



ABORDAJE INTEGRAL AL PACIENTE MAYOR EN ATENCIÓN PRIMARIA

INTRODUCCIÓN

La Medicina de Familia es una disciplina completa, que conlleva la realización de muchos valores. Una de sus virtudes es que trata al individuo como un todo, integrando los procesos que le afectan a lo largo de su vida, y siempre considerando cada situación desde un prisma bio-psico-social. Todos los grupos de población se benefician de esta visión holística, pero quizá sea el colectivo de personas mayores, el que más necesite este enfoque. Y es que si parcelamos la atención al anciano, probablemente, en lugar de beneficiar les perjudiquemos. La valoración en estos pacientes siempre ha de ser integral, porque necesitaremos conocer aspectos físicos, psicológicos, cognitivos, funcionales y sociales, para elaborar un plan de cuidados dirigido a resolver de forma integral los problemas que se planteen.

El Médico de Familia y los profesionales de atención primaria están en una posición privilegiada para la atención a las personas mayores. Nuestro trabajo debe ir dirigido a promover su salud, prevenir la enfermedad y la dependencia, procurar los cuidados necesarios, el alivio, la readaptación a su medio y rehabilitación tras procesos de deterioro.

Por todo ello, desde SocalemFYC, a través del Grupo PACAP, se pusieron en marcha las Jornadas de Abordaje Integral a las personas mayores, donde pusimos en común todos los aspectos relevantes en la atención al anciano, que hoy, gracias al interés y la colaboración de la Junta de Castilla y León, vemos materializado en este manual de consulta.

Quiero agradecer a la Consejería de Sanidad y en especial a Ana Hernando Monge, la colaboración y el apoyo para la realización de este proyecto. Y gracias a todos los autores que han participado, no sólo por darnos a conocer aspectos tan importantes y útiles como los que aquí tratamos, sino por contribuir con su trabajo diario, a promover el cuidado, respeto y atención de las personas mayores de nuestra comunidad.

Paula Álvarez Manzanares
Coordinadora del manual

Capítulo 1:

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL	5
--------------------------------------	---

Capítulo 2:

ATENCIÓN A LA DEMENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA	12
--	----

Capítulo 3:

PROTECCIÓN JURÍDICA A LAS PERSONAS MAYORES	19
--	----

Capítulo 4:

LEY DE DEPENDENCIA Y LAS PERSONAS MAYORES	23
---	----

Capítulo 5:

LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: UNA ESTRATEGIA NECESARIA	27
--	----

Capítulo 6:

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA	33
--	----

ASPECTOS PRÁCTICOS DE ABORDAJE INICIAL DE LA PERSONA MAYOR EN ATENCIÓN PRIMARIA: VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. CARTERA DE SERVICIOS

Raixa N. Pérez Martín. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

INTRODUCCIÓN Y DATOS

La geriatría se define como “la rama de la Medicina que estudia los aspectos clínicos, preventivos, terapéuticos y sociales del anciano en situación de salud y de enfermedad”. Su objetivo es la mejora de la salud, la prevención de la enfermedad y el mantenimiento de la capacidad funcional.

Para obtener esa visión holística del anciano se realiza la valoración geriátrica integral, de la que hablaremos en este tema.

Castilla y León es una de las comunidades más envejecidas de España. El porcentaje nacional de población mayor de 65 años según el padrón a fecha 1 de enero de 2010 es de 17%. En Castilla León asciende hasta el 23% de la población. Así mismo el índice de envejecimiento nacional en el 2009 es de 106,05; siendo en Castilla y León de 177,74.

Además, somos la tercera comunidad con mayor esperanza de vida al nacer de toda España. La media nacional en el año 2008 era de 81 años, nosotros alcanzábamos los 82 años. Y en la segregación por sexos igualmente superamos en un año la media nacional.

De estos datos se concluye que tenemos muchos ancianos y longevos, lo que se objetiva cada día en la consulta de atención primaria, aunque existan diferencias según los cupos y el entorno rural o urbano.

LA CARTERA DE SERVICIOS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Son las prestaciones susceptibles de realizarse en dicho nivel asistencial y responden, además, a las necesidades y expectativas de la población. Con la oferta de la Cartera de Servicios se pretende homogeneizar la asistencia, y ofrecer una asistencia integral y de calidad, independientemente del lugar en el que se resida.

La Atención a las personas mayores se desarrolla en los siguientes servicios:

Servicio de actividades preventivas en mayores de 75 años. Se tratan de actividades de promoción y prevención en relación a alimentación saludable y ejercicio físico, identificación de conductas de riesgo, prevención de caídas y otros accidentes e identificar posibles causas, detección precoz del deterioro cognitivo, funcional y físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria. Conocer con quién vive, los ingresos hospitalarios que ha tenido y el consumo de fármacos, dosis y tiempo de consumo.

Estos datos deben obtenerse al menos cada dos años. Nos permite fomentar las actividades preventivas y detectar, mediante el cuestionario de Barber, la situación de anciano de riesgo.

Servicio de Atención al anciano de riesgo. Se incluirá toda persona mayor de 75 años que obtenga al menos una respuesta afirmativa en el cuestionario de Barber. Se debe hacer una valoración integral y tras ella la elaboración de un plan integrado de cuidados sanitarios y la coordinación con atención especializada y los servicios sociales, con la finalidad de prevenir y atender la discapacidad y la comorbilidad asociada.

Atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas, incluyendo información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente al cuidador/a principal.

VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

Se trata de ofrecer de forma individual, tras la elaboración de un listado de problemas en las diferentes esferas, un plan de tratamiento y cuidados adecuado a cada paciente.

Es un proceso multidisciplinar que intenta cuantificar las condiciones y problemas biomédicos, funcionales, psicológicos y sociales con el fin de desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento a largo plazo.

La valoración geriátrica deberá realizarse:

- De forma anual en personas mayores de 75 años. En la cartera de servicios la indica cada dos años.

- En ancianos frágiles o de riesgo.
- Repetirla cada vez que haya un cambio en la situación del paciente.
- Para detectar situaciones de riesgo y aplicar las medidas preventivas y planes de tratamiento.
- Para intentar de mejorar la situación global de cada paciente.
- Para tratar de aumentar la supervivencia, al mejorar la exactitud diagnóstica.
- Para disminuir la hospitalización e institucionalización.

Sabiendo el escaso tiempo del que disponemos por paciente, es muy importante realizar este seguimiento con el personal de enfermería, imprescindible para la atención de los mayores.

VALORACIÓN BIOMÉDICA

Es la que se centra en los aspectos físicos del anciano. Es la habitual historia clínica pero haciendo hincapié en aquellas alteraciones propias de los ancianos o los síndromes geriátricos más habituales.

La historia clínica en el paciente anciano no es tarea fácil. Presentan múltiples quejas con somatización de emociones, junto a síntomas vagos e inespecíficos. A ellos se añade habitualmente, la dificultad de comunicación, bien por la alteración de los órganos de los sentidos o por el deterioro cognitivo que puedan presentar.

Debería hacerse en una estancia luminosa, hablando despacio y en un tono bajo, dándole tiempo para responder. Es importante que lleve adaptaciones (gafas, audióprótesis), si son necesarias.

La entrevista deberá repetirse por ver cambios o síntomas que olvidó contarnos. Debemos contar con otros recursos de información, como familiares o personas con las que convive.

Se empieza preguntando por los antecedentes personales, la enfermedad actual y una exhaustiva anamnesis por aparatos. Preguntar de manera explícita por hipertensión arterial, diabetes mellitus, tuberculosis pulmonar, hospitalizaciones e intervenciones quirúrgicas, alergias medicamentosas, hábitos tóxicos e inmunizaciones (gripe, tétanos y neumococo).

Se indagará sobre la nutrición e hidratación, tratamientos farmacológicos (incluyendo automedicación, pomadas, laxantes, colirios y compuestos de herbolarios), uno de los problemas que requiere abordaje es la polifarmacia.

No habrá que olvidar preguntar sobre los órganos de los sentidos (oído y vista), alteraciones de la marcha y caídas, trastornos del sueño (principalmente insomnio) y la incontinencia (más frecuente la urinaria).

Muy importante es conocer que la forma de **presentación de la enfermedad** en el anciano difiere de la del resto de la población. Suele presentarse de forma atípica, afectando al órgano más vulnerable apareciendo de forma más precoz en un organismo ya envejecido aquejado de más patologías (mayor dificultad a la hora de llegar a un diagnóstico) y está influenciada por los factores emocionales y sociales.

Hay ciertos procesos que se presentan como **un deterioro inespecífico** como son la deshidratación y desnutrición, las infecciones respiratorias y urinarias, el estreñimiento (la impactación fecal es habitual) y el síndrome confusional.

Los **síndromes geriátricos** más frecuentes son los trastornos de la marcha e inestabilidad, las caídas, la inmovilidad, la incontinencia, el deterioro cognitivo, los trastornos nutricionales y afectivos, el insomnio y la polifarmacia.

La **exploración física** comprende una exploración general, la bucodental (periodontitis, caries, lesiones orales pre-cancerosas, prótesis dentales), estado de nutrición e hidratación, las alteraciones de la piel, los órganos de los sentidos (ojos, otoscopia), el aparato locomotor y una exploración neurológica completa, incluyendo la marcha.

Puede usarse la escala de valoración del equilibrio y de la marcha de Tinetti para la valoración del riesgo de caídas.

El tacto rectal o exploración mamaria es preferible dejarlo para sucesivas consultas, salvo que la enfermedad actual lo requiera.

La exploración física debe incluir la toma de la tensión arterial tumbado y en bipedestación, la temperatura corporal, frecuencia cardíaca (frecuente bradicardia asintomática) y respiratoria (normal hasta 24 rpm), Saturación de oxígeno basal, peso, talla y el índice de masa corporal (IMC).

Debemos dar consejos de la higiene bucodental y de prótesis dentales, la alimentación y el ejercicio físico, el uso apropiado de los medicamentos, la higiene personal y la prevención de accidentes domésticos y caídas.

Las **exploraciones complementarias** se pedirán de forma individualizada. Pruebas sencillas y de alta rentabilidad son:

- Analítica con hemograma, VSG, bioquímica (glucosa, creatinina, iones, calcio, proteínas totales y albúmina); Vitamina B12, ácido Fólico, TSH, PSA, Sistemático de Orina con estudio del sedimento.
- Electrocardiograma con tira de ritmo larga.
- Rx de tórax: sólo en determinadas ocasiones.

Tabla 1.1. Parámetros analíticos en los pacientes mayores.

Parámetros que no cambian	Parámetros que cambian
Hemograma	VSG: hasta 35
Recuento leucocitario	El hematocrito puede descender, un 5% en el hombre y un 1% en la mujer.
Plaquetas	Creatinina: disminuye su aclaramiento
Electrolitos	Albúmina: disminuye 0.5 mg/l·
Urea	Hierro: disminuye
Función hepática: GOT, GPT, TP, BL	Orina: leucocitos o bacteriuria asintomática, no precisa tratamiento
TSH y T4 libre	T3, puede descender hasta un 20% sin que por ello se encuentren variaciones en la TSH
Calcio y fósforo	Fosfatasa alcalina: ligero aumento
Glucosa en ayunas	Rx tórax: elongación aórtica, calcificaciones y cambios intersticiales

VALORACIÓN FUNCIONAL

Es importante conocer la capacidad de realizar actividades cotidianas, como vestirse, coger el autobús o cocinar.

La enfermedad puede manifestarse como pérdida de esta capacidad, siendo un indicador sensible de aparición de una nueva enfermedad o servirnos para monitorizar cambios. No hay que olvidar que la pérdida de la funcionalidad se relaciona con una mayor mortalidad a corto plazo y un mayor riesgo de institucionalización.

Esta valoración se lleva a cabo a través de escalas e índices, que deben ser válidos, fiables, reproducibles y estar validados.

Hay que tener en cuenta las características de la población a la que se van a aplicar, el tiempo y lugar de realización y el objetivo de la valoración.

La obtención de datos es a través del paciente, del familiar y/o cuidador y nuestra propia observación.

La valoración funcional se divide en:

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)
- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

En todas las escalas o índices se considerará:

- Independiente cuando realice la actividad sin ninguna ayuda.
- Dependiente cuando precise ayuda o no realice esa actividad.

ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

Se trata de evaluar las actividades básicas de **autocuidado**, como son: alimentación, baño, vestido, aseo, uso del WC, caminar, realizar transferencias y continencia de esfínteres.

Algunos cuestionarios que evalúan estas actividades son el índice de Katz, índice de Barthel, o la escala de valoración la Cruz Roja.

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (AIVD)

Son aquellas actividades que se necesitan para mantener una vida de *relación en la sociedad*: escribir y leer, actividades de ámbito del hogar (cocinar, cuidar la casa, lavar la ropa), compras y manejo del dinero, uso del teléfono y medios de transporte, responsabilidad de la medicación.

Permiten diferenciar los distintos niveles de funcionalidad en la comunidad y son útiles para detectar el primer grado de deterioro del anciano.

Están influenciadas por el sexo, nivel social y entorno en el que vive.

La escala que usamos es la Escala de Lawton y Brody (LAWTON MP&BRODY EM, 1969. VERSION EN ESPAÑOL DE ALARCON T, ET AL., 1993).

Consta de 8 ítems: teléfono, compra, dinero, comida, casa, colada, transporte y medicación. En varones que previamente no han realizado actividades domésticas, se evalúa en relación con la actividad previa (teléfono, manejo de dinero, transporte y uso de la medicación).

VALORACIÓN COGNITIVA

Es la valoración del estado de salud mental del anciano. Dado que hay un capítulo dedicado a la demencia, en este apartado solo se darán nociones básicas.

Un deterioro cognitivo no siempre es secundario a la edad ni a una demencia, hay que diferenciarlo del envejecimiento normal. No hay que etiquetar a ningún anciano con el término "demencia" sin antes realizar una completa investigación y correcto diagnóstico.

Los cuestionarios de deterioro cognitivo son útiles para el diagnóstico inicial, seguimiento y comprobación de la impresión clínica que nos hemos generado. No son adecuados para llegar a un diagnóstico específico.

Son sencillos, fiables, rápidos y fácilmente puntuables. El problema principal es su influencia por el nivel educativo del anciano al que se realicen.

En la cartera de servicios se usan el:

– **Minixamen Cognoscitivo de Lobo (MEC) [Anexo 2]**

Posee una sensibilidad del 90.7% y una especificidad del 69% para puntuaciones inferiores a 24 en ancianos. Su valor predictivo positivo del 69% en mayores de 74 años.

El punto de corte en >de 65 años es 23-24 lo que sugiere deterioro cognitivo.

Existe una versión de 35 puntos o otra de 30 puntos, para analfabetos, ciegos u personas con limitación en la escritura y la visión.

La puntuación total debe ser corregida a través de una regla de tres con respecto al total de ítems evaluados según su déficit. Por ejemplo, en una persona ciega, podemos obtener un total de 20 sobre 31; el cálculo sería $(20 \times 35) / 31 = 22.4$

– **Short Portable Mental Status Questionnaire o SPMSQ Cuestionario de Pfeiffer** (10 ítems) es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos).

Esta indicado cuando se dispone de poco tiempo, en población muy anciana, analfabeta o con limitación sensorial. Tiene una sensibilidad del 68% y una especificidad del 96%.

La puntuación final debe ajustarse al nivel educativo:

Si es bajo (estudios elementales) se admite 1 error más para cada categoría.

Si es alto (estudios universitarios) se admite 1 error menos.

VALORACIÓN EMOCIONAL

En la Cartera de Servicios está recogida la Escala de Depresión de Yesavage. Existe una versión abreviada de dicha escala.

PUNTUACIÓN	GRADO
0 a 5	Normal
6 a 9	Depresión ligera S: 84%; E: 95%
10 y superior	Depresión establecida S:80%; E: 100%
S: sensibilidad. E: especificidad.	

No debemos nunca olvidarnos preguntar por el estado de ánimo, y objetivar signos de depresión, como los existentes en otras edades. En muchas ocasiones se puede manifestar de forma atípica, con un deterioro funcional o cognitivo ("pseudodemencia"), o un progresivo aislamiento social.

