



COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA Y EVALUACIÓN INTEGRAL EN DEMENCIAS: EL ROL DE LAS ASOCIACIONES DE FAMILIARES DE ENFERMOS DE ALZHEIMER

SOCIAL-HEALTHCARE COORDINATION AND INTEGRAL EVALUATION IN DEMENTIA: THE ROLE OF ALZHEIMER FAMILY ASSOCIATIONS

María Eugenia Domínguez Orozco
Psicogerontóloga

La coordinación de servicios sociales y sanitarios en España es una labor que recientemente ha comenzado a desarrollarse. La adecuación de las demencias en la valoración de la dependencia es una de las cuestiones que se analiza en este artículo, donde se reflexiona sobre la aportación de las asociaciones de familiares en el proceso diagnóstico, la atención asistencial y la provisión de servicios y/o recursos. Se presenta un protocolo de evaluación general para el diagnóstico de demencia y analizaremos la relevancia de la detección temprana de estadios iniciales como el deterioro cognitivo leve. Los profesionales psicólogos podrían ser considerados como agentes facilitadores para los "gestores de casos" en el proceso de las valoraciones y la adjudicación de los servicios.
Palabras clave: Demencia, Diagnóstico precoz, Valoración dependencia, Coordinación sociosanitaria.

The coordination of social and health services in Spain is an undertaking of recent development. The adaptation of dementias in dependency assessments is the main question analyzed in this paper where we take into consideration the contributions made by Alzheimer's disease associations in the diagnostic process, medical care and the provision of resources and services. We present a general assessment protocol for the diagnosis of dementia and we analyze the relevance of initial stages as mild cognitive impairment. Psychologists could be considered to be "case management" providers in the assessment process and the allocation of services.
Key words: Dementia, Early diagnosis, Dependency assessment, Social and health care coordination.

Dentro del paradigma del envejecimiento activo se determina como un objetivo relevante el hecho de establecer diagnósticos tempranos para la prevención de la dependencia y la discapacidad.

A la dependencia se llega por la edad o por sufrir una discapacidad o combinación de ambas condiciones. Independientemente de la causa, la población social a la que afecta tiene dificultades en realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, y se encontrarán más dependientes y serán más vulnerables en la medida en que estén menos desarrollados los servicios sociales y el espacio sociosanitario (Gómez-Jarabo y Peñalver, 2007).

El objetivo de este artículo es analizar la situación de la adecuación de la valoración de las demencias como dependencias, y cuál es la aportación de las asociaciones y el rol del psicólogo en el itinerario de acceso de pacientes con demencia al sistema asistencial sociosanitario.

LA VALORACIÓN DE LAS DEMENCIAS Y SU ADECUACIÓN COMO DEPENDENCIA

La Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

(LAPAD) se ha creado como marco regulador de la provisión de atención sociosanitaria a los colectivos implicados y valorados en función de su gradación (dependencia moderada, severa y gran dependencia) y nivel de severidad. Para realizar las valoraciones fue creado el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) (RD 504/2007 de 20 de Abril) como un instrumento de determinación de la adecuación para recibir prestaciones y servicios.

En el caso concreto de las demencias, se han hecho explícitas ciertas dificultades en la categorización como dependencia, pues no existe identificación de correlatos de equivalencia entre los grados de dependencia y el nivel de severidad fijados en la LAPAD, y el estadiaje cognitivo y funcional que pudiera establecerse en los diferentes tipos, fundamentalmente en los estadios iniciales.

Así, ha sido analizado por Méndez (2007) en su reflexión sobre los aspectos psicológicos de la persona en la clasificación de su situación de dependencia, cuestionándose la falta de valoración de las funciones cognitivas o las dificultades de tipo conductual, de comprensión del entorno social, etc., que podrían impedir el desarrollo de las actividades más básicas, dándole prioridad a la valoración de dificultades físicas. La implicación de estos procesos se han reflejado en el BVD en tareas como "tomar decisiones"; además de puntualizaciones tales como capacidad mental o de iniciativa para realizar actividades y

Correspondencia: María Eugenia Domínguez Orozco. Granja San Juan, 26. 11650 Villamartín. España.
E-mail: medorozco@cop.es



tareas, así como la comprensión de la necesidad de ayuda y la influencia de trastornos de conducta en su valoración o, por ejemplo, la implicación de procesos cognitivos como la orientación espacial en cualquier actividad de movilidad.

No obstante, la valoración del BVD se basa, además de la aplicación del cuestionario propiamente dicho, en la observación directa del desempeño en las tareas y en las condiciones de salud, para lo que el IMSERSO ha elaborado un "Manual de uso para el empleo del BVD", dirigido a profesionales valoradores, como protocolo a seguir, donde se recoge la descripción de todas las tareas a valorar, así como la descripción de los niveles de desempeño, como por ejemplo para la tarea "mantenimiento de la salud" se incluye evaluar el indicador "aplicarse las medidas terapéuticas recomendadas".

A pesar de ello, las dificultades se han ido haciendo patentes y se ha tenido que realizar una modificación del BVD (RD 174/2011, de 11 de Febrero), donde se han introducido mejoras en el baremo para una más adecuada objetivación de la situación y clasificación de grados, en concordancia a la secuenciación temporal de su implantación, evaluada además por la CTVD (Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la Valoración de la Dependencia).

