



ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE GES N°85 DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

División de Prevención y Control de Enfermedades
Subsecretaría de Salud Pública

División de Atención Primaria
División de Gestión de la Red Asistencial
Subsecretaría de Redes Asistenciales



Ministerio de
Salud

Gobierno de Chile

Santiago, Ministerio de Salud.

Todos los derechos reservados. Este material puede ser reproducido total o parcialmente para fines de difusión y capacitación. Prohibida su venta.

Primera versión, Diciembre de 2022.

SOBRE EL PROCESO DE ELABORACIÓN DE LAS ORIENTACIONES

El presente documento comenzó a elaborarse a partir de la entrada en vigencia del decreto n°22 el 1 de julio de 2019, que incorpora al Alzheimer y otras Demencias al régimen de Garantías Explícitas en Salud (GES). Su objetivo es entregar orientaciones para la intervención y abordaje de este problema de salud tanto a la red de atención primaria como de especialidad. Para esto, se tomó como referencia el documento relativo al Plan Nacional de Demencias (PND), junto a otros documentos normativos.

Durante el año 2020 y debido al inicio de la pandemia, este trabajo quedó momentáneamente suspendido retomándose a fines del primer semestre de dicho año. En ese período, se distribuyó el primer documento borrador elaborado por las áreas técnicas de las tres divisiones de MINSAL: División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), División de Gestión de la Red Asistencial (DIGERA) y División de Atención Primaria (DIVAP); al grupo de expertos y asesores de la temática que ya habían asesorado en la redacción del PND.

Estos grupos fueron conformados por:

- Representantes de la academia.
- Equipos ejecutores de la red de atención, incluyendo médicos, profesionales y técnicos.
- Gestores de red pertenecientes a Servicios de Salud.
- Intersector (SENAMA, MIDESO).
- Profesionales de MINSAL de nivel central.

De esta manera, este grupo de colaboradores realizó observaciones al documento, las que fueron incorporadas al mismo. Posteriormente, las orientaciones vuelven al nivel central, donde son revisadas por jefaturas de las tres divisiones. Estas revisiones son incorporadas en la edición final del documento, a cargo de los profesionales asesores del Departamento de Salud Mental de DIPRECE.



EQUIPO DE TRABAJO

RESPONSABLES TÉCNICOS MINISTERIO DE SALUD

Fernando González Escalona

Jefe División Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Fabiola Jaramillo Castell

Jefa División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

María Soledad Martínez

Jefa División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Pablo Norambuena Cárdenas

Jefe Departamento de Salud Mental.

División de Prevención y Control de Enfermedades. Subsecretaría de Salud Pública.

Johan Álvarez Leiva

Jefe Departamento GES, Redes Complejas y Líneas programáticas.

División de Gestión de la Red Asistencial

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Juan Ilabaca Mendoza

Jefe Departamento de Gestión de los Cuidados.

División de Atención Primaria.

Subsecretaría de Redes Asistenciales.

EQUIPO TÉCNICO MINISTERIO DE SALUD

Ps. Rodrigo Zárate Soriano

Departamento de Salud Mental, DIPRECE

Ps. Francisco Cubillos Chaparro

Departamento de Salud Mental, DIPRECE

Ps. Felipe Salinas Gallegos

Unidad de Salud Mental, Departamento GES, Redes Complejas y Líneas programáticas, DIGERA

Ps. Milena Pereira Romero

Departamento de Gestión de los Cuidados, DIVAP

TO. Verónica Véliz Rojas

Departamento de Gestión de los Cuidados, DIVAP

COLABORADORES¹	
OTROS PARTICIPANTES MINSAL E INTERSECTOR	
María Teresa Abusleme	Ex Asesora Departamento de Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), MINSAL
Carla Bonatti	Oficina de Salud Integral para Personas Mayores, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), MINSAL
Ana Carrasco	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)/Mesa Asesora Demencias
Gerardo Fasce	Hospital Digital, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
María José Gálvez	Ex Asesora Departamento Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), MINSAL
René Guzmán	Oficina de Salud Integral para Personas Mayores, Departamento de Ciclo Vital, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), MINSAL
Gabriel Martínez	Hospital Digital, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL / Geriatra del Servicio de Salud de Antofagasta
Luis Ojeda	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
Romina Rioja	Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA)
Pablo Villalobos	Coordinación, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), MINSAL
Cynthia Zavala	Ex Jefa Departamento Salud Mental, División de Prevención y Control de Enfermedades (DIPRECE), MINSAL
PRIMERA FASE DE CONSULTA (2020)	
Cristina Abarca	Centro de Apoyo Comunitario Arrebol, Servicio de Salud O'Higgins
Javiera Aubert	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Bernardo Barra	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur / Unidad de Memoria, Clínica Universidad de los Andes.
Binti Barrientos	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Ximena Barrientos	Centro de Apoyo Comunitario Quemanta, Servicio de Salud Magallanes
Camila Bobadilla	Centro de Apoyo Comunitario Arrebol, Servicio de Salud O'Higgins
Marilú Budinich	Consejo Asesor Salud Mental
Margarita Cadenas	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Trinidad Callejas	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Bastián Campos	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur
Claudia Carniglia	Servicio de Salud Metropolitano Sur
Loreto Castro	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
María Aurora Collado	Centro de Apoyo Comunitario Arrebol, Servicio de Salud O'Higgins
Michel Faggioni	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente

¹ Este listado se organiza por personas participantes. Para algunos equipos y dispositivos, lamentablemente, no fue posible identificar los aportes individuales. En esos casos hemos señalado a todo el grupo.

Matías Inostroza	CESFAM Pedro Jauregui, Servicio de Salud Osorno
Jorge Gontier	Centro de Apoyo Comunitario Kelluwun, Servicio de Salud Talcahuano
Tania Guajardo	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Ivannia Hajnrihar	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Mariela Honores	Centro de Apoyo Comunitario Arrebol, Servicio de Salud O'Higgins
Cristina Labril	Centro de Apoyo Comunitario Arrebol, Servicio de Salud O'Higgins
Tomás León	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Patricia Lillo	Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN)/Unidad de Memoria Hospital San José/Mesa Asesora Demencias.
Mauricio Lorca	Instituto de Aparato Locomotor, Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile
Mauricio Martínez	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur
Felipe Monsalve	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Monserrat Muñoz	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Karla Negri	Dirección de Salud Municipal, Ilustre Municipalidad de El Bosque / Mesa Asesora Demencias
Loreto Olavarría	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Carla Osés	Centro de Apoyo Comunitario Arrebol, Servicio de Salud O'Higgins
Elisa Otto	Servicio de Salud Bio-Bio
María Angélica Palma	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur
Alejandra Pinto	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Tiare Quiroz	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Teresita Ramos	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Andrea Schweitzer	Centro de Memoria, Servicio de Salud Bio-Bio
Andrea Slachevsky	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Javier Valenzuela	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur
Marcela Villagrán	Servicio de Salud Osorno
Valentina Vega	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Valentina Urrutia	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Equipo multidisciplinario	Centro de Apoyo Comunitario Amancay, Servicio de Salud Maule

SEGUNDA FASE DE CONSULTA (2022)	
Francisca Agriano	Hospital Comunitario 21 Mayo de Taltal, Servicio de Salud Antofagasta
Pilar Aguila	Centro de Apoyo Comunitario Quemanta, Servicio de Salud Magallanes
Víctor Amat	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Pamela Anza	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Javiera Aubert	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
María José Ángel	Instituto de Geriatría (INGER)
Cristián Arriagada	Centro de Apoyo Comunitario Kelluwún, Servicio de Salud Talcahuano/Mesa Asesora Demencia
Bernardo Barra	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen. Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur / Unidad de Memoria, Clínica Universidad de los Andes.
Maite Barrera	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Ximena Barrientos	Centro de Apoyo Comunitario Quemanta, Servicio de Salud Magallanes
Marilú Budinich	Consejo Asesor de Salud Mental/Mesa Asesora Demencias
María Soledad Cáceres	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Trinidad Callejas	Centro de Apoyo Comunitario Kintún, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Eduardo Cavieres	Unidad de Memoria Hospital Puerto Montt, Servicio de Salud del Reloncaví
Sebastián Castillo	Unidad de Memoria Hospital San José, Servicio de Salud Norte
Loreno Castro	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Richard Correa	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Neftalí Delgado	Hospital Comunitario Marcos Macuada Tocopilla, Servicio de Salud Antofagasta
Camila Díaz	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur
María Isabel Eyzaguirre	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Gerardo Fasce	Hospital Digital, Subsecretaría de Redes Asistenciales, MINSAL
Juan Pablo Fernández	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Federico Filippin	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Andrea Fuentes	Servicios de Salud Aysén
Jean Gajardo	Universidad San Sebastián/Mesa Asesora Demencias
Tania Guajardo	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente

Rodrigo Gómez	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Sara Gonzalez	Escuela de Fonoaudiología, Universidad Austral de Chile
Héctor Griñén	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Karen Jeria	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Natalia Jorquera	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Jasna Kusanovic	Centro de Apoyo Comunitario Quemanta, Servicio de Salud Magallanes
Tomás León	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Patricia Lillo	Sociedad de Neurología, Psiquiatría y Neurocirugía (SONEPSYN)/Unidad de Memoria Hospital San José, Servicio de Salud Norte/Mesa Asesora Demencias.
Adriana López	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Mauricio Lorca	Instituto de Aparato Locomotor, Facultad de Medicina. Universidad Austral de Chile
Fernando Maldonado	Servicio de Salud del Reloncaví
Juan Pablo Mancilla	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Carla Matteo	Servicio de Salud Maule
Claudia Miranda	Instituto para la investigación del cuidado MICARE/Universidad Andrés Bello/ Mesa Asesora Demencias
César Molina	Unidad de Memoria Hospital San José, Servicio de Salud Norte
Lorena Morante	Servicio de Salud Chiloé
Jazmín Muñoz	Centro de Apoyo Comunitario Quemanta, Servicio de Salud Magallanes
Lina Muñoz	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Damari Naranjo	Unidad de Memoria Hospital San José, Servicio de Salud Norte
Diana Nava	Unidad de Memoria, Hospital Puerto Montt, Servicio de Salud del Reloncaví
Karla Negri	Dirección de Salud Municipal, Ilustre Municipalidad de El Bosque / Mesa Asesora Demencias
Natalia Nettig	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Cynthia Osorio	Equipo Demencias, Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, Servicio de Salud de Arica y Parinacota
Daniela Olivares	Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Ben-Hur Palma	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Nichole Pavez	Equipo Demencias, Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, Servicio de Salud de Arica y Parinacota
Daniza Pineda	Hospital Comunitario de Mejillones, Servicio de Salud Antofagasta

Alejandra Pinto	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador. Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Javier Pizarro	Unidad de Memoria Hospital San José, Servicio de Salud Norte
Teresita Ramos	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Paola Reyes	Agrupación K Cuidadores/Mesa Asesora Demencias
Javiera Rodríguez	CESFAM La Faena, Servicio de Salud Metropolitano Oriente/Mesa Asesora Demencias
Verónica Rojas	Servicio de Salud Aysén
Daniela Sandoval	Centro de Apoyo Comunitario Aliwen, Hospital El Pino, Servicio de Salud Metropolitano Sur
Paulina Sandoval	CESFAM Vitacura, Servicio de Salud Metropolitano Oriente
Andrea Slachevsky	Unidad de Memoria, Hospital El Salvador, Servicio de Salud Metropolitano Oriente /Mesa Asesora Demencias
Luisa Solar	Agrupación Alzheimer Los Ríos/Mesa Asesora Demencia
Patricia Soublette	Hospital Comunitario Mejillones, Servicio de Salud Antofagasta
Gisella Tapia	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Daniel Tordecilla	Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Luis Toro	Equipo Demencias, Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, Servicio de Salud de Arica y Parinacota
Javiera Torres	Centro de Apoyo Comunitario Quemanta, Servicio de Salud Magallanes
Paula Tranamán	CESFAM Andes, Servicio de Salud Metropolitano Occidente
Andrés Trujillo	Corporación Alzheimer Chile/Mesa Asesora Demencia
Ximena Univazo	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Tania Uribe	Unidad de Memoria, Hospital Carlos Van Buren. Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio
Pamela Valenzuela	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Ana Valdebenito	Escuela de Terapia Ocupacional, Universidad San Sebastián
Jorge Valdés	Carrera de Fonoaudiología, Universidad San Sebastián
Yasna Verdejo	Equipo Demencias, Hospital Regional de Arica Dr. Juan Noé Crevani, Servicio de Salud de Arica y Parinacota
Marcela Villagrán	Servicio de Salud Osorno
Ángel Zamorano	Unidad de Memoria, Hospital El Carmen, Servicio de Salud Metropolitano Central
Equipo multidisciplinario	Hospital Hanga Roa Rapa Nui, Servicio de Salud Valparaíso - San Antonio

¿CÓMO USAR ESTA GUÍA?

Estas Orientaciones Técnicas (OOTT) tienen como objetivo proveer de lineamientos a los equipos de salud de atención primaria y de especialidad para la atención de personas con demencias y su entorno de apoyo. Al mismo tiempo se propone delimitar técnica y administrativamente los ámbitos de acción de los distintos niveles de atención y las particularidades de dicha atención en las distintas instancias.

La estructura general de esta guía está compuesta por tres subtítulos:

1. INTRODUCCIÓN

Otorga una aproximación teórica y epidemiológica a las demencias, haciendo especial énfasis en el estado del arte actual en nuestro país y definiciones respecto de la patología, sus consecuencias en las personas y su entorno más próximo.

A continuación, se contextualiza la creación del GES de Alzheimer y otras demencias, su composición y la arquitectura general para la implementación a través de un flujograma de atención, estándar orientador para los dispositivos de atención de la red de salud pública.

2. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL GES ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Este subtítulo es el más extenso de las OOTT y se divide en tres partes:

- **Nivel de Atención Primaria**
Se definen y delimitan roles y funciones de la Atención Primaria en cuanto al diagnóstico y al tratamiento de mediana complejidad de personas con demencia y su entorno de apoyo.
- **Derivación de personas con demencia a Especialidad**
Se especifica el perfil de usuarios/as de cada nivel de atención, además de las características y mecanismos para derivación a Especialidad y al Servicio de Urgencias, en caso que corresponda.
- **Nivel de Atención de Especialidad**
Se detallan los flujos y el proceso de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de Alta Complejidad para personas con demencia derivadas a este nivel asistencial.

3. CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL GES ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

En este subtítulo se abordan recomendaciones para la intervención directa con cuidadores/as de personas con demencia. Así como las gestiones necesarias con la red para el abordaje integral y oportuno de los sujetos con esta patología (Consultorías y presentación de casos en Célula de Geriatría - Hospital Digital).

En Anexo, podremos encontrar orientaciones para la comunicación diagnóstica, los instrumentos mencionados en los apartados anteriores, estrategias de intervención específicas, grupales e individuales para personas con demencia, aspectos de la intervención comunitaria, así como las características físicas de dispositivos de atención de especialidad.

Por último, cabe mencionar que también se encuentra disponible la Guía de Práctica Clínica para la Demencia tipo Alzheimer², la que fue elaborada bajo la metodología GRADE por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de MINSAL. Esta guía está dirigida principalmente a profesionales y técnicos de la Atención Primaria, entregando herramientas e intervenciones basadas en la evidencia para el abordaje de este problema de salud. Cabe señalar que estas fueron propuestas y revisadas por un grupo de asesores y colaboradores de este Ministerio. De esta manera, este documento se trabaja de forma complementaria con la Guía, pudiendo revisarse y utilizarse de manera conjunta.

² Disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencias/recomendaciones-grade/>

ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. INTRODUCCIÓN	15
1. ANTECEDENTES SOBRE EL ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS	16
2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL GES ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS	23
II. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL GES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS EN LA RED DE SALUD	28
1. NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA	28
1.1. PROCESO DIAGNÓSTICO	28
1.2. TRATAMIENTO DE MEDIANA COMPLEJIDAD	41
1.3. TRABAJO COMUNITARIO	48
2. DERIVACIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA AL NIVEL DE ESPECIALIDAD	49
2.1. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	49
2.2. DERIVACIÓN A DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	51
2.3. DERIVACIÓN A TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD	52
2.4. DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS	54
2.5. DERIVACIÓN ASISTIDA	55
3. NIVEL DE ESPECIALIDAD	56
3.1. PROCESO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL	56
3.2. TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD	72
III. CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL GES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS	85
1. EL ROL DE LA PERSONA CUIDADORA O PERSONA DE REFERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON DEMENCIA	85
1.1. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES CON CUIDADOR/A Y/O ENTORNO PRÓXIMO DE LA PERSONA CON DEMENCIA	87
2. GESTIÓN EN RED	90
2.1. PRESENTACIÓN DE CASOS EN CONSULTORÍA EN TEMÁTICA DE DEMENCIA	90
2.2. PRESENTACIÓN DE CASOS EN CONSULTORÍA CON HOSPITAL DIGITAL - CÉLULA DE GERIATRÍA	91
3. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN	94
VI. REFERENCIAS	96
VII. ANEXO	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N°1: Garantías de acceso y oportunidad GES N°85	24
Figura N°2: Grupo de Prestaciones Principales (GPP) GES N°85	25
Figura N°3: Flujo de atención en la red de salud pública	27
Figura N°4: Diagrama del proceso diagnóstico en APS	29
Figura N°5: Pasos de Consulta N°1 Diagnóstico en APS	31
Figura N°6: Resultados Consulta N°1 Diagnóstico en APS	35
Figura N°7: Herramientas diagnósticas en APS	36
Figura N°8: Pasos consulta N°3 de diagnóstico en APS	38
Figura N°9: Posibles resultados de consulta N°3 de diagnóstico en APS	38
Figura N°10: Funciones Equipo de Sector en APS	42
Figura N°11: Plan de Cuidados Integrales en APS	43
Figura N°12: Propuesta de elementos para la Interconsulta hacia especialidad	50
Figura N°13: Flujograma Diagnóstico Diferencial	58
Figura N°14: Evaluaciones de especialidad para Diagnóstico Diferencial	59
Figura N°15: Evaluación neuropsicológica según nivel educacional y déficit sensorial	66
Figura N°16: Resultados posibles del Diagnóstico Diferencial	71
Figura N°17: Proceso de Tratamiento de Alta Complejidad en especialidad	73
Figura N°18: Tareas de gestión terapéutica en la Atención de Especialidad	76
Figura N°19: Intervenciones psicosociales para el tratamiento de Alta Complejidad	77
Figura N°20: Flujograma de derivación a Célula Geriatría - Hospital Digital	93

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N°1: Consideraciones para informar el diagnóstico	41
Tabla N°2: Descripción de problemáticas frecuentes.	44
Tabla N°3: Medicamentos incorporados en GES N°85 para Atención Primaria	47
Tabla N°4: Trabajo comunitario en Atención Primaria	48
Tabla N°5: Dificultades diagnósticas según cuadros y contextos clínicos	51
Tabla N°6: Criterios para la derivación para Tratamiento de Alta Complejidad en especialidad	52
Tabla N°7: Consideraciones para la derivación basados en características del/a cuidador/a	53
Tabla N°8: Consideraciones para la derivación basados en NPI-Q	53
Tabla N°9: Causas reversibles de la demencia	57
Tabla N°10: Exámenes físico, neurológico y exploración cognitiva	60
Tabla N°11: Recomendaciones sobre el uso de tomografía axial computarizada	63
Tabla N°12: Otras Recomendaciones sobre TAC y resonancia magnética	63
Tabla N°13: Estructura de la evaluación neuropsicológica	64
Tabla N°14: Condiciones en las cuales no es recomendable realizar una evaluación Neuropsicológica	66
Tabla N°15: Problemas de disfagia y alimentación en los distintos tipos de demencia	69
Tabla N°16: Evaluación de la afasia progresiva primaria	70
Tabla N°17: Medicamentos incorporados en GES N°85 para Atención Especialidad	79
Tabla N°18: Consideraciones Tratamiento farmacológica en demencia	80
Tabla N°19: Indicación de Antidemeciantes según enfermedad	83
Tabla N°20: Temáticas y acciones con cuidadores/as según su nivel de disposición al cambio	86
Tabla N°21: Lineamientos de intervención en Visitas Domiciliarias Integrales según etapa de la demencia	89
Tabla N°22: Criterios derivación a Hospital Digital	94

I. INTRODUCCIÓN

Las demencias, actualmente denominadas Trastorno Neurocognitivo Mayor (APA, 2013), se definen como una condición adquirida y crónica, caracterizada por un deterioro de diversas funciones cerebrales. Dicha condición puede manifestarse a través de síntomas cognitivos, psicológicos y/o conductuales. Estos síntomas afectan de forma progresiva la capacidad de desenvolverse en las actividades de la vida diaria, comprometiendo la autonomía de quienes la padecen y su capacidad de participación familiar y social. Ello genera consecuencias de progresiva severidad, tanto en las personas que la viven como en sus familias y/o cuidadores (Plan Nacional de Demencia, Ministerio de Salud 2017).

Asimismo, las demencias se consideran una enfermedad crónica no transmisible que se asocia a discapacidad, dependencia y morbimortalidad. De acuerdo con el estudio de carga de enfermedad realizado en Chile (2007), las demencias son la 18^o causa de pérdida de años de vida saludable (AVISA) en la población general y ocupan el tercer lugar en los mayores de 65 (Ministerio de Salud, 2008). La Encuesta Nacional de Salud ENS 2016–2017, reportó que 10% de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo relevante, casi duplicándose en personas de 80 años y más (Ministerio de Salud, 2017).