VALORACIÓN NUTRICIONAL

Se está incluyendo dentro de la valoración geriátrica dada la repercusión que el estado nutricional tiene sobre la salud de los mayores.

No se incluye en la Cartera de Servicios, pero difícilmente podremos hacer consejos dietéticos si desconocemos los hábitos nutricionales del paciente.

Los objetivos de la valoración nutricional en los ancianos son:

- Determinar las situaciones de riesgo para desarrollar desnutrición
- Diagnosticar el estado de malnutrición evidente o de curso subclínico que puede pasar inadvertido en exploraciones no específicas
- Identificar la etiología de los posibles déficit nutricionales
- Diseñar el soporte nutricional adecuado que conduzca a una mejoría del estado de salud del anciano
- Evaluar la efectividad del soporte nutricional

El riesgo de mortalidad se incrementa en un 76% en aquellas personas que están en su domicilio y tienen una pérdida de peso involuntaria independientemente del IMC inicial.

En mujeres entre 60 y 74 años, una pérdida de peso superior al 5% se ha asociado con un riesgo doble de discapacidad.

La alimentación de los ancianos está alterada por múltiples factores: la vista deteriorada dificulta la compra y elaboración de alimentos, así como la pérdida de ingresos económicos obstaculiza la obtención de ciertos grupos alimentarios (pescados y carnes), la soledad y el aislamiento social influyen de manera muy importante.

El descenso de las papilas gustativas, la falta de dentición y una menor secreción salivar hace que la alimentación resulte incluso desagradable. Tienen una menor sensación de sed y un descenso de las necesidades calóricas. La menor sensibilidad táctil y térmica, facilita que puedan quemarse al comer. El tránsito intestinal es más lento, lo que promueve problemas de digestión y estreñimiento. Si además añadimos ciertas patologías frecuentes en los mayores como hernia hiato, HTA, DM y los efectos secundarios de los tratamientos farmacológicos, se entiende la habitual alteración de la ingesta.

COMPONENTES DE LA VALORACIÓN NUTRICIONAL

- **Historia clínica:** antecedentes individuales y familiares referidos a enfermedades crónicas y consumo de medicamentos.
- **Historia dietética:** se puede usar el cuestionario de frecuencia de consumo, el registro de la dieta y recordatorio de 24 horas. Más usado es el **Mini Nutritional Assessment (MNA)**. Es una herramienta rápida y fiable para evaluar el estado nutricional en la vejez. Está compuesta de 18 ítems y dura aproximadamente quince minutos en completarla. Es un buen predictor de las alteraciones nutricionales en pacientes hospitalizados, aunque también se usa en pacientes institucionalizados y en los que viven en la comunidad.

Las variables estudiadas se agrupan en cuatro grupos: antropometría, parámetros globales, hábitos dietéticos y percepción de salud.

El MNA analiza 18 ítems en total y su puntuación máxima es de 30 puntos.

Un resultado mayor de 24 indica que no existe riesgo nutricional, un valor de 17 a 23 indica riesgo potencial de desnutrición y menor de 17 indica desnutrición.

- **Exploración física:** palidez, edemas, úlceras por presión y alteraciones de piel o mucosas.
- **Parámetros antropométricos:** Peso, Talla, IMC y perímetro braquial.
- **Peso:** se requiere una balanza correctamente calibrada.

En personas que no pueden mantener la bipedestación, existen grúas o sillones-básculas.

La pérdida de peso puede indicar desnutrición. Se calcula por el porcentaje de pérdida de peso:

$$\% \text{ Pérdida de peso habitual} = \frac{\text{Peso actual (kg)} - \text{peso habitual (kg)}}{\text{peso habitual (kg)}} \times 100$$

Normalidad: 96-100 %

Desnutrición leve: 85-95 %

Desnutrición moderada: 75-84 %

Desnutrición grave: <75 %

- **Talla:** A partir de los 60 años hay una disminución progresiva de la talla, de manera que se pierde 1 cm o más por década.

La medición de la talla en las personas que no pueden mantener la bipedestación o no consiguen ponerse en posición erecta se usa la fórmula de Chumlea a partir de la medida de la altura del talón-rodilla.

Hombre: $T = (2,02 \times \text{altura talón-rodilla}) - (0,04 \times \text{edad}) + 64,19$

Mujer: $T = (1,83 \times \text{altura talón-rodilla}) - (0,24 \times \text{edad}) + 84,88$

La altura del talón-rodilla es la distancia en cm, entre el plano más superior de la rodilla en flexión en ángulo de 90° con la pierna y el plano plantar formando 90° con la pierna (según refleja la imagen).

- **Índice de masa corporal (IMC) Cálculo:** $\text{IMC} = \text{peso (kg)} / \text{talla (m)}^2$

En la actualidad no se han establecido unos rangos deseables para las personas >65 años. Si se ha visto que un $\text{IMC} < 24,4 \text{ kg/m}^2$ y $> 29,9 \text{ kg/m}^2$ se relacionan con aumento de morbimortalidad.

Por lo que lo deseable en personas >65 años es que se sitúe por encima de $24,9 \text{ kg/m}^2$.

- **Perímetro braquial**

Usaremos una cinta métrica flexible e inextensible.

Conservando el ángulo recto con el eje del hueso o del segmento que se mida.

La cinta se pasa alrededor de la zona media.

No comprimir los tejidos blandos.

La lectura se hace en el lugar en que la cinta se yuxtapone sobre sí misma.

Elegiremos la pierna/brazo no dominante, si el sujeto es diestro tomaremos la medida en el brazo izquierdo.

Existen tablas de perímetros braquiales.

También se usa en el cuestionario Mini- nutricional.

– **Parámetros bioquímicos e inmunológicos**

La albúmina es el marcador más utilizado en la práctica clínica. Tiene una vida media de 20 días. Valores $< 3,5 \text{ mg/dl}$ son indicadores de malnutrición.

Puede haber falsos positivos en enfermedades hepáticas, enfermedades inflamatorias y enfermedades renales.

La prealbúmina tiene una vida media de 2-3 días. Valores $< 17 \text{ mg/dl}$ son indicadores de malnutrición, especialmente de desnutrición proteico-calórica.

La transferrina es otro marcador. Su vida media de 8-10 días. Los valores $< 200 \text{ mg/dl}$ son indicadores de malnutrición.

Otros de los marcadores son **los linfocitos**. El umbral marcado es $< 1.500 / \text{mm}^3$.

Valoración nutricional instantánea: es una forma rápida y sencilla para medir el estado nutricional. Se toma en cuenta los niveles de albúmina y linfocitos, esta técnica permite la identificación de individuos con mayor riesgo para desarrollar complicaciones, cuando están por debajo de los niveles indicados anteriormente. Algunos trabajos han demostrado a que a menores niveles de albúmina mayor estancia hospitalaria.

Valoración funcional: debemos valorar lo que le dificulte alimentarse.

Evaluación mental o cognitiva: debemos prestar atención en si es autónomo para alimentarse en todo el ciclo de preparación, compra, cocina, etc.



VALORACIÓN SOCIAL

Se debe valorar la red de apoyo familiar: la situación familiar e identificar al cuidador principal. Se puede pasar a este último el test del informador. También puede ser importante conocer sus ingresos económicos.

Es muy importante realizar una visita al domicilio del paciente para conocer la situación de la vivienda:

- Valorar obstáculos, tipo de suelo, alfombras, escalones.
- Presencia de ascensor.
- Tamaño de las puertas para una posible silla de ruedas o andador
- Ducha/bañera
- Calefacción

Se debe investigar por el grado de sobrecarga para el cuidador según su dependencia, así como las actividades de ocio y el uso de tiempo libre del que disponen.

CONCLUSIÓN

Toda la valoración nos debe permitir tener una visión global (bio-psico-social) del paciente, así se establece un plan individualizado de cuidados para evitar que pierda autonomía y facilitar a los ancianos que viven en su domicilio que permanezcan en el mayor tiempo posible con una buena calidad de vida.

Como su médico de familia, que en muchos casos les conocemos desde hace mucho tiempo, debemos conocer los recursos existentes para así aconsejarles, derivarles y ayudarles. Y trabajar en equipo y entre niveles para ofrecer a cada mayor la mejor atención a cada situación.

BIBLIOGRAFÍA

- Datos del Instituto Nacional de Estadística. Disponible en URL: <http://www.ine.es>
- Francisco Guillén , Isodoro Ruiperez et al. Manual de geriatría. Salgado Alba. 3ª edición. Masson
- Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud y el procedimiento para su actualización.
- Disponible en URL :
http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/institucion/tkContent?idContent=711544&locale=es_ES&textOnly=false
- Cartera de servicios de Atención Primaria en Castilla y León. año 2009 (Disponible en URL: http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/ciudadanos/tkContent?idContent=710383&locale=es_ES&textOnly=false)
- Guigoz Y, Vellas BJ, Garry PJ. Assessing the nutritional status of the elderly. The Mini Nutritional Assessment as part of the geriatric evaluation. *Nutr Rev* 1996; 54: 59-65
- Schiffrin EJ, Guigoz Y, Perruisseau G, Delneste Y, Mansaurian R, et al. MNA e inmunidad: marcadores nutricionales e inmunológicos en las personas de edad avanzada. *Nestlé Nutrition Workshop Series*. 1999. Vol 1: 7-9.
- Soini H, Routasalo P, Lagstrom H. Characteristics of the Mini-Nutritional Assessment in elderly home-care patients. *Eur J Clin Nutr* 2004; 58: 64-70
- Martín Peña G. Valoración del estado nutricional. *Nutrición en atención primaria*. 2001: 43-54
- O. Izaola, D.A. De Luis Román G. Cabezas S, S. Rojo, L. Cuéllar, M.C. Terroba, R. Aller, M. González Sagrado. Mini Nutritional Assessment (MNA) como método de evaluación nutricional en pacientes hospitalizados. *An. Med. Interna (Madrid)* v.22 n.7. Madrid jul. 2005
- PAPPS Actualización 2009. Disponible en URL: <http://www.papps.org/upload/file/03%20PAPPS%20ACTUALIZACION%202009.pdf>

ATENCIÓN A LA DEMENCIA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

Víctor Manuel González Rodríguez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

INTRODUCCIÓN

La breve información que trataremos de sintetizar en el presente capítulo corresponde a una de las sesiones del Curso celebrado en Valladolid en Junio de 2009. En la misma se abordaron cuestiones relacionadas con el deterioro cognitivo y la demencia desde un punto de vista práctico. El Servicio de Atención a los pacientes con Demencia, de reciente implantación en la Cartera de Servicios de Atención Primaria de Sacyl, sirvió de guión para aquella sesión de trabajo y también para este capítulo.

La demencia es un síndrome que no afecta solamente al enfermo que lo padece, sino también al cuidador que tendrá que atender a la mayoría de las necesidades que vayan surgiendo con la evolución de la enfermedad, así como a toda la familia y a la comunidad en la que viven. Sus importantes costes socioeconómicos, y la necesidad de integrar el proceso de una enfermedad tan compleja y multidimensional en el ciclo vital familiar correspondiente nos da una idea de las necesidades de ayuda que aparecerán, no sólo desde el punto de vista médico, por lo que se hace imprescindible una lectura desde el modelo integral, con un abordaje biopsicosocial.

La causa más frecuente de demencia en el momento actual es la enfermedad de Alzheimer, de etiología probablemente multifactorial, y para la que no se dispone de un tratamiento curativo efectivo^{i,ii,iii,iv}. El principal factor de riesgo para padecer cualquier tipo de demencia, y también la enfermedad de Alzheimer, es la edad avanzada. El envejecimiento poblacional de la sociedad española y su tendencia creciente, nos lleva a pensar que el número de afectados por este síndrome aumentará considerablemente en los próximos años. En los países occidentales, la prevalencia de demencia para los mayores de 65 años es del 5-10%, y se dobla aproximadamente cada cuatro años hasta llegar a aproximadamente a un 30% en la década de los 80 años^{v,vi,vii}. Los principales estudios de prevalencia sobre demencia realizados en nuestro país se resumen en la Tabla 1^{viii}.

Autor	Año	Población (n)	Instrumento diagnóstico	Edad (>)	Prevalencia %
Lobo	1989	Zaragoza (334)	GMS-AGECAT	64	5,4
Lobo	1989	Zaragoza (1080)	GMS-AGECAT	64	7,4
Pérez	1989	Pamplona (393)	DSM-III	64	8,9
Bermejo	1988	Madrid (170)	DSM-III	64	13,5
Bermejo	1989	Madrid (379)	DSM-III-R	64	10,0
Coria	1990	Segovia (210)	DSM-III-R	64	5,2
López-Pousa	1990	Girona (244)	CAMDEX	64	13,9
López Pousa	1990	Girona (1581)	CAMDEX	70	16,3
Manubens	1991	Pamplona (1374)	CAMDEX	70	14,2
Pi	1992	Tarragona (440)	DSM-III-R	64	14,9
García	1995	Toledo (3214)	DSM-III-R NINCDS-ADRDA NINCDS-AIREN		
Puente	1996	Barcelona (2093)	DSM-III-R	65	7,6
Villaverde	2000	Tenerife (212)	GHQ-MEC/DSM-III-R	64	1,29-5,19
Vilalta-Franch	2000	Girona (1460)	MEC/CAMDEX	65	5,28
Goñi	2003	Burgos (464)	DSM-IV	70	16,3%
				65	9,3%

Tabla 1. Prevalencia del síndrome de demencia en España.

La comunidad de Castilla y León tiene aproximadamente 569.338 habitantes mayores de 65 años, y posee el mayor índice de envejecimiento de España (22,59 %), según datos del INE de 2008. Utilizando una prevalencia media de demencia del 7-8 % en mayores de 65 años se podría estimar que existen, en nuestra Comunidad Autónoma, entre 39.853 y 45.547 pacientes con demencia dentro de este segmento poblacional.

La mayoría de los enfermos con demencia, entre el 65 y el 90%, residen en su domicilio, si bien menos de la mitad, el 47%, fallecen en éste^{ix,xii}. El fallecimiento se produce en muchas ocasiones en residencias, o en hospitales, durante ingresos motivados por el empeoramiento de su situación general, o por alguno de los problemas médicos que frecuentemente se presentan en esta fase de la enfermedad^{xii}.

Los enfermos, cuando permanecen en su domicilio, son atendidos por el denominado “*cuidado informal*”, constituido por sus familiares, amigos, vecinos, etc. La mayoría de las actividades son llevadas a cabo por la cuidadora principal^{xiii}. Cuando lo precisa, la unidad enfermo-familia recibe la atención del nivel asistencial más accesible en nuestro país, el Equipo de Atención Primaria (EAP). Es habitual que el enfermo esté incluido en alguno de los programas de la cartera de servicios de AP (prevención y detección de problemas en el anciano, atención domiciliaria, etc.). En Castilla y León, la implantación de un Servicio Específico de Atención a la Demencia, parecía plenamente justificada por el elevado envejecimiento de la población y la necesidad de intervenciones individuales comunitarias.

Por todos los motivos anteriormente referidos, la demencia no es un problema de salud aislado, de un enfermo concreto, sino una Patología – Familiar – y – Comunitaria, de ahí que el protagonismo de los Equipos de Atención Primaria (Médicos de Familia, Enfermeros, Trabajadores Sociales, etc.) en la atención a todos ellos, y a sus familiares, debería incrementarse con el objetivo de garantizar una atención de calidad desde el inicio de la sintomatología hasta el final de la evolución de la enfermedad^{xiv}.

Sin embargo, la implicación real de la Atención Primaria está lejos aún de lo que se pudiera calificar como óptima, casi siempre se alude a problemas de presión asistencial, dificultades de coordinación con el 2º Nivel, limitaciones a su competencia científica técnica, déficit formativos, etc. Ello se traduce en elevadas tasas de infradiagnóstico, fundamentalmente en fases leves de la enfermedad, de modo que los pacientes no pueden acceder a los tratamientos eficaces existentes en el momento actual (farmacológicos o no farmacológicos), así como se retrasan los mecanismos de adaptación del enfermo y sus cuidadores al proceso^{xv}. Se haría por tanto preciso potenciar actividades de formación sobre tratamientos y posibilidades de intervención tanto a los profesionales de Atención Primaria como a los de Atención Social Básica.