Estos aspectos también han sido reflejados por Rivero y Salvá (2011), los cuales han indicado la presencia de situaciones complejas de categorizar, tales como los casos de deterioro cognitivo o demencias sin diagnosticar, enfermedades con inicio intermitente o aquéllas que cursan con rapidez.

En consecuencia, el equipo de trabajo del Centro de Referencia Estatal Alzheimer-Salamanca ha elaborado guías de orientación para los colectivos de personas con enfermedad de Alzheimer -EA- y otras demencias, trastorno mental grave, con ceguera y deficiencia visual grave, y sordoceguera. En ellas, se han considerado las especificidades y particularidades como soporte técnico de la valoración, teniendo en cuenta: el informe de salud, la entrevista y la evaluación del entorno físico y humano.

Respecto al informe de salud, éste es un documento que se tendría que aportar al realizar la solicitud de reconocimiento de la situación de dependencia, siendo las otras dos cuestiones competencia de los profesionales valoradores. Centrándonos en la guía específica para EA y otras demencias (Sánchez et al., 2011), se incluye una serie de pautas para que los valoradores tengan una mejor orientación a la hora de realizar las entrevistas y visitas domiciliarias a los solicitantes, información relativa a las

demencias (clasificación, diagnósticos, evolución, tratamientos, etc.), sugerencias en cuanto a la interpretación del informe, describiéndose qué test de cribado cognitivo y funcional deberían estar incluidos, y otras aclaraciones.

A continuación se va a describir de forma concreta la aportación en este proceso, de las AFAs (Asociaciones de Familiares de enfermos de Alzheimer y otras demencias), que bien podría asemejarse a las posibilidades de otras organizaciones cuyo colectivo de intervención se encuentren categorizadas en la LAPAD, y que cuentan con sus regulaciones y protocolos.

El abordaje integral en la evaluación: el caso de las AFAs

Desde la sospecha de un posible caso de demencia (percibido principalmente por un familiar) hasta que concretamente ese paciente es diagnosticado y recibe una intervención y/o tratamiento, son varios los agentes implicados en su abordaje, concretamente: a) los familiares, b) los profesionales sanitarios (equipo de Atención Primaria -AP-, y equipo de Atención Especializada -AE-) y sociales, c) las AFAs, d) las administraciones públicas relacionadas, y e) entidades públicas, privadas y/o concertadas prestadoras de servicios.

Como Espinosa, García, Gómez, López y Oliver (2010) han señalado, cada uno de éstos agentes suele manifestar una actitud ante la sospecha de un proceso de demencia, manifestándose a grandes rasgos en situaciones de escasa actuación en la fase inicial, escasa relación entre profesionales de referencia de servicios sociales y de salud de zona, o bien escasa relación entre equipos de atención en salud y las AFAs.

En Andalucía, a través del Plan andaluz de Alzheimer (2007-2010) junto con la CONFEEFA (Confederación andaluza de AFAs) se han categorizado a las AFAs en tres tipos, diferenciando entre servicios básicos (de obligado cumplimiento) y opcionales: a) Tipo III, con servicios básicos de información y asesoramiento, y divulgación y sensibilización y como servicio opcional los grupos de ayuda mutua; b) Tipo II, además de los servicios de la tipo III se gestionarían talleres de psicoestimulación, como mínimo de tres días a la semana, y formación a familiares, voluntarios, etc., y como opcionales la atención psicológica y social individual, y servicio de ayuda a domicilio; y c) Tipo I, ofrece servicios básicos (de Tipo III y II) así como una Unidad de Estancia Diurna, y como opcionales podría ofrecer estancias temporales y/o residencia.

Esta clasificación es válida para otras regiones pues centrarse en los servicios que se prestan conlleva un mayor ri-



gor en los procesos, tanto de intervención como de evaluación de sus usuarios, requiriendo de protocolo de actuaciones con especificaciones de pautas lo más completo posible.

Respecto al diagnóstico de una demencia, se han objetivado potencialidades en relación con el desarrollo de instrumentos o la aplicación de la valoración integral como práctica habitual, y que en este caso pueden verse complementadas, la desarrollada por el equipo de AE (neurología/geriatría) y la de los profesionales en las AFAs.

El protocolo de evaluación utilizado en una asociación está en relación con las estrategias de intervención utilizadas y, por tanto, en relación con los servicios y/o programas que se ejecuten en ella. Específicamente, el abordaje de la evaluación integral está dirigida a dos tipos de usuarios: por un lado, al familiar y/o cuidador principal que demanda la atención y, por otro, a los propios pacientes.

El proceso de evaluación exige una secuencia de obtención de información para poder emitir la orientación gerontológica, así como un diagnóstico clínico y elaborar el plan de intervención individualizado, debiendo encontrarse explicitado en el *protocolo de acogida y adaptación al centro* (Martínez et al., 2008).

En este protocolo se incluirían:

1. La *entrevista inicial* para realizar una primera aproximación al caso e informar sobre las posibilidades de recursos existentes.

Se suele emplear un cuestionario de información sobre el/la usuario/a, de carácter semi-estructurado, elaborado al efecto. Recabando información sobre datos personales, antecedentes familiares, enfermedades y tratamiento farmacológico.