Según el “Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia” (OMS, 2021), el aumento en la prevalencia a nivel mundial, sus consecuentes impactos sociales y económicos, tanto en las personas que viven con esta condición como en sus familias, implican desafíos significativos para las sociedades. Dentro de estos desafíos se incluye el mejorar la calidad y el acceso a los servicios que permitan ofrecer un adecuado abordaje, tratamiento y continuidad de los cuidados.

Además, desde un enfoque de derechos y en concordancia a lo planteado por organismos internacionales (OMS, 2012; OEA, 2015; OPS, 2013; ONU, 2006; ADI, 2012), las personas con algún tipo de demencia y sus familias deben tener acceso a apoyos personalizados, continuos y coordinados, que involucren servicios sociales y atención de salud, respetando su dignidad, promoviendo su participación y calidad de vida.

Para hacer frente a esto, en el año 2015 el Ministerio de Salud formuló el Plan Nacional de Demencia, cuyos principales objetivos son:

1. Promover la prevención en el abordaje de las demencias.
2. Desarrollar un sistema de diagnóstico de la demencia en los diferentes niveles de atención de la red con protocolos de referencia y contrarreferencia.
3. Diseñar un sistema de cuidados continuos, coordinados y con diferentes grados de complejidad para la persona y su entorno, implementable en las redes locales.
4. Desarrollar habilidades y competencias para la atención de las personas con demencia en los actores sociales y sanitarios.
5. Implementar un sistema de evaluación y monitoreo de parámetros de calidad y efectividad de las acciones del plan.
6. Fortalecer el conocimiento sobre las demencias en la comunidad.
7. Considerar las demencias y el envejecimiento como línea prioritaria de investigación e innovación a nivel nacional.

8. Promover comunidades amigables y solidarias hacia las personas con demencias.
9. Actualizar el ordenamiento jurídico chileno en torno a las demencias.

La ejecución de este Plan se inició el año 2017, contemplando, entre otras acciones intersectoriales que abarcan más allá del sector salud, la instalación de dispositivos específicos de atención en dos niveles. Por una parte, los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, los que actualmente funcionan en los Servicios de Salud Coquimbo, Metropolitano Oriente, Metropolitano Sur, Aconcagua, O´Higgins, Talcahuano, Araucanía, Osorno y Magallanes. Por otro lado, se instalaron Unidades de Memoria en tres Servicios de Salud; Metropolitano Oriente, Osorno y Magallanes.

Dentro de la evolución de las políticas públicas en el ámbito de la demencia, en el mes de octubre de 2019 se incorporó el Alzheimer y otras Demencias al nuevo decreto de Garantías Explícitas en Salud, GES. Estas constituyen un conjunto de beneficios garantizados por la Ley N°19.966, tanto para personas afiliadas a FONASA como a ISAPRES. Es relevante señalar que la incorporación de este problema de salud al sistema de garantías GES, impone la tarea y la oportunidad de generar una red de equipos profesionales a lo largo del territorio, que estarán siendo capacitados para el manejo de estos problemas de salud, tanto para la persona con demencia como sus familias y/o personas significativas, en el contexto del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS), bajo los principios y ejes correspondientes a salud del Plan Nacional de Demencia. Lo anterior, hace necesario poner a disposición de los equipos de atención primaria y secundaria estas Orientaciones Técnicas dirigidas a dar respuesta integral, oportuna, técnicamente adecuada, coordinada, continua e integrada a los usuarios que presentan esta condición de salud.

Los recursos para la implementación de este problema de salud fueron incorporados dentro del financiamiento per cápita de los establecimientos municipales y Programas de Reforzamiento de la Atención Primaria de Salud (PRAPS) para los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud. Adicionalmente, para el nivel de especialidad durante los años 2020-2021 se enviaron recursos a los 29 Servicios de Salud para la implementación de Equipos de Diagnóstico Diferencial y Tratamiento de Alta Complejidad en demencia.

1. ANTECEDENTES SOBRE EL ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

La demencia es una condición de salud que se presenta en todos los países, etnias y culturas, y afecta de manera distinta a las personas que viven con ella, dependiendo de factores como las características premórbidas del individuo y la asociación de factores de riesgo específicos, entre los que se encuentran una baja escolaridad, hipoacusia, una lesión cerebral traumática, hipertensión, abuso de alcohol, obesidad, tabaquismo, depresión, aislamiento social, inactividad física, aire contaminado y diabetes (Livingsstone, 2020).

PREVALENCIA EN CHILE

De acuerdo con lo reportado en el *"Informe de Demanda, Precios, Costos Totales y Costo Esperado por Beneficiario"*, de diciembre del 2018, las tasas de prevalencia de demencias reportadas por el Institute for Health Metrics and Evaluation llegan aproximadamente a un 0,05% en la población general en Chile, mientras que en personas mayores la prevalencia se ubica en torno al 7% (en hombres 5,9% y en mujeres 7,7%) (Fuentes y Albala 2014). Con base en el criterio del Departamento de Salud Mental del MINSAL, se utilizará el dato de la Encuesta de Dependencia reportado por Fuentes y Albala en 2014 el que alcanza un 7,0% en personas de 60 años y más (2.850.171 según el CENSO 2017), lo que significa que 199.511 personas en este grupo de edad podrían presentar esta patología.

IMPACTO EN LOS/AS CUIDADORES/AS

El Estudio *Cuídeme* (Slachevsky A, Budinich M, Miranda-Castillo C. et al., 2013), con datos que se correlacionan con las cifras del Estudio Nacional de Dependencia realizado por el SENAMA el 2009, muestra la realidad de los cuidadores de las personas que viven con demencia. Más del 75% son mujeres, principalmente hijas, esposas y nueras, de las cuales cerca del 40 % dedica siete días de la semana al cuidado de su familiar, es decir, corresponde a una labor de tiempo completo. De igual modo, el 47% presenta algún problema de salud mental asociado a este rol, un 63 % reporta sobrecarga severa y un 56% refirió no recibir ayuda de ningún tipo en el ejercicio del cuidado. Además, cerca de un 12% refiere haber dejado de trabajar remuneradamente para poder llevar a cabo las labores de cuidado, y solo el 21% reportaba tener la posibilidad de acceder a un cuidador pagado. En relación a las edades de los cuidadores, el promedio fue de 60 años.

Dentro de las variables contextuales del cuidado, se observa que la falta de apoyo social, definido como no tener a alguien a quien recurrir si se necesita ayuda de cualquier tipo, es la variable que se asocia de forma más significativa con la carga del cuidador (Slachevsky A, et al., 2013). Por otra parte, los trastornos del comportamiento y el grado de deterioro funcional están altamente correlacionados con el grado de sobrecarga (SENAMA, 2011). Cuando el cuidado se lleva a cabo en condiciones de pobreza, sin descansos, capacitación ni recursos para la atención, hay un alto riesgo de morbilidad asociada, derivada del incumplimiento de los programas preventivos de salud, el aumento de los índices de depresión y la carencia de tiempos libres. El riesgo de abandono y malos tratos se incrementa también con un cuidador abrumado (Ministerio de Salud, 2017).

TIPOS DE DEMENCIAS

Son múltiples las enfermedades que pueden causar demencia. La enfermedad de Alzheimer, por ejemplo, es la causa más común al estimarse que entre un 60 a 80% de los casos de personas con demencia corresponde a esta condición; le siguen en frecuencia la demencia vascular (20 a 30%), la demencia por Cuerpos de Lewy (5%) y la demencia frontotemporal (3% en personas de 65 años o más y de 10% en personas menores de 65 años) (Alzheimer's Association, 2022; Alzheimer's Disease International, 2009).

Se han realizado diversas clasificaciones de los tipos de demencia, las cuales podrían reunirse bajo tres títulos; según su *sinomatología clínica*, según su etiopatogenia (degenerativas [de mayor frecuencia], secundarias a enfermedad sistémica [por ejemplo a causa de un proceso infeccioso], vasculares, o de características mixtas) o según su perfil evolutivo (de instalación aguda, rápidamente progresiva o de instalación insidiosa) (Ibañez A, Slachevsky A, Serrano C. 2020). Estas clasificaciones son relevantes al momento de realizar distinciones para su diagnóstico y tratamiento. No obstante, por la extensión y alcances de este documento, a continuación se mencionarán sólo los tipos de demencia de mayor frecuencia.

a. Demencia tipo Alzheimer

La demencia tipo Alzheimer es una condición clínico-patológica de naturaleza degenerativa y evolución progresiva, que se caracteriza clínicamente por un deterioro cognitivo y funcional; y neuropatológicamente por la presencia de ovillos neurofibrilares y placas de amiloide cortical (Torralva et al., en Ibañez et al. 2020). El síntoma fundamental es la pérdida de memoria episódica, que se manifiesta inicialmente con una mayor dificultad para el registro y consolidación de nueva información. En fases posteriores se afectan aspectos del lenguaje, habilidades visuoespaciales, capacidades constructivas, praxias motoras y funciones ejecutivas. Aunque se presenta típicamente como

pérdida de memoria, existen formas de inicio atípico infrecuentes que se presentan con un síndrome frontal, un cuadro de afasia progresiva, apraxia progresiva o un síndrome agnósico visual por atrofia cortical posterior. Con la evolución de la enfermedad hay una pérdida progresiva de autonomía en las actividades habituales de la vida diaria. La mayoría de los casos presenta también síntomas psicológicos y conductuales asociados a demencia, los cuales, si bien pueden presentarse en fases leves, suelen ser más evidentes en fases moderadas y avanzadas. Estos síntomas son importantes por su frecuencia y por su impacto en la calidad de vida de las personas con demencia y en la carga de los cuidadores (AIAQS, 2010).

En el caso de la demencia tipo Alzheimer, se han identificado algunos factores genéticos que influyen en su aparición, entre ellos un polimorfismo genético común en la apolipoproteína E, en el gen alelo e4 (APOE), el cual, cuando está presente, se asocia a una mayor probabilidad de desarrollar demencia (ADI, 2009). Así también, mutaciones en genes simples en algunas proteínas (muy poco frecuentes; <1% de los casos), como las proteínas presenilina 1 (PSEN1) y presenilina 2 (PSEN2), que actúan como reguladoras de la generación de la proteína Beta amiloidea (APP), la cual es el principal componente de las placas amiloides, las que están presentes en el tejido cerebral de las personas que desarrollan la enfermedad de Alzheimer (ADI, 2009).

b. Demencia vascular

La Demencia Vascular, por su parte, se asocia a cuatro tipos de lesiones vasculares:

- Enfermedad vascular de grandes vasos o enfermedad aterotromboembólica (infartos múltiples, infarto único en localización estratégica).
- Enfermedad de pequeños vasos (infartos lacunares múltiples en sustancia blanca y sustancia gris subcortical, dilatación de espacios perivasculares, microinfartos y microhemorragias corticales).
- Hemorragias: hemorragia intracerebral; microhemorragias múltiples corticales y subcorticales y hemorragias subaracnoideas.
- Hipoperfusión: esclerosis laminar cortical.

El diagnóstico de demencia vascular se establece cuando se determina un origen vascular del deterioro cognitivo (Sachdev et al, 2014). Entonces, este diagnóstico se plantea frente a los siguientes elementos clínicos:

- El inicio del deterioro cognitivo está relacionado a uno o más accidente cerebrovascular (ACV).
- El deterioro cognitivo con frecuencia se instala de manera brusca y/o aguda con un deterioro en escalones o fluctuaciones y debe persistir más allá de 3 meses post-ACV.

Los elementos clínicos para sospechar de una demencia vascular son (Stroke, 2003):

Situación 1: Existe una historia documentada de un ACV, con deterioro cognitivo temporalmente asociado con tal fenómeno. El antecedente de ACV se establece por:

- a. una historia clínica de ACV con un deterioro cognitivo post -ACV;
- b. examen físico compatible con un ACV [hemiparesia, parálisis facial central, signo de Babinski, déficit sensitivo incluyendo un defecto del campo visual, un síndrome pseudobulbar (parálisis supranuclear de músculos faciales, lengua y faringe, disartria espástica, trastornos de la deglución e incontinencia emocional)].

Situación 2: En ausencia de una historia clínica de ACV o crisis isquémica transitoria, se debe sospe-

char una demencia vascular en un paciente con trastorno demencial caracterizado por los siguientes signos: trastorno demencial en que predomina un entecimiento de la velocidad de procesamiento de la información, la atención compleja y / o trastorno disejecutivo, junto a algunos de los siguientes elementos clínicos:

- a. trastorno de la marcha en las primeras etapas de la enfermedad (marcha a pequeños pasos, magnética, apraxia-ataxia o parkinsoniana). El trastorno de la marcha se puede manifestar también por un trastorno del equilibrio con caídas frecuentes no provocadas).
- b. urgencia miccional y aumento de la frecuencia urinaria sin enfermedad urológica.
- c. cambios de la personalidad y del ánimo: apatía, depresión e incontinencia emocional.

La *situación 2* se asocia a infartos subcorticales que se manifiestan por un cuadro de inicio gradual y curso lentamente progresivo, sin antecedentes clínicos de ACV.

El diagnóstico de demencia vascular se confirma con neuroimagen (Scanner o RNM cerebral) que muestra presencia de lesiones vasculares pudiendo causar un deterioro cognitivo:

- Dos o más infartos de vaso grandes son generalmente necesarios para diagnosticar una demencia vascular.
- Infartos lacunares múltiples (o más de dos) fuera del tronco encefálico.
- 1-2 infartos lacunares pueden ser suficientes si se colocan estratégicamente o en combinación con lesiones extensas de sustancia blanca.
- Un infarto único extenso o en localización estratégica en el tálamo o ganglios basales puede ser suficiente para causar una demencia vascular.
- Lesiones extensas y confluentes en la sustancia blanca.
- Hemorragias intracerebrales localizadas en lugares estratégicos o dos o más hemorragias intracerebrales.
- Combinaciones de las anteriores.

c. Demencia Mixta

Es la demencia ocasionada por la coexistencia de una enfermedad neurodegenerativa y lesiones de origen vascular (Ibañez A, et al. 2020). Su clínica se caracteriza por la presencia de síntomas variables, dependiendo por ejemplo de las regiones cerebrales afectadas y de los cambios cerebrales implicados. Es frecuente que los síntomas sean muy similares a un perfil de demencia por enfermedad de Alzheimer u otro tipo específico de demencia. En cambio, en otros casos, los síntomas pueden sugerir la presencia de más de una etiología probable, cuestión que también se refleja en la exploración neurocognitiva (Alzheimer's Association, 2022).

Actualmente es el tipo de demencia de mayor frecuencia en personas sobre los 85 años (Chui C. H & Ramirez-Gomez L. 2015; Alzheimer's Association, 2022) y estudios recientes sugieren que en estricto rigor la presencia de una demencia de tipo vascular o de tipo degenerativa "pura" se presenta en una menor cantidad de casos, siendo el tipo mixto aquello que suele ser más frecuente (Emrani S, Lamar M, Price CC, et al. 2020).

d. Demencia por Cuerpos de Lewy

La *Demencia por Cuerpos de Lewy* se caracteriza clínicamente por la asociación de deterioro cognitivo-demencia fluctuante, parkinsonismo, síntomas psicóticos y alteraciones del ciclo sueño-vigilia;

y patológicamente por la presencia de cuerpos y neuritas de Lewy en la corteza cerebral y habitualmente también en núcleos subcorticales.

La demencia suele cursar con fluctuaciones de los déficits cognitivos y del nivel de conciencia. Los síntomas psicóticos característicos son alucinaciones visuales detalladas e ideas delirantes estructuradas. También son frecuentes los signos de disfunción autonómica, el trastorno de conducta del sueño REM, la hipersomnia, las caídas y la hipersensibilidad a los antipsicóticos típicos.

Las lesiones patológicas típicas son los cuerpos y neuritas de Lewy, que consisten en agregados patológicos de alfasinucleína que se extienden por el área límbica, la corteza y el tronco cerebral. También se observan placas similares a las características de la EA. (AIAQS, 2010).

e. Demencias Frontotemporales

Las *Demencias Frontotemporales* son un grupo de enfermedades neurodegenerativas que se caracterizan clínicamente por alteraciones prominentes del comportamiento y/o del lenguaje.

Patológicamente se caracterizan por una atrofia cerebral focal, habitualmente de los lóbulos frontales y/o temporales, que puede ser simétrica o asimétrica. En la práctica clínica se distinguen tres grandes síndromes: la variante frontal (DLFT) cuando predomina el trastorno conductual de tipo frontal, y la variante semántica y variante no fluente o agramática, donde predomina el trastorno del lenguaje. Hay algunas formas menos frecuentes en las que predomina un síndrome de apraxia progresiva (AIAQS, 2010).

Se pueden presentar cambios en el comportamiento de inicio precoz como la alteración de la conducta que afecta a la esfera social, falta de juicio, inflexibilidad, desinhibición, perseveración, hiperfagia, hiperoralidad, labilidad emocional, pérdida de empatía y anosognosia, que predominan sobre la alteración en la memoria. Así también, se aprecia una alteración progresiva prominente del lenguaje expresivo con lenguaje hipofluente, logopenia, anomia, agramatismo y trastorno de la repetición (afasia progresiva no fluente), la cual se suele dar también de forma precoz y asociarse posteriormente a síntomas conductuales frontales o apraxia. Una tercera forma de manifestación es la alteración progresiva de la comprensión de las palabras, con lenguaje hiperfluente, anomia y pérdida progresiva de los contenidos semánticos de las palabras, objetos y conceptos (demencia semántica), en la cual se puede presentar prosopagnosia (desconocimiento de caras) asociada si la afectación es derecha (AIAQS, 2010).

f. Demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson

La *Demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson* es la que aparece en el contexto de una enfermedad de Parkinson típica establecida, y que afecta a más de un dominio cognitivo, principalmente la atención y la función ejecutiva y visuoespacial (AIAQS, 2010). Por convención, se diferencia de la Demencia de Cuerpos de Lewy, ya que, en esta última, la demencia aparece previamente o al mismo tiempo que los síntomas parkinsonianos.

Para el diagnóstico operativo de Demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson, se considera que debe haber transcurrido al menos un año entre el inicio del parkinsonismo y la aparición de la demencia, presentando una neuropatología similar a la Demencia de Cuerpos de Lewy (AIAQS, 2010).

FASES DE LA DEMENCIA

Existen distintas clasificaciones que buscan caracterizar la progresión de la demencia. Las más utilizadas son aquellas con base en la observación clínica, a partir del déficit cognitivo, funcional y conductual (por ejemplo: Escala de Deterioro Global y FAST, ambas de Reisberg). Existen también propuestas de caracterización de la progresión según biomarcadores.

En general, se han consensado tres grandes etapas (ADI, 2009; OMS, 2012; AIAQS, 2010): Etapa Leve, Etapa Moderada y Etapa Severa o Avanzada (escala CDR de Hughes). Estas etapas toman como referencia la evolución de la Enfermedad de Alzheimer, que son sólo una referencia ya que no todas las personas manifestarán necesariamente los mismos síntomas y, al existir y coexistir distintas etiologías y comorbilidades, las manifestaciones serán variables.

A. Etapa Leve

La Etapa Leve tiende a pasar desapercibida, puesto que habitualmente la presencia de síntomas se atribuye erróneamente a la “vejez” y, por tanto, se consideran como cambios normales asociados al envejecimiento, aspecto que dificulta el acceso a un diagnóstico temprano. Dado que el inicio de la enfermedad es gradual, es difícil saber con exactitud cuándo comienza. Algunas características que se presentan son las siguientes:

- Las personas pueden estar conscientes de sus déficits cognitivos, dificultades en la vida diaria, e incluso de sus cambios de conducta, lo que en algunas personas genera un desafío adaptativo, que puede llegar a ocasionar sintomatología depresiva; para otras el intento permanente de disimular los déficits y otras no logran darse cuenta de sus dificultades.
- Las personas tienen problemas de memoria, olvidándose de algunas cosas, especialmente de aquellos hechos recientes. En contraste con que la memoria a mediano y largo plazo, están habitualmente conservadas.
- Se pueden presentar dificultades en la comunicación, como lo que sucede cuando no logran encontrar las palabras adecuadas.
- Pueden ocurrir extravíos en lugares no tan familiares o conocidos.
- Puede ocurrir desorientación temporo-espacial, incluyendo hora del día, mes, año, estaciones.
- Se pueden presentar dificultades en la toma de decisiones complejas y puede disminuir la capacidad para planificar viajes y la administración de las finanzas.
- Existen dificultades para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (ejemplo: uso de transporte, medicación, uso del dinero, cocinar, lavar, entre otras).
- Es muy importante recalcar que todas estas posibles alteraciones se instalan de forma inaparente y suelen progresar de forma asincrónica, disarmónica y también fluctuante en el día a día.

B. Etapa Moderada

En la Etapa Moderada, se produce un avance de la enfermedad, en la que los problemas que se presentan son más evidentes y comienzan a ser más limitantes. Entre las características que se presentan en esta fase se encuentran:

- Mayores dificultades a nivel de memoria. Las personas pueden presentarse más olvidadizas, especialmente sobre eventos recientes y nombres de personas.
- Disminución de la posibilidad de recordar aspectos importantes de la vida cotidiana (dirección, teléfono, nombres de familiares). Los sujetos reconocen su nombre, y generalmente el de su cónyuge e hijos.