El objetivo es generar sistemas de atención centrados en la persona, que nuestro marco de referencia fuera siempre, no la DEMENCIA-que-sufre-la-persona, sino la PERSONA-que-sufre-la-demencia-y-SUS FAMILIARES^{xvi}.

RECOMENDACIONES BÁSICAS

Los pacientes con deterioro cognitivo no pueden ser discriminados ni excluidos de ningún servicio por el simple hecho de tener dicho diagnóstico, ni por su edad, ni por la discapacidad asociada.

Los profesionales sociosanitarios deberían solicitar el consentimiento informado de los pacientes con demencia para cualquier intervención. Se recomienda adaptar la información a la capacidad de comprensión y a los déficit específicos de cada paciente.

Cuando el paciente no pueda decidir, y no exista documento de instrucciones previas, puede utilizarse el juicio sustitutivo, la historia de valores, o el mejor interés del paciente.

En demencia avanzada se recomienda la limitación del esfuerzo terapéutico, garantizando el acompañamiento del paciente y familia. El nihilismo no está justificado, al provocar situaciones de abandono, pero tampoco las posturas vitalistas de obstinación terapéutica que pueden provocar situaciones fútiles de encarnizamiento (diagnóstico y/o terapéutico).

Se recomienda el trabajo interdisciplinario de todos los profesionales de Atención Primaria y su adecuada coordinación con otros niveles, así como la decidida implicación de las instituciones para garantizar los objetivos establecidos en los planes de cuidados individualizados.

RECOMENDACIONES DE CRIBADO PARA LA DETECCIÓN DE DETERIORO COGNITIVO

No existen suficientes evidencias, al menos en el momento actual, para recomendar ninguna prueba de cribado sistemático.

El diagnóstico “temprano”, consistente en la detección de un proceso a partir de sus manifestaciones clínicas iniciales, es la opción más recomendable actualmente en los casos de sospecha de deterioro cognitivo por lo que se aconseja mantener un elevado nivel de sospecha, que permita su reconocimiento, confirmación diagnóstica y seguimiento adecuado.

Los signos de sospecha de deterioro cognitivo pueden ser referidos por el propio paciente o personas de su entorno, sobre cambios en su:

- Rendimiento cognitivo.
- Nivel de funcionamiento con respecto al que tenía previamente (actividades avanzadas, instrumentales y básicas de la vida diaria).
- Comportamiento–personalidad.

RECOMENDACIONES DE DIAGNÓSTICO DE DETERIORO COGNITIVO Y/O DEMENCIA

Establecida la sospecha clínica de deterioro cognitivo y/o demencia, se debe profundizar en el diagnóstico clínico del mismo, sustentado por criterios consensuados como los de la Sociedad Española de Neurología^{xvii}. **[Anexo 1]**

La integración de los datos obtenidos en la anamnesis y en la entrevista clínica al paciente (confirmados con un informador fiable), y de los hallazgos de la exploración física (que debe incluir una exhaustiva exploración neurológica y una exploración neuropsicológica abreviada), constituye el método más efectivo y eficiente para diagnosticar de manera certera la mayoría de los problemas relacionados con el deterioro cognitivo en Atención Primaria, y permite una aproximación inicial al diagnóstico etiológico de sospecha.

La anamnesis debe recoger, al menos, los siguientes datos relacionados con los antecedentes del paciente:

- antecedentes familiares relacionados con el deterioro cognitivo y/o demencia;
- antecedentes personales relacionados con traumatismos, infecciones, depresiones, patología vascular y/o neurológica;
- historia farmacológica previa y actual, y hábitos tóxicos.

La entrevista clínica debe recoger, al menos, los siguientes datos relacionados con el problema que presenta el paciente:

- fecha aproximada de inicio; síntomas de “alarma” (interrogar por las esferas intelectual, afectiva – conductual, y funcional)
- forma de instauración y progresión;
- síntomas asociados

Será necesario emplear escalas de valoración mental y funcional ajustadas a criterios estandarizados, al nivel educativo del paciente, y a la posible existencia de déficit sensoriales en éste. Se recomienda el entrenamiento previo de los profesionales sanitarios que las llevarán a cabo.

En España, la prueba psicométrica de elección en Atención Primaria es el Miniexamen Cognoscitivo de Lobo (MEC) **[Anexo 2]**, que puede complementarse con otras como el Test del informador abreviado, etc.

La valoración de la progresiva alteración en el funcionamiento del individuo, con respecto al nivel que éste tenía previamente, desde las actividades avanzadas de la vida diaria hasta las más básicas, dependiendo del momento evolutivo de la enfermedad, es obligada para el diagnóstico sindrómico de demencia y para establecer un adecuado plan de cuidados. Puede hacerse mediante entrevista abierta o con el uso de escalas para la valoración de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), como la Escala de Lawton y Brody, y para la las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), se han empleado otras como el Índice de Barthel, el Índice de Katz, la Escala de valoración de la Cruz Roja, etc.

En la exploración física se deben valorar, al menos, los siguientes aspectos:

- Exploración neurológica: nivel de conciencia, pares craneales, signos de focalidad periférica (motora o sensitiva), signos extrapiramidales.
- Exploración general: tensión arterial, auscultación cardiaca, pulmonar y carotídea; palpación tiroidea y de pulsos periféricos.

Realizar el diagnóstico diferencial con otras patologías. Por su frecuencia se debe prestar especial atención a:

- El deterioro cognitivo ligero (sin repercusión en el funcionamiento del individuo con respecto al nivel que tenía previamente).
- Los trastornos del estado de ánimo (depresión establecida y cuadros subsindrómicos).
- Delirium (de instauración aguda, y que cursa con afectación del nivel de conciencia).
- Latrogenia por fármacos (frecuente en personas mayores dada la pluripatología y la polifarmacia a la que están habitualmente expuestos).

Se recomienda un estudio analítico de rutina que debe incluir, al menos, los siguientes parámetros (y otros adicionales según sospecha clínica): Hemograma completo, VSG, Glucemia, función renal, perfil lipídico y hepático, ionograma, función tiroidea, VB12 y ácido fólico.

Se aconseja realizar una prueba de neuroimagen (RMN, TAC) en el estudio inicial de un deterioro cognitivo. El rendimiento de dichas pruebas es escaso y debería estar dirigido a descartar causas de demencia no neurodegenerativa.

El diagnóstico etiológico de la mayoría de las causas de demencia puede llevarse a cabo con los criterios diagnósticos estandarizados e internacionalmente aceptados.

La valoración de la fase evolutiva del paciente completa el diagnóstico, y es imprescindible para la planificación dinámica de cuidados, dado que sus necesidades serán muy distintas según se halle en una fase leve, moderada o avanzada.

La valoración integral por patrones funcionales de salud permite obtener una visión global y dinámica de los problemas que afectan al paciente; siendo ésta imprescindible para la planificación individualizada de los cuidados que el enfermo precisa.

Se recomienda realizar una entrevista familiar (con el consentimiento previo del paciente), identificación del cuidador principal, explorar sus conocimientos sobre el síndrome (información / formación), creencias (erróneas o acertadas), actitudes (positivas o generadoras de estrés), y necesidades de apoyo en la tarea del cuidado (presentes y/o futuras).

Se recomienda hacer una valoración periódica del grado de sobrecarga del cuidador principal de un paciente con demencia.

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO PREVENTIVO

No han demostrado su utilidad en la prevención primaria de ningún tipo de demencia: estatinas, tratamiento hormonal sustitutivo, vitamina E, ni los antiinflamatorios no esteroideos.

En los pacientes con demencia se recomienda revisar y tratar los factores de riesgo vascular (por ejemplo: tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, obesidad, hipertensión, diabetes, o hipercolesterolemia), así como llevar a cabo un manejo optimizado de la comorbilidad que presente.

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

Los programas de estimulación cognitiva en grupos se han demostrado efectivos cuando son aplicados por profesionales entrenados en todos los tipos de demencia en los estadios leve o moderada, por lo que se recomienda que puedan ofrecerse a todos los pacientes dentro de su plan de cuidados, al menos en esas fases iniciales^{xviii,xix}.

Entre los tratamientos no farmacológicos, aquellos en los que la fuerza de las recomendaciones alcanza mayores niveles son: las terapias de reminiscencia, las de orientación a la realidad, el entrenamiento de memoria, las terapias de validación, y la estimulación multisensorial (Snoezelen).

En el tratamiento no farmacológico de los trastornos conductuales y psicológicos asociados a la demencia, una vez descartados (o corregidos) los factores precipitantes, se han ensayado estrategias no farmacológicas eficaces como las terapias de estimulación multisensorial, la aromaterapia, la terapia lumínica, la musicoterapia, la terapia asistida con mascotas y la masoterapia.

Los cuidadores de los pacientes con demencia se benefician de las siguientes intervenciones: intervenciones individuales (terapia psicológica individual, terapia cognitiva, etc.), grupos de autoayuda, grupos psicoeducativos, intervenciones familiares, etc.

RECOMENDACIONES SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Los tres inhibidores de la acetilcolinesterasa (AChE) están indicados en el tratamiento de la demencia tipo Alzheimer en fases leve y moderada.

Se recomienda el tratamiento específico con AChE a pacientes con demencia tipo Alzheimer con puntuaciones en el Minixamen Cognoscitivo de Lobo entre 23 y 11. El paciente debe ser reevaluado al menos cada seis meses.

Las escalas de valoración mental sirven para valorar la indicación del tratamiento y también para valorar la pertinencia de mantener éste en las visitas de seguimiento, aunque la puntuación no será el único criterio que aplicaremos en la decisión de iniciar o mantener un determinado fármaco.

Si existe un deterioro significativo en el funcionamiento del paciente, con respecto al nivel que tenía previamente, a pesar de puntuaciones superiores a las recomendadas en las pruebas psicométricas, podría estar indicado el inicio o mantenimiento del tratamiento con IChE. Puntuaciones por debajo de lo recomendable, según lo comentado previamente, para individuos con nivel intelectual premórbido pobre podrían también recomendar el inicio o mantenimiento del tratamiento con IChE. Por todo lo referido, se recomienda integrar toda la información clínica, el uso de escalas alternativas (adaptadas al nivel de escolarización del paciente) y decidir en consecuencia.

No existen suficientes evidencias, al menos en el momento actual, para recomendar el uso de IChE de manera sistemática en el tratamiento de la demencia vascular ni en el deterioro cognitivo ligero.

Rivastigmina se ha demostrado eficaz en el tratamiento de la demencia por enfermedad con cuerpos de Lewy, y en la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson.

La memantina, antagonista no competitivo de los receptores del N-metil-D-Aspartato, aunque es el único fármaco aprobado actualmente para el tratamiento de la demencia avanzada, no ha aportado suficientes evidencias como para recomendar su uso de manera generalizada.

No existen suficientes evidencias, al menos en el momento actual, para recomendar el tratamiento de los pacientes con deterioro cognitivo ligero, demencia tipo Alzheimer, demencia vascular, o demencia por enfermedad con cuerpos de Lewy, con ninguno de los siguientes principios o grupos: vitamina E, ginkgo biloba, salvia, estrógenos, aspirina y otros AINEs (rofecoxib, naproxeno, diclofenaco), prednisona, selegilina, L-Acetilcarnitina, cerebrolisina, nicergolina, lecitina, piracetam, D-Cicloserina, estatinas, nicotina.

En el tratamiento de los síntomas conductuales y psicológicos asociados a la demencia (SCPD) se debe valorar siempre, previamente: la posibilidad de que existan factores precipitantes, la existencia de una enfermedad médica que explique el cuadro (por ejemplo dolor, estreñimiento, fiebre, etc.), etc.

Antes de iniciar el tratamiento farmacológico de los SCPD se recomienda el tratamiento no farmacológico (sobre todo, técnicas de estimulación multisensorial).

Cuando se precisa el tratamiento farmacológico en los SCPD se debe tener en cuenta que: se recomienda usar monoterapia, la dosis mínima eficaz, revisiones periódicas, y mantener el tratamiento el menor tiempo posible.

Cuando los SCPD son muy frecuentes o muy intensos, y tras valorar el riesgo / beneficio, y discutirlo con el paciente y la familia, se puede decidir la instauración de tratamiento farmacológico:

Preferiblemente con neurolépticos, valorando su balance riesgo / beneficio.

En demencia tipo Alzheimer, si no existe adecuada respuesta, y no recibía ese tratamiento, valorar el tratamiento con IChE.

En demencia por enfermedad con cuerpos de Lewy no se recomienda el uso de neurolépticos, y sí el empleo de IChE.

En demencia vascular no se recomienda el uso de IChE.

ANEXOS

ANEXO 1.

Criterios para el diagnóstico de la demencia del Grupo de Estudio de Neurología de la Conducta y demencias de la Sociedad Española de Neurología.

- I. Alteraciones de al menos dos de las siguientes áreas cognitivas:

a) Atención / concentración	e) Praxias
b) Lenguaje	f) Funciones visuoespaciales
c) Gnosias	g) Funciones ejecutivas
d) Memoria	h) Conducta
- II. Estas alteraciones deben ser:
 - a) Adquiridas, con deterioro de las capacidades previas del paciente comprobado a través de un informador fiable o mediante evaluaciones sucesivas.
 - b) Objetivadas en la exploración neuropsicológica
 - c) Persistentes durante semanas o meses y constatadas en el paciente con un nivel de conciencia normal

- III. Estas alteraciones son de intensidad suficiente como para interferir en las actividades habituales del sujeto, incluyendo las ocupacionales y sociales
- IV. Las alteraciones cursan sin trastorno del nivel de conciencia hasta fases terminales, aunque pueden ocurrir perturbaciones transitorias intercurrentes.

ANEXO 2.

Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (Adaptación y validación de Lobo A, et al., 1979, del MMSE de Folstein MP, et al., 1975. Revalidado y normalizado por Lobo A, et al., 1999).