La evaluación se suele completar con el test del informador (TIN) (IQCODE, Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly; original de Jorm y Korten, 1988) como escala de apreciación indirecta realizada a un informador próximo. Es una escala de apreciación indirecta sobre habilidades que han ido deteriorándose y los cambios en el funcionamiento cognitivo del paciente en los últimos 10 años. Una versión breve la podemos encontrar en Forcano y Perlado (2002). En la Tabla 1 encontramos la relación de cuestionarios e instrumentos para una evaluación integral utilizados en una AFA.

En lo referente al abordaje multidimensional de la evaluación en el curso de la enfermedad y la multicomposición en la intervención, se incluye además la evaluación de la sobrecarga de los cuidados para familiares y/o cuidadores principales.

2. La *evaluación integral* de pacientes.

Las áreas de evaluación que deben ser consideradas son la funcional, la conductual y la cognitiva, siendo esta última la más relevante. En este sentido, se recomienda una evaluación neuropsicológica mixta, formada por una batería fija mínima y otra flexible con instrumentos específicos (Pinto, 2007; Pérez, 2012).

Una batería fija mínima incluiría una exploración básica a nivel cognitivo como *screening*, aunque los test breves están diseñados para la detección y cribado de demencia no para su diagnóstico, el cual será una labor clínica basada en criterios DSM-IV-TR o CIE-10 (Villarejo y Puertas-Martin, 2011; Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con EA y otras demencias, 2010).

Boada y Tárraga (2000) han considerado que una de las grandes dificultades diagnósticas de las demencias es la gran diversidad de presentación de los síntomas; por tanto, sería necesario utilizar en el protocolo una batería de tipo breve-intermedia como la subescala cognitiva "CAMCOG" del CAMDEX-R (Prueba de exploración Cambridge para la valoración de los trastornos mentales en la vejez), validada al castellano por López-Pousa (2003). Esta prueba incluye las áreas neuropsicológicas (orientación, lenguaje, memoria, atención/concentración, comprensión lectora, praxis, percepción táctil y visual, cálculo, pensamiento abstracto y curso del tiempo) más importantes, conteniendo criterios para el diagnóstico diferencial y permitiendo incluso clasificar el grado de severidad del deterioro. Consecuentemente, debemos averiguar qué habilidades cognitivas han cambiado y cuáles no respecto a su estado normal, para poder diseñar el plan de intervención (Fernández-Ballesteros e Iñiguez, 2003).

Para realizar la exploración ideográfica de un caso concreto, el psicólogo a su criterio podría complementarla con otros test neuropsicológicos. El profesional debe considerar que el uso de instrumentos multidimensionales, multinivel y multimétodo es una estrategia necesaria en valoración (Fernández-Ballesteros y Pinguart, 2011); por ejemplo, para la detección temprana del deterioro cognitivo leve que comentaremos en el siguiente apartado.

En relación con la evaluación funcional, el interés estriba en que la interferencia de la sintomatología del déficit cognitivo con las actividades de la vida diaria, es uno de los criterios definitorios de demencia. Así mismo, la valoración conductual es relevante en tanto en cuanto los trastornos de conducta pueden ser uno de los principales motivos de consulta e incluso el criterio dife-



rencial entre tipos de demencias; por ejemplo, la diferenciación entre demencia frontotemporal y EA (Liscic, Storandt, Cairns y Morris, 2007).

La relevancia de la detección precoz en demencias

Los beneficios en el diagnóstico temprano de una demencia se manifiestan tanto en el paciente como en los cuidadores, pues en ambos mejoraría el bienestar y la calidad de vida. Por su parte, en los pacientes el declive cognitivo se ralentizaría, el estatus funcional se mantendría

durante más tiempo, mejorarían los cambios conductuales, se produciría un retraso en la institucionalización, etc. (Prince, Bryce, y Ferri, 2011).

Uno de los avances en la detección precoz de la demencia se ha regido en los últimos años por la identificación de la clínica del deterioro cognitivo leve (DCL o MCL, *Mild Cognitive Impairment*) para tratar de esclarecer el “*continuum cognitivo*” de la normalidad a la progresión gradual a demencia, identificado por Petersen et al. (2001) como una fase transicional (Citado en Iñiguez, 2004).