- Dificultades para comprender el tiempo, fechas, lugares y eventos; la persona podría perderse tanto en el hogar como en la comunidad.
- Pueden incrementar las dificultades en la comunicación (lenguaje comprensivo y expresivo).
- Puede presentarse dificultad en la elección de la vestimenta adecuada, más no requerir de asistencia en el aseo ni en la alimentación.
- Existen dificultades para realizar actividades domésticas como preparar alimentos, limpiar o ir de compras.
- Incapacidad para vivir a solas de manera segura, siendo necesario el apoyo considerable y creciente de familiares/cuidadores.

C. Etapa Severa o Avanzada

En la Etapa Severa o Avanzada se produce una notoria dependencia de terceros, pudiendo existir en la mayoría de los casos inactividad e incluso dependencia severa. Las alteraciones de la memoria son más serias y las repercusiones físicas de la enfermedad se tornan más evidentes. Entre las características de esta fase se presentan:

- Desorientación temporo-espacial casi permanente. Las personas usualmente no están al tanto de la fecha o el lugar donde se encuentran.
- Dificultades para comprender lo que sucede al alrededor.
- No se reconoce a familiares, amigos u objetos conocidos.
- Se presenta alteraciones del ciclo sueño -vigilia muy frecuentemente.
- Dificultad para comer sin ayuda. Las personas podrían comenzar a tener dificultades para tragar.
- Episodios de incontinencia urinaria y fecal, que por consiguiente hagan cada vez más necesaria la asistencia para el autocuidado (ej. aseo personal y bañarse).
- Presentan limitación importante y creciente en la movilidad. Las personas pueden no ser capaces de caminar, estar confinadas a una silla de ruedas o cama.
- Desorientación espacial en lugares familiares. Las personas pueden perderse dentro del hogar.

Estas etapas debieran considerarse como referencia para comprender la situación global que experimenta una persona y su entorno de cuidado. No debiera esperarse que todas las personas presenten las mismas características, ni debiera utilizarse las categorías de forma taxativa y estática. Las trayectorias y características del deterioro son individuales (OMS, 2012).

SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES ASOCIADOS A LA DEMENCIA

La demencia no solo implica cambios cognitivos (como en la memoria, la orientación, el lenguaje, entre otros), sino que también cambios en la conducta y las emociones de la persona. Los síntomas neuropsiquiátricos, también conocidos como síntomas psicológicos y conductuales de la demencia (SPCD), corresponden a: agresividad, irritabilidad, inquietud motora, agitación, vagabundeo (caminar sin propósito o rumbo, y sin control), comportamientos culturalmente inadecuados, desinhibición sexual, y arrebatos verbales, ansiedad, apatía, ánimo depresivo, alucinaciones e ideas delirantes, trastorno del sueño y trastorno del apetito. Estos síntomas se pueden agrupar según sean trastornos de la percepción, del contenido del pensamiento, del ánimo y de la conducta (Gajardo, en Budinich et al., 2017).

Es frecuente que este tipo de síntomas no sean pesquisados durante la evaluación de las personas con demencia, debido al protagonismo que recibe la alteración cognitiva. No obstante, los SPCD son, en efecto, el factor que reduce de mayor manera la calidad de vida de la persona con demencia y por sobre todo, de su cuidador y entorno familiar. La mayoría de las personas con trastornos neurocognitivos desarrollará SPCD a lo largo del curso de la enfermedad (Ferrero-Arias et al., 2011; Gajardo, en Budinich et al., 2017).

La evidencia actual sobre intervención no farmacológica en demencias refiere que la reducción de SPCD disminuye los riesgos y accidentes, la ocurrencia de hospitalizaciones, y la sobrecarga del cuidador. Por lo tanto, los SPCD son fundamentales de prevenir y/o manejar en el tratamiento integral, dado que también constituyen marcadores del deterioro global (Livingston et al, 2020; Krell-Roesch et al, 2021).

2. CONTEXTUALIZACIÓN DEL GES ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

PLAN NACIONAL DE DEMENCIA

El GES de Alzheimer y otras demencias sienta sus bases en el Plan Nacional de Demencia e involucra la articulación y coordinación efectiva entre los distintos niveles de atención de la red de salud. Promueve la estrategia de redes integradas de servicios de salud, con el fin de contribuir al bienestar de las personas que viven con demencia, sus familiares, cuidadores (entorno próximo) y comunidad, mediante el acceso a una atención sociosanitaria integral y continua que mejore su calidad de vida.

El Plan Nacional de Demencia (MINSAL, 2017) considera diversos tipos de servicios comunes a los distintos niveles de atención, los que varían en su forma e intensidad de acuerdo al perfil y necesidades de las personas atendidas, entre los que se encuentran:

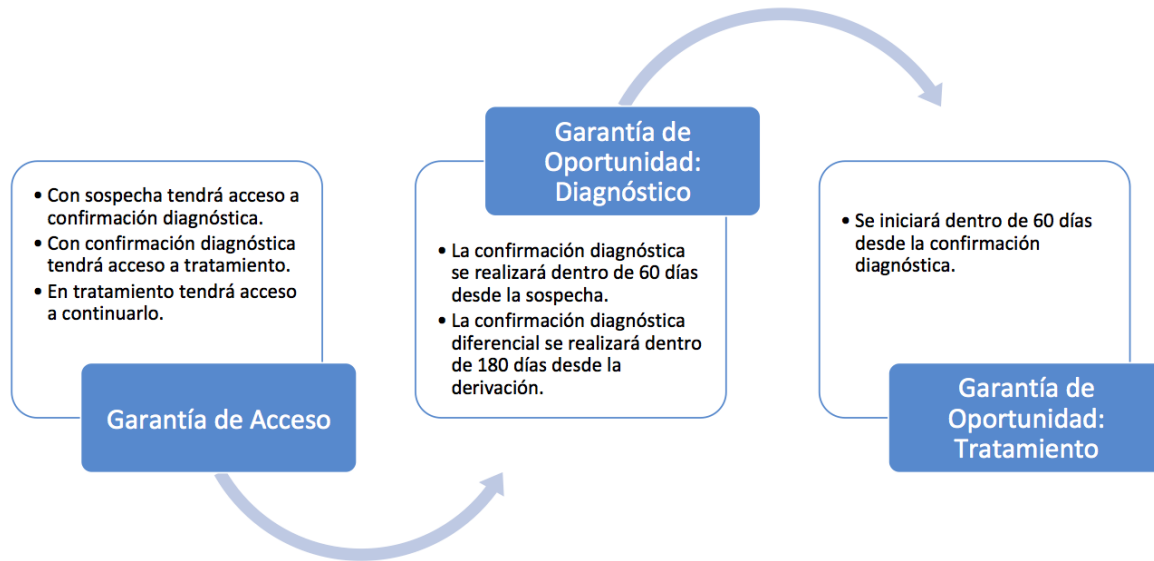
- Promoción.
- Prevención.
- Diagnóstico.
- Tratamiento.
- Rehabilitación.
- Cuidados paliativos.
- Coordinación de red.
- Seguimiento.

Las acciones de promoción y prevención serán comunes entre los distintos nodos de atención. Así también, los servicios de diagnóstico, tratamiento, coordinación de red y seguimiento serán descritos en cada uno de los niveles de la red.

GES ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

Durante el mes de junio de 2019, el Ministerio de Salud confirmó la incorporación de cinco nuevos problemas de salud al GES, incluyéndose para el decreto del año 2019 Alzheimer y Otras Demencias. La inclusión de este problema de salud implica garantías de acceso, oportunidad (relativa a los tiempos de espera), protección financiera y calidad.

FIGURA N°1: GARANTÍAS DE ACCESO Y OPORTUNIDAD GES N°85



La instalación de estas garantías a nivel estratégico de la red de salud implica la necesidad de:

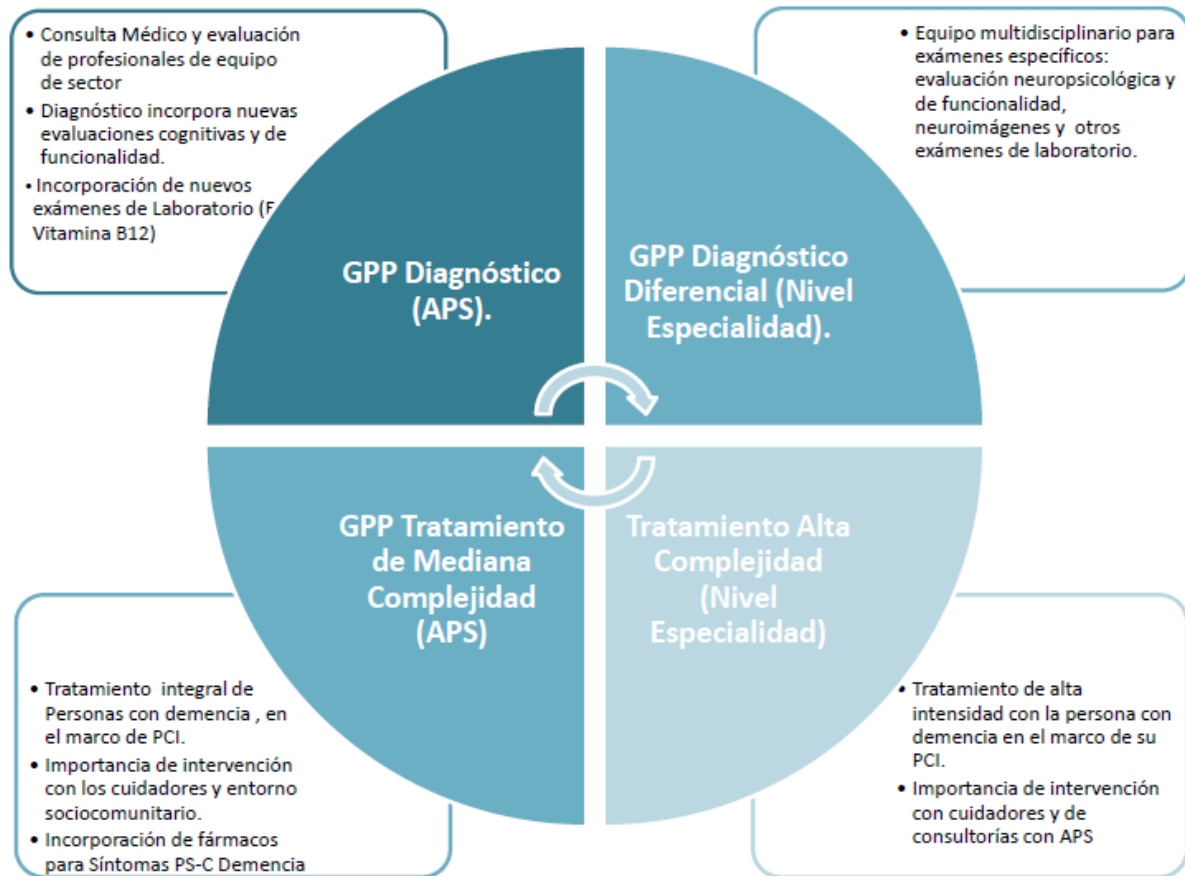
- Definir las redes de atención para el diagnóstico y tratamiento de la demencia en atención primaria y de especialidad.
- Fortalecer habilidades y competencias en los equipos de salud para la atención pertinente y adecuada de las personas con demencia y su entorno de apoyo.
- Desarrollar acciones para la detección, diagnóstico y tratamiento de la demencia en la atención primaria, considerando también protocolos de referencia y contrarreferencia con el nivel de especialidad.
- Asegurar la continuidad y oportunidad de atención en el nivel de especialidad, realizando diagnósticos diferenciales e implementado tratamiento para las personas con demencia, mejorando la coordinación y seguimiento pertinente en caso de referencia y contrarreferencia con otros niveles de atención de salud y con la red intersectorial.

La incorporación del Alzheimer y otras demencias al sistema GES contribuye al bienestar de las personas que viven con demencia, mejorando su calidad de vida y la de su entorno. Se operacionaliza a través de un plan de acción específico de personas mayores para el sector salud. No obstante, es importante precisar que las demencias no son exclusivas de personas mayores y por eso, el GES de Alzheimer y otras demencias da garantía de acceso a personas a partir de los 30 años.

Su funcionamiento considera tratamiento en atención primaria y de especialidad. Ambos estarán permanentemente relacionados por medio de la realización de referencias y contrarreferencias de las personas que viven con demencia, la atención al cuidador y las consultorías para revisar diagnósticos y tratamientos. Esta estrategia incluye dos componentes:

- Diagnóstico y tratamiento de mediana complejidad de personas con demencia en el nivel primario de atención.
- Diagnóstico diferencial y tratamiento de alta complejidad de personas con demencia en el nivel de especialidad.

FIGURA N°2: GRUPO DE PRESTACIONES PRINCIPALES (GPP) GES N°85



El diagnóstico y tratamiento en los establecimientos de atención primaria se realizará por el equipo de sector, quienes desarrollan un abordaje integral a la diada (paciente con demencia y cuidador/a), a través de acciones individuales o grupales, en el centro de salud o en el domicilio. De igual manera, si no se presenta la figura del cuidador, la persona con sospecha o confirmación de demencia debe ser ingresada al GES pues es una garantía de salud.

Los equipos del nivel de especialidad estarán conformados por un equipo multiprofesional compuesto por médicos especialistas (neurólogo, psiquiatra y/o geriatra), psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, fonoaudiólogos, kinesiólogos y enfermeras para brindar una atención integral a los usuarios, en coordinación con la atención primaria.

Además, estos procesos pueden ser realizados a través del “Modelo de acompañamiento diagnóstico y terapéutico para el GES 85 en la red primaria de salud a través de la célula de geriatría del Departamento de Salud Digital” (MINSAL 2020), que tiene por objetivo aumentar la resolutivez de APS a través de las estrategias de telemedicina asincrónica, mecanismo especialmente adecuado para contextos rurales y/o de escasez de médicos especialistas.



GES ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS: EN EL MARCO DE LA ECICEP

En el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), se entienden los cuidados integrales desde la consideración de las dimensiones biológicas, psicológicas, sociales y espirituales en todas las etapas del proceso del curso de vida y en relevancia del estado de salud enfermedad. Como una manera de operacionalizar el MAIS, y considerando el aumento de la prevalencia de enfermedades no transmisibles asociadas a una alta carga de morbilidad, se encuentra en desarrollo en la red de salud la implementación de la “Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas, para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad”, ECICEP (MINSAL, 2020)

Dicha estrategia, considera los aspectos biológicos, psicosociales y espirituales en el proceso salud enfermedad, es decir el cómo la enfermedad afecta psicosocial y espiritualmente a las personas y como estos dos aspectos afectan a su vez el proceso salud enfermedad, haciendo parte a la familia y/o los cuidadores del proceso de cuidados y acompañamiento por parte del equipo de salud. En este sentido, las personas con demencia, sus familias y/o cuidadores, son población objetivo de esta estrategia y, por tanto, el abordaje de la enfermedad se debe enmarcar tanto en el MAIS como en la ECICEP (MINSAL, 2020).

A continuación, se describen los principales aspectos de la trayectoria de atención de una persona con demencia y sus cuidadores en la red de salud. En este punto es importante señalar que, si bien las prestaciones GES cubren sólo a la persona beneficiaria, el modelo de salud integral contempla acciones para el cuidador y la familia de la persona que vive con demencia. Por tanto, las actividades que se mencionarán incluyen aquellas dirigidas tanto al beneficiario como a la familia, aún cuando la garantía de atención sea sólo para el usuario.

FLUJOGRAMA DE ATENCIÓN DE USUARIOS/AS

En base a lo anterior, el flujograma de atención de los usuarios muestra los hitos en la atención de las personas con demencia durante su tránsito por la red de salud pública, estará definido de la siguiente manera:

II. ORIENTACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL GES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS EN LA RED DE SALUD

1. NIVEL DE ATENCIÓN PRIMARIA

El Modelo de Salud Integral con enfoque familiar y comunitario comprende la atención de salud como un proceso integral y continuo, centrando la atención en la persona y su familia, incorporando actividades de tipo promocional, preventivas, de tratamiento y/o rehabilitación. Por lo tanto, los equipos de sector deben tener una mirada amplia e integrada que va desde la anticipación del daño hasta la rehabilitación, de acuerdo con las condiciones y contexto de cada persona; esta mirada se constituye en un factor potenciador del necesario abordaje integral, integrado y continuo de salud de las personas con demencia y su cuidador/familiar.

En este marco, es central que los equipos de sector se involucren con las necesidades de las personas con demencia y su entorno próximo, con actitud empática y contenedora, para dar paso a un proceso de acompañamiento a la diada que vive esta condición, a lo largo de todas las etapas de la enfermedad. Para esto, se debe disponer de manera permanente información oportuna y de calidad, que permita abrir posibilidades a una mejor calidad de vida para la persona y su cuidador/familiar.

A continuación, se describen las acciones a realizar, tanto en el proceso diagnóstico como en el tratamiento de las personas con diagnóstico de demencia de mediana complejidad.

1.1. PROCESO DIAGNÓSTICO

El proceso diagnóstico, y la forma de comunicarlo a la persona afectada y su cuidador/familiar, va a influenciar fuertemente el cómo se viven estas enfermedades y el modo en que se asume el tratamiento. Por ello, es importante considerar acciones específicas para establecer un diagnóstico adecuado en la atención primaria de salud, con el objetivo de minimizar los errores diagnósticos, mejorar la pertinencia en la derivación al nivel de especialidad (evitando las derivaciones innecesarias) y manejar los factores reversibles. Lo anterior contribuirá al aumento de resolutivez en este nivel de atención, en directo beneficio de los usuarios y su entorno.

Este proceso de atención se debe enmarcar en una práctica respetuosa, tanto en la indagación clínica, situación que puede poner a la persona con demencia en un espacio de tensión (en especial personas con demencia moderada y avanzada). En el caso de personas con demencia inicial, se puede visibilizar la tensión con su familiar o persona de apoyo.

De modo general, el proceso diagnóstico contempla cuatro acciones, las cuales pueden ser realizadas en box o durante una visita:

- Consulta 0 - Sospecha de demencia: Detección de la sospecha de demencia.
- Consulta 1 - Alianza terapéutica y anamnesis: Aplicación de instrumentos psicométricos (incluidos en anexos), anamnesis y solicitud de exámenes.
- Consulta 2 - Visita domiciliaria: Realización de visita domiciliaria integral (VDI) y/o realización de consulta para la persona y familia, a fin de complementar la evaluación. En algunas situaciones se podrá avanzar directamente desde la consulta 1 a 3.
- Consulta 3 - Información diagnóstica: Recolección de todos los antecedentes para confirmar el diagnóstico o continuar con la duda diagnóstica (en cualquiera de estas opciones existe un flujo definido).

FIGURA N°4: DIAGRAMA DEL PROCESO DIAGNÓSTICO EN APS



a. Consulta N° 0: Sospecha de demencia

Dentro de la oferta de servicios de salud en atención primaria, existen una serie de instancias en las cuales puede surgir la sospecha de demencia, a las cuales se les denomina, en conjunto, "Consulta 0". Dichas instancias podrían ser las siguientes:

- EMPA/EMPAM (Examen de Medicina Preventiva del Adulto/Adulto Mayor) con sospecha de demencia durante la entrevista realizada por el profesional que lo aplica.
- EFAM (Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor) alterado con sospecha de demencia (falla en evaluación cognitiva, queja de memoria o aspectos de interacción que hacen pensar en deterioro cognitivo).
- Consulta de morbilidad, en la que se detecten síntomas de sospecha de deterioro cognitivo o aparezcan quejas de memoria.
- Atención profesional en el CESFAM u otro dispositivo de APS como CECOSF, SAPU, CCR, Postas Rurales, en el marco de los programas de reforzamiento existentes en atención primaria (apoyo a la dependencia severa, rehabilitación integral, Más Adultos Mayores Autovalentes, entre otros).
- Derivación desde el intersector.
- Derivación desde programas del Estado de índole social (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, SENAMA, SENADIS, DIDECO, Oficinas Municipales de discapacidad y de adulto mayor, entre otros).
- Otros.



Consideraciones administrativas de la Consulta 0:

- Si la persona no tiene aplicado el EMPAM o EMPA, se recomienda su aplicación previo a la consulta N°1.
- La sospecha fundada de demencia corresponde a la presencia de los síntomas descritos en el capítulo I junto con los resultados de los instrumentos aplicados: Mini-mental Modificado³ ≤ 21 puntos y Pfeffer ≥ 6 puntos.
- Si en la consulta 0 no se concluye la aplicación del Mini-mental Modificado y/o Pfeffer, será necesario citar a la persona a otra consulta para confirmar la sospecha fundada.
- **Se debe otorgar una hora a la persona con sospecha fundada de demencia para asistir al médico, que va a ser denominada como Consulta N°1.** Se debe asegurar entregar esta prestación (Consulta 1) en un tiempo no mayor a 30 días.
- Es **fundamental ingresar al SIGGES la sospecha diagnóstica de demencia**, gestión que puede ser realizada por el médico o por un profesional del equipo de sector capacitado. Con esto, se abre la garantía GES otorgando información clara y precisa a la persona y su familia sobre la implicancia de ellos y las acciones a desarrollar.

b. Consulta N°1: Alianza terapéutica y anamnesis

A esta instancia, se le pedirá a la persona con sospecha de demencia y/o a su cuidador/a, que acuda a consulta con:

- Persona cuidadora, familiar o persona significativa⁴ e informante confiable⁵.
- Resultados del EMPA o EMPAM y carnet de control en caso de tenerlo.
- Medicamentos que toma actualmente y recetas si dispone de ellas.
- Ayudas técnicas, si las utiliza (lentes, audífonos, bastón, etc.)
- Últimos exámenes realizados (de laboratorio o imágenes)
- En el caso de que la persona con sospecha de demencia no cuente con un cuidador, familiar o persona significativa, se recomienda gestionar una visita domiciliaria para evaluar las redes sociales y del intersector existentes.

