¿Cree que sería deseable disponer de ella?  
Sí.  
No.
19. ¿Existen en su CS criterios o guías consensuadas con especializada para la derivación de estos pacientes?  
Sí.  
No.
20. ¿Considera conveniente disponer de este tipo de guías?  
Sí.  
No.
21. Dispone de informe de especializada del paciente en todos los casos:  
Sí.  
No.

22. En su opinión, ¿cuándo debe finalizar el seguimiento del paciente con demencia en la consulta de especializada?  
 Una vez hecho el diagnóstico e instaurado el tratamiento  
 Una vez agotadas las opciones farmacológicas disponibles  
 Al fallecimiento.
23. ¿Considera necesario establecer un tiempo de atención telefónica si que puedan dirigirse pacientes y familiares?  
 Sí.  
 No.
24. Disponen de GAM para cuidadores, y/o pacientes? talleres de formación a cuidadores?  
 Sí.  
 No.  
 ¿Cuál?
25. Disponen de talleres de formación dirigidos a cuidadores?  
 Sí.  
 No.  
 ¿Cuál?
26. ¿Considera necesario mejorar la coordinación entre el sector sanitario y las asociaciones de pacientes?  
 Sí.  
 No.

### **Dirigida a Trabajadores Sociales sanitarios de atención primaria del Distrito**

1. ¿De cuánto tiempo dispone para realizar una primera valoración psicosocial a un paciente con Deterioro Cognitivo o demencia? Minutos  
 ¿Y al cuidador o núcleo cuidador? Minutos
2. ¿Cuánto tiempo considera que sería necesario para realizar una valoración psicosocial al paciente con Deterioro cognitivo o demencia? Minutos  
 ¿Y al cuidador o núcleo cuidador? Minutos
3. ¿Existe en su centro algún tipo de programa relacionado con estas patologías?  
 Sí.  
 No.
4. En caso afirmativo ¿Cuál?
5. ¿Considera que son necesarios?  
 Sí.  
 No.
6. ¿Considera que debería existir una valoración psicosocial sistemática a paciente-cuidador con estos diagnósticos?  
 Sí.  
 No.

7. ¿Cree que las Unidades de Deterioro Cognitivo y de demencias son necesarias?  
Sí.  
No.
8. ¿Conoce si existen grupos GAM para cuidadores en su área sanitaria?  
Sí.  
No.  
Lo desconozco.
9. ¿En su área sanitaria se realiza docencia para cuidadores?  
Sí.  
No.  
Lo desconozco.
10. ¿Disponen en de algún tipo de escala o entrevista semiestructurada para la anamnesis al cuidador?  
Sí.  
No.
11. ¿Considera que sería deseable?  
Sí.  
No.
12. ¿Existen en su CS criterios o guías consensuadas con especializada para la derivación de estos pacientes?  
Sí.  
No.
13. ¿Considera conveniente disponer de este tipo de guías?  
Sí.  
No.
14. ¿Considera necesario establecer un tiempo de atención telefónica si que puedan dirigirse pacientes y familiares?  
Sí.  
No.
15. Disponen de GAM,y/o talleres de formación a cuidadores?  
Sí.  
No.  
¿Cuál?
16. ¿Considera necesario mejorar la coordinación entre el sector sanitario y las asociaciones de pacientes?  
Sí.  
No.

### **Dirigida a ADAFA**

1. ¿Cree que las Unidades de Deterioro Cognitivo y de demencias son necesarias?  
Sí.

No.

2. Según su criterio ¿Qué perfil profesional médico debería diagnosticar/ atenderlas?  
Neurólogo  
Psiquiatra  
Internista  
Otro
3. En su opinión, ¿cuándo debe finalizar el seguimiento del paciente con demencia en la consulta de Neurología?  
Una vez hecho el diagnóstico e instaurado el tratamiento  
Una vez agotadas las opciones farmacológicas disponibles  
Al fallecimiento
4. ¿Considera que sería útil disponer de personal específicamente formado para realizar una exploración neuropsicológica amplia?  
Sí.  
No.
5. ¿Considera necesaria una valoración psicosocial sistemática del paciente con deterioro cognitivo y su cuidador?  
Sí.  
No.
6. ¿Considera necesaria la posibilidad de acceso urgente a consulta ¿  
Sí.  
No.
7. ¿Considera necesario establecer un tiempo de atención telefónica si que puedan dirigirse pacientes y familiares?  
Sí.  
No.
8. Disponen de grupos de GAM,y/o talleres de formación a cuidadores?  
Sí.  
No.  
¿Cuál?
9. ¿Considera necesario mejorar la coordinación entre el sector sanitario y las asociaciones de pacientes?  
Sí.  
No.

### **Dirigida a personal de enfermería de Atención Primaria**

1. ¿Cree que las unidades de demencias son necesarias?  
Sí.  
No.
2. Según su criterio ¿Qué perfil profesional médico debería diagnosticar/ atenderlas?  
Neurólogo  
Psiquiatra  
Internista

Otro

3. ¿Considera necesaria una valoración sistemática de enfermería,
4. ¿Cuánto tiempo considera necesario para realizar una correcta valoración de cuidados de estos pacientes?
5. ¿Qué tiempo considera adecuado para una valoración de enfermería sucesiva?  
Minutos
6. ¿Cree que sería útil establecer una sistemática de priorización de consultas por demencia consensuado con AE?  
Sí.  
No.
7. En su opinión, ¿cuándo debe finalizar el seguimiento del paciente con demencia en la consulta de Neurología?  
Una vez hecho el diagnóstico e instaurado el tratamiento  
Una vez agotadas las opciones farmacológicas disponibles  
Al fallecimiento
8. ¿Considera que sería útil disponer de personal específicamente formado para realizar una exploración neuropsicológica amplia?  
Sí.  
No.
9. ¿Considera necesaria una valoración psicosocial sistemática del paciente con deterioro cognitivo y su cuidador y posterior seguimiento?  
Sí.  
No.
10. ¿Considera necesaria la posibilidad de acceso urgente a consulta especializada?  
Sí.  
No.
11. ¿Considera necesario establecer un tiempo de atención telefónica en AE al que puedan dirigirse pacientes y familiares?  
Sí.  
No.
12. ¿Existen en su servicio criterios o guías consensuadas con AE para la derivación de estos pacientes?  
Sí.  
No.
13. ¿Considera conveniente disponer de este tipo de guías?  
Sí.  
No.
14. ¿Conoce si existen GAM para cuidadores en su área sanitaria?  
Sí.  
No.

Lo desconozco

15. ¿Conoce si en su área sanitaria se realiza docencia para cuidadores?

Sí.

No.

Lo desconozco.

16. ¿Considera necesarios los GAM, y/o talleres de formación a cuidadores?

Sí.

No.

¿Cuál?

17. ¿Considera necesario mejorar la coordinación entre el sector sanitario y las asociaciones de pacientes?

Sí.

No.