1. Orientación

- ¿En qué año estamos? 1
- ¿En qué estación del año estamos? 1
- ¿En qué día de la semana estamos? 1
- ¿Qué día (número) es hoy? 1
- ¿En qué mes estamos? 1
- ¿En qué provincia estamos? 1
- ¿En qué país estamos? 1
- ¿En qué pueblo o ciudad estamos? 1
- ¿En qué lugar estamos en este momento? 1
- ¿Se trata de un piso o una planta baja? 1

2. Fijación

Repita estas tres palabras: "peseta, caballo, manzana". Un punto por cada respuesta correcta. Una vez puntuado, si nos lo ha dicho bien, se le repetirán con un límite de seis intentos hasta que los aprenda. "Acuérdese de ellas porque se las preguntaré dentro de un rato". 3

3. Concentración y cálculo

Si tiene 30 pesetas y me da 3 ¿cuántas le quedan? 5
 ¿y si me da 3? Hasta 5 restas. Un punto por cada resta correcta.
 Repita estos números 5-9-2 (repetir hasta que los aprenda). Ahora repítalos al revés. (Se puntúa acierto en número y orden). 3

4. Memoria

¿Recuerda los 3 objetos que le he dicho antes? 3

5. Lenguaje y construcción

Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto? 1
 Mostrar un reloj. ¿Qué es esto? 1
 Repita esta frase: "En un trébol había cinco perros" (un punto si es correcta) 1
 Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?. ¿Qué son un gato y un perro? 1
 ¿Y el rojo y el verde? 1
 Ahora haga lo que le diga: "Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa" (1 punto por cada acción correcta). 3
 Haga lo que aquí le escribo (en un papel y con mayúsculas escribimos: "CIERRE LOS OJOS") 1
 Ahora escriba, por favor, una frase, la que quiera, en este papel (le da un papel y se le dice que no será correcto si escribe su nombre, se requiere una frase con sujeto, verbo y complemento). 1
 Copie este dibujo, anotando un punto si cada pentágono tiene cinco lados y cinco ángulos y están entrelazados con dos puntos de contacto. 1



**La puntuación máxima es de 35 puntos. Valores normales: 30-35 puntos.
 Sugiere deterioro cognitivo en >65 años: <24 puntos (24-29= borderline)
 Sugiere deterioro cognitivo en ≤65 años: <28 puntos.**

BIBLIOGRAFÍA

- i González JA, González MC, Flórez-Tascón FJ, González VM, García D. Demencia Alzheimer: patogenia. *Geriatría* 2003; 19(Supl. 1): 18-26.
- ii López-Pousa S, Garré-Olmo J, Turón-Estrada A, Hernández F, Expósito I, Lozano-Gallego M, et al. Análisis de los costes de la enfermedad de Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional. *Med Clin (Barc)* 2004; 122:767-72.
- iii Boada M, Peña-Casanova J, Bermejo F, Guillén F, Hart WM, Espinosa C, et al. Coste de los recursos sanitarios de los pacientes en régimen ambulatorio diagnosticados de Alzheimer en España. *Med Clin (Barc)* 1999;113:690-5.
- iv González VM, Martín C. Demencias en Atención Primaria. Guía para el diagnóstico temprano y el seguimiento. Salamanca 2002.
- v Vilalta-Franch J, López Pousa S, Llinás-Reglá J. Prevalencia de demencias en una zona rural. Estudio Girona. *Rev Neurol* 2000;30(11):1026-32.
- vi Ritchie K, Kildea D. Is senile dementia "age related" or "ageing related"?: evidences from metaanálisis of dementia prevalence in the oldest old. *Lancet* 1995;346:931-934.
- vii García FJ, Sánchez MI, Pérez A, Martín E, Marsal C, Rodríguez G, et al. Prevalencia de demencia de sus subtipos principales en mayores de 65 años: efecto de la educación y ocupación. Estudio Toledo. *Med Clin (Barc)* 2001;116:401-7.
- viii Goñi, Miguel; Pascual, Carmelo; Cortés, Henar; Fernández, Lucia. Estudio de Prevalencia de la demencia en la provincia de Burgos. III Conferencia Nacional de Alzheimer; Barcelona, Octubre 2003
- ix Flórez JA, Flórez I, Rodríguez J. Familia y enfermedad de Alzheimer: nuevos horizontes de convivencia. *Med Integral* 2003;41(3):178-82.
- x Biurrun A. La asistencia de los familiares cuidadores en la enfermedad de Alzheimer. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2001;36(6):325-330.
- xi Espinás J, Caballé E, Blay C, Iruela T, Planes A, Puente A et al. Las demencias en el ámbito de la atención primaria. *Aten Primaria* 1997;19(8):419-22.
- xii McCarthy M, Addington-Hall J, Altmann D. The experience of dying with dementia: a retrospective study. *Int J Geriatr Psychiatry* 1997;12:404-9.
- xiii Gómez-Busto F, Ruiz de Alegría L, Martín AB, San Jorge B, Letona S. Perfil del cuidador, carga familiar y severidad de la demencia en tres ámbitos diferentes: domicilio, centro de día y residencia de válidos. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1999;34(3):141-9.
- xiv González VM, Martín C, Martín M, González MJ, García de Blas F, Riu S. La enfermedad de Alzheimer. *SEMERGEN* 2004;30(1):18-33.
- xv Riu S, González VM. Constantemente al lado del enfermo y del cuidador (reflexiones del médico sobre la demencia). *SEMERGEN* 2004;30(7):340-4.
- xvi Gonzalez VM. Aspectos éticos y legales en la asistencia a los pacientes con demencia avanzada y sus familiares desde Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2006;38(Supl 1):33-34.
- xvii Robles A, Del Ser T, Alom J, Peña-Casanova J, y Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología* 2002;17:17-32.
- xviii Dementia. A NICE-SCIE Guideline on supporting people with dementia and their carers in health and social care. BPS&RCP, 2007
- xix Management of patients with dementia. A national clinical guideline. SIGN. 2006.

LA PROTECCION JURIDICA DE LAS PERSONAS MAYORES. LA INCAPACITACIÓN JUDICIAL

Isabel Palomero Moro. Licenciada en Derecho

INTRODUCCION

La institución jurídica de la Incapacitación judicial se formaliza en el Código Civil pensando en la protección de las personas que dilapidaban su fortuna (los llamados pródigos). Surge inicialmente como una institución pensando en la protección de las personas con enfermedad mental puesto que en el siglo XIX la esperanza de vida solo permitía que unos pocos se demenciaran por patologías relacionadas con la edad.

Actualmente la situación ha cambiado y la normativa que regula esta institución ha tenido que irse adaptando a los cambios sociales operados y ha puesto de manifiesto la conveniencia en la utilización de este procedimiento para la protección de la persona y más concretamente las especialmente vulnerables.

La aprobación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas mayores en situación de dependencia ha supuesto un incremento de las demandas de información y tramitación en los procedimientos de incapacidad, puesto que en los supuestos de representación por presunta incapacidad la Administración exige para la continuidad en la tramitación de la prestación por dependencia que se solicite mediante escrito dirigido al Ministerio Fiscal la tramitación de la incapacitación judicial.

El estudio elaborado por el Centro Reina Sofía sobre el maltrato a las personas mayores en la familia en España (*Isabel Iborra Marmolejo año 2008*) pone de manifiesto la existencia de factores de riesgo que ponen a las personas mayores en situación de especial vulnerabilidad y son indicativos de la existencia de tipos de maltrato, como el maltrato psicológico o el abuso económico; que suelen quedar ocultos y son más fácilmente prevenibles desde la figura de la protección legal de la capacidad de estas personas.

LA CAPACIDAD: CAPACIDAD JURIDICA Y DE OBRAR

Por el mero hecho de ser persona se adquieren los derechos inherentes a la personalidad, que pertenecen a la persona física, al ser humano, desde que tiene 24 horas hasta su muerte. La persona en cuanto tal y jurídicamente hablando tiene dos cualidades jurídicas principales que se compendian en la capacidad jurídica y capacidad de obrar. La capacidad jurídica no se otorga por el ordenamiento jurídico sino que se reconoce a toda persona por el mero hecho de serlo.

La **capacidad jurídica** puede definirse como **la aptitud que el ordenamiento jurídico reconoce a todas las personas y que no es otra cosa que la idoneidad para ser sujeto en las relaciones de derecho.**

Toda persona tiene capacidad jurídica, pero no toda persona tiene capacidad de obrar.

La capacidad de obrar es la posibilidad real del ejercicio de los derechos y del cumplimiento de las obligaciones. La capacidad de obrar la determina la mayoría de edad.

La incapacitación es la disminución o anulación de la capacidad de obrar. Su declaración corresponde al Juez de Primera Instancia del domicilio del presunto incapaz y lo debe hacer a través de sentencia judicial y por alguna de las causas establecidas.

Señala el art. 199 del Código Civil que nadie puede ser declarado incapaz sino es por sentencia judicial y por las causas establecidas en la ley. Las causas de incapacitación están recogidas en el art. 200 del Código Civil y hacen referencia a las **"enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma."**

Con este procedimiento se trata de proteger a aquellas personas que tienen limitada su capacidad de autogobierno y ello va a conllevar el delimitar las actividades que puede o no realizar y obliga a un examen médico individualizado y exhaustivo del presunto incapaz.

EL PROCEDIMIENTO

Ya no se trata, desde la entrada en vigor de la Ley de Enjuiciamiento Civil, de un juicio declarativo de menor cuantía, como anteriormente, sino de un juicio verbal (según el art. 753 de la LEC: "salvo otro tipo de disposición, estos procesos se sustanciarán por los trámites del juicio verbal").

La sentencia judicial de incapacitación debe fijar el alcance y los límites de la incapacitación, tiene que ser motivada y razonada.

Es de destacar la posibilidad de que en el mismo juicio pueda nombrarse al tutor, si así se solicitare en la demanda. De lo contrario se nombra en un juicio posterior a la sentencia de incapacitación.

La **legitimación activa** para el inicio del proceso la tienen los familiares:

- Cónyuge o pareja de hecho, descendientes, ascendientes y hermanos del presunto incapaz. También puede iniciar el procedimiento el Ministerio Fiscal. Se excluyen primos, tíos y parientes colaterales.
- Cualquier persona interesada en el mismo puede ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.
- Los funcionarios públicos o autoridades que, por razón de sus cargos, conocieran la existencia de una posible causa de incapacitación en una persona. Existe una obligación de comunicar por parte del personal sanitario, trabajadores de los servicios sociales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

La intervención del Ministerio Fiscal en este tipo de procesos es muy importante. Puede actuar como promotor del proceso en detrimento de familiares que lo puedan hacer, puede actuar como defensa y otras veces como simple parte, cuando no le corresponda la defensa ni haya sido promotor de la incapacitación.

El juzgado competente para conocer las demandas de incapacitación es el de Primera Instancia del lugar del domicilio o residencia habitual de la persona a la que se refiera la declaración que se solicite (no tienen competencia los juzgados de familia).

El procedimiento cuenta con todas las garantías de protección de los derechos inherentes a la persona, y así se observa en las pruebas practicadas. Dice el art. 759.1 de la LEC que en los procesos de incapacitación, además de las pruebas que se practiquen de conformidad con lo dispuesto en el art. 752, el tribunal oírá a los parientes más próximos del presunto incapaz y el juez examinará también por sí mismo al presunto incapaz.

El examen del presunto incapaz debe verificarse teniendo en cuenta la parte personal y relacionándola con el patrimonio y las posibilidades que el presunto incapaz tiene de administrarlo adecuadamente.

Se entiende que los informes psicológicos para este tipo de pruebas deben ser absolutamente imprescindibles: valorar las diferentes áreas cognitivas y afectivas (orientación temporo-espacial, lenguaje verbal y no verbal, la capacidad de comprensión, respuestas emotivas, etc).

El juez pedirá cuantos dictámenes crea conveniente, no pudiendo dejar de realizar determinadas pruebas médicas. Este tipo de pruebas no son vinculantes pero ayudan a tomar una decisión. Es de advertir que por primera vez se habla de otros dictámenes que pueden no ser los estrictamente médicos, de aquí la posibilidad de solicitar dictámenes psicológicos o sociales aunque la ley expresamente no se refiera a ellos.

Finalmente la Ley permite la posibilidad de revisión de la sentencia de incapacitación. Ésta se da en razón de unos hechos y si éstos cambian es necesario tenerlos en cuenta porque puede cambiar también la declaración de incapacitación. Así el art. 761 de la LEC dice: "La sentencia de incapacitación no impedirá que, sobrevenidas nuevas circunstancias, pueda instarse un proceso que tenga por objeto dejar sin efecto o modificar el alcance de la incapacitación ya establecida". Las posibilidades de que una enfermedad mejore tratándose de personas mayores y si hablamos de demencias es mínima, pero se debe dejar abierta esa posibilidad por si la enfermedad remite y sobre todo las posibilidades de autogobierno mejoran.

LA TUTELA

NOMBRAMIENTO DE TUTOR

Para el nombramiento de tutor, la Ley establece un orden de preferencia, el cual no es vinculante para el Juez, ya que éste puede alterar este orden en beneficio del incapacitado:

- 1.- Cónyuge que conviva con el tutelado.
- 2.- Padres.
- 3.- Personas designadas por éstos en sus disposiciones de última voluntad.
- 4.- El descendiente, ascendiente o hermano que designe el Juez.

También puede ser nombrado por el Juez de oficio o a instancia del Ministerio Fiscal cuando tengan conocimiento de una persona que deba ser sometida a tutela, cuando se haya seguido el correspondiente procedimiento de incapacitación.

La tutela se ejercerá siempre por un solo tutor, salvo en los casos en que la Ley admite que sean varios (Artículos 236 a 238 del Código Civil) o el Juez lo considere conveniente.

CAPACIDAD PARA SER TUTOR

Pueden ser tutores las personas físicas que se encuentren en el pleno ejercicio de sus derechos civiles y en quienes no concurren alguna de las causas de inhabilidad establecidas por la Ley.

Igualmente pueden ser tutores las personas jurídicas sin ánimo de lucro (Fundaciones Tutelares), que se harían cargo de las personas declaradas incapaces que se encuentren en situación de desamparo.

El cargo de tutor es obligatorio para quien sea nombrado como tal, pero excusable.

Esto significa que si bien por mandamiento legal, la persona que fuera nombrada tutor de un menor o un incapaz, debe asumir la tutela y no puede renunciar a ella; sí que puede excusarse del cargo en virtud de las causas de excusa que determina la ley, y que debe hacer valer en los quince días siguientes al conocimiento del nombramiento o en cualquier momento del ejercicio de la tutela si la causa de excusa le sobreviniera en el ejercicio del cargo. Las causas de excusa derivan de razones de edad, enfermedad, ocupaciones personales o profesionales, falta de vínculos con el tutelado o cualquier otra causa por la que resulte muy gravoso el ejercicio del cargo.

OBLIGACIONES DEL TUTOR

- 1°.- Ser el representante del menor o incapaz para aquellos actos que no pueda realizar la persona declarada incapaz por sí sólo, según lo que disponga la Ley o la Sentencia de incapacitación.
- 2°.- Tratándose de tutor persona física, deberá prestar fianza si lo acuerda el Juez, y será en la forma y cuantía que éste determine. Las entidades públicas que ejerzan esta función, están exentas de prestar fianza.
- 3°.- Formar inventario de los bienes del tutelado en el plazo de sesenta días desde la posesión del cargo.
- 4°.- Velar por el tutelado, entendiéndose por tal, la prestación de alimentos, educación y formación del menor, promover la adquisición o recuperación de la capacidad del tutelado, y su inserción en la sociedad.
- 5°.- La rendición de cuentas anual de su administración al juzgado.
- 6°.- Solicitar autorización judicial para la realización de determinados actos de carácter dispositivo sobre bienes y derechos del tutelado (internarle en un centro de salud mental; enajenar o gravar bienes inmuebles, establecimientos mercantiles o industriales, objetos preciosos, valores mobiliarios; celebrar contratos o realizar otros actos de carácter dispositivo).
- 7°.- Cuando llegue el momento de la extinción de la tutela, deberá llevarse a efecto una rendición de cuentas final.

LA EXTINCIÓN DE LA TUTELA. REMOCIÓN

El cargo tutelar puede extinguirse por distintas causas o por la concurrencia de ciertos acontecimientos que lo hagan innecesario.

Pueden ser removidos en el cargo tutelar los que, después de establecida la tutela, incurran en alguna de las causas legales de inhabilidad, o se conduzcan mal en el desempeño del cargo de la tutela, por incumplimiento de los deberes propios del cargo o por notoria ineptitud en su ejercicio, o cuando surgieran problemas de convivencia graves y continuados.

La remoción del tutor o tutores se iniciará a instancias del Juez, el Fiscal, del propio tutelado o de otra persona interesada. En tanto se tramita este procedimiento, el Juez puede suspender y nombrar al tutelado un defensor judicial.

LA CURATELA

Se trata de una institución cuya finalidad principal es la de prestar asistencia al incapaz para la realización de determinados actos jurídicos, en caso de haberse declarado una capacidad limitada pero no la incapacidad absoluta. Se trataría de complementar la capacidad de una persona para determinados actos pero no de suplirla.

En el caso de personas mayores sometidos al régimen de curatela, la cuestión es que se trate de personas mayores a los que se les ha declarado pródigos por considerar que son incapaces de gestionar su patrimonio o que la correspondiente sentencia de incapacitación considere que su capacidad de obrar está limitada para determinados actos (que deberán especificarse en la sentencia), pero otros puede realizarlos por sí mismo.