TABLA 1
PROTOCOLO DE EVALUACIÓN INTEGRAL EN LA ACOGIDA DE UN CASO EN UNA AFA

Usuarios/as	¿Qué evaluar?	Denominación test	Breve descripción
Pacientes con EA/ otras demencias	Estadía de la enfermedad	GDS (Global Deterioration Scale de Reisberg, Ferris, De León y Crook, 1982)	7 estadios: De ausencia de déficit hasta déficit grave. Kappa =.88 Correlación con FAST=.87
		FAST (Functional Assessment Stages de Sclan y Reisberg, 1992)	7 estadios. Diferenciación grado 6 (Demencia moderada-grave, 5 niveles) y 7 (Demencia grave, 6 niveles).
	Nivel de autonomía funcional. ✓ Actividades básicas de la vida diaria (ABVD) ✓ Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Indice BARTHEL (Mahoney y Barthel, 1965)	10 ABVD: comer, lavarse, vestirse... 4 categorías dependencia. > puntuación + independencia/100. K =.88
		Indice KATZ (Katz, Ford, Moskowitz, Jackson y Jaffe, 1963; validada por Álvarez et al., 1992)	6 ABVD. Desde A (independiente en las 6) a G (dependiente en todas)
		FAQ (Functional Activities Questionnaire de Pfeffer, Kurosaki, Harrah, Chance y Filos, 1982)	11 ítems. P > 6 Disfunción.
		Escala PGC- IADL (Philadelphia Geriatric Center Scale-Instrumental Activities of Daily Living de Lawton y Brody, 1969)	8 AIVD. Puntuación entre 0 (máx. dependencia) y 8 (independencia total)
	Alteraciones de conducta	BEHAVE-AD (Behavioral Pathology in Alzheimer’s Disease Rating Scale de Reisberg et al., 1987; validada por Boada, Tárraga, Modinos, Diego y Reisberg, 2006)	7 aspectos sintomatología conductual y evaluación global. Correlación con NPI=.69
		NPI (Neuropsychiatric Inventory de Cummings et al., 1994; en Boada, Cejudo, Tárraga, López y Kaufer, 2002)	10 aspectos. Puntuación frecuencia y gravedad síntoma. Cronbach =.88
	Déficit cognitivos	MMSE (MiniMental State Examination, original de Folstein, Folstein y Mchugh, 1975; López y Martí, 2011)	30 ítems: orientación, memoria... P<24 Deterioro; en relación nivel educativo. 87% sensibilidad.
		Subescala cognitiva CAMCOG (CAMDEX-R, Cambridge Mental Disorder of the Elderly Examination; López-Pousa, 2003).	67 ítems. Contiene MMSE. Fiabilidad test-retest =.86
Familiares y/o cuidadores informales	Información social del paciente	Entrevista elaborada ad hoc.	
	Información sobre sintomatología observada	TIN (validada por Morales, González-Montalvo, Bermejo y Del Ser, 1995)	17 ítems. Valoración 1 a 5 en función de empeoramiento, del declive cognitivo y funcional. P>57.
	Sobrecarga de los cuidados	Entrevista Carga del cuidador (Zarit, Reeve y Bach-Peterson, 1980; adaptada por Martín et al., 1996)	Autoaplicada. 22 ítems. Repercusiones en salud física, psíquica, área social, recursos.
		Indice de esfuerzo del cuidador (López y Moral, 2005)	13 ítems. P>7, alto índice estrés.

Recientemente, se han descrito varios subtipos de DCL para los cuales existe la hipótesis de la progresiva degeneración cerebral hacia una demencia. Mulet et al. (2005) mostraron su descripción e investigaron cuál de ellos estaba más relacionado con la EA, obteniendo una clasificación de tres tipos: amnésico, difuso y focal no amnésico, cada uno de los cuales guardaría una relación más estrecha con una determinada evolución posterior. Los resultados encontrados a grandes rasgos fueron que el más frecuente era el difuso y los pacientes después de dos años de seguimiento, en un 15,21% evolucionaron a EA. Éstos presentaron mayor desorientación temporal y alteraciones de memoria episódica respecto a pacientes estables.

Por su parte, Díaz y Peraita (2008) realizaron un estudio de detección de DCL en una muestra de 140 participantes de entre 58 y 89 años de la Comunidad de Madrid. Utilizando una batería de exploración neuropsicológica específica, también obtuvieron tres diferentes tipos (amnésico, no amnésico y mixto) si bien concluyeron la necesidad de mejorar la definición del síndrome.

Otro estudio sobre evaluación del DCL es el realizado por Migliacci, Scharovsky y Gonorazky (2009) que ha caracterizado qué tipo de función cognitiva está más deteriorada en cada subtipo. Los análisis de los resultados informaron que los dominios afectados en los distintos tipos eran: para DCL-a, memoria; para DCL-mnoa, lenguaje y visuoespacial; para DCL-mult, función ejecutiva, memoria, lenguaje, visuoespacial y atención. Las pruebas de memoria episódica, lenguaje (nominación y fluencia verbal) y funciones ejecutivas eran los mejores predictores de conversión entre DCL y EA.

Así pues, la tipología de síndromes de DCL ha sido definida como sigue, aunque no exista consenso en la nomenclatura: a) DCL amnésico, caracterizado por un déficit aislado de la memoria (evoluciona generalmente a EA), b) DCL multidominio, implica un déficit leve de más de un dominio cognitivo (puede incluir la memoria) y c) DCL monodominio no amnésico, que representa la afección de un solo dominio distinto de la memoria (estado prodrómico de demencia no Alzheimer).