Realizar las consultas necesarias y una rigurosa confección de la historia clínica es el primer y fundamental paso para el proceso diagnóstico. Es importante señalar que esta es una primera, pero no única consulta. Cuando la persona y su informante confiable llegan a la consulta con el médico, se sugiere considerar los siguientes pasos para realizar la atención:

³ Se sugiere este test dada la evidencia disponible. Se trabajará para que en los restantes documentos de MINSAL (Norma Técnica y Orientación Técnica de Personas Mayores) se haga esta misma modificación.

⁴ Persona significativa será aquella que tiene un vínculo afectivo con la persona en estudio por demencia, validado por ella o por su familia directa.

⁵ Informante confiable será quien conozca a la persona en estudio de demencia lo necesario para poder aportar con información precisa sobre su historia clínica y vida cotidiana.

FIGURA N°5: PASOS DE CONSULTA N°1 DIAGNÓSTICO EN APS



Paso 1: Inicio del establecimiento de una alianza terapéutica. Lleve a cabo acciones orientadas a facilitar la generación de una relación de colaboración. Esto quiere decir, intentar una bienvenida cálida, demostrar interés por los comentarios iniciales para generar confianza en el paciente y su cuidador, familiar o informante clave.

Paso 2: Establecer el motivo de consulta y actitud ante la entrevista.

Preguntarle primero a la persona: ¿Por qué viene? ¿Qué lo trae por aquí?, contextualizando así la evaluación que se realizará; tanto al paciente como su cuidador, familiar o informante clave. En este sentido es importante:

- Preguntar si saben el motivo de consulta y si están de acuerdo con este. Indagar en las razones para estar o no de acuerdo.
- Si la persona menciona un problema de salud relativo a un deterioro cognitivo que podría incluir problemas de memoria, de lenguaje, atención, función ejecutiva, entre otros. El entrevistador puede hacer preguntas dirigidas a sus problemas en las áreas antes mencionadas o simplemente preguntar: ¿Cómo está su memoria?
- Es importante realizar las preguntas desde lo más general a lo más específico.
- Si la persona no reporta problemas de memoria, lenguaje, atención, función ejecutiva; de forma espontánea o en la búsqueda dirigida y, posteriormente, en las pruebas aparece objetivamente

que sí los tiene, se debe considerar en la ficha como “anosognosia” en observación o posible “disminución de conciencia de trastornos cognitivos”. Frecuentemente una persona con demencia pudiese presentar este tipo de incongruencia, que es menos frecuente en trastornos cognitivos a causa de depresión, deterioros cognitivos leves, e incluso en demencia en etapa leve. Para lo anterior, es fundamental considerar el reporte del cuidador/a.

- Si la persona está con un cuadro muy severo de deterioro cognitivo, con compromiso de la atención global (está extremadamente somnoliento o, al contrario, hiperactivo y verborreico, que dificulta la entrevista y la evaluación), considerar tiempo de evolución y forma de aparición. Si es de aparición brusca y reciente, considerar posible cuadro de delirium, que hace necesario descartar la existencia de un cuadro infeccioso y/o metabólico, accidente vascular cerebral o accidente vascular por trauma u otra razón médica a la base del deterioro observado. Dependiendo de la sospecha diagnóstica, se debe resolver inmediatamente, derivar a urgencias o atención médica de especialidad y hacer seguimiento. Si el cuadro persiste luego de resolver el cuadro médico agudo, entonces se debe derivar a segunda sesión.
- Observar aspectos relativos a la actitud y la cooperación durante la entrevista a la interacción y la comprensión. En el caso de una demencia tipo Alzheimer, la fachada social normalmente se encuentra muy conservada, es decir, la persona tenderá a compensar las fallas cognitivas y en general colaborará bastante a lo largo de la evaluación, aun cuando le cueste hacer las tareas. Generalmente también mantendrá una relación adecuada con el médico. Por su parte, una persona cursando un episodio depresivo podría observarse más irritable o bien muy poco colaboradora en las pruebas, argumentando que “no puede”, o que es muy difícil; lo que podría percibirse como bajo esfuerzo en la tarea.
- Es relevante consignar si al preguntarle por antecedentes médicos u otra información tiende a mirar a su cuidador o a la persona que lo acompaña. Esto es muy frecuente en las demencias, particularmente en la demencia tipo Alzheimer.
- Es de vital importancia que el médico se tome el tiempo para evaluar a la persona, observando su comportamiento a lo largo de toda la entrevista y escuchándola atentamente. En este punto se debe evitar que el acompañante intervenga, intentado que hable lo menos posible en especial al inicio de la entrevista, de forma de obtener una apreciación clara de las capacidades y dificultades que presenta la persona con sospecha de demencia. Lo que el cuidador o informante pueda aportar también es central, pero hay que dar la oportunidad a la persona consultante para expresar en sus propias palabras lo que le ocurre, y luego contrastar con el resto de la información disponible.

Paso 3: Realizar la anamnesis, considerando tanto lo consignado en atenciones previas en la ficha clínica como aspectos propios de la historia de vida, edad, dónde vivió los primeros años de su vida, escolaridad, estado civil, oficio u ocupación, edad de jubilación, antecedentes mórbidos, medicamentos, historia del deterioro cognitivo, desempeño en actividades de la vida diaria, entre otros. Asimismo, para realizar la anamnesis, se sugiere efectuar las siguientes preguntas:

- ¿Qué enfermedades ha presentado en el último año?
- Antecedente de golpes en la cabeza o caídas en el último tiempo
- ¿Qué medicamentos está tomando?
- ¿Recuerda tomarlos por sí mismo/a o es otra persona quien los administra?
- ¿Ha notado un cambio en su memoria? Considerar el inicio y la progresión del problema (insidioso, agudo, progresivo, estable).

- Realice preguntas sobre la orientación, la memoria y el lenguaje.
 - Evalúe la orientación con respecto al tiempo (hora del día, día de la semana, la estación y el año) y el lugar (dónde se está evaluando a la persona, o dónde queda el almacén más cercano a su casa).
 - Analice la capacidad para hablar pidiendo a la persona que nombre partes del cuerpo y que explique la función de un elemento, por ejemplo, “¿Para qué se usa un martillo?”
- Explorar posibles factores precipitantes:
 - Físicos, tales como dolor, constipación, infección urinaria.
 - Psicológicos, tales como depresión.
 - Ambientales, tales como hacinamiento o alguna reubicación.
- ¿Hay cosas que antes hacía sólo que ahora le cuesta hacer? ¿Por qué?
- ¿Cuánto tiempo han durado los síntomas que reporta el paciente y el cuidador, familiar o informante clave?
- ¿Empeoran los síntomas en la noche?
- ¿Hay problemas asociados de aletargamiento y/o alteración de la conciencia?
- ¿Ha perdido objetos, se ha olvidado de nombres o palabras?
- ¿Ha notado si se equivoca en cosas que antes no se equivocaba?
- ¿Estuvo el inicio vinculado a una lesión de la cabeza, a un desmayo o a una enfermedad cerebrovascular?
- ¿Existe una historia clínica de bocio, pulso lento, piel seca, hipotiroidismo e hipertiroidismo, infecciones de transmisión sexual (ITS) o VIH, enfermedad cardiovascular, régimen alimenticio deficiente, desnutrición, anemia?
- ¿Utiliza el transporte de forma independiente?
- ¿Se ha perdido en el último tiempo?
- ¿Camina bien o pierde el equilibrio?
- Preguntar por el ánimo, sueño y dolor.
- Preguntar por consumo de alcohol y drogas. En el EMPAM está considerada la aplicación del AUDIT o ASSIST. Se sugiere tener presente esta información.
- Es importante evaluar comportamiento, colaboración y grado de alerta.
- Considerar en personas de 60 años y más la presencia de síndromes geriátricos.
- Entrevista al cuidador o entorno de apoyo (alguien que conoce bien a la persona): pregunte acerca de cambios recientes en el pensamiento y razonamiento, la memoria, la orientación y cambios en la conducta de manera brusca o progresiva.
- Analice si es pertinente aplicar el test AD8 o si es mejor que sea aplicado en la visita domiciliaria o en consulta con el equipo de salud.



Paso 4: Aplicación de test que corresponden a un screening cognitivo preliminar:

- MIS visual y/o verbal y/o versión telefónica (Memory Impairment Screen - MIS) (Dechent, et al, 2013) (en caso de ceguera o déficit visual severo). Este instrumento permite aplicar a personas con trastorno auditivo (MIS Auditivo), iletradas (MIS visual) y personas letradas (MIS).
- Fluencia categorial (nombres de animales en 1 minuto)
- Dos preguntas para pesquisar depresión:
 - En el último mes: ¿Se ha sentido abatido, deprimido, desesperado o con menos energía?
 - ¿Ha experimentado poco interés o placer en hacer las cosas que antes disfrutaba hacer?

No olvidar que estos tests deben ser complementados con los resultados del EMPAM, cuando la persona tenga 65 o más.

Paso 5: Examen físico completo que considere un examen general, segmentario y neurológico.

Evaluar visión, audición, presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura, dolor; todos registros básicos con los cuales podrá detectar condiciones agudas o crónicas cardíacas, pulmonares, hepáticas, renales o endocrinas, entre otros. En el examen neurológico se pretende detectar signos o alteraciones sugerentes de topografías o etiologías relacionables con demencias:

- Desde el ingreso al box de consulta, a través de la marcha, pueden evidenciarse problemas motores, movimientos involuntarios o trastornos del equilibrio.
- En los pares craneanos, los trastornos del olfato son frecuentes en algunas enfermedades neurodegenerativas y las alteraciones neuro-oftalmológicas son propias de ciertos parkinsonismos y de lesiones cerebrovasculares.
- Asimetrías motoras, distonías o movimientos involuntarios son característicos de patologías extrapiramidales.
- Alteraciones de la sensibilidad sugieren lesiones parietales.
- Los signos de liberación frontal como los reflejos de presión, del hociqueo, glabellar o palmomentoniano aunque pueden obtenerse en personas mayores normales, son sugerentes de enfermedades que afectan los lóbulos frontales.
- Finalmente, la exploración de la marcha y el equilibrio, siempre indispensable de incluir, puede revelar ataxias, bradiquinesias o paresias muy sugerentes de causalidades específicas.

Paso 6: Solicitud de exámenes de acuerdo a las necesidades observadas en la persona y que estén disponibles en la canasta de Atención Primaria. En el contexto de las Garantías Explícitas en Salud N°85, se consideran los siguientes exámenes de laboratorio:

- Hemograma (incluye VHS)
- Creatinina
- Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u
- Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)
- Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)
- Vitamina B12 por inmunoensayo
- Tiroestimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.)

- Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica y frasco recolector) (no incluye recolector pediátrico ni sonda)
- Electrocardiograma
- Orina completa, (incluye cód. 03-09-023 y 03-09-024)
- VDRL
- HIV

Finalización de la consulta N°1. Con los siguientes posibles resultados:

FIGURA N°6: RESULTADOS CONSULTA N°1 DIAGNÓSTICO EN APS



Es importante considerar que entre la consulta N°1 y la consulta N°2, no deben pasar más de 45 días. A su vez, es en este espacio de tiempo que se debe realizar la visita domiciliaria y/o la aplicación de las herramientas diagnósticas. Es vital hacer seguimiento de los casos para evitar desmotivación y abandono durante el proceso.

Se debe informar claramente a la persona con sospecha de demencia y a su acompañante, aspectos relevantes de la enfermedad de demencia y los pasos a seguir respecto al flujo de atención, entre otros aspectos que se consideren relevantes de clarificar en ese espacio. En ese sentido, es importante adaptar la entrega de información a la persona con demencia y su acompañante, considerando el beneficio que la información entrega y los recursos que la diada presente.

Asimismo, se recomienda realizar visita domiciliaria cuando la persona presenta un nivel de funcionalidad que interfiere sus actividades de la vida diaria y por ello, requiere ser evaluada en su contexto cotidiano.

Herramientas diagnósticas: Test cognitivos, funcionales y conductuales.

Duración sugerida: 1 hora

Para continuar la realización del diagnóstico entre la consulta N°1 y consulta N°2, la evaluación debiese contener las siguientes dimensiones, sobre las cuales se aplicará evaluaciones a la persona con sospecha de demencia y a su cuidador o persona que acompaña:



FIGURA N°7: HERRAMIENTAS DIAGNÓSTICAS EN APS

Dimensión	Instrumento	Se aplica con	
General	<ul style="list-style-type: none"> Anamnesis Examen Físico 	<ul style="list-style-type: none"> Descriptiva (antecedentes e historia) Exa. Físico habitual (incluye exa. neurológico) 	<ul style="list-style-type: none"> Persona con sospecha de demencia
Bio-médico	<ul style="list-style-type: none"> Comorbilidades agudas y crónicas Síndromes Geriátricos Esquema de fármacos 	<ul style="list-style-type: none"> Situación actual (vincular a ECICEP) Evaluación clínica Evaluación clínica 	<ul style="list-style-type: none"> Persona con sospecha de demencia
Neuro-psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> Cognitivo Funcional Conductual Afectivo Severidad 	<ul style="list-style-type: none"> MMSE - MOCA - MIS TADL-Q - BARTHEL - AD8 NPI-Q Test Depresión Cornell GDS 	<ul style="list-style-type: none"> Persona con demencia Cuidador/a-Persona con sospecha Cuidador/a Cuidador/a Cuidador/a
Socio-familiar	<ul style="list-style-type: none"> Soporte y Apoyo Social Redes familiares y comunitarias Carga de cuidados 	<ul style="list-style-type: none"> Descriptiva Descriptiva (instrumentos MAIS) Zarit 	<ul style="list-style-type: none"> Cuidador/a-Persona con sospecha Cuidador/a-Persona con sospecha Cuidador/a

Desde el punto de vista general, se debe completar una **anamnesis descriptiva**, que contenga antecedentes e historia de la persona. Un **examen físico** que incluya el examen neurológico.

Desde el punto de vista bio-médico se espera que se evalúen las comorbilidades agudas y crónicas y la situación actual del paciente. Lo cual se espera que esté en vinculación a la Estrategia de Cuidado Integral Centrado en la Persona (ECICEP). Del mismo modo que se explore la presencia de **síndromes geriátricos** y el esquema farmacológico en uso.

En lo que respecta a la evaluación neurocognitiva, se espera que en primer lugar se realice una evaluación de eficacia cognitiva global a través de la escala *Mini-Mental State Examination (MMSE)*, como primera opción, dependiendo del perfil del participante y si esta no ha sido aplicada con anterioridad. Como segunda opción la escala *Montreal Cognitive Assessment (MoCA)*, según escolaridad y capacidad visual del consultante. A continuación puede ayudar a informar sobre el estado cognitivo del/a usuario/a un test de tamizaje de memoria episódica como el *Memory Impairment Screen (MIS)*, en su versión visual para personas analfabetas o auditivas, para personas con algún tipo de trastorno auditivo.

Una medida de tamizaje de aspectos cognitivo-funcionales, breve y útil para orientar el diagnóstico es el Cuestionario de *Enfermedad de Alzheimer 8 (AD8)* (Muñoz-Neira et al., 2010), el cual acompaña las mediciones respecto a actividades de la vida diaria, instrumentales con el (TADL-Q) (Muñoz-Neira C. et. al. 2012)(*) y básicas a través del *Índice de Barthel* (Mahoney & Barthel, 1965). Este último está incluido en el EMPAM y está recomendado específicamente para personas con dependencia severa.

Es muy importante una medida que nos informe sobre la presencia y severidad de síntomas psicológico-conductuales, para ello el *Inventario Neuro-psiquiátrico* en su versión abreviada (NPI-Q) nos brinda una aproximación adecuada.

Es relevante también conocer el estado afectivo del paciente, para lo cual resulta útil el *Test de Depresión de Cornell* (Alexopoulos et al., 1988). Se recomienda su aplicación especialmente para el tratamiento de mediana complejidad para personas con demencias moderadas o severas.

Como resultado de la evaluación, se recomienda guiar el diagnóstico con la escala *Global Deterioration Scale (GDS)*. (Reisberg et al. 1985).

Desde el punto de vista social se espera que se visualice la presencia de soporte y apoyo social del consultante, así como sus redes familiares y comunitarias. Para ello se sugiere utilizar los instrumentos de Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario (2013). Por último, es importante realizar una exploración de la carga de cuidados que pueda estar experimentando el/a cuidador/a, a través de la aplicación de la escala de carga de sobrecarga Zarit (Caregiver Burden Interview).

Todos los instrumentos serán aplicados por un profesional del equipo capacitado para ello, quien deberá emitir un informe y agregarlo a la ficha clínica. Podrá ser realizada tanto en la visita domiciliaria como en el centro de salud, de acuerdo a las posibilidades observadas en la persona con demencia y su entorno de apoyo.

Es importante mencionar que los instrumentos por sí solos no son suficientes para realizar el diagnóstico, ya que no existe un instrumento con 100% de sensibilidad y especificidad. Entonces, lo recomendado es combinar los resultados de los instrumentos diagnósticos con el criterio clínico del equipo de sector.

c. Consulta N°2: Visita Domiciliaria y/o consulta con algún otro integrante del equipo de salud

El trabajo en el domicilio permite conocer el contexto real y cotidiano de la persona con demencia y su entorno de apoyo, permitiendo un adecuado acompañamiento en la trayectoria o curso de la enfermedad y accediendo a las dinámicas de la vida diaria, su ambiente físico y social, los recursos disponibles, entre otros.

Es importante señalar que no a todas las personas se les realiza visita domiciliaria integral (VDI). Esta prestación se entrega a personas y familias que el equipo considere pertinentes, considerando aspectos tales como condiciones de vida, situación psicosocial, necesidad de aplicación de test en ese espacio u otros.

La visita domiciliaria de evaluación inicial permite:

- Establecer un primer vínculo de confianza entre la persona con demencia, el entorno de apoyo y el equipo de trabajo.
- Identificar las necesidades que presente el usuario y el cuidador, familiar o entorno de apoyo.
- Evaluar en terreno los recursos de la red que son entregados en el hogar por organismos públicos.
- Identificar los desafíos relacionados al cuidado cotidiano.
- Obtener y corroborar información obtenida en la consulta N°1.
- Evaluar la necesidad de cambios ambientales y/o conductuales de la persona y del cuidador, familiar o entorno de apoyo.
- Aplicar herramientas diagnósticas, (Test NPI-Q y TADL-Q) específicas tanto para la persona con sospecha de demencia como para su cuidador (Zarit), familiar o entorno de apoyo.
- Aplicar herramientas de evaluación familiar si no las tuviera (elaboración de genograma, línea de vida familiar, APGAR familiar, círculo familiar, ecomapa o mapa ecológico de la familia, mapa de redes).

Para efectos de su registro, esta visita será considerada como integral. Los profesionales que harán esta visita serán definidos de acuerdo a las necesidades pesquisadas en la consulta N° 1 y los resultados de ésta deberán quedar consignados en la ficha clínica.

De acuerdo con la necesidad de cada persona con sospecha de demencia, también será posible utilizar esta consulta para la aplicación de instrumentos o consulta de algún integrante del equipo de sector, a modo de complementar la evaluación.

En aquellos casos que no amerite ni la visita domiciliaria ni la consulta de otro profesional, se podrá pasar directamente desde la consulta 1 a la 3.

d. Consulta N°3:

A continuación, se presentan los pasos a seguir en la consulta N°3.

FIGURA N°8: PASOS CONSULTA N°3 DE DIAGNÓSTICO EN APS



Resultados de la Consulta N°3:

FIGURA N°9: POSIBLES RESULTADOS DE CONSULTA N°3 DE DIAGNÓSTICO EN APS



- Se deben generar las derivaciones a otros programas según corresponda, tanto en la atención primaria como de especialidad, considerando seguimiento y control de acuerdo a los rendimientos y concentraciones de cada programa específico.
- Se deben generar las vinculaciones con los referentes de personas mayores del intersector a nivel local, cuando corresponda.

Tanto en la consulta 1 como en la consulta 3 se deberá evaluar a través del entorno de apoyo, específicamente al cuidador principal, a través de los mecanismos que se especifican en capítulo VI de consideraciones para la implementación del GES.

e. Rendimiento necesario para realizar diagnóstico

- En CESFAM: Si bien la consulta está indicada con un rendimiento de 30 a 40 minutos, se debe considerar que durante esta instancia también se pesquisará la sospecha de estrés del cuidador/a. Por esto, ante la duda o falta de tiempo, debería programarse una segunda sesión con cuidador/a.
- Visita domiciliaria integral. Si bien la visita domiciliaria debiese tener un rendimiento entre 60 y 120 minutos, se debe considerar el tiempo que se estime necesario para conversar con la persona significativa o cuidador/a.⁶

f. Proceso de Anuncio Diagnóstico

Entregar un diagnóstico de deterioro cognitivo leve (trastorno neurocognitivo menor) o demencia (trastorno neurocognitivo mayor) puede ser una tarea que no resulte sencilla ni para médicos ni otros integrantes del equipo de salud.