CONCLUSIONES

La institución jurídica de la incapacidad judicial debe ser utilizada con cautela por el carácter privativo o limitativo de la capacidad de obrar de las personas. Se trata de una figura de protección que debe utilizarse cuando exista una necesidad real y no una necesidad administrativa. Con ello me estoy refiriendo a la solicitud de iniciar estos trámites por parte de las administraciones para la tramitación de las prestaciones de dependencia. Las familias en la mayoría de estas situaciones ya son protectores en el ámbito personal y patrimonial de las personas mayores y viven de forma angustiosa la idea de incapacitar a su familiar. La verdadera necesidad de acudir a este procedimiento en la mayoría de los casos se encuentra en la protección de las personas con enfermedad mental o menores con discapacidad.

En el supuesto de las personas mayores, resultará necesario acudir a un procedimiento de incapacidad como mecanismo de protección de aquellos que por su limitación en la capacidad cognoscitiva, por enfermedades propias de la edad avanzada, sean más vulnerables al maltrato o al abuso económico y se encuentren en situaciones de soledad, aislamiento o se detecte una negligencia en su cuidado y protección en su entorno familiar.

Para finalizar, es positivo que la sentencia de incapacidad determine las actividades que la persona puede realizar por sí mismo. No podemos olvidar que se trata de un procedimiento que limita la capacidad de obrar y en la medida de lo posible debe favorecerse su normalización y el desarrollo cognoscitivo y afectivo de la persona.

BIBLIOGRAFÍA

- Código Civil Español (arts.199 y siguientes del Código Civil tras la reforma operada en dicho texto legal por la Ley 13/83 de 24 de octubre de 1983).
- Informe Maltrato de Personas Mayores en la Familia en España (2008) . Isabel Iborra Marmolejo.
- Martínez Maroto, Antonio (2003) "La incapacidad" Madrid. Portal Mayores , Informes Portal Mayores nº11 (fecha de publicación 01/12/ 2003).
- Camino Garrido, Victoria (2003) "La incapacidad de las personas mayores" Madrid. Portal Mayores nº 8 (fecha de publicación 30/05/2003).

LA LEY DE DEPENDENCIA Y LAS PERSONAS MAYORES

Mafalda Rodríguez Losada Allende. Trabajadora Social.

La vejez es un valor, y por aumentar los años de vida lleva peleando la humanidad desde el inicio de su historia. Todas las civilizaciones han dado un trato especial a las personas mayores y hoy en día un índice de calidad de vida de las sociedades modernas es la cantidad de años que vive la media de su población. Sin embargo llegar a mayor, anciano o viejo, no es lo más importante. Lo realmente plausible es cumplir muchos años, con buena salud o al menos con cierta autonomía personal. Cuando los dos aspectos anteriores, es decir ser mayor y sano, no pueden ser posibles lo importante es que la sociedad pueda proporcionar una amplia red de apoyo que permita vivir esa última etapa, de la forma mas parecida a como cada uno elija hacerlo.

Es verdad que la dependencia no es necesariamente una consecuencia de la edad, pero no podemos negar que es mas frecuente en las personas mayores, como consecuencia de problemas de salud que en muchas ocasiones no han sido previstos e incluso, a veces no han sido tratados en su momento de la manera adecuada. Se puede reducir y retrasar la dependencia. Otros países ya lo están consiguiendo. Y hay datos claros que nos dicen por donde deberían ir las políticas de prevención lo que en muchos casos tiene más que ver con políticas sociales y de promoción de hábitos de vida saludables que con mejoras del sistema sanitario. Unos datos significativos: la población con menor nivel educativo pasa más tiempo de su vida con situaciones de mala salud y de limitaciones, y los núcleos de menor renta por habitante tienen una esperanza de vida inferior a los de mayor renta en los mismos países.

Dicho lo anterior y remarcando que ancianidad y dependencia no son dos conceptos sinónimos, es evidente que entre ambos hay niveles de interdependencia importante, acrecentándose los grupos de mayor dependencia en relación con los grupos etarios mas altos (En Castilla y León la tasa de discapacidad por 1000 habitantes mayores de 80 años es de 518,6)¹

Sin embargo el tener una situación de dependencia, ha adquirido un nuevo sesgo tras la publicación de la "Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia" aprobada por unanimidad en el Parlamento Español en 2006 y publicada en el BOE el 15 de diciembre de ese mismo año, entrando en vigor el 1/01/2007 y conocida popularmente como "ley de dependencia".

¿QUÉ APORTA LA LEY DE DEPENDENCIA SOBRE LO QUE HABÍA HASTA ESE MOMENTO?

- 1.- Es una Ley básica, igual que la Ley General de Sanidad, lo que quiere decir que obliga a todas las administraciones competentes en servicios sociales dentro del estado español, a desarrollar y poner en marcha al menos los servicios y prestaciones que se definen como básicos.
- 2.- Reconoce un nuevo derecho de atención a las personas que se encuentren en situación de dependencia. Para ello define y concreta qué se entiende por dependencia y cómo se evaluará. Como consecuencia de lo anterior, la ley establece que el reconocimiento de dependencia tendrá validez en todo el estado español y garantiza prestaciones básicas iguales
- 3.- Crea el Sistema Nacional de Dependencia, para desarrollar la Ley en condiciones de homogeneidad en todo el Estado, si bien el sistema no se conforma a nivel estatal, sino que cada Comunidad Autónoma puede desarrollarlo como considere adecuado. En la mayoría de los territorios incluido Castilla y León, se ha optado por integrarlo en el Sistema de Servicios Sociales.

CONCEPTOS BÁSICOS QUE LA LEY DEFINE: DEPENDENCIA, AUTONOMÍA Y ABVD

¿QUÉ ENTIENDE LA LEY POR "DEPENDENCIA"?

Es la situación, de carácter permanente, en que se encuentran las personas por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad y que las hace,

Precisar de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Además, en el caso de personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, pueden precisar otros apoyos para su autonomía personal.

Por último, concreta las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) en las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia:

- el cuidado personal,
- las actividades domésticas básicas,
- la movilidad esencial,
- reconocer personas y objetos,
- orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas

Y establece tres grados de dependencia, cada uno de ellos con dos niveles, lo que en la práctica genera seis niveles de dependencia, según la cantidad de ayuda que necesita una persona para las ABVD y el número de veces que lo necesita al día.

¿CÓMO Y QUIÉN VALORA A LAS PERSONAS QUE SOLICITAN RECONOCIMIENTO DE DEPENDENCIA?

El Estado ha establecido un instrumento único para todo el territorio nacional conocido como “Baremo de Valoración de la Dependencia” (BVD), que cada Comunidad Autónoma aplica a través de diferentes profesionales según el sistema de organización que hayan establecido. Además del BVD, del que depende el grado y nivel de dependencia que se adjudica a cada solicitante, el “informe de salud” que elaboran los profesionales de los EAP y el informe social de los profesionales de los CEAS, son parte fundamental para la determinar las necesidades y las prestaciones requeridas.

La resolución de dependencia puede ser definitiva o provisional, en razón de la patología que la determine. Cuando la resolución es provisional en ella se marca la fecha en la que deberá volverse a valorar la situación del dependiente. Pero incluso en los casos en los que la resolución se haya dado de forma definitiva, ésta podrá reevaluarse de oficio si los profesionales sanitarios emiten un nuevo informe comunicando que la situación ha variado de forma importante. Es pues esencial el informe que realizan los médicos y las enfermeras, cuando señalan el carácter temporal o definitivo de la situación de dependencia que valoran, dada la responsabilidad que asumen socialmente frente a los posibles abusos que puedan darse.

EL DERECHO A PRESTACIONES SE MATERIALIZA EN UN PLAN INDIVIDUAL DE ATENCIÓN (PIA)

Uno de los problemas que ha supuesto el despliegue de la Ley de forma tan atropellada ha sido la degeneración que ha sufrido el PIA (Plan Individual de Atención). Concebido inicialmente como el diseño de un plan de intervención que implicaba que después de la valoración profesional y la orientación hacia un recurso de mejor atención, se daba un trámite de audiencia al dependiente y su familia para matizarlo y organizar los recursos definitivos a asignar, ha acabado convirtiéndose en el recurso en si mismo, que se concede como respuesta a una solicitud que raramente se contradice y en la que, en muchos casos, ni siquiera media el trámite de audiencia con el profesional. Así, la realidad ha trucado esta oportunidad en un nuevo problema, convirtiendo el PIA en sólo un recurso de libre elección y empezamos a ver que personas dependientes que utilizaban Servicios de Ayuda a Domicilio como apoyo tanto al dependiente como al cuidador, se están dando de baja para solicitar la “prestación económica para cuidados en el entorno” con muy pocas garantías reales de que con ello se mejore la situación de ninguno de los dos.

Además un PIA establecido sobre la base de una buena valoración integral debería ser un complemento imprescindible, para que coordinado con los planes de cuidados sanitarios, garantizara efectivamente una buena atención sociosanitaria a los ciudadanos. De todas formas, hay que esperar que la normalización de las prestaciones por dependencia dentro de los servicios sociales y pasado el tiempo inicial de cierta confusión, por lo novedoso del sistema que se esta implantando, se vayan reorientando los planes individuales de atención a lo que verdaderamente deben ser.

Otro aspecto sobre el que también surgen muchas dudas a los profesionales es el de la compatibilidad de las diferentes prestaciones. La normativa específica que los diferentes servicios y prestaciones son, por regla general,

incompatibles entre sí, excepto la Teleasistencia que solo es incompatible con la plaza residencial y las Estancias Temporales de 30 días/año, que sirven de descanso o para emergencias de cuidadores familiares. Sin embargo en Castilla y León es posible también hacer compatibles el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) y las Estancias Diurnas, si bien en estos casos el SAD será una prestación complementaria de los Servicios Sociales, siendo la prestación de dependencia la correspondiente a la Estancia Diurna.

MEJORAS QUE INTRODUCE EL SISTEMA DE DEPENDENCIA EN LOS SERVICIOS SOCIALES

Los Servicios Sociales como sistema de atención a las personas con necesidades sociales, son competencia exclusiva de cada Comunidad Autónoma que es la que, a través de leyes propias, define los objetivos, la organización, el sistema de financiación, los recursos que puede desarrollar y su distribución.

En Castilla y León la Ley 18/1988 de 28 de diciembre de Acción Social y Servicios Sociales, regula el sistema de Servicios Sociales, integrándose en una red funcional única todos los dispositivos de atención social dependientes de las diferentes administraciones, asociaciones e incluso empresas privadas. El objetivo de este Sistema es “promover la solidaridad, el desarrollo libre y pleno de la persona, la igualdad de los individuos en la sociedad, la prevención y eliminación de las causas que conducen a la marginación y facilitar los medios para la integración y desarrollo comunitario, así como el bienestar social de los ciudadanos y grupos sociales” (artº 3 de la Ley). Es en este contexto legal en el que se inserta el desarrollo de la Ley de Dependencia conformando un sistema único de servicios sociales y atención a la dependencia, que esta apunta de plasmarse en una nueva Ley de Servicios Sociales de Castilla y León.

La integración de ambos sistemas (Servicios Sociales y Dependencia) ha contribuido a la inicial lentitud de su puesta en marcha, pero su consolidación será muy beneficiosa para la población en general y para las propias administraciones intervinientes en el proceso de atención (Junta de Castilla y León, Diputaciones y Ayuntamientos), ya que no hay que olvidar que en muchos casos tienen competencias exclusivas sobre sus propios recursos, lo que ha hecho necesario mucho trabajo con el fin de que la aplicación de la Ley sea homogénea en todo el territorio castellano leonés. Algunas características del modelo configurado son:

Implantación de un procedimiento de acceso único al Sistema de Servicios Sociales, bien para reconocimiento y atención a la dependencia, bien para otras prestaciones propias de los servicios sociales. En el momento actual tanto la Gerencia (Regional) de Servicios Sociales como las 24 Corporaciones Locales con competencias en servicios sociales están trabajando en red con un único sistema, lo que posibilita el seguimiento de las actuaciones sobre cada persona dependiente por cualquier profesional que deba intervenir en el caso.

Aumento de los profesionales de servicios sociales (más de 500 nuevos profesionales), que han reforzado fundamentalmente los servicios sociales básicos que son los que se dan en los Centros de Acción Social (CEAS)

Creación de nuevos recursos (plazas concertadas, centros residenciales, etc.)

Impulso de la coordinación con el Sistema de Salud, aspecto que ha sido relevante en esta Comunidad que ya tenía una estructura preparada para la coordinación e integración de las actuaciones de ambos sistemas asistenciales, mediante mediadas como la instauración del “Informe de salud para solicitud de prestaciones sociales” que sirve para todas las del sistema de servicios sociales y que está introducido en MEDORA; la participación de la enfermería de primaria en la aplicación de los BVD a los enfermos del programa de inmobilizados en domicilio, y otras.

Todo ello ha conformado un Sistema de Servicios Sociales con una ordenación de los recursos similar a la existente en el Sistema de Salud con una puerta de entrada única desde los Centros de Acción Social Básica (CEAS), que cubren todo el territorio de la comunidad y, desde allí, derivaciones a otros recursos más especializados cuando es necesario.

¿CÓMO ESTÁN LAS COSAS DESPUÉS DE TRES AÑOS?

Los datos concretos nos dicen que en Castilla y León la aplicación de la Ley de Dependencia se está haciendo bien, con más agilidad que en otras zonas y llegando a la población dependiente con mayor índice de servicios y menor número de prestaciones económicas a familiares para cuidados en el entorno doméstico.

Sería muy prolijo transcribir los datos que ponen de manifiesto esta realidad así como la evolución en el tiempo de las solicitudes, dictámenes, prestaciones concedidas, etc. tanto a nivel estatal como por comunidades y la rela-

ción entre unas y otras, dado además la modificación mes a mes que se produce. Además todo ello está al alcance de los profesionales en las páginas web del IMSERSO y de la Junta de Castilla y León. Del conjunto de datos hasta diciembre de este año, hay dos que pueden ser importantes para orientar el trabajo de los profesionales.

En primer lugar, la existencia de un mayor nivel de personas con reconocimiento de dependencia en Castilla y León (2,93% sobre el total de los castellanos leoneses)² sobre la media del total nacional (2,90%), parece que debería ser lógico debido al envejecimiento de la población en esta Comunidad. Sin embargo este dato se queda muy atrás si se compara con los de otras comunidades, en algunos casos no tan envejecidas, donde el reconocimiento de dependencia alcanza porcentajes superiores al 3,6% sobre su población, como es el caso de Castilla la Mancha, Cantabria y el País Vasco, llegando incluso a superar el 4% en Andalucía y La Rioja y puede estar poniendo de manifiesto una cierta dificultad para hacer llegar este reconocimiento a sectores poblacionales alejados de los circuitos de los servicios sociales o sanitarios públicos. Aunque otra lectura pudiera ser la derivada de la diferencia entre el nivel estatal y el castellano leonés de las personas con reconocimiento de dependencia moderada (Grado I o sin grado) claramente a la baja en Castilla y León, que parece indicar que las solicitudes realizadas en esta zona, están mejor orientadas, ateniéndose a los que efectivamente pueden obtener ahora prestaciones debido a su mayor nivel de dependencia, derecho que no será efectivo para los dependientes moderados Grado I, hasta 2011. En cualquier caso sería bueno verificar las auténticas causas del desfase para poder actuar en consecuencia.

En segundo lugar y respecto de las prestaciones económicas es importante saber que hay de dos tipos: las vinculadas a la compra de servicios en el mercado privado, por ejemplo plazas de residencia, y las llamadas "para cuidados en el entorno" que remuneran a cuidadores familiares que mantienen a las personas dependientes en sus domicilios. Esta última, que la ley señalaba como excepcional, se ha convertido en la mayoritaria, dado que en ella confluyen por una parte la preferencia de las familias y por otra el bajo coste para la administración que supone la misma. Datos a nivel estatal recogen que en regiones como Murcia y Baleares esta prestación es la concedida a más del 70% de los solicitantes.

Sin embargo, la diferencia entre ambas prestaciones económicas es importante. Mientras que la prestación vinculada puede ser una buena herramienta para ofrecer servicios profesionales de calidad, creando empleo, lo cual era un objetivo indirecto de la ley, pagar al cuidador familiar no siempre garantiza los cuidados necesarios al dependiente, ni se emplea para descargar al cuidador y cuando esto se hace, en muchos casos es a costa de empleo precario de terceras personas.