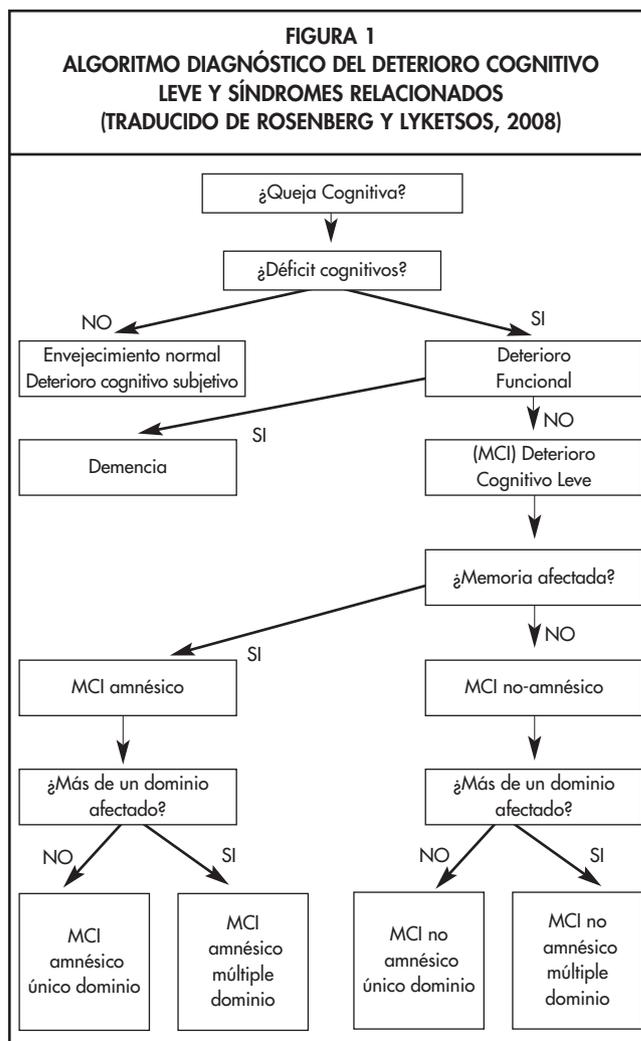
Consensuar los test necesarios para realizar una buena detección dependería de varias circunstancias, por lo que para finalizar este apartado se ha incluido un algoritmo diagnóstico (ver Figura 1), original de Rosenberg y Lyketsos (2008), que puede facilitar el proceso de decisión en la composición y elección de los test para cada función cognitiva que puedan conformar una batería específica. Ésta debe plantearse de forma multidimensional, incluyendo instrumentos sobre varios procesos cognitivos, tratando

de validar la definición de subtipos como entidad nosológica y otorgarle potencial discriminador del propio declive cognitivo asociado a la edad.

LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA ANTE LA DEMANDA DE SERVICIOS

Con la LAPAD, el sistema sanitario y social en España ha reestructurado funciones y ajustado servicios de forma coordinada para que los ciudadanos puedan tener acceso a los mismos de forma efectiva, tomándose en consideración un enfoque de atención centrado en la persona. Las directrices en esta materia se han constatado en el Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria en España (2011), elaborado por el IMSERSO y la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud.

A tenor de lo expuesto, en la coordinación sociosanitaria, el papel de las AFA y otras entidades relacionadas podría ser relevante, en tanto que forman parte del siste-



ma de recursos de atención a las personas dependientes y son “agentes” del proceso demencia; por tanto, podrían ser consideradas como uno de los dispositivos de enlace entre ambos sistemas, servirían de enlace en el espacio sociosanitario para aquellos pacientes cuyo diagnóstico fuera un tipo de demencia.

El papel mediador de las AFAs y de los profesionales evaluadores

Para que dicha coordinación sea eficaz en los organismos de salud se encuentra la figura del “gestor de casos” como los agentes mediadores en el proceso de evaluación y adjudicación de servicios. Su trabajo consiste en detectar necesidades y tipos de cuidados, establecer el plan de servicio y movilizar los recursos oportunos, y de acuerdo con ello, la derivación de casos del sistema sanitario al sistema social o viceversa, se hace a través de este profesional. Por parte del sistema sanitario, esta figura suele recaer en el profesional de enfermería de zona, y en el sistema social se encargarían de ello, trabajador social en coordinación con psicólogo de zona y/o valorador de dependencia que corresponda, elaborándose conjuntamente el programa individual de atención a la dependencia.

Una AFA aporta atención al paciente y trata de satisfacer necesidades a sus familiares que pueda plantearse a lo largo del *continuum* asistencial en la enfermedad, en consecuencia, el papel del profesional psicólogo es crucial en tanto en cuanto puede ser el agente de la primera entrada del binomio persona dependiente/cuidador a cualquiera de los sistemas de acceso al SAAD, el cuál contribuiría con la evaluación clínica del caso, así como en la provisión de un posible plan de atención. A su vez, este profesional puede recibir usuarios derivados de los propios agentes de casos de instituciones de salud y, por tanto, ser agente de enlace en la coordinación sociosanitaria de su itinerario.

Respecto a cómo se actúa desde las AFAs, se podría mejorar si en el “proceso diagnóstico demencia” existiera una fluida comunicación estandarizada bidireccional entre AFAs y servicios sanitarios; o si se facilitara el conocimiento de prestaciones de servicios de las AFAs desde AP, y así se ha apreciado en Espinosa et al., (2010). Hay que considerar que el diagnóstico en AP no es factible, pues el límite de tiempo permitido en una consulta típica escasamente permitiría la identificación de demencia a través de la utilización de algún test de *screening*, y otra de las áreas de mejora sería la realización del diagnóstico temprano, de ahí que la evaluación sea un elemento “facilitador” en el proceso coordinado, sirviendo de complemento ade-

más al diagnóstico en AE. Por su parte, la Guía de evaluación de la demencia y cambios cognitivos relacionados con la edad (2010) de la *American Psychological Association*, ha ofrecido una serie de pautas para los psicólogos en relación con la coordinación con otros profesionales de la salud y a los procedimientos adecuados, identificadas en este sentido.