El conocer el diagnóstico puede alterar la vida de las personas, sus familias y su entorno, generando variadas posibilidades de reacción, que pueden ir desde la aceptación a la negación, rabia, sintomatología depresiva y/o indiferencia. Algunas personas pueden estar conscientes de las implicancias asociadas al diagnóstico, mientras otras requerirán de un mayor apoyo para comprender y adaptarse.

Dentro de las mayores preocupaciones de las personas con demencia y sus entornos de apoyo, usualmente se encuentra el no disponer de un tratamiento curativo, el desconocer la progresión de la enfermedad, los tratamientos o apoyos ambientales, y no saber cómo enfrentar los límites de la autonomía y otros aspectos legales (revisar Anexos N°1).

En este sentido, para muchas personas y familiares, tener una conversación y acceder a información oportuna luego del diagnóstico, será significativo como parte del proceso de adaptación a este. Esto debe consignarse como consulta de salud mental por otros profesionales.

¿Qué implica conocer el diagnóstico de demencia para la persona y para su entorno?

El conocer el diagnóstico permite optar a:

- Recibir tratamiento adecuado para enfrentar los síntomas.
- Entender mejor la situación que se está viviendo.
- Manejar la angustia, incertidumbre y/o ansiedad.
- Aprender sobre la condición.

⁶ Los rendimientos de cada una de las prestaciones estarán definidos en la OOT de Programación y Planificación en red del año vigente.

- Validar lo que están viviendo tanto la persona con demencia como su entorno.
- Buscar y obtener el soporte adecuado.
- Planificar el futuro.

En el caso de las personas con demencia que no pueden comprender el diagnóstico o las implicancias de este, resulta igualmente relevante y útil el conocimiento de esta información por parte de sus familias y entorno próximo. Conocer el diagnóstico permitirá planificar mejor el futuro de la persona con demencia y de su entorno, planeando de forma anticipada aspectos como: declaración de voluntades anticipadas, ajustes financieros y decisiones personales (Para más información revisar ANEXO N°1).

Consideraciones previas a la comunicación diagnóstica:

- Conozca al paciente y su entorno de apoyo, sus dinámicas familiares, preferencias y características culturales. Es importante tener presente cuál es el conocimiento previo que tiene la persona y su entorno en cuanto a las fallas cognitivas, ya que algunas personas pueden estar muy conscientes de éstas, mientras que otros pueden considerar que no hay mayor problema, y ello incidirá en la información a entregar y en la respuesta a esta.
- A la hora de hacer el anuncio diagnóstico debiese incluirse una dupla profesional, donde esté el médico y el terapeuta ocupacional u otro profesional, de acuerdo a los desafíos relevados, para dar respuestas más específicas o recomendaciones según las necesidades que aparezcan (para mayor información, se sugiere consultar el documento: Guía Práctica de Comunicación de Malas Noticias: Propuestas para una comunicación humanizada, MINSAL 2017⁷)
- Disponga de tiempo para responder preguntas del paciente y su acompañante. Agendar una consulta de seguimiento es altamente recomendable.
- Durante la evaluación o estudio por queja de memoria, problemas de lenguaje, trastornos de conductas, entre otros, puede ser adecuado preguntar a la persona su voluntad de conocer el diagnóstico en caso de que fuese algún tipo de demencia. Por ejemplo, *“Si usted tuviera demencia, o Alzheimer, ¿le gustaría que se lo dijéramos?”*
- Puede profundizar en sus motivos, y a su vez consultar si desearía que se le informase del diagnóstico a alguien de su familia o acompañante. Esto siempre conversando primero con el paciente.
- Si la persona ha manifestado que no desea conocer su diagnóstico o que en caso de presentar una demencia o enfermedad de la memoria preferiría no saberlo, dicha postura debe ser respetada.

⁷<https://degreyd.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/04/Consideraciones-de-Salud-Mental-y-apoyo-Psicosocial-durante-Covid-19-versi%C3%B3n-2.0-1.pdf>

TABLA N°1: CONSIDERACIONES PARA INFORMAR EL DIAGNÓSTICO

	Persona con Demencia	Familiar/Entorno de apoyo
Deterioro cognitivo leve (Trastorno neuro-cognitivo menor)	Sí. Informar tomando en consideración la voluntad de ser informado.	No. Se debe informar solo si el consultante así lo explicita
Demencia en etapa inicial	Sí. Informar tomando en consideración la voluntad de ser informado.	Sí, siempre que el paciente está de acuerdo.
Demencia en etapa moderada	Variable. Debe evaluarse el beneficio. Considerar la presencia de trastorno mnésico y el impacto emocional en el paciente.	Sí
Demencia en etapa avanzada	No	Sí

Fuente: Modificada de Abusleme, M. T., & Gajardo, J. (2018)

1.2. TRATAMIENTO DE MEDIANA COMPLEJIDAD

Tras la confirmación diagnóstica en APS, o bien, una vez realizada la contrarreferencia de la persona con demencia desde nivel de especialidad, a la atención primaria le corresponde otorgar el tratamiento de mediana complejidad, incorporado en la canasta de mediana complejidad del GES N°85. Para esto, se generará para cada usuario un Plan de Cuidados Integrales (PCI) consensuado.

El Plan de Cuidados Integrales se desarrolla con el objetivo de complementar a los programas existentes en APS y satisfacer necesidades de la población que convive con la demencia. Las prestaciones psicosociales del Plan de Cuidados Integrales son de carácter multicomponente, flexibles y consensuadas, acorde a las necesidades de paciente, bajo una perspectiva de derecho como encuadre ético de las intervenciones a realizar.

El equipo de sector salud puede verse enfrentado a casos en que la persona con demencia no puede expresar en un determinado momento su preferencia respecto al curso de acción. Si bien se deben tomar las medidas para el resguardo de la salud y la vida del paciente, el curso de acción elegido debe estar informado por el conocimiento previo sobre la voluntad de la persona y los acuerdos que se han ido asegurando con los cuidadores. En este caso deberá garantizarse los derechos de la persona en base a los principios éticos antes descritos.

En el caso de que no exista persona de referencia/cuidador para la persona con demencia, se debe buscar apoyo de otros programas con intervenciones dirigidas al apoyo domiciliario y articulación con la red socio sanitaria, a través de intervenciones de carácter comunitario, o recurrir al apoyo de entorno cercano (vecinos, por ejemplo).

El equipo de sector trabajará con las personas con demencia y su familia, procurando una atención cercana y eficiente y la coordinación oportuna dentro de la red de salud y de la red intersectorial local. Para ello desarrollará varias funciones tanto de atención clínica como de gestión de salud, de articulación de la red intersectorial y de trabajo comunitario en salud. Estas funciones se ejecutarán de acuerdo a las definiciones del equipo, considerando la formación, experiencia y habilidades de cada integrante y del equipo en conjunto.

Dentro de las funciones específicas asociadas al equipo de sector de APS en el abordaje de personas con demencia, se destacan:

FIGURA N°10: FUNCIONES EQUIPO DE SECTOR EN APS



Se considerará adaptar la intervención a las necesidades emergentes, comprendidas como aquellas problemáticas que la persona y/o familiar puedan presentar durante el transcurso del deterioro.

En caso de que el cuidador pertenezca a otro centro o sistema de seguro de salud, le corresponde de igual forma recibir las acciones de orientación para mantención y mejora de su situación de salud, evaluación de sobrecarga del cuidador, las capacitaciones y fomento de la participación correspondiente y la orientación sobre beneficios en la red, entendiéndose que el objetivo del programa es otorgar a la persona con demencia, una atención de salud integral.

a. Elaboración del Plan de Cuidados Integrales (PCI):

Esta etapa se inicia posterior a la confirmación diagnóstica efectuada por médico de atención primaria, a partir de la información recopilada por el equipo de salud, o bien, una vez realizada la contrarreferencia de la persona con demencia desde nivel de especialidad. En este último caso, la derivación a APS debe ser un proceso asistido que considere el traspaso de información del PCI para la continuidad del cuidado de la persona con demencia y la persona cuidadora. Este Plan se debe realizar por el equipo biopsicosocial que está en conocimiento de la situación de salud del consultante.

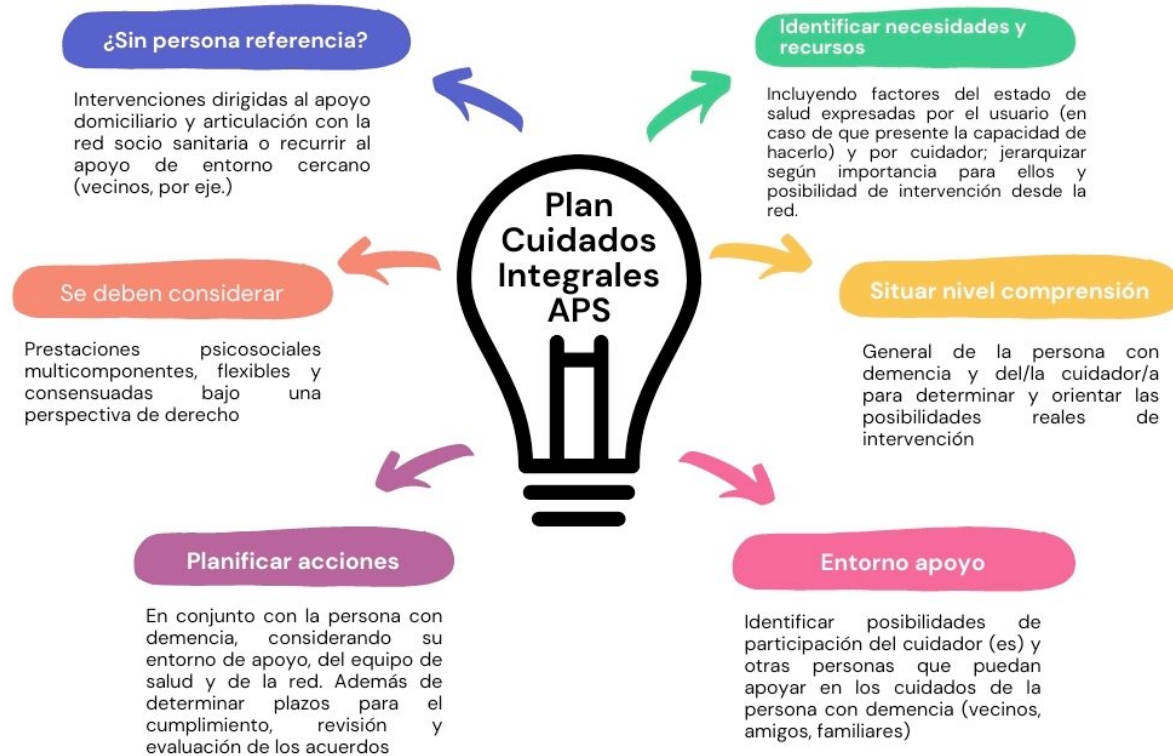
Su objetivo es establecer un vínculo con la diada, es decir, la persona con demencia y su entorno de apoyo y así generar un plan de trabajo personalizado y consensuado, el cual será clave para guiar el resto de las intervenciones.

Durante esta etapa, los equipos deben realizar las siguientes acciones:

- Resolución de dudas y apoyo posterior a la confirmación diagnóstica: Si bien el acompañamiento y resolución de dudas es una acción transversal en las distintas etapas del plan, es fundamental que, posterior a la confirmación diagnóstica, se realice apoyo a cuidador(es) priorizando la orientación, consejería, y entrega de información en un corto plazo. Si bien las necesidades variarán según el nivel de la progresión en el que se realice el diagnóstico (leve, moderado, avanzado), es necesario educar respecto a generalidades de la demencia y sus características según estadio y tipo de demencia que presente.

- Levantamiento de problemáticas: Levantar, priorizar y actualizar necesidades o problemáticas identificadas previamente, en la primera y segunda consulta con médico de APS, en la visita domiciliaria integral diagnóstica y en la aplicación de los instrumentos.
- Generación de Plan de Cuidados Integrales (PCI):
 - Luego de apoyar, resolver las dudas y actualizar las problemáticas, se debe generar el Plan de Cuidados Integrales, orientado a las necesidades manifestadas por las personas con demencia y sus cuidadores y/o familia incluyendo intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas o psicosociales.
 - La generación del Plan de Cuidados Integrales se realizará en el centro de salud o en el domicilio de la persona.
- En caso de dudas, presentar el caso a Consultoría con equipo de especialidad respectivo definido por la red o la Célula de Geriatría del Departamento de Salud Digital.

FIGURA N°11: PLAN DE CUIDADOS INTEGRALES EN APS



A continuación, se presenta un cuadro dirigido a facilitar la construcción de un plan integral de intervención en demencias describiendo las problemáticas más frecuentes, en los ámbitos de funcionalidad, social, biomédica, cognitiva y emocional.

TABLA N°2: DESCRIPCIÓN DE PROBLEMÁTICAS FRECUENTES

Problemáticas	Objetivos	Intervenciones sugeridas	
Funcionales	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgos en la comunidad. • Riesgo de extravíos. • Riesgo de estafas. • Riesgo de accidentes en el hogar. • Riesgo caídas. • Rutina pasiva escasa de actividades significativas. • Desorientación en la casa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover desempeño seguro en la comunidad. • Prevenir estafas. • Prevenir extravíos. • Prevenir accidentes en el hogar, promover un ambiente seguro. • Favorecer independencia en AVD. • Entrenar a las personas en el ámbito funcional, considerando el uso de ayudas técnicas en sus actividades cotidianas, si correspondiese. • Promover uso significativo del tiempo libre. • Mejorar orientación dentro del hogar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Entregar ficha de datos a carabineros, hacer tarjetas con N° de teléfono de emergencia para el usuario, gestionar uso de GPS. • Entregar solo billetes de \$1000 y \$2000 pesos. Establecer tope máximo en tarjetas bancarias. Acompañar en trámites de pensión o bancarios. • Informar a vecinos sobre problemas de memoria del usuario en caso de situación de riesgo. Esta posibilidad se debe acordar con los cuidadores. • Adaptación para un ambiente seguro: iluminación, accesibilidad, ventilación, sistemas de seguridad, entre otros. • Entregar sugerencia de rutina con actividades concretas de estimulación cognitiva, física y actividades recreativas. • Trabajar de forma individualizada en relevar intereses e implementar actividades en el hogar. • Visita Domiciliaria con enfoque en seguridad ambiental dentro del hogar. • Educar sobre estrategias de orientación dentro del hogar: Uso de calendario, pizarra de actividades para organizar rutina, iluminación. Uso de señalética, uso de fotos.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Desorganización en los cuidados. • Escasa red de apoyo/ Red de apoyo frágil. • Deprivación sociocultural. • Sospecha de maltrato. • Escaso conocimiento de la demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promover organización en los cuidados. • Ampliar y/ o fortalecer red de apoyo. • Promover seguridad en los cuidados. • Promover participación social. • Vincular a las redes de la comunidad, tanto a las personas con demencia como a su entorno de apoyo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo familiar para facilitar la organización de los cuidados, activar la red familiar, promover la participación de más cuidadores, disminuir o evitar la sobrecarga. • Educación en relación a la demencia. • Visita domiciliaria lo consignado en atenciones previas en la ficha clínica para conocer configuración y dinámicas familiares asociados al cuidador y al usuario. • Diagnóstico de redes de apoyo social. • Gestión con asistente social para apoyos sociales. • Vinculación con talleres en la comunidad.

Biomédicas	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Reacción adversa a medicamentos. ▸ Uso de fármacos potencialmente inapropiados. ▸ Presencia de Síntomas Psicológico-conductuales en personas con demencia (SPCD). ▸ Síndromes geriátricos que limiten la participación o expongan a riesgos. ▸ Otras comorbilidades descompensadas. ▸ Delirium/ cuadros agudos. ▸ Déficits sensoriales no compensados. ▸ Falta de adherencia a controles y terapias. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Promover administración segura de fármacos. ▸ Evitar fármacos potencialmente inapropiados. ▸ Disminuir aparición de SPCD. ▸ Prevenir y optimizar el manejo de SPCD. ▸ Prevenir presencia de Síndromes geriátricos. ▸ Favorecer manejo apropiado de Síndromes geriátricos. ▸ Mantener estabilizadas las comorbilidades. ▸ Favorecer la compensación de déficit sensoriales. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Educación en relación a uso de fármacos y su función (vía de administración, forma de administración segura, dosis y horario). ▸ Seguimiento telefónico para corroborar comprensión de indicaciones médicas. ▸ Entrega de cartillas educativas con signos de alerta en salud (Síndromes Geriátricos, Delirium, comorbilidades). ▸ Evaluar clínica y/o consejería para manejo de SPCD puntuales. ▸ Entrega de cartillas educativas con signos de alerta para manejo de SPCD. ▸ Manejo farmacológico de SPCD en caso correspondiente. ▸ Visita domiciliaria con foco en manejo de SPCD. ▸ Prescripción o derivación para entrega de ayudas técnicas. ▸ Derivación a servicio de urgencias y seguimiento posterior en caso de descompensación.
Cognitiva emocional	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Mala o baja autopercepción de salud de la persona con demencia. ▸ Mala o baja autopercepción de salud del cuidador o persona significativa. ▸ Baja percepción de eficacia del cuidador o persona significativa en cuanto a su rol. ▸ Sobrecarga asociada a los cuidados (manejo de SPCD, manejo de emociones, cansancio). ▸ Hábitos de vida poco saludable (trastorno del sueño, trastorno de alimentación, etc.). ▸ Uso poco efectivo del tiempo libre (cuidador). ▸ Presencia de duelo o duelo ambiguo. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Mejorar autopercepción en salud del usuario. ▸ Mejorar autopercepción en salud del cuidador. ▸ Promover la sensación de confianza del cuidador respecto a su rol. ▸ Incentivar el uso efectivo del tiempo libre en el cuidador. ▸ Promover instancias de respiro. ▸ Prevenir sobrecarga. ▸ Favorecer manejo de situaciones estresantes en relación al cuidado de la Persona con Demencia. ▸ Favorecer rutinas saludables en cuidador. 	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Promover la participación del usuario en actividades acorde a sus capacidades e intereses. Adaptar las actividades para facilitar el desempeño exitoso. ▸ Educación en prevención y manejo de SPCD. ▸ Acompañamiento en el desarrollo de competencias para el cuidado. ▸ Derivación del cuidador a salud mental, en caso que corresponda. ▸ Incentivar la participación del cuidador en actividades de apoyo mutuo. ▸ Incentivar la participación en talleres comunitarios. ▸ Entrega de material educativo con sobre diversas temáticas asociadas a la demencia, especialmente sobre el manejo de conductas desafiantes.

Fuente: Centro KINTUN, Peñalolén. 2017

Considerando que el abordaje de la demencia en el sistema de salud público se da en el marco del modelo de atención en salud (MAIS), y la estrategia de cuidados integrales centrados en la persona (ECICEP), es importante tener presente que el plan de intervención mencionado se inserta, complementa y articula con en el Plan de Cuidados Integrales Consensuados que debiese tener cada persona en el centro de salud y que lo acompaña en toda su trayectoria de cuidados integrales.

b. Intervenciones psicosociales para el tratamiento de mediana complejidad

Intervenciones como psicoeducación, participación en grupos de apoyo mutuo o uso de la ocupación serán implementadas según las demandas y necesidades de las personas con Alzheimer y otras demencias a nivel local. El objetivo de estas intervenciones es favorecer la participación social de las personas con demencia y potenciar su funcionalidad a través de la estimulación de sus habilidades remanentes, con el foco de mantener la calidad de vida, así como detectar y resolver oportunamente descompensaciones. Tales intervenciones tienen un fundamento teórico-clínico, y por lo tanto deben ser ejecutadas por profesionales con formación en la materia, que puedan elaborar objetivos generales y específicos de cada actividad y definir acciones y plazos, de acuerdo a lo estipulado en el Plan de Cuidado Integral.

A continuación se mencionan algunas terapias no farmacológicas y su evidencia, cuya relevancia cabe destacar, ya que se postulan como primera línea de intervención en demencia y poseen un carácter multimodal.

Psicoeducación

En ese contexto, la psicoeducación es una aproximación terapéutica en la que se proporciona información específica acerca de la enfermedad a través de un facilitador (profesional de salud) que entrega información científica, con un lenguaje claro y preciso, acorde al nivel educativo de la persona con demencia y/o su cuidador, para responder sus inquietudes o preguntas específicas acerca del origen, síntomas, evolución y abordaje de la situación de salud u otra consulta. Esta acción puede ser realizada en un contexto individual o grupal.

Utilizar psicoeducación en el trabajo con grupos puede tener importantes beneficios en la intervención. En primer lugar, potencia el intercambio de experiencias entre personas que están en situaciones similares y, con ello, fomenta redes de apoyo social informal, especialmente en situaciones que puedan mostrar dificultades. En segundo lugar, proporciona un escenario sociocultural de construcción del conocimiento en el que se favorece el respeto ante la diversidad de puntos de vista y el aprendizaje de comportamientos alternativos (Cuevas-Cancino y Moreno-Pérez, 2017).

Grupos de Autoayuda

Estos grupos suponen una estrategia de intervención centrada en el apoyo social, que tiene como objetivo consolidar, ampliar y complementar la red social de la persona que atraviesa alguna dificultad y/o problema, no pudiendo recibir apoyo o no siendo adecuado el apoyo que recibe de otros sistemas de su red social. En ese marco, se recalca que los grupos de autoayuda son grupos pequeños y voluntarios, estructurados para la ayuda mutua y que habitualmente están integrados por iguales, donde se enfatizan la interacción social y con frecuencia proporcionan tanto ayuda material como de apoyo emocional orientados a la causa del problema (Domenech, 1998).