Es verdad que ambas prestaciones necesitan un serio control de las Administraciones Públicas, pero es evidente que es más fácil controlar los centros que saber lo que pasa en el interior de las familias. Una vez más el papel de los profesionales sanitarios de los EAP es fundamental en la detección de posibles disfunciones o abusos que puedan observarse por los profesionales en beneficio de las personas dependientes. Es en este terreno del seguimiento de las prestaciones por dependencia en el domicilio, donde los planes de intervención conjuntos entre los servicios sociales y los sanitarios a través de los Equipos de Coordinación de Base sociosanitarios, tienen su mejor plataforma para afrontar aquellos casos más complejos y en los que las intervenciones individuales son muy difíciles.

BIBLIOGRAFÍA

- Ley 36/2006 de 14 de diciembre de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Ley 18/1988 de 28 de diciembre de Acción Social y Servicios Sociales de Castilla y León.
- Dictámenes periódicos del observatorio para el desarrollo de la ley de "promoción...." publicados semestralmente.

¹ INE: Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situación de dependencia 2008.

² Datos a 1/12/10 web del IMSERSO/SAAD.

LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA: UNA ESTRATEGIA NECESARIA EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS MAYORES

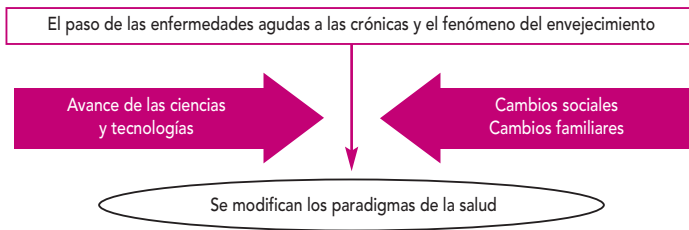
Cristina Rodríguez Caldero. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

INTRODUCCIÓN

La sociedad española ha experimentado en los últimos años profundos cambios demográficos, sociales y culturales, generándose nuevas demandas que precisan una respuesta adecuada. El fenómeno de la dependencia, consecuencia de una mayor esperanza de vida, pero sobre todo debido al incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas y de las discapacidades, es sin duda un reto principal.

La prevención de la dependencia, la detección precoz de las nuevas situaciones de necesidad y su inmediato tratamiento han de ser objetivos fundamentales en los planes de salud y en todas las políticas a fin de proporcionar la mejor calidad asistencial, con mayor trato humanizado, en el marco de un sistema con los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, dentro de una financiación sostenible.

LA NECESIDAD DE COORDINACIÓN ENTRE LOS SERVICIOS DE SALUD Y LOS SERVICIOS SOCIALES



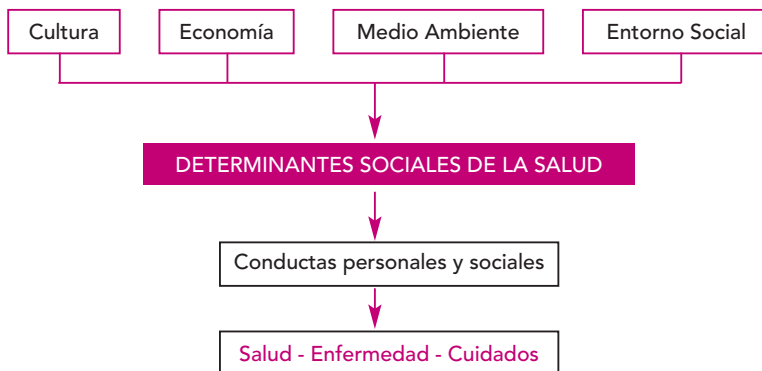
LOS NUEVOS PARADIGMAS DE LA SALUD

El paso de las enfermedades agudas a las crónicas junto al incremento de las personas mayores y el avance de todas las ciencias incluidas las de la salud, las innovaciones tecnológicas y las comunicaciones, así como los importantes cambios sociales relacionados con los movimientos migratorios, el urbanismo y las nuevas formas de convivencia; están modificando muchos conceptos relacionados con la salud.

En muy pocos años se ha pasado de una asistencia hospitalocentrista a la atención primaria (AP) y de una concepción clínica y biologicista, al concepto epidemiológico y social de la salud. Ya no se tratan episodios biográficos aislados como una diabetes o un cáncer, sino que se atienden ciclos vitales como la infancia o la ancianidad; y de una asistencia centrada en la atención se llega a la inclusión en la Cartera de Servicios de actividades de prevención y de promoción de la salud. El objetivo del sistema era la accesibilidad, pero hoy es fundamental además, la sostenibilidad, y los pacientes que demandaban una asistencia científica hoy reclaman humanización y acción. Así mismo se ha evolucionado de la prescripción facultativa, a la decisión compartida con el paciente y de la importancia exclusiva del curar al cuidar, que ha transformado el proceso de salud-enfermedad, en otro mucho más complejo que comprende la salud, la enfermedad y los cuidados.

LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El informe Lalonde de 1974 puso de manifiesto que el principal determinante de la salud era el estilo de vida, sin embargo hoy nadie duda que la salud de las personas depende sobre todo de su situación económica, de la cultura, del medio ambiente y del contexto social donde desarrollan su vida, es decir de los llamados determinantes sociales de la salud, que causan graves desigualdades entre países y entre las regiones de un mismo país.



Los médicos de familia no podemos cambiar las condiciones de vida de los pacientes. El ámbito de actuación al alcance de los profesionales de AP, está en el nivel de las conductas que constituyen el estilo de vida, pero para que el trabajo sea efectivo y consiga sus objetivos, hay tener presente los determinantes sociales de las personas. Estas premisas parecen obvias, pero claramente se han olvidado cuando entregamos una tabla de ejercicios a un anciano que casi no puede leer en lugar de enseñarle a realizar el ejercicio hasta que lo aprenda, o si pensamos que alguien toma correctamente la medicación porque acude puntualmente a por las recetas.

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD ¿ES SUFICIENTE?

Una atención integral supone la asistencia a la esfera física, psíquica y social, incluyendo actividades de curación, prevención y promoción de la salud, en los individuos, las familias y la comunidad; una atención prestada con equidad y de forma accesible y universal, durante todo el ciclo vital. Después de 30 años intentando cumplir este ideario, al reflexionar sobre la situación actual de una AP que es más necesaria que nunca, llegamos a la conclusión de que no sabemos hacerlo todo, que no podemos realizarlo solos y que no tenemos tiempo para abarcarlo todo. Cada vez está más claro que solo si nos coordinamos con los servicios sociales, con los familiares de los enfermos y con otros sectores de la población, lograremos nuestros objetivos de salud, hecho que se hace especialmente patente en la atención a la dependencia, a la discapacidad y en el trastorno mental grave.

Sabemos que la dependencia no está ligada a la edad, sino a la enfermedad, pero el porcentaje de dependencia es muy superior en los mayores de 65 años, de ahí que una buena atención a los adultos con enfermedades crónicas y actividades para la promoción de un envejecimiento saludable, van a prevenir en gran medida, la situación de dependencia. Además los estudios demuestran que la polimedición, las caídas, las demencias, la incontinencia urinaria, la malnutrición, una mala visión y la hipoacusia, son factores de riesgo de dependencia en las personas mayores y que una valoración geriátrica global que incluya aspectos físicos, cognitivos, afectivos, sociales y sensoriales, es imprescindible para describir, monitorizar, detectar y predecir la dependencia, pero ¿las intervenciones preventivas en el ámbito de la comunidad son efectivas para preservar la independencia de los ancianos? En el estudio de Beswick et al. realizado en 97.984 personas con 65 y más años, de diferentes países del mundo desarrollado, no se observaron beneficios para ningún tipo de intervención aislada, mientras las intervenciones combinadas reducían el riesgo de institucionalización, de cuidados domiciliarios de enfermería, de caídas y de hospitalización, aunque no modificaron la mortalidad.

LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA INTEGRADA COMO UN TODO

Cuando las personas necesitan de forma simultánea o sucesiva de los servicios de salud y de los servicios sociales, estos deben darse integrados y coordinados como un todo, siendo misión de los profesionales atender las necesidades de los usuarios y facilitar la asistencia; objetivo que no es fácil de cumplir en la práctica habitual, por muchos motivos:

- Los servicios de salud no funcionan igual que los servicios sociales. Hay un único Sistema Nacional de Salud con una Ley General de Sanidad para todos, frente a la diversidad organizativa de los Servicios Sociales que son competencia de las Comunidades Autónomas y carecen de una ley básica.

¿Las intervenciones preventivas en el ámbito de la comunidad son efectivas para preservar la independencia de los ancianos?

No se observaron beneficios para ningún tipo de intervención aislada.

Las intervenciones combinadas reducen el riesgo de institucionalización, de cuidados domiciliarios de enfermería, de caídas y de hospitalización, pero no modifican la mortalidad.

RECOMENDACIONES PARA LA PRÁCTICA

Las intervenciones combinadas, es decir, los programas sociosanitarios, pueden facilitar que las personas mayores vivan más seguras e independientes. Como no se identificaron intervenciones que fuesen significativamente mejores que otras, se recomienda adaptar la intervención combinada a las necesidades y preferencias de las personas.

Beswick AD, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Gooberman-Hill R, Jeremy Horwood J, et al.
Lancet 2008; 371: 725-735

- Existe una cartera de servicios sanitarios garantizados en todo el Estado, pero las prestaciones sociales no son homogéneas en los diferentes territorios, salvo los relacionados con la dependencia.
- El sistema de financiación es diferente, pues los usuarios reciben asistencia sanitaria sin desembolso, mientras aportan un copago por los servicios sociales que varía en función de su situación socioeconómica.
- No hay coincidencia en los territorios¹. En Atención Primaria, las Zonas Básicas de Salud no suelen coincidir con las zonas de los Centros de Acción Social (CEAS) ni con las zonas de los Equipos de Salud Mental (ESM) y en Atención Especializada, tampoco coinciden las Áreas de Salud con el ámbito geográfico de las Gerencias Territoriales de Servicios Sociales (GTSS).

El modelo de coordinación sociosanitaria de Castilla y León proporciona continuidad de cuidados, mediante una atención con estructura y con método. Teniendo en cuenta la realidad sociodemográfica, que ha hecho de nuestra región, un hábitat rural disperso y poco denso, con desigual distribución de los recursos, es clave el papel de los sanitarios para:

- Captar a la población con necesidades sociales.
- Realizar informes clínicos y de necesidad de cuidados, de utilización conjunta.
- Participar en la valoración conjunta de las personas para el establecimiento de planes de intervención coordinados.
- Colaborar en el seguimiento de pacientes con problemas sociosanitarios.
- Realizar propuestas de mejora sobre procedimientos y recursos.

La coordinación abarca a los profesionales asistenciales de los servicios de salud y de los servicios sociales, pero también a las estructuras gestoras y directivas y se expresan como fruto de acuerdos políticos en los Planes Sociosanitarios de la Junta de Castilla y León.

Algunos ejemplos de coordinación sociosanitaria son:

- **Mejora de procedimientos** como el informe médico único para todas las prestaciones del sistema de servicios sociales.
- **El protocolo de las actuaciones** de las enfermeras de los EAP cuando aplican el Baremo de Valoración de Dependencia (BVD).
- **Valoración del riesgo social al ingreso en el hospital** para ofrecer una continuidad de cuidados al alta. Actualmente en Salamanca están llevando a la práctica de forma multidisciplinar, un protocolo que recibió el premio de Diario Médico a las mejores ideas en gestión en 2009.
- **Creación de procesos integrados de atención.** El "Proceso de detección precoz y atención a la hipoacusia infantil" se puso en marcha en 2004 para toda la Comunidad Autónoma. Otros ejemplos son, el "Proceso integrado de atención sociosanitaria a personas con trastornos mentales" y el "Proceso de atención a personas dependientes" que integra el plan individual de atención (PIA) de los servicios sociales con el plan de cuidados en el domicilio, de los servicios de salud.

- **Desarrollo de recursos que prestan atención integral**, convergiendo dos sistemas que suman sus responsabilidades, como los centros residenciales para personas con enfermedad mental. En este sentido en 2009 se puso en marcha la Minirresidencia de Toro (Zamora), estando previsto este recurso en todas las provincias de Castilla y León.

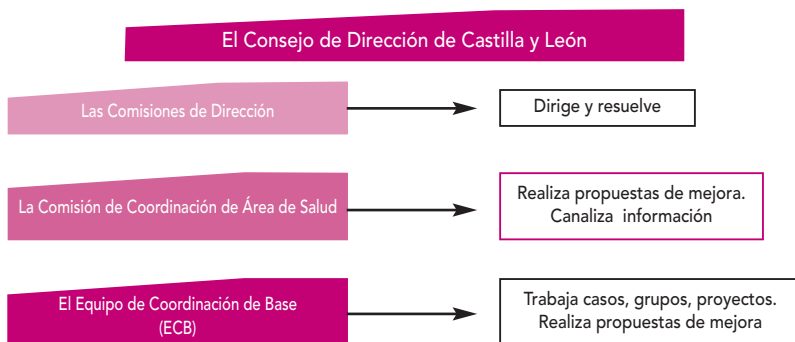
LAS ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA EN CASTILLA Y LEÓN

Constituyen el armazón que hace posible el desarrollo de un modelo de atención compartido entre varias organizaciones.

El I Plan Sociosanitario de 1998, preveía una estructura de coordinación, formada por órganos procedentes de representaciones sanitarias y sociales, a nivel regional y de las áreas de salud. Las Estructuras de Coordinación Sociosanitaria en Castilla y León fueron creadas según el Decreto 74/2000, para dar cumplimiento a las previsiones del Plan, pero también crea una estructura estable para superar el histórico funcionamiento en paralelo de los sistemas sanitarios y los de acción social.

En 2003, el II Plan Sociosanitario marca entre sus objetivos la búsqueda y la potenciación de la coordinación sociosanitaria y se crean, El Consejo de Dirección, las Comisiones de Coordinación de Área (CCSS) y los Equipos de Coordinación de Base (ECB). Estas estructuras son el referente en su ámbito territorial para la coordinación de actuaciones entre el Sistema de Acción Social y el Sistema de Salud, además de favorecer la participación y el contacto con ONG, asociaciones y otras entidades relacionadas.

LAS ESTRUCTURAS DE COORDINACIÓN (Decreto 74/2000 y 49/2003 de 24 de Abril)



Actualmente hay 10 CCSS en toda la Comunidad formadas por técnicos y gestores intermedios que asesoran y realizan propuestas de mejora a la dirección y apoyan a los ECB. Para su funcionamiento:

- Tienen un Coordinador y un Secretario
- Se reúnen periódicamente
- Realizan el seguimiento y análisis de propuestas de los ECB, a través de la tutorización de estos.
- Informan, completan o inician propuestas a las Comisiones de Dirección, mediante la constitución de grupos de trabajo.
- Fomentan y organizan actividades conjuntas de formación y divulgación de experiencias y buenas prácticas.

Los 187 ECB actuales dan cobertura a toda la población de Castilla y León. Es un mecanismo formal de relación entre los profesionales de los CEAS y de los equipos de atención primaria (EAP) que prestan servicios sociales o sanitarios directos al ciudadano, aunque las demarcaciones territoriales de los diferentes grupos profesionales no suelen coincidir, lo que supone un serio problema para la práctica. Cuando el caso lo requiere pueden participar profesionales de los equipos de salud mental (ESM) y otros invitados que procedan.

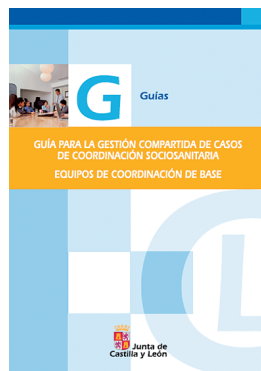
- Mantienen reuniones periódicas de las que informan a la Comisión correspondiente.
- Gestionan casos complejos que requieren prestación simultánea o sucesiva de ambos servicios.
- Intercambian información sobre los recursos sanitarios y sociales de la zona para encontrar soluciones a problemas concretos.
- Realizan conjuntamente actividades educativas a grupos, según las necesidades detectadas en la zona: enfermedades crónicas, cuidadores, personas mayores, mujeres inmigrantes, adolescentes, etc.
- Participan en actividades comunitarias con el sector educativo, deportivo, asociaciones y otras de interés para la promoción de la salud, el bienestar social y la mejora de la calidad de vida.