El protocolo de evaluación como recurso de medición de la calidad de las intervenciones

Entre las medidas para impulsar la coordinación sociosanitaria se encuentra el objetivo de generar una cultura organizacional compartida, y para su logro, entre otros, se considera relevante la equiparación de sectores, pretendiéndose el reequilibrio de los sistemas sanitario y social para fortalecer los servicios y recursos sociales, así como mejorar la eficiencia y precisión de la atención. La coordinación requiere trabajar de modo cooperativo.

En cuanto a los procedimientos, se establece entre otros la gestión por procesos, por lo que las actividades deben ser interconectadas e interrelacionadas; es necesario el establecimiento de protocolos conjuntos de actuación.

En la actualidad, la prestación de servicios de atención a personas en situación de dependencia exige que los centros estén acreditados por la Administración Pública de su competencia. Pensando en las posibilidades de una organización no gubernamental como es una AFA, ésta podría acreditar a lo largo de su andadura servicios clave para sus usuarios en consonancia con el desarrollo de la LAPAD, por ejemplo, ayuda a domicilio o servicio de centro de día, amén de otros servicios que pudieran estar cubiertos a través de la ejecución de programas de intervención, ajustándose a servicios de promoción de la autonomía personal previsto para dependientes de grado I, y que podrían estar limitados en el tiempo. Su evaluación como programa sería pues, un método de análisis de la calidad del servicio o, lo que es lo mismo, valorarían la capacidad de la organización de satisfacer de forma eficaz las necesidades de sus usuarios, como ya había señalado Domínguez (2011).

Los servicios establecen su cobertura en función de los usuarios y la ratio de atención directa, así como los perfiles profesionales estarán en relación lineal con el perfil de usuario y su grado de dependencia (Cervera y Rueda, 2012). Por ejemplo, para que una AFA contemplase un servicio de centro de día debería dar cobertura a personas usuarias autónomas/dependencia leve, o en situación de dependencia en grado I. Establecer servicios de residencia requeriría una serie de prestaciones que no son fáciles de cubrir desde este tipo de organizaciones.



A nivel estatal, la CEAFA (Confederación Española de AFAs) ha logrado la certificación *Ad Qualitatem* para el Sistema de gestión de la calidad y la responsabilidad social en organizaciones de pacientes (GPCR-25), a través de Alianza General de Pacientes y la Fundación *Ad Qualitatem*, lo cual es una clara iniciativa para aunar esfuerzos en la labor de construcción del espacio sociosanitario y de mejora de la calidad de sus intervenciones. Así pues, aquellas que cuentan con servicios consolidados (como por ejemplo servicio de estancia diurna para una entidad tipo I) ya sea a nivel local, comarcal o provinciales federadas, logran la certificación de sus servicios a través de una entidad certificadora de gestión de calidad en normas ISO-9001, modelo FQM, etc., lo cual les permite mayor acceso a concertaciones y/o subvenciones.

Para finalizar con esta reflexión teórico-práctica, se plantean una serie de sugerencias respecto al proceso diagnóstico que, como se ha indicado anteriormente, pretenden ofrecer una visión integradora y facilitadora para homogeneizar criterios. A saber:

- ✓ La inclusión de dos test en el protocolo de exploración básica de la AFA: a) *el Short Portable Mental Status Questionnaire* (SPMSQ) de Pfeiffer (1975), instrumento utilizado como *screening* cognitivo en AP y contexto geriátricos (Ruipérez, 2000; Fernández-Ballesteros y Zamarrón, 1999); b) la valoración del estado emocional a través del uso de escalas como el *Geriatric Depression Scale* (GDS de Brink, Yesavage, Lum, Heersema y Rose, 1982) lo cual favorece el diagnóstico diferencial con otras entidades como la pseudodemencia.
- ✓ Respecto al informe clínico, sería conveniente a la hora de explicitar el diagnóstico la inclusión del juicio clínico con los criterios diagnósticos CIE-10, aunque pueda complementarse con otros criterios como DSM-IV. El debate está abierto pues ambas clasificaciones están sujetas a actualización a versiones CIE-11 y DSM-V, para las que está prevista la inclusión de síndromes como el DCL. Hay que considerar que la CIE-10 es utilizada mayoritariamente, por ejemplo, en consultas de psiquiatría (70,1% en una encuesta mundial analizado por Reed et al., 2011), y hay que tener en cuenta que existen tipos de demencia que debutan en fases iniciales o prodrómicas con alteraciones conductuales, resultando falsos negativos.

Estas sugerencias, a su vez, tienen su base en las Guías específicas para valoradores de la dependencia, donde se hace referencia explícitamente, y una de las cuestiones primordiales tratadas en este artículo es el actual entramado en relación con la coordinación sociosanitaria en España que se está materializando a través de la atención a

la dependencia. Para terminar, reflejar que el informe de evaluación diagnóstica ofrecido desde una AFA puede servir, por un lado, a los familiares y/o cuidadores como justificación complementaria para la solicitud y la entrevista que tendrían que realizar en las visitas domiciliarias de valoración de la dependencia a un solicitante, y por otro, serviría de complemento al diagnóstico de evaluación desde AE, por su aportación respecto a especificidades en la conjunción evaluación-tratamiento (a través de terapias no-farmacológicas) correspondiente al itinerario y plan de atención individualizado de los pacientes.