Ya existe experiencia y desarrollo de esta estrategia en Atención Primaria, la que puede ser una instancia enriquecedora para los y las cuidadoras y/o familias. De acuerdo a la Orientación Técnica Administrativa del Programa de Salud Mental en APS (2018), se recomienda apoyar tanto a los grupos como a quienes conducen los grupos, ya sea monitores o personas que experimentaron algún problema de salud mental o lo estén superando, ya que no sólo abordan contenidos de prevención en salud mental sino también promoción de estilos de vida saludable.

Uso de ocupación como estrategia de intervención

El uso de la ocupación/actividad como medio es un recurso beneficioso para la prevención y manejo de síntomas psicológicos y conductuales, y la calidad de vida de la persona con demencia leve y moderada. Las actividades personalizadas a las capacidades remanentes, intereses, y biografía de la persona con demencia, junto con la capacitación del cuidador y entorno para su utilización en la vida diaria, puede tener variados efectos positivos tanto para la persona con demencia como para su familiar de apoyo (Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G, 2020; Gajardo, Aravena, 2016)

c. Tratamiento farmacológico para el tratamiento de mediana complejidad

El abordaje de las demencias debe hacer énfasis en las intervenciones psicosociales tanto individuales como grupales. La farmacoterapia se utiliza para el manejo de los síntomas asociados al cuadro. Reconociendo lo anterior, y respecto al tratamiento farmacológico, el médico del equipo de sector (APS) debe prescribir los medicamentos que estén disponibles en el arsenal farmacológico de Atención Primaria, de acuerdo a la canasta especificada en el Decreto GES N°22.

TABLA N°3: MEDICAMENTOS INCORPORADOS EN GES N°85 PARA ATENCIÓN PRIMARIA (TRATAMIENTO MEDIANA COMPLEJIDAD)

	MEDIANA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
ANTI-DEPRESIVOS	Sertralina Citalopram Trazodona	Sertralina Citalopram Trazodona Mirtazapina
ANTI-PSICÓTICOS	Risperidona Quetiapina	Risperidona Quetiapina Olanzapina Aripiprazol
INDUCTORES DEL SUEÑO		Eszopiclona
ANTI-DEMENTIVOS		Memantina Donepezilo

Los medicamentos considerados dentro del grupo de prestaciones priorizadas (GPP) de tratamiento de mediana complejidad en Atención Primaria son:

- *Sertralina*: Es un antidepresivo de la familia de los ISRS y puede ser utilizado en caso de síntomas significativos de ansiedad y/o depresión. En caso de usarse es relevante monitorizar el sodio plasmático un mes después de su inicio y luego cada 4 a 6 meses.
- *Citalopram*: Es un antidepresivo de la familia de los ISRS, que puede ser útil tanto en síndromes depresivos, ansiosos como en algunos trastornos conductuales de la línea de irritabilidad.
- *Risperidona*: Es un antipsicótico atípico que se puede utilizar en trastornos conductuales de la línea de la irritabilidad. Su uso está limitado a un periodo corto de tiempo (6 semanas), en personas con demencia tipo Alzheimer tipo moderada a severa con riesgo de agresión a sí mismo y los demás, y prohibido su uso en demencia tipo vascular o tipo mixto.



- *Trazodona*: Es un antidepresivo de perfil sedante, por lo cual puede ser de utilidad en trastornos de sueño y síntomas ansiosos también.
- *Quetiapina*: Es un antipsicótico atípico de perfil sedante, que puede ser útil en algunos casos de trastornos de sueño y de síntomas en la línea de la irritabilidad.

1.3. TRABAJO COMUNITARIO

Dentro del Modelo de Atención Integral con enfoque familiar y comunitario que sustenta la atención primaria, resulta fundamental el trabajo en red para acompañar, por una parte, el proceso individual, familiar y comunitario que implica la demencia, pero además, el proceso en general asegurando la continuidad de los cuidados. Por tanto, fortalecer las redes que ya existen en los establecimientos de APS, es una de las tareas importantes a desarrollar por el equipo de salud. En la siguiente tabla se describen tareas a desarrollar por el equipo de sector para el fortalecimiento de la red local.

TABLA N°4: TRABAJO COMUNITARIO EN ATENCIÓN PRIMARIA

Trabajo con redes de Salud	Trabajo con redes externas
Insertar dentro del funcionamiento del equipo de sector las acciones asociadas al plan de demencia.	Identificar, conocer y darse a conocer en los dispositivos sociales presentes en el territorio y su funcionamiento.
Incorporar en los flujogramas de atención del sector la derivación hacia y desde el programa (EMPAM; PACAM, Programa Apoyo a la Dependencia, Inmunizaciones, morbilidad, entre otros).	Conocer la oferta de servicios locales disponibles para la persona con demencia y cuidador o persona de referencia, definiendo en conjunto los mecanismos de derivación y acceso desde el sector salud.
Identificar y conocer los dispositivos y el funcionamiento de la red de salud y demás servicios sociales o comunitarios que operan en el territorio.	Identificar y analizar las organizaciones de la sociedad civil y comunitaria que existen y funcionan en el territorio.
Definir en conjunto con los dispositivos de salud del territorio, flujogramas de referencia y contrarreferencia, optimizando la oferta disponible en la red, procurando la continuidad del cuidado de la persona con demencia y el cuidado del cuidador o persona de referencia.	Conocer, contactar y articular con otras organizaciones que pudieran ser útiles a las necesidades de los usuarios y su entorno de apoyo.
Establecer contacto, definir conjuntamente canales, protocolos de comunicación y colaboración constantes, entre y con los distintos dispositivos y organizaciones	Generar o incorporarse a procesos participativos con la comunidad y/o informantes claves del intersector, que den cuenta de necesidades y/o propuestas de mejora del desarrollo del programa.

Un aspecto fundamental a considerar es que, si la persona con demencia no tiene un cuidador y/o familiar que se comprometa y/o acompañe su cuidado, el equipo deberá realizar las gestiones necesarias para generar o activar una red que se haga partícipe de la situación.

Es importante agregar que el eje de este GES es la atención primaria, el nivel de atención más cercano a las personas y aquel que tiene la mayor experiencia de apoyos y cuidados continuos. Es por ello, que, al derivar al centro de especialidad respectivo para el diagnóstico diferencial o tratamiento de alta complejidad, la persona con demencia y su entorno de apoyo deberán estar permanentemente monitoreados por el equipo de sector de la atención primaria de salud para no perder esta vinculación. Esto implica que, de forma adicional a los controles en la unidad de mayor especialización, los planes de acción continuarán ejecutándose en su mayoría en APS, contando con todo el equipo

profesional. Vale decir, kinesiólogo, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, enfermera, trabajador social, psicólogo, médico, químico farmacéutico, entre otros.

Los equipos de salud de atención primaria y de especialidad deberán coordinarse por medio de todas las estrategias necesarias (consultorías, reuniones clínicas, entre otras), a fin de no duplicar esfuerzos profesionales para la continuidad de los cuidados, elaborar planes integrales de cuidado, realizar consultorías, referencia y contrarreferencia u otras instancias locales que faciliten la comunicación y coordinación continua durante el tránsito de la persona por la red de salud.

2. DERIVACIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA AL NIVEL DE ESPECIALIDAD

Para derivar a una persona con sospecha de demencia o con demencia confirmada de mediana complejidad al nivel de especialidad, se espera que el equipo de Atención Primaria haya realizado previamente las prestaciones incluidas en la canasta de "Diagnóstico" o de "Tratamiento de mediana complejidad", asociadas al GES 85 "Alzheimer y otras demencias". Posterior a ello, se deberá analizar la pertinencia del dispositivo al cual referir, ya sea Centro de Memoria u otro según corresponda a los establecimientos de especialidad definidos por cada Servicio de Salud, dentro de su red GES para Diagnóstico Diferencial o Tratamiento de Alta Complejidad. Estos criterios se deben diferenciar claramente cuando se trate de usuarios/as con una patología aguda descompensada, los cuales deben ser dirigidos hacia un Servicio de Urgencias.

2.1. REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

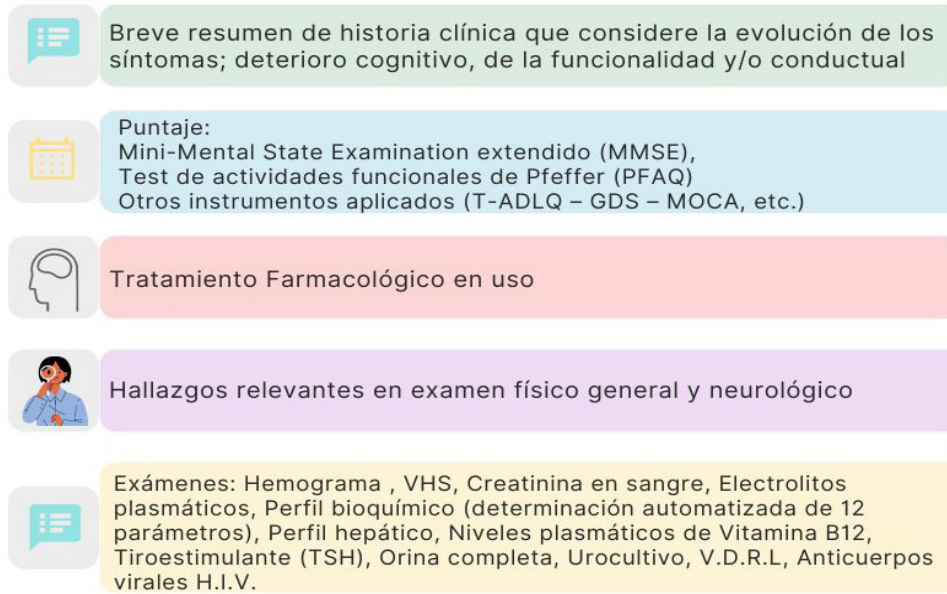
El proceso de referencia y contrarreferencia forma parte de la continuidad de cuidados de la persona con demencia durante su tránsito por la red de atención. Implica actividades administrativas y asistenciales para el traspaso de información entre los nodos y puntos de atención, con la finalidad de responder a las necesidades de atención y cuidados que requiere (Modelo de Gestión Red Temática de Salud Mental, 2018).

Cada Servicio de Salud debe evaluar la necesidad de realizar los ajustes y/o modificaciones necesarias a los protocolos de referencia y contrarreferencia existentes, basados en criterios y definiciones claras de pertinencia de la derivación, los cuales deben ser consensuados y socializados con los dispositivos de los niveles involucrados, con el fin de definir la información que cada uno requiere para mantener la continuidad de los cuidados de esta población. Los tiempos de respuesta y asignación de las horas, dependerán de la condición clínica de la persona con demencia, su contexto, curso de vida y lo señalado en la garantía de oportunidad del Decreto GES vigente.

Asimismo, es importante considerar que este proceso se realiza entre equipos de salud de diferente nivel, pero que corresponden a la oferta territorial a la que acceden las personas con demencia y sus familias, por lo tanto, se espera que exista una comunicación y coordinación permanente entre dichos equipos, sumado a las acciones de revisión de pertinencia de las interconsultas realizadas.

Referencia

Sinónimo de derivación. Es la solicitud de evaluación diagnóstica diferencial y/o tratamiento de alta complejidad de una persona con demencia derivada desde un establecimiento de Atención Primaria al dispositivo de especialidad que corresponda al territorio, con la finalidad de asegurar la continuidad de los cuidados. La referencia requiere que el establecimiento de APS, previamente haya realizado el proceso de evaluación diagnóstica y/o tratamiento de mediana complejidad. Se recomienda la siguiente información: motivo de la derivación, hipótesis diagnóstica, los antecedentes clínicos y psicosociales del contexto, datos actualizados de la persona a contactar, fármacos, resultados obtenidos con las estrategias y acciones realizadas.

FIGURA N°12: PROPUESTA DE ELEMENTOS PARA LA INTERCONSULTA HACIA ESPECIALIDAD

El proceso de referencia se realiza a través de un procedimiento formal, basado en un instructivo, cuyo instrumento es el documento de solicitud de interconsulta (SIC) manual o el sistema online de responsabilidad del médico tratante y con co-responsabilidad administrativa de quien esté asignado para el proceso que implica su derivación, según lo descrito en el Modelo de Gestión de la Red Temática de Salud Mental (2018). Paralelamente a la tramitación de la SIC, cada nodo o punto de atención de la red cuenta con un gestor de demanda, que analiza pertinencias de las interconsultas y establece las coordinaciones necesarias con el establecimiento de APS, mediante contacto telefónico o correo electrónico, para el seguimiento de la hora de atención y otros asuntos que sean pertinentes.

Es importante recordar que la persona con demencia mantendrá sus controles en el establecimiento de APS que realiza la referencia hasta que su atención se haga efectiva en el dispositivo de especialidad al cual fue referido. Esto quiere decir que, durante ese periodo, la persona sigue siendo población bajo control del centro derivador, correspondiéndole recibir todas las acciones clínicas y administrativas que se requieran en el contexto de diagnóstico o de tratamiento (controles, continuidad de tratamiento farmacológico, rescate u otras).

Contrarreferencia

Es la respuesta del especialista de la interconsulta realizada, dirigida al profesional del establecimiento de APS de origen de la persona con demencia, para asegurar el seguimiento, continuidad de la atención y cuidados que requiera. Este proceso es realizado a través de un procedimiento materializado en un documento manual o digital, cuya emisión es responsabilidad del profesional médico con co-responsabilidad administrativa de quien haya sido asignado para realizar el proceso que implica su efectiva contra derivación al lugar indicado (en términos prácticos se retorna a la persona con demencia al establecimiento de origen y/o al que pudiese asegurar la continuidad de la atención, luego de haberse atendido satisfactoriamente el requerimiento. Este procedimiento debe incluir la respuesta del especialista respecto de la interconsulta solicitada, como por ejemplo, tratamiento y Plan de Cuidado Integral y sugerencias para la continuidad de éste (Sistema de Referencia-Contrarreferencia, MINSAL, 2016). Se sugiere que este proceso sea coordinado y realizado mediante una derivación asistida del equipo de especialidad hacia el establecimiento que continuará el plan de cuidados de la persona que se contrarreferencia para atención.

2.2. DERIVACIÓN A DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

La derivación a diagnóstico diferencial del GES de Alzheimer y otras demencias está definida para personas de cualquier edad, usuarios de FONASA e ISAPRES, derivados desde los establecimientos de la red de un Servicio de Salud, que presenten las siguientes características:

TABLA N°5: DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS SEGÚN CUADROS Y CONTEXTOS CLÍNICOS

MOTIVO DERIVACIÓN	SITUACIÓN CLÍNICA
Según edad	Toda demencia o sospecha de demencia, en persona menor de 60 años.
Según perfil evolutivo	Demencia de instalación subaguda, rápidamente progresiva o de curso menor a los 12 meses de aparición de los primeros síntomas cognitivos ⁸ .
Según tipo de demencia	Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt Jakob Demencia por cuerpos de Lewy Demencia frontotemporal Demencia en la enfermedad de Huntington Demencia en la enfermedad de Parkinson Demencia en la infección por VIH.
Según características clínicas (que sugieran demencia de menor prevalencia y/o que requieren estudio con neuroimagen)⁹	Caídas y trastornos de la marcha desde las primeras etapas de la enfermedad.
	Parkinsonismo desde la primera etapa de la enfermedad Cuadro clínico sugerente de una demencia rápidamente progresiva.
	Alucinaciones desde las primeras etapas de la enfermedad (NPI-Q severidad 2-3).
	Desinhibición moderada a severa desde primeras etapas de la enfermedad (NPI-Q severidad 2-3)
	Apatía severa desde las primeras etapas de la demencia (NPI-Q severidad 3).
	Trastornos del lenguaje predominantes desde el inicio de la enfermedad (anomia, agramatismo, trastorno importante de la expresión del lenguaje o comunicación).
	Crisis convulsivas desde el inicio de la enfermedad.
	Historia de incontinencia urinaria y trastornos de la marcha en primeras etapas de trastornos demenciantes (ej. Hidrocéfalo normotensivo).
	Antecedentes de cáncer (sobre todo en localización y tipos con alta ocurrencia de metástasis al cerebro).
Uso de anticoagulante o historia de un trastorno de la coagulación.	
Dificultades diagnósticas con cuadros psiquiátricos de base	Personas con comorbilidad psiquiátrica (trastorno afectivo bipolar, depresión de larga data, trastorno de personalidad, esquizofrenia, adicciones de alcohol o drogas, etc) y deterioro cognitivo que requiere evaluación a nivel de especialidad para establecer el diagnóstico.
	Personas con trastorno psiquiátrico (psicótico, afectivo, de la conducta, cuadro depresivo) de inicio tardío concomitante con trastornos cognitivos significativos y de la funcionalidad.
Diagnósticos no concluyentes y/o persistencia de duda diagnóstica	Personas en quienes no se pudo establecer el diagnóstico con certeza y requiere evaluación por equipos especialistas. Derivación en base a historia clínica sugerente de un trastorno cognitivo clínicamente significativo y con evaluación no concluyente en APS. Equipo de APS determinará por criterio clínico la pertinencia de la derivación a dispositivos de especialidad y/o discusión en consultorías.

⁸ Definición de demencia rápidamente progresiva: Gauthier et al Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4) Can Geriatr J. 2012 Dec; 15(4): 120-126.

⁹ Para operacionalizar los trastornos de la conducta, se propone usar los síntomas del NPI-Q.

2.3. DERIVACIÓN A TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD

La derivación a tratamiento de alta complejidad del GES de Alzheimer y otras demencias está definida para personas de cualquier edad, derivados desde los establecimientos de la red hacia los dispositivos del nivel especialidad definidos por cada Servicio de Salud como prestadores GES de este problema de salud y que presenten las características enunciadas en el apartado de criterios de derivación desde APS, el cual se resume operacionalmente en el siguiente cuadro¹⁰:

TABLA N°6: CRITERIOS PARA LA DERIVACIÓN PARA TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD EN ESPECIALIDAD

Variable	Mediana Complejidad	Consultoría con Equipo Especialidad	Alta Complejidad
Tipo de Demencia	Cualquier tipo excepto de alta complejidad GES	Cualquier tipo excepto de alta complejidad GES	Todas las incluidas en GES
Persona menor de 60 años	No	No	Si
Severidad del trastorno cognitivo y del compromiso de funcionalidad (refractarias a intervenciones en APS)	GDS 3-4	GDS 4-7	GDS 4-7
Logro Intervenciones APS (Debe incluir intervención a nivel farmacológico y psicosocial con persona con demencia y su entorno)	Historia de Tratamiento APS con logros parciales (al menos 3 meses de intervención)	Historia de Tratamiento APS superior a 3 meses sin resultados clínicos significativos	Tratamiento APS superior a 6 meses sin resultados clínicos significativos y con revisión en consultoría
Severidad de síntomas neuropsiquiátricos (Basados en NPI-Q)	Bajo	Moderado	Severo
Refractariedad tratamiento síntomas psicológico-conductuales de la demencia (SPCD) (Basados en NPI-Q)	Síntomas neuropsiquiátricos estables	Síntomas neuropsiquiátricos descompensados	Refractariedad de SPCD (mantención descompensación SPCD)
Dificultad de manejo de la persona con demencia asociada con cuadros psiquiátricos de base	Depresiones Leve Ansiedad Estrés	Depresión Moderada Consumo Perjudicial / Dependiente Alcohol y Drogas ¹¹	Depresiones Graves Esquizofrenia Trastorno Bipolar Trastornos de Personalidad

De igual manera se puedan analizar algunas características del cuidador que pueden influir en el proceso de intervención de las personas con demencia, entre las que se encuentran:

¹⁰ Estos criterios, son referenciales para el proceso de derivación asistida al nivel de especialidad, considerando que dada las características y curso de la enfermedad, se recomienda la revisión permanente de los casos por medio de consultorías (presenciales y/o remotas), orientadas a establecer y desarrollar estrategias que favorezcan la continuidad de cuidados de la persona con demencia. Al respecto, es importante analizar la situación clínica de usuarios de APS antes de ser derivados a tratamiento del nivel de especialidad, para optimizar el proceso de resolutivez de atención que puedan otorgar los equipos de este nivel y del tránsito del usuarios de acuerdo a las características que den cuenta de una mayor complejidad en su abordaje.

¹¹ De acuerdo a Criterios CIE 10 y Matriz de Compromiso Biopsicosocial Convenio SENDA-MINSAL

TABLA N°7: CONSIDERACIONES PARA LA DERIVACIÓN BASADOS EN CARACTERÍSTICAS DEL/A CUIDADOR/A

	Mediana Complejidad	Consultoría con Equipo Especialidad	Alta Complejidad
Sobrecarga del Cuidador (Escala Zarit)	Leve - Moderada	Moderada - Grave	Grave
Nivel de disposición al cambio del cuidador. Escala Readiness (Basado en Modelo de Gitlin y Rose, 2016)	Contemplación - Preparación	Contemplación	Pre-contemplación
Red Apoyo Social	Buena	Suficiente	Insuficiente

Crterios basados en Síntomas Neuropsiquiátricos basados en NPI-Q

Para la evaluación de los trastornos de conducta de la persona con demencia se utilizará el NPI-Q, con lo cual se identificará aquellos elementos que puedan originar dudas y comorbilidad con otros problemas de salud. A partir de ello, se elaboró desde la Unidad de Memoria del Hospital del Salvador y el Centro Kintún una tabla resumen, que entrega elementos para la toma de decisiones respecto a las características a considerar para realizar una derivación pertinente al nivel de especialidad de acuerdo a los resultados del NPI-Q.