¿POR QUÉ LA GESTIÓN POR PROCESOS?

Es la metodología de trabajo de los programas y actividades de coordinación sociosanitaria en Castilla y León, porque permite realizar un trabajo integrado entre los servicios sociales y los de salud, produciéndose una sinergia que aumenta mucho la eficacia y la eficiencia de los servicios que cuando se prestan de forma independiente.

La Guía de Gestión de Casos, es la herramienta que utilizan los ECB para gestionar los casos sociosanitarios de especial complejidad. Comprende las fases siguientes:

- 1.- Captación del caso realizada por profesionales de CEAS o del EAP.
- 2.- Valoración conjunta, detectando las necesidades y problemas de la persona individual (la guía no está diseñada para atender familias, ni grupos).
- 3.- Plan de intervención consensuado con asignación de tareas a los diferentes miembros del ECB.
- 4.- Seguimiento del caso por todo el equipo
- 5.- Cierre de la guía, cuando se consiguen los objetivos, la persona trasladada su domicilio a otra zona o si fallece.



FUTURO DE LA COORDINACIÓN SOCIO SANITARIA

Mientras el II Plan Sociosanitario articulaba la coordinación entre los servicios de salud y sociales en torno a cuatro líneas estratégicas, el III Plan tiene que avanzar en el modelo, con objetivos ambiciosos, según los principios de:

- Atención integral centrada en la persona.
- Continuidad de cuidados mediante la coordinación entre niveles asistenciales y entre los sectores sanitario y social.
- Igualdad y equidad con perspectiva de género.
- Accesibilidad a los recursos
- Calidad de la atención.

Toma como referencia la normativa estatal y la de Castilla y León:

- Ley 14/1986 General de Sanidad.
- Ley 16/2003 de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.
- Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia.
- Real Decreto 1030/2006 que establece la Cartera de Servicios Comunes del Sistema Nacional de Salud.
- Plan Estratégico del Sistema de Acción Social. Castilla y León 2005.
- III Plan de Salud de Castilla y León de 2008.
- Ley de Ordenación del Sistema de Salud de Castilla y León 2010.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS DEL III PLAN SOCIO SANITARIO DE CASTILLA Y LEÓN

- 1.- Atención a las personas dependientes en el domicilio familiar.
- 2.- Atención a las personas que están en centros residenciales.

- 3.- Atención a colectivos en situación de vulnerabilidad.
- 4.- Potenciar y desarrollar la coordinación sociosanitaria.
- 5.- Comunicación y sistemas de información.
- 6.- Formación conjunta de los profesionales y desarrollo de la investigación.

CONCLUSIÓN

La coordinación sociosanitaria es una estrategia para implantar, desarrollar y evaluar la planificación en materia sociosanitaria. Surge de la necesidad de impulsar la corresponsabilidad, la participación y la cooperación entre las administraciones y, los pacientes y sus familias. El modelo adoptado en Castilla y León, se basa en la coordinación entre dos redes asistenciales autónomas, los servicios sociales y los servicios de salud. Por tanto no existen servicios, recursos o centros sociosanitarios, sino recursos de cada sistema de atención, que mediante acuerdos dan prestaciones sociales y sanitarias integradas.

Aportaciones de la Coordinación Sociosanitaria

A LA ATENCIÓN	A LA INTERVENCIÓN
EFICACIA garantiza la continuidad de cuidados y de las actividades	RIGOR METODOLÓGICO la gestión por procesos
SOSTENIBILIDAD optimizando servicios y recursos	INTEGRALIDAD se cura pero también se cuida, se inserta y se socializa
CONOCIMIENTO de lo que se necesita, como y donde	ROMPE LA ASISTENCIA BIOLÓGICISTA se asiste pero también se intenta modificar la situación
	EFFECTIVIDAD mejores resultados en adherencia terapéutica y prevención de complicaciones

BIBLIOGRAFÍA

- III Plan de Salud Castilla y León. Consejería de Sanidad. Valladolid 2008.
- Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte dos. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 2004
- Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria (PACAP). Disponible en www.pacap.net
- Portal sobre desigualdades en salud. Disponible en <http://www.health-inequalities.org>
- Informe sobre la salud en el mundo 2008: La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca. OMS, 2008.
- Rodríguez C. Experiencia de intervención comunitaria ¿qué podemos aprender? Formación Acreditada On-line. El Médico 23-30, 2009.
- II Plan Sociosanitario de Castilla y León. Consejería de Sanidad. Valladolid 2003.

¹ En Castilla y León hay 245 EAP, 189 CEAS y 36 ESM. Así mismo existen 9 GTSS de ámbito provincial y 11 Áreas de Salud: Ávila, El Bierzo, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid Este, Valladolid Oeste y Zamora.

PREVENCIÓN Y ATENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Emiliano Rodríguez Sánchez. Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

DEFINICIÓN DE DEPENDENCIA

Hay diversas definiciones de dependencia según en qué contexto se trate. La octava de las nueve acepciones con las que se define en el Diccionario de la Lengua Española (www.rae.es) aparece definida como: "Situación de una persona que no puede valerse por sí misma". El Libro Blanco de la Dependencia dedica todo un capítulo a la exposición del concepto de dependencia y la Ley 39/2006 (Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia) lo hace en el artículo 2. El Consejo de Europa (Oslo, 2000) la define como «la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida diaria». La dependencia puede entenderse, como el resultado de un proceso que se inicia con la aparición de un déficit en el funcionamiento corporal como consecuencia de una enfermedad o accidente. Este déficit comporta una limitación en la actividad y, cuando esta limitación no puede compensarse mediante la adaptación del entorno, provoca una restricción en la participación que se concreta en la necesidad de ayuda de otras personas para realizar las actividades de la vida diaria (ABVD). Según la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIF-2001) de la OMS, el concepto de "discapacidad" se refiere a los aspectos negativos de la interacción entre un individuo con una determinada "condición de salud" y sus factores contextuales (ambientales y personales). Se recomienda utilizar en lugar del término "discapacidad" de forma genérica, ya que incluye déficit, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación.

Así pues, es fundamental identificar cuales son las dificultades que presenta una persona con discapacidad para adecuar el entorno o facilitar las ayudas técnicas necesarias que aminoren la posible dependencia de terceras personas. La identificación de las principales dificultades, deben clasificarse para asociarlas a productos específicos, lo que facilitará la consulta en catálogos y encontrar el instrumento más adecuado. En la tabla 1 se muestran clasificadas las principales dificultades que presentan los mayores en la tabla 2 la clasificación de las ayudas técnicas según la ISO (norma 9999). Entre los numerosos catálogos disponibles y cabe destacar el CEAPAT, por su permanente actualización.

Tabla 1. Principales dificultades que presentan los mayores para realizar Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD).

- Abotonarse la ropa, atarse los zapatos, ponerse medias o calcetines por falta de movilidad y destreza, así como por problemas de equilibrio.
- Las pequeñas reparaciones domésticas, el cuidado de la casa o su limpieza pueden resultar muy incómodas para algunas personas mayores.
- La lectura de las etiquetas e instrucciones de productos suele presentar dificultad.
- Suele ser un problema alcanzar, transportar o recoger objetos, bien porque están muy altos, bien porque están muy bajos.
- La dificultad para memorizar funciones de electrodomésticos o la falta de destreza para su uso, hace que el uso de estos productos sea menor y muchas veces exista un alto porcentaje de fallos en las tareas relacionadas.
- El tamaño de los sofás, las camas, armarios y la profundidad de las neveras son problemas importantes.

Actualmente, disponemos de datos recientes sobre discapacidad más próximos a la realidad nacional de los que existían cuando se promulgó la Ley 39/2006, gracias principalmente a que el INE (Instituto Nacional de Estadística), con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social y el sector de la Discapacidad, llevó a cabo durante 2008 la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008). Según los datos de EDAD-2008, más de 2,5 millones de personas con discapacidad (el 71,4%) reciben algún tipo de ayuda técnica personal o ambas. Las mujeres son las que proporcionalmente acceden a más ayudas: el 75,4% frente al 65,3% de los varones. Especialmente importante es el nivel de acceso a las ayudas del grupo que tiene un mayor grado de severidad: 1,8 millones de personas se ven limitadas totalmente para realizar alguna de sus actividades sin ayudas. De ellas, el 88,9% recibe algún tipo de ayuda.

Tabla 2.- Clasificación de las ayudas técnicas según la ISO (norma 9999)

1. Ayudas para terapia y entrenamiento (bipedestadores, jeringuillas, respiradores, vibradores, medias antiedema, cojines para prevenir daños por presión, etc.)
2. Las ortesis y exoprótesis (plantillas, calzado ortopédico, ortesis cervicales, ortesis de rodilla, articulaciones de codo, prótesis de mano, prótesis de mama, férulas, etc.)
3. Ayudas para la protección y el cuidado personal (baberos, calcetines de muñón, dispositivos antideslizantes para zapatos, cánulas, alzas para inodoro, abotonadores, etc.)
4. Ayudas para la movilidad personal (bastones, muletas, andadores, coches especiales, sillas de ruedas, grúas de transferencia, adaptadores para automóviles, etc.)
5. Ayudas para las tareas domésticas (básculas, avisadores de cocina, peladores de patatas, cepillos para lavar vajilla, cubiertos adaptados, adaptadores de agarre, etc.)
6. Mobiliario y adaptaciones del hogar y otros edificios (mesas ajustables, atriles, lupas con luz, elevadores para sillas, barras y asideros de apoyo, dispositivos de apertura y cierre de puertas, etc.)
7. Ayudas para la comunicación, información y señalización (lentes de contacto, filtros de luz, sistemas de comunicación cara a cara, teléfonos de texto, equipos para escritura Braille, audífonos, etc.)
8. Ayudas para la manipulación de productos y mercancías (sistemas de control remoto, pulsadores, pedales, soportes de apoyo, ayudas para asir objetos, ayudas para transportar, etc.)
9. Ayudas y equipamientos para la mejora del entorno (humidificadores, ayudas e instrumentos para medir la presión, ayudas para reducir el ruido, dispositivos de seguridad, etc.)
10. Ayudas para el ocio y el tiempo libre (programas informáticos para dibujo y pintura, juguetes, instrumentos musicales, etc.)

Actualmente, disponemos de datos recientes sobre discapacidad más próximos a la realidad nacional de los que existían cuando se promulgó la Ley 39/2006, gracias principalmente a que el INE (Instituto Nacional de Estadística), con el apoyo del Ministerio de Sanidad y Política Social y el sector de la Discapacidad, llevó a cabo durante 2008 la Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD-2008). Según los datos de EDAD-2008, más de 2,5 millones de personas con discapacidad (el 71,4%) reciben algún tipo de ayuda técnica personal o ambas. Las mujeres son las que proporcionalmente acceden a más ayudas: el 75,4% frente al 65,3% de los varones. Especialmente importante es el nivel de acceso a las ayudas del grupo que tiene un mayor grado de severidad: 1,8 millones de personas se ven limitadas totalmente para realizar alguna de sus actividades sin ayudas. De ellas, el 88,9% recibe algún tipo de ayuda.

De los diferentes tipos de discapacidades, son de gran relevancia los que afectan a las ABVD, ya que están relacionadas con la dependencia. El número de estas personas alcanza los 2,8 millones y supone el 6,7% de la población. La mitad de ellas no pueden realizar la actividad si no reciben algún tipo de ayudas; el 81,7% de estas personas las recibe, lo que les permite rebajar sensiblemente la severidad de sus limitaciones y reducir el porcentaje de las que tienen un grado total de discapacidad en las ABVD. Incluso 338.900 personas llegan a superarlas.

En 2008, se estima que hay 3,85 millones de personas residentes en hogares que afirman tener discapacidad o limitación (Figura 5.1). Esto supone una tasa de 85,5 por mil habitantes. Para las personas de 65 o más años, la tasa de discapacidad se sitúa en 89,7 por mil habitantes (Figura 5.2). La mayor tasa de discapacidad se da en Galicia (112,9 por mil habitantes), seguida de Extremadura (109,9) y Castilla y León (108,6). La Rioja presenta la tasa más baja junto con Cantabria (61,6 y 70,0 por mil habitantes respectivamente).

DEPENDENCIA Y EDAD

Según datos de EDAD-2008, los principales problemas de salud que padecen las personas que requieren algún tipo de asistencia debido a la pérdida de la autonomía son, en primer lugar, las enfermedades crónicas, seguidas de las discapacidades físicas derivadas de las lesiones acaecidas durante el ciclo vital y las discapacidades físicas y psíquicas como consecuencia de anomalías congénitas. En consecuencia, la dependencia recorre toda la estructura de edades de la población. No se puede circunscribir por ello el fenómeno de la dependencia al colectivo de las per-

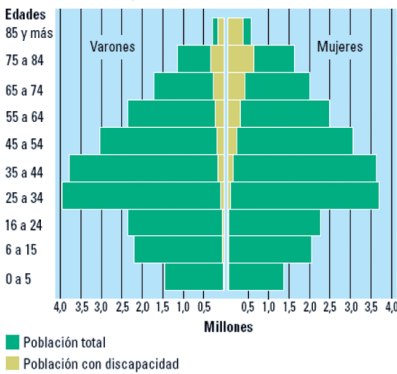
Pirámides de población

Figura 5.1. Personas con discapacidad en España, según sexo y edad.
Fuente INE,2008

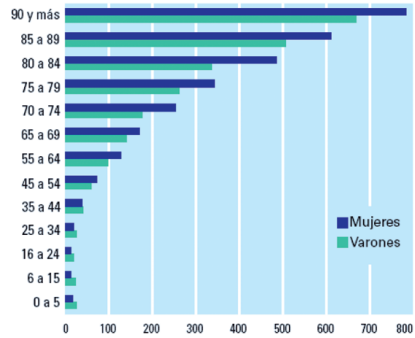
**Personas con discapacidad
(Tasas por mil habitantes)**

Figura 5.2. Tasas de discapacidad por mil habitantes en España.
Fuente INE,2008

sonas mayores, aun cuando sean éstas las que con más intensidad se ven afectadas. Puede estar presente desde el nacimiento, desencadenarse a consecuencia de un accidente o de una enfermedad aguda en la infancia, la juventud o la vida adulta o, más frecuentemente, ir apareciendo a medida que las personas envejecen, como consecuencia de enfermedades crónicas. La deficiencia más frecuente es la osteoarticular, pero gracias a que sólo el 42 % de las personas con esta deficiencia tiene discapacidad, la deficiencia que causa mayor número de discapacidades por persona es la enfermedad mental: 11,6 frente a las 8,7 de media que tienen las personas con discapacidad.

Es evidente que existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad (Figura 5.2). Hay que tener en cuenta que el proceso acelerado de envejecimiento de nuestra población está dando una dimensión nueva al problema, tanto cuantitativa como cualitativamente, al coincidir con cambios profundos en la estructura social de la familia y de la población cuidadora. Todo ello hace de la dependencia una carga que es a la vez social y familiar, y al mismo tiempo abre un nuevo campo de intervención que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social.

Además esta situación exige tener en cuenta la fuerte interrelación entre el ámbito social y el sanitario, lo que ha dado lugar al concepto de «espacio socio sanitario». Como se ha desarrollado en el capítulo previo, a este respecto, cabe destacar que la asimetría existente actualmente entre los servicios sanitarios y los sociales es precisamente una de las dificultades más significativas para lograr la atención adecuada a las personas con dependencia, pues mientras la sanidad constituye un servicio de carácter universal y gratuito como derecho legal para todos los ciudadanos (Ley 14/1986), los servicios sociales públicos han tenido un carácter graciable y un desarrollo muy desigual ya que no se incluyeron en el catálogo de prestaciones del SNS hasta la Ley 16/2003. Organizar y coordinar ambos tipos de servicios es esencial para proporcionar una respuesta integral y eficaz. Un ejemplo de la necesaria colaboración multidisciplinaria es la participación en los programas de los mayores que viven aislados (sobre todo los mayores sin techo) y los que sufren malos tratos. La propia naturaleza del objeto de la Ley de la dependencia requiere un compromiso y una actuación conjunta de todos los poderes e instituciones públicas y establece una serie de mecanismos de cooperación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, entre las que Castilla y León ocupa un lugar de participación destacado.