REFERENCIAS

- Álvarez, M., De Alaiz, A. T., Brun, E., Cabañeros, J.J., Calzón, M., Cosío, I., et al. (1992). Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. *Atención Primaria*, 10(6), 812-815.
- American Psychological Association (2010). *Guidelines for the Evaluation of Dementia and Age-related Cognitive Change*. Washington: American Psychological Association. Retrieved Abril 4, 2012, from <http://www.apa.org/pi/aging/resources/dementia-guidelines.pdf>
- Boada i Rovira, M. y Tárraga, L. (2000). La enfermedad de Alzheimer y otras demencias y su tratamiento integral. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 547-576). Madrid: Pirámide.
- Boada, M., Tárraga, L. Modinos, G. Diego, S. Reisberg, B. (2006). Behavioral Pathology in Alzheimer's Disease Rating Scale (BEHAVE-AD): Validación española. *Neurología*, 21(1), 19-25.
- Boada, M., Cejudo, J. C., Tárraga, L., López, O. L., y Kautfer, D. (2002). Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q): validación española de una forma abreviada del Neuropsychiatric Inventory (NPI). *Neurología*, 17, 317-323.
- Brink, T. L., Yesavage, J. A., Lum, O., Heersema, P. H. y Rose, T. L. (1982). Screening tests for geriatric depression. *Clinical Gerontologic*, 10, 37-44.
- Cervera, M. y Rueda, Y. (Dir.) (2012). *Modelo de acreditación de servicios de atención a personas mayores en situación de dependencia. Modelo de servicios y condiciones básicas para la acreditación en España*. Madrid: Edad & Vida – Antares Consulting – IMSERSO.
- Cummings, J. L., Mega, M., Gray, K., Rosenberg, S., Carusi, D. A. y Gornbein, J. (1994). The neuropsychiatric inventory. Comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology*, 44(12), 2308-2314.



- Díaz, M. C. y Peraita, H. (2008). Detección precoz del deterioro cognitivo ligero de la tercera edad. *Psicothema*, 20(3), 438-444.
- Domínguez Orozco, M. E. (2011). Modelos y estrategias de gestión de calidad en centros gerontológicos y/o sanitarios. En Pereiro, A. X. y Juncos, O. (Eds.). *Cdrom I Jornadas de Investigación en Psicogerontología*. Actas (pp. 220-231). Santiago de Compostela: Servizo de Publicacións e Intercambio Científico (USC).
- Espinosa, J.M., García, J.A., Gómez, M.J., López, B. y Oliver, B. (2010). Hasta llegar al diagnóstico. En J. M. Espinosa y R. Muriel (Coords.), *Al lado, itinerario de atención compartida: Demencias, Alzheimer* (pp. 49-68). Cádiz: CONFEEFA – Consejería Salud (Junta de Andalucía).
- Fernández-Ballesteros, R. e Iñiguez, J. (2003). Evaluación del deterioro cognitivo en la vejez. En M.V. Barrio Gándara (Dir.), *Evaluación psicológica aplicada a distintos contextos aplicados* (pp. 590-630). Madrid: UNED.
- Fernández-Ballesteros, R. y Pinquart, M. (2011). Applied Geropsychology. En P. R. Martín, F. M. Cheung, M. C. Knowles, M. Kyrios, L. Littlefield., J. B. Overmier, et al.. (Eds.), *IAAP Handbook of Applied Psychology* (pp. 413-439). Chichester, UK: Wiley-Blackwell.
- Fernández-Ballesteros, R. y Zamarrón, M. D. (1999). Evaluación en la vejez: algunos instrumentos. *Clínica y Salud*, 10(3), 245-286
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. y Mchugh, P. R. (1975). Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198
- Forcano, M. y Perlado, F. (2002). Deterioro cognitivo: uso de la versión corta del Test del Informador (IQCODE) en consultas de geriatría. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 37(2), 81-85.
- Gómez-Jarabo, G. y Peñalver, J. C. (2007). Aspectos biopsicosociales en la valoración de la dependencia. *Intervención psicosocial*, 16(2), 155-173.
- Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: AIAQS. Núm. 2009/07
- IMSERSO. (2007). *Manual de uso para el empleo del Barómetro de Valoración de la Dependencia (BVD)*. Dirigido a profesionales valoradores. Madrid: IMSERSO. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/mtas-manualusobaremo-01.pdf>
- IMSERSO – Agencia de Calidad del SNS. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación sociosanitaria en España*. Madrid: IMSERSO.
- Iñiguez Martínez, J. (2004). El deterioro cognitivo leve. La importancia de su diagnóstico diferencial para detectar un posible proceso de demencia de tipo Alzheimer. Madrid: Portal Mayores. *Informes Portal Mayores*, nº17. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/iniguez-deterioro-01.pdf>
- Jorm, A. F. y Korten, A. E. (1988). Assessment of cognitive decline in the elderly by informant interview. *British Journal of Psychiatry*, 152, 309-213.
- Katz, S., Ford, A.B., Moskowitz, R.W., Jackson, B.A., Jaffe, M.W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychological function. *Journal of American Medicine Association*, 185, 914-919.
- Lawton, M.P. y Brody, E.M. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist*, 9, 179-186.
- Liscic, R., Storandt, M., Cairns, N. y Morris, J. (2007). Clinical and Psychometric distinction of Frontotemporal and Alzheimer Dementias. *Archives of Neurology* 64, 535-540.
- López, S. R. y Moral, M. S. (2005). Validación del Índice de esfuerzo del cuidador en la población española. *Enfermería comunitaria*, 1(1), 12-17.
- López, J. y Martí, G. (2011). Mini-Examen Cognoscitivo (MEC) / Mini-Mental State Examination (MMSE). *Revista Española de Medicina Legal*, 37(3), 122-127.
- López-Pousa, S. (2003). *CAMDEX-R: Prueba de exploración Cambridge revisada para la valoración de los trastornos mentales en la vejez. Adaptación española*. Madrid: TEA Ediciones.
- Mahoney, F.I. y Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *Maryland State Medical Journal*, 14, 61-65.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J. M. y Taussing, M. I. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Revista de Gerontología*, 6, 338-346.
- Martínez, M. C., Ramos, P., Hernández, G., Campos, X.,