La matriz de derivación tabla N° 8 se estableció basándose en el tipo de síntoma de la conducta analizado por el NPI-Q, en donde la gravedad de los síntomas se ubica en una escala de 1 a 3, mientras que el grado de estrés asociado a los síntomas, se clasifica de 1 al 5.

TABLA N°8: CONSIDERACIONES PARA LA DERIVACIÓN BASADOS EN NPI-Q

Tipo de síntoma	Gravedad (1-3)	Estrés del Cuidador (1-5)	Priorización 1: Alta 2: Mediana	Condiciones para la Derivación
Agitación Severa	3	≥3	1	Esquema farmacológico y/o en manejo psicosocial sin resultados terapéuticos significativos.
Delirio	3	≥3	1	
Alucinaciones	3	≥3	1	
Desinhibición	2	≥2	1	
Conducta motora anómala	3	≥3	1	
Apatía	3	≥2	2	
Trastorno del sueño	3	≥3	1	
Depresión	3	≥3	1	
Ansiedad	3	≥3	1	
Euforia	3	≥3	2	
Irritabilidad	3	≥3	2	
Trastornos del apetito	3	≥3	1	

Fuente: CMYN Unidad de Memoria Hospital del Salvador - Facultad de Medicina Universidad de Chile 2018. (Documento trabajado por equipos de la red del Servicio de Salud Metropolitano Oriente, de uso compartido para la red general).

2.4. DERIVACIÓN A SERVICIO DE URGENCIAS

En caso de que la persona con demencia presente síntomas de alarma, el equipo de sector de APS debe informar al acompañante de la persona con demencia acerca de estos síntomas, para que lo trasladen, a la brevedad, al Servicio de Urgencias más cercano. Estos síntomas pueden ser:

- Reciente cambio en estado cognitivo habitual (fluctuaciones cognitivas y en su nivel de alerta, desatención y desconexión con el entorno)
- Inquietud psicomotora o pasividad extrema y/o somnolencia
- Inversión abrupta de su ciclo de sueño y vigilia
- Persona con deterioro cognitivo y/o funcional de rápida instalación.
- Persona con caída, pérdida de la coordinación, equilibrio y deterioro brusco.
- Persona con sospecha de delirium o síndrome confusional agudo (alteración en la atención, de forma aguda, que fluctúa durante el día, pudiendo presentar agitación pero también somnolencia).
- Persona sin antecedente de epilepsia, con aparición de crisis convulsivas nuevas y/o movimientos anormales.
- Aparición de síntomas o signos neurológicos focales (paresia, hipoestesia, etc.).
- Deterioro cognitivo y/o de conducta en una persona con antecedentes de traumatismo craneoencefálico, neoplasia, tratamiento con anticoagulantes orales o trastorno de la hemostasia (cuadros que hagan sospechar hemorragia cerebral, hematoma subdural o metástasis).
- Síntomas psicológicos y/o conductuales que pongan en riesgo la vida del paciente y/o terceros, como por ejemplo, episodios de agresividad hacia sí mismo o hacia terceros.

Ejemplo: Persona mayor con demencia por enfermedad Alzheimer que previamente reconocía a su familia, presentando solo algunos extravíos al salir de su casa, comienza hace 24 horas con somnolencia diurna, alucinaciones visuales, insomnio y agitación nocturna, dejando de reconocer a su esposa que previamente reconocía y presentando desorientación en su casa.

Además de la derivación al servicio de urgencia, se debe realizar un completo examen físico y una exhaustiva anamnesis, en busca de cambio y/o suspensión de fármacos, constipación, síntomas digestivos, urinarios, respiratorios, cardiológicos, deshidratación, dolor, infección, caídas, etc. Que expliquen la/las causas de la descompensación.

En caso de descompensaciones del estado de salud físico y/o psicológico-conductual del paciente pesquisado por el equipo del sector en el domicilio del paciente, el equipo deberá evaluar el mérito de:

- a. Agendar hora a la brevedad con médico de morbilidad del centro de salud de APS y continuar manejo ambulatorio.
- b. Derivación a atención secundaria
- c. Traslado inmediato a servicio de urgencia para la realización de exámenes de laboratorio y/o imagenología.

2.5. DERIVACIÓN ASISTIDA

Se define como la acción coordinada entre los distintos dispositivos que intervienen en el tratamiento de la persona con demencia y el resto de la red asistencial para la derivación, que permitan su continuidad de la atención y la de su grupo familiar en los distintos niveles asistenciales. Es un proceso de contactos personales, de intercambio de objetivos y estrategias a desarrollar en conjunto entre el equipo derivador y el equipo que recibe a la persona para asegurar una óptima atención y continuidad de cuidados.

Se basa en el establecimiento de protocolos de referencia y contrarreferencia validados por la red de salud, la cual debe contar con la participación de los distintos actores involucrados, y su resultado es un consenso en relación al flujograma de derivación y atención de usuarios en la red, considerando el rol de cada actor en el proceso, criterios de pertinencia y oportunidad de derivación y contra derivación, información requerida para el centro al que se refiere o contra refiere, mecanismos de comunicación, entre otros.

Estos protocolos, establecidos en consenso con representantes de los distintos niveles deben ser aprobados, difundidos y oficializados a nivel local por el Consejo Integrado de la Red Asistencial, revisados periódica y sistemáticamente en las distintas reuniones de coordinación de los equipos del territorio y en las consultorías de salud mental, con el fin de mantenerlos actualizados y reforzar su aplicación efectiva.

La responsabilidad técnica de manejo es compartida entre los equipos. Sin embargo, la responsabilidad clínica y administrativa corresponde al equipo derivador mientras la persona usuaria aún no ingresa formalmente a la nueva atención, nodo o punto de atención (Ministerio de Salud, 2017).

Los espacios de intercambio de información son formales y de mutuo acuerdo respecto a fechas y horarios. Considera para ello medios de contacto telefónico, correos electrónicos y reuniones entre equipos para asegurar la continuidad de cuidados y atención de la persona referida (Ministerio de Salud, 2017).

Es relevante incorporar información relativa a todas las áreas del proceso de atención recibido por la persona usuaria, así como las particularidades en el manejo global y consideraciones respecto al desarrollo del vínculo terapéutico (Ministerio de Salud, 2017).

Este proceso requiere un alto nivel de coordinación entre los distintos equipos de la red que intervienen en la temática de demencia, para realizar un traspaso efectivo de información, que incluya los antecedentes diagnósticos y/o del proceso de intervención, para así mantener estándares de buen trato hacia la persona con demencia y su familiar/cuidador, evitando la duplicidad de procedimientos o la discontinuidad de los procesos terapéuticos.



3. NIVEL DE ESPECIALIDAD

3.1. PROCESO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

El diagnóstico diferencial es un proceso crucial y requiere del trabajo coordinado de los equipos de especialidad ambulatoria para clarificar dudas diagnósticas y generar directrices para el tratamiento.

Lograr un diagnóstico integral y no parcializado requiere del trabajo colaborativo del equipo de salud en su conjunto, y de acuerdo a las características de los usuarios podría requerir la participación de diferentes especialidades tales como, neurología, psiquiatría y/o geriatría. El trabajo multidisciplinario es fundamental y requiere conjugar la visión de diversos profesionales, médicos y no médicos, cada uno de los cuales aporta elementos relevantes para la clarificación de las necesidades de la persona con demencia y su entorno social más cercano.

El proceso de diagnóstico diferencial comienza con la derivación de una interconsulta de APS u otro nivel de atención de la red, hacia el nivel de especialidad ambulatoria definida por cada Servicio de Salud para la realización del diagnóstico diferencial.

En este sentido, la experiencia preliminar desarrollada en el contexto de la implementación del Plan Nacional de Demencia, apuntó hacia la conformación de *Centros de Apoyo Comunitario y de Unidades de Memoria*. No obstante, Actualmente desde el Ministerio de Salud se ha definido la creación de Centros de Memoria que puedan brindar los servicios de diagnóstico diferencial y tratamiento de alta complejidad dentro de las acciones del GES de Alzheimer y Otras Demencias.

En estos dispositivos se puede desarrollar un proceso diagnóstico integral, dependiendo del mapa de red y definición de Redes GES que cada Servicio de Salud defina en función de la capacidad que cada dispositivo tenga para desarrollar satisfactoriamente el proceso, abordando las diferentes dimensiones implicadas: biomédica, psicológica, conductual, funcional y social, que permitan determinar la etiología de la demencia que cursa la persona, etapificarla en términos de gravedad, como también las condiciones de accesibilidad y dispersión geográfica de cada una de las redes de atención de especialidad del país, que permitan acercar el proceso de diagnóstico diferencial a los territorios donde residen los usuarios.

Se sugiere que para realizar el diagnóstico diferencial los equipos del nivel de especialidad estén conformados por médicos (neurólogo, psiquiatra, geriatra), junto a un equipo multidisciplinario compuesto por neuropsicólogo, terapeuta ocupacional, trabajador social, fonoaudiólogo, kinesiólogo y enfermera, quienes puedan gestionar adecuadamente este proceso en coordinación con la atención primaria y el resto de la red de especialidad para la referencia y contrarreferencia de usuarios.

Los rendimientos de cada una de las prestaciones estarán definidos en las Orientaciones de Programación y Planificación en Red de cada año.

A. Elementos centrales para el proceso de diagnóstico diferencial

Dentro del diagnóstico diferencial, uno de los objetivos fundamentales es determinar si existen factores potencialmente reversibles que expliquen la sintomatología observada con el objetivo de diferenciar las demencias primarias de aquellos cuadros que se presentan con la misma sintomatología pero que son potencialmente reversibles al ser secundarios a otras enfermedades o alteraciones del metabolismo.

Las demencias degenerativas primarias se definen como aquellas causadas por un trastorno que afecta de modo primario al sistema nervioso central, aunque no excluye que la enfermedad pueda afectar también a otros órganos.

Las demencias secundarias son causadas por procesos patológicos sistémicos o intracerebrales de etiología bien definida y no degenerativa, dan cuenta de menos del 10% del total de las demencias. Su diagnóstico es crucial dado que un porcentaje de ellas es tratable y potencialmente reversible al tratar los factores que originan la sintomatología.

TABLA N°9: CAUSAS REVERSIBLES DE LA DEMENCIA

Sistema	Diagnóstico Específico
Neurológico	Lesión que ocupa espacio intracraneal
	Hidrocefalo Normotensivo
Desórdenes Nutricionales	Deficiencia de Vitamina B12
	Deficiencia de Folatos
Desórdenes Endocrinos	Hipotiroidismo, Hipertiroidismo
	Hipoparatiroidismo
Desórdenes Vasculares	Lupus Eritematoso Sistémico
	Vasculitis cerebral
Enfermedades Infecciosas	Neurosífilis
	Meningitis crónicas
	VIH/SIDA
Intoxicación por drogas y metabólicos	Tranquilizantes
	Antihipertensivos
	Anticolinérgicos
Demencia debido a desórdenes psiquiátricos	Depresión
	Consumo problemático de drogas y alcohol
	Trastorno bipolar
	Esquizofrenia de inicio tardío
	Patología psiquiátrica de larga data, con deterioro cognitivo.
Misceláneos	Enfermedad obstructiva crónica de las vías respiratorias
	Síndrome de apnea del sueño

Traducido desde: Chari & Ali & Gupta (2015) Reversible dementia in elderly: Really uncommon?. Journal of Geriatric Mental Health.

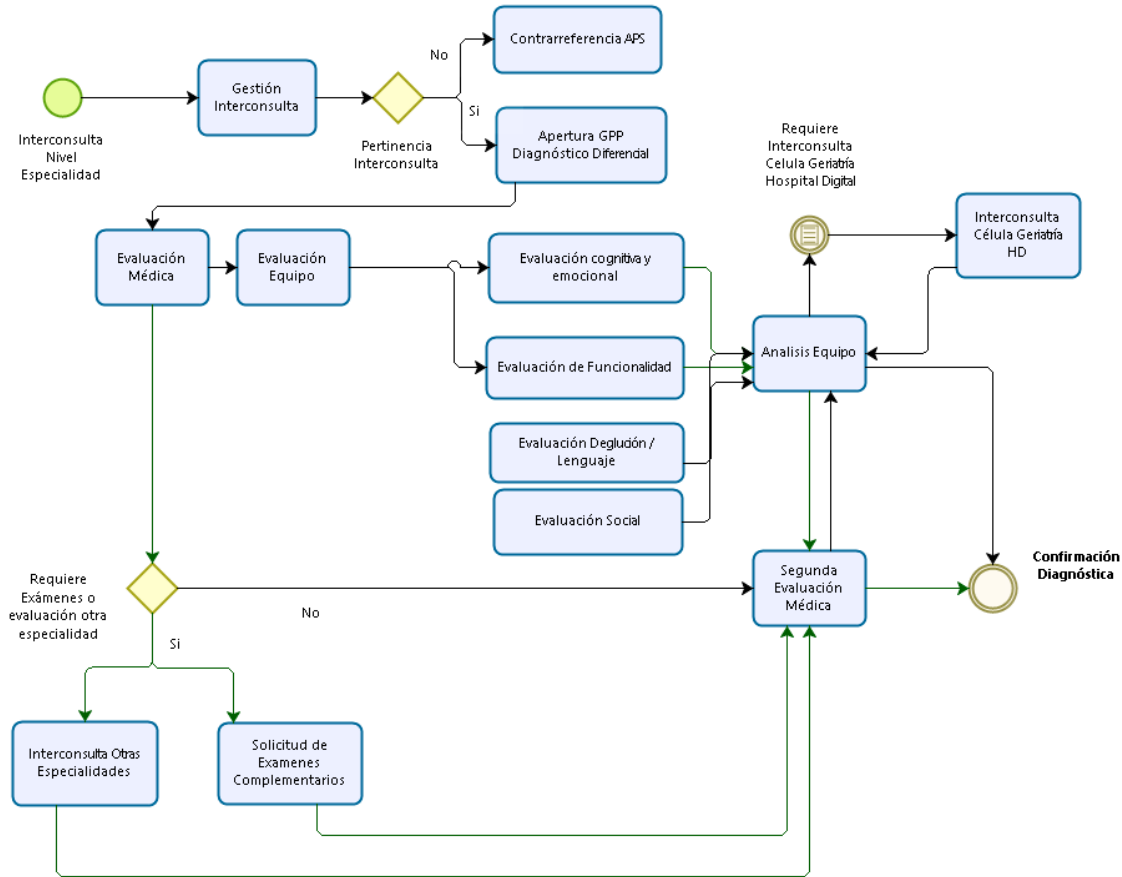
B. Gestión de la Interconsulta para el ingreso

Las derivaciones desde APS podrán resolverse presencialmente o mediante consultoría de acuerdo a los protocolos propios de cada centro considerando recursos disponibles a nivel local, de acuerdo a las condiciones de derivación anteriormente planteadas.

La evaluación integral de las personas con demencia es un proceso en el que debe participar tanto la persona que presenta esta condición, como su familiar/cuidador, quienes han sido derivados por algún otro establecimiento o dispositivo de la red, cumpliendo las características descritas en los criterios de derivación. El objetivo de ésta es contribuir al diagnóstico de demencia en personas que requieren atención de especialidad.

Este proceso se puede definir en los pasos que se detallan a continuación:

FIGURA N°13: FLUJograma DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



C. Descripción del proceso de diagnóstico diferencial

Tal como se ha presentado en párrafos anteriores, este proceso se inicia con la evaluación integral de distintas áreas del funcionamiento de la persona, para lo cual requiere el trabajo coordinado de un equipo multidisciplinario con competencias para el diagnóstico diferencial de demencia.

En este proceso es relevante que la persona derivada a la evaluación diferencial asista con un familiar/persona cuidadora/persona significativa, quien pueda aportar a la entrega de información sobre el historial del declive cognitivo y funcional, y así facilitar los antecedentes para una buena anamnesis. Es importante considerar que esta entrevista al cuidador se realice considerando el nivel de progresión de la demencia y el nivel de conciencia de deterioro del usuario.

FIGURA N°14: EVALUACIONES DE ESPECIALIDAD PARA DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



Recibida la interconsulta, se deben iniciar las evaluaciones en cada área por cada profesional, estas pueden involucrar tanto a la persona con demencia como a la persona a cargo de los cuidados, pudiendo tomar alguna de las acciones subsecuentes en relación a los resultados de la evaluación:

- Solicitud de interconsulta a otro profesional que no haya sido considerado en la derivación inicial desde el médico para profundizar en la evaluación de algún aspecto específico.
- Solicitud emanada desde discusión de casos o analizada en una reunión clínica, en caso de que el nivel de complejidad que presente la persona con demencia y su entorno lo amerite.

La información de cada una de las evaluaciones debe adjuntarse en la ficha del usuario, pudiendo elaborar un informe con los resultados finales y conclusiones del proceso de evaluación aplicado.

Es relevante comentar estos resultados al equipo en reuniones clínicas y definir el diagnóstico o la instancia de intervención más pertinente para las necesidades del usuario, como también, aportar al Plan de Cuidados Integrales que se desarrolle para la persona en otro establecimiento de la red.

C.1. Evaluación Médica (primera consulta especialidad)

Evaluación diagnóstica realizada por médico especialista (neurólogo/geriatra/psiquiatra), quien podrá definir las siguientes acciones, según pertinencia y necesidad de la persona atendida:

- Anamnesis de especialidad.
- Solicitud de exámenes de laboratorio y/o imagenología.
- Interconsulta con otros profesionales de la unidad:
 - Psicólogo con formación en Neuropsicología
 - Fonoaudiólogo
 - Terapeuta Ocupacional

- Trabajador Social
- Enfermera
- Otro médico especialista (psiquiatra/neurólogo/geriatra)
- Visita domiciliaria
- Hospitalización en caso pertinente

En la primera sesión del diagnóstico diferencial, se debe realizar una entrevista extensa tanto a la persona con sospecha de demencia como a la persona a cargo de los cuidados, en la que se deben analizar las necesidades de la persona y su entorno cercano, complementando lo ya informado por los equipos derivadores en la ficha de derivación o referencia al nivel de especialidad. De igual manera, se debe evaluar a la persona a cargo de los cuidados buscando síntomas de síndrome de sobrecarga por labores de cuidado y evaluando su nivel de motivación para ejercer las funciones de cuidado, la que puede ir variando de acuerdo a la progresión de la enfermedad.

Este primer encuentro al menos incluirá:

- *Anamnesis* (descrito en apartado de nivel de atención primaria)
- *Examen físico completo*
- *Examen neurológico*
- *Exploración cognitiva*

TABLA N°10: EXÁMENES FÍSICO, NEUROLÓGICO Y EXPLORACIÓN COGNITIVA

Examen General	Marcha	
	Fascie	
	Estado de conciencia	
	Peso, talla, IMC, constitución	
	Frecuencia respiratoria	
	Temperatura	
	Presión arterial	
	Pulso	
Examen Segmentario	<i>Cabeza</i>	Ojos
		Nariz
		Boca (lengua, dientes, mucosas)
	<i>Cuello</i>	Adenopatías
		Tiroides
		Yugular
		Carótidas
	<i>Tórax</i>	Forma
		Pulmones
		Corazón
	<i>Abdomen</i>	Forma, ruidos hidro-aereos, palpación
		Hígado
		Bazo
		Pulso aórtico abdominal
		Riñones

Examen Segmentario	Músculo esquelético, columna y extremidades	Articulaciones
		Extremidades superiores: llene ungueal y pulso
		Extremidades inferiores (edema, presencia de várices, signos de trombosis venosa profunda (TVP), pulsos y llene ungueal)
Examen neurológico	Conciencia	
	Orientación temporo-espacial	
	Evaluación de pares craneanos	
	Evaluación muscular: Tono, fuerza y trofismo muscular	
	Reflejos	
	Sensibilidad	
	Signos de focalización	
	Pruebas cerebelosas	
Signos meníngeos.		
Exploración Cognitiva	MMSE	
	Moca	
	MIS	
	Test de las 5 palabras	
	Otros que se estime necesario y pertinente (especificar nombre del test y puntaje obtenido)	

El/la médico/a revisará los antecedentes traídos desde la APS u otros y podrá aplicar una o varias pruebas cognitivas de screening para complementar la información obtenida de la persona y el informante. Entre estas pruebas se pueden considerar las pruebas definidas en el EMPAM, EFAM, como también otros específicos realizados en el proceso de diagnóstico en Atención Primaria.

Si la exploración cognitiva no puede ser aplicada, es importante especificar el motivo. En este caso, se recomienda registrar según las siguientes categorías:

- No aplicable por deterioro cognitivo.
- No aplicable por déficit sensorial.
- No aplicable por idioma.
- No aplicable por falta de colaboración del usuario.
- Otro (especificar).

De igual manera, si se analiza que la persona evaluada presenta un nivel de deterioro cognitivo severo, es recomendable no aplicar mayores pruebas de tamizaje, y complementar la evaluación con lo reportado por la persona a cargo de los cuidados u otros miembros del entorno de apoyo.