LA DEPENDENCIA PUEDE NO APARECER

La principal preocupación de las personas mayores y de sus familias a medida que envejecen es la salud, y lo es por sus consecuencias en términos de dependencia, causa fundamental de sufrimiento y de mala autopercepción

de salud. La OMS recomienda medir la salud en las personas mayores en términos de función, y más concretamente en términos de pérdida de función. De hecho las personas mayores presentarán un mejor o peor nivel de salud en relación a la situación funcional, es decir, en relación al mayor o menor grado de discapacidad o de dependencia.

A pesar de que el riesgo de padecer alguna discapacidad aumenta con la edad, el envejecimiento no está relacionado directamente con el aumento de las personas discapacitadas, ya que las ganancias en esperanza de vida logradas en las últimas décadas han ido vinculadas a mejoras en el estado general de salud y bienestar de la población.

Lo que ha sido un logro para la humanidad, alcanzar más años de vida, no puede convertirse en un problema. Un hecho importante que hay que tener presente es que la dependencia puede también no aparecer, y de hecho en muchos casos no aparece aunque la persona haya alcanzado una edad muy avanzada.

Existen datos significativos que ponen de manifiesto lo mucho que pueden hacer los mayores. Un hecho relevante es que el 44% de las personas mayores realiza algún tipo de actividad de ayuda, bien entre miembros de su generación o bien de carácter intergeneracional. La *ayuda intrageneracional* se centra sobre todo en los respectivos cónyuges (60%), pero también se comienza a observar un aumento de actividad cuidadora hacia los padres y madres de estas personas, nonagenarios en la mayoría de los casos, evidente consecuencia del aumento de la esperanza de vida (y las abuelas esclavizadas por el cuidado de nietos; abuelos pilar de la economía familiar de hijos y nietos). Tampoco es baladí el papel que las personas mayores realizan como protagonistas de los *espacios de ocio*. Infancia y vejez se dan la mano para las actividades más lúdicas.

Los mayores juegan también un papel destacado en el *voluntariado*, si bien tal como está establecido en la actualidad, motiva a un reducido número de mayores. Pero han de divulgarse iniciativas como las de la Asociación SECOT (www.secot.org) que ofrecen asesoramiento empresarial gratuito a través de sus miembros, profesionales cualificados jubilados o prejubilados. El individuo se jubila de la obligación de trabajar para recibir una contraprestación, pero como ser social sigue activo. Los individuos satisfactoriamente ocupados mejoran su salud, su longevidad, su contribución social y su calidad de vida.

LA PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Para prevenir la dependencia, según la OMS, es necesario fomentar el envejecimiento activo y que los sistemas sanitarios adopten una perspectiva del ciclo vital orientado a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el acceso equitativo a la asistencia sanitaria, y un enfoque equilibrado de los cuidados de larga duración.

Desde el punto de vista sanitario, se puede intervenir en la prevención de la dependencia promoviendo los tres pilares básicos:

1.- **Asegurando el tratamiento precoz de las enfermedades crónicas:** es muy importante la relación entre detección precoz de la pérdida de funcionalidad incipiente y las posibilidades de reversibilidad o entretencimiento de su progresión, cuando hay razonables posibilidades de reversión. Es clave la detección y abordaje de la *“persona mayor en riesgo y frágil”* por lo que han de desarrollarse nuevos métodos apropiados para detectar ancianos con factores de riesgo y que hayan mostrado consistente predicción para la pérdida de función o para padecer eventos adversos de salud. Para maximizar la eficiencia y el efecto beneficioso sobre el paciente, parece justificado individualizar la prevención dedicando tiempo y recursos a aquellas actividades que más probablemente puedan prevenir la morbilidad, dependencia y mortalidad, teniendo en cuenta el estado funcional de la persona.

2.- **La valoración geriátrica integral (descrita en el capítulo 1)**, surge como respuesta a la alta prevalencia en el anciano de necesidades y problemas no diagnosticados, de disfunciones y dependencias reversibles no reconocidas, que se escapan a la valoración clínica. Es importante, pues contribuyen en gran medida a prevenir la dependencia, el correcto abordaje y manejo de los *principales síndromes geriátricos*, cuadros clínicos específicos, y medicación.

3.- Fomentando hábitos de vida saludables.

Otro elemento clave para prevenir la dependencia es mantener hábitos de vida saludables durante toda la vida. La buena noticia es que nunca es tarde para adoptar hábitos de vida más saludables. La dificultad está en que la prevención de la dependencia tiene que ser un esfuerzo de todos, continuo, coordinado y responsable. Los referentes teóricos de nuestra intervención en prevención primaria deberían seguir el modelo de las etapas del cambio de Prochaska. Los profesionales de la salud tenemos una gran responsabilidad como educadores y como promotores de una vida sa-

ludable en todos los ámbitos de trabajo. Debemos impedir que el pensamiento “que no se puede prevenir” lleve a considerar los acontecimientos adversos como “mala suerte”. Nuestra actuación no debe limitarse a vigilar la presencia de situaciones de alarma, o invitar a los mayores a que esperen la aparición de tales síntomas. Especialmente entre los mayores, esperar puede ser el peor de los dolores. No podemos hacerles creer que: “mirar la leche, impide que hierva”.

Gracias a la amplia implantación que ha conseguido SEMFYC en todo el territorio nacional con el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS), puede decirse que la Atención Primaria ya está contribuyendo de forma importante al envejecimiento saludable. Siguiendo el patrón habitual de prevención de la enfermedad el PAPPS nos ha permitido integrar entre las prestaciones habituales de la Atención Primaria las principales actividades que han demostrado alguna eficacia. A ello contribuyen especialmente las sucesivas revisiones de sus indicaciones y en particular la colaboración con numerosas instituciones y sociedades científicas. Fruto de esta colaboración, cabe señalar la celebración de la *Primera Conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud*: prevención de la dependencia en las personas mayores (Madrid, 2007). Los temas fundamentales que se abordan respecto a los mayores son: la polifarmacia, la valoración geriátrica global, incontinencia urinaria, malnutrición, alteraciones de la visión, hipoacusia y algunas recomendaciones específicas sobre las demencias y la salud mental (<http://www.papps.org/recomendaciones>).

También se pone de manifiesto en esta revisión, la escasez de estudios que avalan las intervenciones preventivas en las personas muy mayores, ya que la gran mayoría de las recomendadas en el PAPPS han sido avaladas en grupos de población menores de 70 años. Hay que tener en cuenta que cuando se inició el estudio Framingham, -paradigma de las intervenciones preventivas- la esperanza de vida mundial era inferior a los 50 años e inferior a los 65 en los países desarrollados. Sesenta años después, la esperanza de vida en los países desarrollados ha llegado a los 80 años y ello exige revisar las estrategias de intervención realizadas hasta hoy. Iniciativas como el proyecto PREDICT (Increasing the PaRticipation of the ElDerly In Clinical Trials; www.predictEU.org) y el programa británico de investigación para el incremento de la calidad de vida en la vejez (UK's Growing Older Programme 1999-2005), pueden ser dos referencias importantes en el futuro inmediato para responder a estas deficiencias.

MODELO BIOPSIOSOCIAL EN LA PREVENCIÓN DE DEPENDENCIA

Cuando se interviene en la promoción de la autonomía de las personas, hemos de abandonar el modelo reduccionista del modelo biomédico imperante para explicar la relación salud/enfermedad y seguir el modelo biopsicosocial. Este plantea tres niveles de relación: el nivel biológico (el organismo), el psicológico (la persona) y el nivel social (la relación).

Aún es más importante tener como referencia este modelo si queremos tener en cuenta el desarrollo del ciclo vital orientado a la promoción de la salud. Cuando una familia se ve confrontada con una enfermedad de larga duración o la discapacidad de uno de sus miembros, se produce un impacto emocional que afecta a todos. El Médico de Familia tiene la oportunidad de contemplar el paso sucesivo de las diferentes etapas del desarrollo tanto individual como familiar de sus pacientes y por esta razón ocupa una inmejorable posición en la prevención de problemas clínicos y psicosociales, en el asesoramiento y en la potenciación de cambios conductuales, y en la prestación de ayuda en las crisis transicionales desencadenadas por el cambio de una fase a otra.

Por otra parte, el uso de las nuevas tecnologías ha hecho que surjan nuevos enfoques como la “telegerontología”, que promueve como objetivos importantes minimizar el aislamiento social, facilitar la comunicación, mantenerse conectado con el mundo exterior o aumentar la autoestima. A pesar de que las nuevas tecnologías pueden resultar excesivamente novedosas para las personas mayores, se están ensayando dispositivos de manejo apropiado para ellas. (<http://www.centrolamilagrosa.org>).

LA FAMILIA Y EL CUIDADOR DE LOS MAYORES

Abordar el estudio de la familia como sistema, estructura, sus ciclos vitales (jubilación) y sobre todo estar alerta ante situaciones de fragilidad de la familia ante posibles crisis no previstas, exige llegar a los niveles 4 (evaluación sistemática e intervención planificada.) y 5 (terapia familiar) de la clasificación de los Niveles de desarrollo y participación de Doherty y Baird. Sin duda, la relación habitual que tenemos con los pacientes no suele estar en estos niveles, por lo que un primer objetivo que debemos tener los profesionales de Atención Primaria debe ser mejorar la formación sobre este tema, de tan amplio impacto personal, social y político. Algunas intervenciones en este sen-

tido serán complicadas, pero hay intervenciones relativamente sencillas. Se ha demostrado que la escucha activa dedicada a los familiares de pacientes críticos e irreversibles ayuda a que tengan menos ansiedad y depresión que aquellos a los que se presta la comunicación habitual (Laurette, 2007). Especialmente en Atención Primaria se puede aplicar el efecto terapéutico que tiene la comunicación con los mayores y con sus familiares realizando una escucha activa en numerosas situaciones. Para ello ha de conocerse la importancia que tienen las creencias familiares para estimar la capacidad de hacerse cargo de sus problemas de salud. Ha de diferenciarse las crisis específicas de los diversos ciclos de la vida y sugerir los recursos que fomenten la autonomía de todos los miembros de la familia.

Muchas son las áreas posibles de intervención con las familias, porque muchas son las dificultades con las que puede enfrentarse, según el conjunto de circunstancias que rodean a cada caso y que deberán ser evaluadas de manera individualizada. Identificar las familias disfuncionales mediante el Test APGAR familiar, puede ser una medida apropiada para detectar las personas mayores que están en riesgo de dependencia.

Las familias funcionales son aquellas en las que los roles de todos los miembros están establecidos sin puntos críticos de debilidades asumidas y sin ostentar posiciones de primacía, artificial o asumida, por ninguno de los miembros, y en las que todos colaboran, trabajan, contribuyen y cooperan igualmente y con entusiasmo por el bienestar colectivo. En ocasiones son varios los miembros de la familia los que atienden al familiar dependiente, pero es más frecuente que el peso del cuidado recaiga sobre una sola persona: el cuidador principal.

El cuidado afecta al cuidador de modo significativo en aspectos físicos, psíquicos, sociales, económicos, de sobrecarga de tareas y de dinámica funcional de la familia. Los cuidadores de familiares dependientes deben atender simultáneamente las demandas del cuidado y otras exigencias derivadas de áreas vitales del cuidador como son: el ámbito profesional, tiempo para el ocio, relaciones sociales, deberes del hogar y satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia, como por ejemplo el cónyuge y los hijos. Numerosos estudios han puesto de manifiesto las repercusiones que tiene para el cuidador no sólo la aparición de la enfermedad y la discapacidad en la familia, sino el propio proceso personal del cuidador que transcurre al ir superando los sucesivos problemas del cuidado. Esto ha sido especialmente analizado en los modelos multidimensionales de estrés adaptados al cuidado de personas dependientes y se han sugerido diversas variables interrelacionadas que influyen en este proceso.

A partir de los datos de la EDAD-2008, se conoce que en España, el perfil del cuidador principal es una mujer, de entre 45 y 64 años, que reside en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados. Tres de cada cuatro cuidadores principales son mujeres. Una de las principales razones es que, debido a la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa.

A pesar del claro predominio de las mujeres en el ámbito del cuidado, los hombres participan cada vez más en el cuidado de las personas mayores, bien como cuidadores principales o bien como ayudantes de los cuidadores principales, lo que significa un cambio progresivo de la situación. De entre las mujeres cuidadoras, un 43% son hijas, un 22% son esposas y un 7,5% son nueras de la persona cuidada. En su mayoría están casadas. Según el lugar de residencia, el 78,9% vive en el mismo hogar que la persona a la que presta cuidados; y por nacionalidad, solo el 6,9% de los identificados como cuidadores principales es extranjero.

CONCLUSIÓN

Así pues, se debe definir el perfil genérico del profesional que trabaja con personas mayores y de las competencias que debe reunir. La formación de los Médicos de Familia, no puede quedar fuera de esta corriente y ha de actualizarse en la práctica.

Se debe promover el desarrollo de experiencias innovadoras para la prevención de la dependencia que aborden nuevas iniciativas tanto el diseño y características de los servicios como en los sistemas de gestión. La investigación y la aplicación de sus resultados a la práctica de la planificación y la intervención en el ámbito de la atención a la dependencia deben ser potenciadas de manera significativa.

Los Médicos de Familia, no es imprescindible que seamos expertos en geriatría, sociología, psicología, fisioterapia, etc. Ante el paradigma del envejecimiento activo, se deben desarrollar propuestas para caminar hacia la

interdisciplinaria y promover cambios en los servicios y en el enfoque profesional, para dar paso al rol del médico como “facilitador” de proyectos de vida elegidos y valiosos. Al abordar la prevención de la dependencia en una Atención Primaria que tiene entre sus principios ofertar la atención integral de las personas mayores, hay que tener en cuenta que tanto en los centros de salud como en su entorno, junto a los médicos y enfermeras, se encuentran otros profesionales. En particular merece tener en cuenta a los trabajadores sociales, las unidades de salud mental, las unidades de fisioterapia, terapeutas ocupacionales, etc. que pueden participar en la consecución de estos objetivos.

BIBLIOGRAFIA

- Primera conferencia Nacional de Prevención y Promoción de la Salud. Madrid 15-16 junio de 2007. Prevención de la dependencia en las personas mayores.
- Rolland JS,. Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta de terapia sistémica. Ed Gedisa. Barcelona 200
- Zenarutzabeitia Pikatza, A, Rodríguez Salvador, JJ, López Rey, M. Atención a la Familia. En: Tratado de Medicina de Familia y Comunitaria. SEMFYC.2007.p.:1781-1828.
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I.Márquez , M. y Pérez-Rojo, G. Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para cuidadores de familiares con demencia. Revista de neurologia 2004; 38: 701-8.
- Izal M., Losada A, Márquez M,, Montorio I..Análisis de la percepción de capacitación y formación de los profesionales del ámbito sociosanitario en la atención a los cuidadores de personas mayores dependientes. Rev Esp Geriatr Gerontol 2003;38(4):203-211
- Laurette, A., Darmon, M., Megarbane, B., Joly, L.M., Chevret, S., Adrie, Ch. Et al. (2007). A communication strategy and brochure for relatives of patients dying in the ICU. The New England Journal of Medicine, 365 (5), 469-78.
- Guía de Gestión Compartida de Casos de coordinación sociosanitaria. Equipos de coordinación de base. Junta de Castilla y León, 2007.
- Alan Walker. Programa británico de investigación para el incremento de la calidad de vida en la vejez. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2006;41(Supl 2):49-56.