- Linares, C. y Janguas, J. (2008). *Modelo de Centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer*. Serie Documentos Técnicos N° 21015. Madrid: CEAFA-IMSERSO.
- Méndez, A.M. (2007). Psicología y valoración de la dependencia. *Intervención psicosocial*, 16(2), 147-153.
- Migliacci, M. L., Scharovsky, D. y Gonorazky, S. E. (2009). Deterioro cognitivo leve: características neuropsicológicas de los distintos subtipos. *Revista de neurología*, 48(5), 237-241.
- Morales, J. M., González-Montalvo, J. I., Bermejo, F. y Del Ser, T. (1995). The screening of mild dementia with a shortened Spanish version of the "Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly". *Alzheimer Disease & Associated Disorders: An International Journal*, 9(2), 105-111.
- Mulet, B., Sánchez-Casas, R., Arrufat, M.T., Figuera, L., Labad, A. y Rosich, M. (2005). Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipología y evolución. *Psicothema*, 17(2), 250-256.
- Pérez García, M. (2012). *La evaluación neuropsicológica*. Material Curso FOCAD. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos.
- Pfeffer, R. I., Kurosaki, T. T., Harrah, C. H., Chance, J.M., y Filos, S. (1982). Measurement of functional activities in older adults in the community. *Journal of Gerontology*, 37, 323-329.
- Pfeiffer, E. (1975). A Short Portable Mental Status Questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of American Geriatric Society*, 23, 433-441.
- Pinto Fontanillo, J. A. (2007). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias: Detección y cuidados en las personas mayores*. Madrid: Dirección general de Salud Pública y Alimentación. Ayuntamiento Madrid.
- Prince, M., Bryce, R. y Ferri, C. (2011). *World Alzheimer Report: The benefits of early diagnosis and intervention*. London: Alzheimer's Disease International.
- Reed, G. M., Mendoza, J., Esparza, P., Saxena, S. y Maj, M. (2011). Encuesta mundial del WPA-WHO sobre las actitudes de los psiquiatras hacia la clasificación de los trastornos mentales. *World Psychiatry*, 10, 118-131.
- Reisberg, B., Ferris, S. H., De León, M. J. y Crook, T. (1982). The Global Deterioration Scale for assessment of primary degenerative dementia. *American Journal of Psychiatry*, 139(9), 1136-1139.
- Reisberg, B., Borenstein, J., Salob, S. P., Ferris, S. H., Franssen, E., Georgotas, A. (1987). Behavioural symptoms in Alzheimer's disease: phenomenology and treatment. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48 (Suppl. 5), 9-15.
- Rivero, T. y Salvá, A. (2011). El baremo para la valoración de las situaciones de dependencia en España. *Actas de la dependencia*, 2, 5-28.
- Rosenberg, P. B. y Lyketsos, C. G. (2008). Mild cognitive impairment: searching for the prodrome of Alzheimer's disease. *World Psychiatry*, 7, 72-78.
- Ruipérez, I. (2000). Escalas de valoración en contextos geriátricos. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Gerontología Social* (pp. 383-399). Madrid: Pirámide.
- Sagués, A., García, J. M., Suárez, R., Espinosa, J. M., Balbuena, E. M., Ruíz, I. et al (2007). *Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Sánchez Vázquez, R. (Coord.) (2011). *Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Salamanca: IMSERSO – CRE Alzheimer.
- Scian, S. G. y Reisberg, B. (1992). Functional Assessment Staging (FAST) in Alzheimer's Disease: Reliability, Validity and Ordinality. *International Psychogeriatrics*, 4, 55-69.
- Vilalta-Franch, J., Lozano-Gallego, M., Hernández-Ferrándiz, M., Llinàs-Reglà, J., López-Pousa, S., López, O. L. (1999). Neuropsychiatric Inventory: Propiedades psicométricas de su adaptación al español. *Revista de Neurología*, 29(1), 15-19.
- Villarejo, A. y Puertas-Martin, V. (2011). Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología*, 26(7), 425-433.
- Zarit, H. S., Reever, E. K. y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings burden. *Gerontologist*, 20(6), 649-655.

NORMATIVA LEGAL

- Ley 39/2006, de 14 de Diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. (BOE N° 299; pp. 44142 a 44156).
- Real Decreto 504/2007, de 20 de Abril, por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la situación de dependencia. (BOE N° 96; pp. 17646 a 17685).
- Real decreto 174/2011, de 11 de Febrero de 2011, por el que se aprueba modificaciones del Baremo de valoración de la dependencia establecido por la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. (BOE N° 42; pp. 18567 a 18691).