Solicitud de exámenes de laboratorio y neuroimagen

Para llevar a cabo el diagnóstico diferencial, los equipos del nivel de especialidad deberán contar con acceso al menos a los siguientes exámenes o procedimientos diagnósticos que están incorporados en la GPP de Diagnóstico Diferencial:

- Ácido fólico o folatos
- Tomografía computarizada de cráneo encefálica
- Resonancia magnética cráneo encefálica u oídos, bilateral



- E.E.G. de 16 o más canales
- Homocisteína plasmática total
- Citológico c/s tinción (incluye examen al fresco, recuento celular y citológico porcentual)
- Cultivo y tipificación de microbacterias
- Antibiograma corriente (mínimo 10 fármacos)
- Punción médula ósea
- Punción lumbar

Adicionalmente se podrán considerar la complementariedad de otros exámenes, que no están considerados en la canasta GES, para llevar a cabo el diagnóstico respectivo. Es probable que gran parte de ellos hayan sido realizados por el equipo de APS en el proceso de diagnóstico de demencia y en caso de no venir adjuntos o de no haberse realizado deben solicitarse de acuerdo a la hipótesis clínica a descartar:

- Hemograma
- Creatinina
- Electrolitos plasmáticos (sodio, potasio, cloro) c/u
- Perfil bioquímico (determinación automatizada de 12 parámetros)
- Perfil Hepático (incluye tiempo de protrombina, bilirrubina total y conjugada, fosfatasas alcalinas totales, GGT, transaminasas GOT/AST y GPT/ALT)
- Vitamina B12 por inmunoensayo
- Tiroxina libre (T4L)
- Tiro-estimulante (TSH), hormona (adulto, niño o R.N.)
- Urocultivo, recuento de colonias y antibiograma (cualquier técnica) (incluye toma de orina aséptica y frasco recolector) (no incluye recolector pediátrico ni sonda)
- VDRL
- HIV
- Orina completa
- Electrocardiograma
- Estudio Líquido Cefalorraquídeo
- Audiometría y otras evaluaciones de Fonoaudiología.

Dentro de los exámenes complementarios, considerar los siguientes en relación a los resultados obtenidos de la anamnesis, examen físico y pruebas de laboratorio de las que se disponga:

- Neuroimagen (scanner cerebral o resonancia nuclear magnética cerebral).
- EEG.
- Electromiografía - VCN.
- Evaluación neuro-oftalmológica.
- Evaluación bioquímica (exámenes de sangre, orina, líquido cefalorraquídeo u otro)
- Estudio inmunológico (estudio de enfermedades autoinmunes).

La información de este proceso debe quedar registrada en la ficha clínica de cada usuario, consignando las derivaciones al resto del equipo y la hipótesis diagnóstica a confirmar.

Un aspecto relevante a considerar es que la realización de neuroimágenes no se requiere para la totalidad de personas que se encuentran en proceso de diagnóstico (Gauthier et al, 2012). Entre las recomendaciones para llevar a cabo neuroimágenes se recogen las consideraciones contenidas en las siguientes tablas:

TABLA N°11: RECOMENDACIONES SOBRE EL USO DE TOMOGRAFÍA AXIAL COMPUTARIZADA

Edad menor 65 años
Deterioro rápido (ej., 1 o 2 meses) no explicado en función cognitiva y funcionalidad
Traumatismo cerebrocraneano reciente y significativo
Trastornos de la marcha en 1ras etapas de las demencias
Signo neurológico focal (hemiparesia o Babinski u otro)
Presentación inusual o síntomas cognitivos atípicos (Ej. afasia progresiva o trastornos de la conducta)
Historia de incontinencia urinaria y trastornos de la marcha en 1ras fases de trastornos demenciantes (ej. Hidrocéfalo normotensivo)
Historia de cáncer (sobre todo en localización y tipos con alta ocurrencia de metástasis al cerebro)
Uso de anticoagulante o historia de un trastorno de la coagulación
Demencia de instalación subaguda

Fuente: Adaptado de recomendaciones CCCDTD2, en 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia CCCDTD4, Gauthier, 2012

TABLA N°12: OTRAS RECOMENDACIONES SOBRE TAC Y RESONANCIA MAGNÉTICA

Se recomienda realizar una resonancia magnética, cuando un radiólogo/neurorradiólogo o un especialista cognitivo (neurólogo, geriatra o psiquiatra con formación en geriatría) pueda interpretar patrones de atrofia u otras características que pueden proporcionar un valor diagnóstico y predictivo adicional (Grado 2B).
La realización de Resonancia nuclear magnética de manera estandarizada y secuencial está recomendada en centros que cuenten con radiólogos y expertos en evaluación en demencia y trastornos cognitivos, considerando que la repetición de la resonancia magnética pueda proporcionar información adicional de diagnóstico, pronóstico y seguridad para el usuario (Grado 2B).
Adicionalmente, se recomienda la realización de Scanner o Resonancia Magnética en la evaluación de una persona con deterioro cognitivo de la que se sospecha alguna enfermedad cerebrovascular, que podría modificar el manejo clínico del usuario.
Cuando esté disponible en la práctica clínica, se recomienda que los especialistas en cognición usen imágenes del cerebro en una computadora, para educar a personas con deterioro cognitivo sobre cambios en el cerebro. Este conocimiento puede reforzar la adherencia al manejo de los factores de riesgo vascular y las modificaciones del estilo de vida para mejorar salud cerebral (Grado 3C).

Fuente: Adaptado de recomendaciones 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia CCCDTD4, Gauthier, 2012.

C.2. Evaluación neuropsicológica

Este proceso consiste en la evaluación de dominios cognitivos, conductuales y emocionales de la persona, a fin de establecer si existe un declive de sus funciones en relación a lo esperado para su edad y escolaridad. Como resultado de este proceso es posible identificar áreas preservadas y de-

ficitarias en el individuo en un momento dado, lo que siempre debe ser interpretado considerando todos los antecedentes disponibles, ya que existen múltiples razones, distintas a la demencia, que podrían explicar el déficit.

La propuesta de formato de la evaluación puede variar dependiendo de las necesidades de las personas. Dentro de los factores determinantes al momento de escoger las pruebas se cuentan la escolaridad y la presencia de déficits sensoriales. Ambas situaciones implican un desafío a la hora de evaluar y los resultados obtenidos deben ser cuidadosamente analizados para no cometer errores en su interpretación.

Este procedimiento puede tardar 1 a 3 sesiones, dependiendo de cada caso. Se sugiere aplicar dos o tres pruebas para cada esfera, ya sea de funcionamiento global, memoria episódica, memoria de trabajo, funciones ejecutivas, entre otras.

A nivel de estructura del proceso de evaluación neuropsicológica se pueden dar cuenta de los siguientes elementos:

TABLA N°13: ESTRUCTURA DE LA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Dimensiones de la evaluación	Contenidos
Entrevista al paciente, al pariente o cuidador	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Razón por la cual lo derivan (qué es lo que el paciente sabe acerca de la derivación) ▸ Historia médica, incluida la historia médica familiar ▸ Estilo de vida e historia personal (trabajo, educación, hobbies, etc.) ▸ Personalidad premórbida ▸ Síntomas y evolución de estos ▸ Exámenes de laboratorio e imagenología previos (escáner, resonancia magnética funcional, tomografía por emisión de positrones, etc.) ▸ Déficit sensoriales (pérdida de visión y/o audición). ▸ Especificar antecedentes de trastornos depresivos en historia vital, con o sin tratamiento
Evaluación de la cognición, el estado de ánimo y el comportamiento	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Estado de ánimo y motivación (p. ej., apatía, depresión, etc.) ▸ Autocontrol y/o desinhibición ▸ Descripción subjetiva de conciencia y desórdenes cognitivos, e impacto en las actividades de la vida diaria ▸ Expectativas y creencias acerca de la posible enfermedad ▸ Vestimenta y cuidado personal ▸ Entrevista con pariente cercano o cuidador para corroborar la información brindada por el paciente, con el fin de corroborar el impacto en las actividades de la vida diaria
Administración de tests	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Administración de tests validados y estandarizados para la población en la que se encuentra el paciente
Informe final	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Informe de datos personales y clínicos ▸ Descripción cualitativa del rendimiento cognitivo, el estado de ánimo y la conciencia ▸ Tabla con los resultados obtenidos en los test estandarizados ▸ Conclusiones

Fuente: Adaptado de Zuchella et al., 2018, en Torralva T, Bustin J, Dorman G., Roca M, Carrillo J, Marenc V, Manes F, Barría S., Andrés Poblete A, Slachevsky A. (2020)

La propuesta de herramientas para la evaluación es la siguiente:

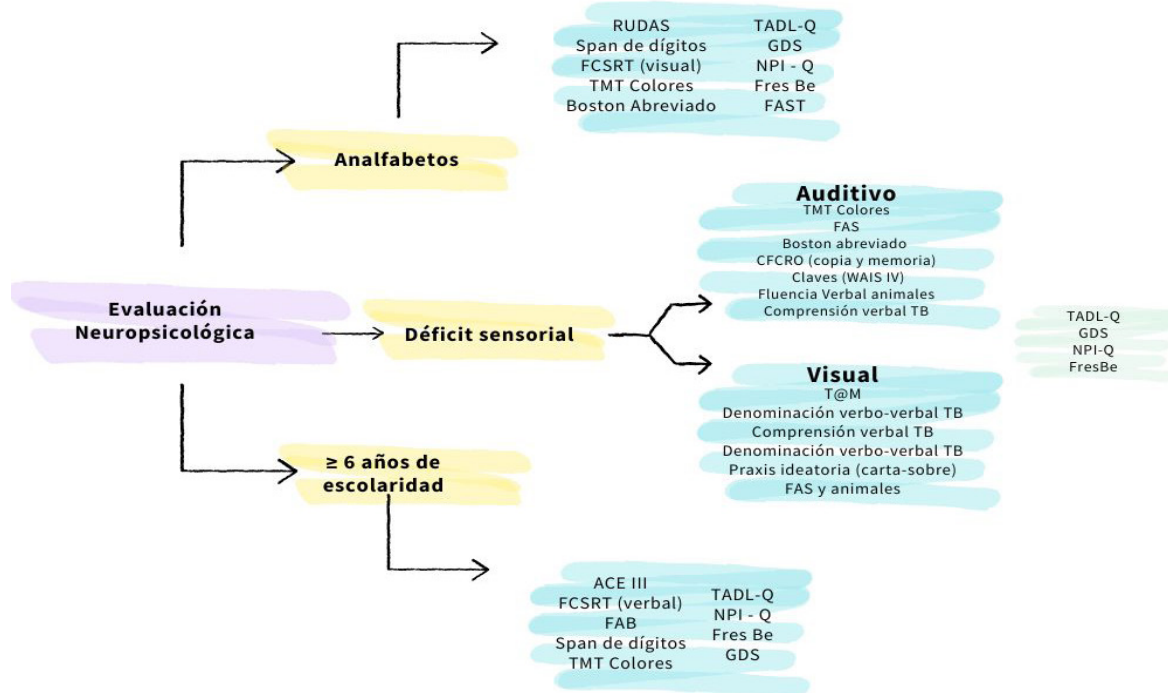
- Addenbroke's Cognitive Examination III (**ACE III**) versión chilena
- Rowland Dementia Assessment Scale (**RUDAS**)
- Frontal Assessment Battery (FAB) o INECO Frontal Screening (**IFS**)
- Free and Cued Selective Reminding Tests (**FCSRT**) (Verbal o visual)
- Sub-prueba "Span de Dígitos" (**WAIS IV**)
- Trail Making Test (**TMT colores**)
- Activities of Daily Living Questionnaire - Technology (**T-ADLQ**)
- Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (**NPI-Q**)
- Frontal Systems Behavior Scale (**FrSBe**)
- Global Deterioration Scale (**GDS**)
- Figura Compleja de Rey y Osterrieth (**FCRO**) (Copia y Memoria).
- Trail Making Test (**TMT A-B**)
- Sub-prueba "claves" (**WAIS IV**)
- Test de denominación de Boston abreviado
- The Wisconsin Card Sorting Test (**WCST-S**)
- Alzheimer Disease 8 (**AD8**)¹²
- Functional assessment staging (**FAS**)¹³
- Otros test en función de necesidades de la persona

Se deben analizar variables como escolaridad y alteraciones sensoriales, además de considerar el rendimiento en las evaluaciones previas para definir tanto el tipo de herramientas a ocupar como el momento en que la evaluación pasa a ser negativa para la persona con demencia y/o no se requiere aplicar más instrumentos. Para lo anterior se propone el siguiente algoritmo que pueda facilitar la toma de decisiones respecto a los instrumentos a utilizar en la evaluación neuropsicológica de una persona con demencia.

¹² Debe venir en antecedentes desde APS

¹³ Debe venir en antecedentes desde APS

FIGURA N°15: EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL Y DÉFICIT SENSORIAL



Consideraciones para la evaluación neuropsicológica

En fases avanzadas de la demencia el resultado de la evaluación neuropsicológica de todos los sub-tipos de demencia es semejante y los perfiles cognitivos pierden sentido, por lo que no se recomienda realizar de forma rutinaria evaluaciones neurocognitivas a esta población considerando el nivel de estrés y angustia que podría provocar. Torralva et al (2020) proponen también otras condiciones en las que no es recomendable realizar una evaluación neuropsicológica:

TABLA N°14: CONDICIONES EN LAS CUALES NO ES RECOMENDABLE REALIZAR UNA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA

Paciente severamente afectado	La evaluación no será informativa (o lo será muy poco). Cuando las implicancias para el paciente exceden el posible beneficio de la evaluación (fatiga, ansiedad, sentimiento de no rendir como debería, etc.)
Cuando el diagnóstico está claro	Al momento de la posible evaluación ya se tiene un diagnóstico claro de la afectación del paciente
Estrés y/o ansiedad	Está claro el diagnóstico y el paciente claramente fallará en la evaluación
Evaluación neuropsicológica reciente (< de 6 meses)	Declive cognitivo no significativo en un corto tiempo, (Si se produce un nuevo evento neurológico o una demencia de progresión rápida es necesario realizar una nueva evaluación neuropsicológica). Efectos de aprendizaje en el poco tiempo de intervalo entre las evaluaciones, esto excepto si se usan versiones paralelas de los test
Baja probabilidad de anormalidad	Historia clínica excluye condición cognitiva o neurológica. Considerar evaluación cognitiva solo si la evaluación es la única forma de pesquisar el estado del deterioro cognitivo
Confusión o psicosis	La evaluación neuropsicológica será inválida y podría exacerbar el cuadro o fomentar Otras condiciones en las que no es recomendable realizar una evaluación neuropsicológica.

Fuente: Adaptado de Zuchella et al., 2018, en Torralva T, Bustin J, Dorman G, Roca M, Carrillo J, Marenc V, Manes F, Barría S., Andrés Poblete A, Slachevsky A. (2020)

C.3. Evaluación de la Funcionalidad

Esta evaluación podrá ser desarrollada por el terapeuta ocupacional u otros profesionales con competencia en el área, con fines diagnósticos y terapéuticos, ya sea en el establecimiento, domicilio o dependencia física que sea más óptima para la evaluación, con el objetivo de establecer perfil ocupacional y la existencia de trastornos de la funcionalidad que podrían requerir de la asistencia de terceros, junto con medir el impacto del deterioro cognitivo en dicha funcionalidad e informar dicho impacto para la determinación del diagnóstico del consultante.

Para llevarla a cabo, se considerarán las acciones realizadas y/o instrumentos aplicados en dispositivos de APS u otros establecimientos del nivel de especialidad, existiendo la posibilidad de reaplicar alguna evaluación, con fin de ayudar a clarificar el diagnóstico. Este proceso puede ser a su vez complementado con la aplicación de nuevos instrumentos, dentro de los cuales se pueden incluir:

- **Activities of Daily Living Questionnaire - Technology (T-ADLQ)**
- Escalas de Actividades Básicas de la Vida Diaria de **(Katz)**
- Índice de Barthel
- Escala de Lawton & Brody
- Cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer **(FAQ)**
- Escala de Deterioro Global de Reisberg **(GDS)**
- Escala ECOG
- Evaluación de la discapacidad para la demencia **(DAD-E)** que mide capacidad funcional

C.4. Evaluación sensorio-motriz

Esta evaluación podrá ser desarrollada por profesional kinesiólogo con fines diagnósticos y terapéuticos, para establecer la manifestación clínica de trastornos sensorios-motrices específicos en la persona con demencia durante su funcionalidad. De este modo, se pueden establecer deterioros que puedan requerir de la asistencia de nuevas ayudas técnicas o de entrenamientos clínicos para un mejoramiento del control motor en la marcha y las transferencias del paciente, potenciando su ejecución motora y previniendo nuevas lesiones musculoesqueléticas propias del avance de la dismovilidad.

Al lograr identificar estos riesgos específicos es posible entregar una atención oportuna, contribuyendo a mantener la funcionalidad de la persona con demencia, previniendo la dependencia y el avance de la fragilidad. Es de recordar que "fragilidad" es el término vinculado a la pérdida de la reserva fisiológica del organismo y que conduce al deterioro de la funcionalidad, y según Fried et al (2001) puede definirse si se cumplen tres de los siguientes criterios: a) bajo nivel de actividad física, b) debilidad muscular, c) lentitud de la marcha, d) baja resistencia aeróbica y e) pérdida de peso no intencionada, todos parámetros que están directamente relacionados con el accionar clínico y teórico del profesional en cuestión.

En este sentido, si la persona con demencia derivada al diagnóstico diferencial requiriera una evaluación kinesiológica de mayor profundidad, se debe coordinar con el profesional existente al interior de las unidades de rehabilitación del hospital o de lo contrario en centros de apoyo comunitario para personas con demencia o en APS.

C.5. Evaluación red de apoyo y contexto socio-comunitario

Uno de los aspectos fundamentales de este proceso de evaluación integral, es la evaluación del entorno próximo donde habita la persona con demencia, por lo que es altamente relevante conocer su red de apoyo, identificando cuidadores principales y secundarios, como también la oferta comunitaria que podría brindar soporte a esta persona, desde una perspectiva de continuidad de cuidados.

De igual manera, es importante la evaluación del cuidador, para establecer necesidades, experiencia o competencias para el cuidado, capacidades de afrontamiento del problema y nivel de sobrecarga, entre otros. Esta evaluación podrá ser realizada por terapeuta ocupacional, psicólogo y/o trabajador social. Al respecto, se describen con mayor detalle aquellos elementos de evaluación de estadio motivacional de los cuidadores (escala Readiness), adaptado por Gitlin y Rose (2016), desde los elementos de transteóricos del cambio descritos por Prochaska y Di Clemente.

Así también, se deben complementar los procesos de evaluación de sobrecarga asociada al cuidado de personas con demencia, considerando los instrumentos ya aplicados desde Atención Primaria o dentro del mismo proceso de evaluación neuropsicológica.

C.6. Evaluación de la deglución, alimentación y comunicación

La necesidad de evaluación para deglución, alimentación o lenguaje puede ser solicitada desde la derivación proveniente de Atención Primaria o desde la evaluación de diagnóstico diferencial de cualquiera de los profesionales del equipo. En este caso corresponde la derivación a fonoaudiología, para profundizar estos aspectos dentro de la situación global de la persona.

Evaluación de Deglución y Alimentación

Dentro del proceso de la evaluación asociados a la deglución, el fonoaudiólogo realizará la evaluación clínica consistente en la evaluación de las fases de la deglución (Fase Anticipatoria, Fase Oral Preparatoria, Fase Oral Voluntaria, Fase Faríngea y Fase Esofágica) con diferentes consistencias, con los siguientes objetivos:

- Determinar efecto de las dificultades cognitivas, conductuales, en el proceso de alimentación
- Determinar presencia de disfagia
- Determinar fisiopatología del trastorno de la deglución
- Determinar mecanismo de alimentación, hidratación, manejo de secreciones e ingesta de medicamentos.
- Determinar alteraciones antes, durante o después de ingesta, tipo de consistencia y volumen.

Es importante analizar la deglución y alimentación oral en personas con demencia en pues es uno de los aspectos a considerar en esta población, presentándose entre un 20% - 50%, en algún momento de la evolución de la enfermedad (Gómez Busto, et al., 2009).

Dentro de los elementos, se debe evaluar los siguientes aspectos:

- Control motor oral
- Degluciones espontáneas/voluntarias.
- Reflejo nauseoso
- Sensibilidad oral
- Auscultación pulmonar y cervical

- Tos refleja y voluntaria
- Control oral de la deglución
- Higiene faríngea.
- Voz
- Presencia de apraxia
- Características cognitivas, conductuales y comunicativas (incluye estado de alerta)
- Rutina y minuta de alimentación
- Postura
- Seguridad (incluye respuesta motora orofaríngea), eficacia y eficiencia
- Higiene oral
- Función laríngea (incluye calidad vocal, tos voluntaria, carraspeo)
- Uso de utensilios
- Entrevista a cuidador/referente

Dentro de los instrumentos a utilizar se encuentran:

- Gugging Swallowing Screen (GUSS)
- Evaluación Clínica Funcional de la Deglución
- Método de exploración clínica volumen-viscosidad (MECV-V)
- Evaluación indirecta y directa de la deglución

Entre los problemas de disfagia y alimentación en los distintos tipos de demencia¹⁴, se pueden encontrar (Gómez Busto et al, 2009; Langmore et al, 2007; Londos et al, 2013):

TABLA N°15: PROBLEMAS DE DISFAGIA Y ALIMENTACIÓN EN LOS DISTINTOS TIPOS DE DEMENCIA

Demencia	Característica
Enfermedad de Alzheimer	Desestructuración de la conducta alimentaria. Afectación cortical y sistema límbico. Severidad de la disfagia aumenta directamente con el avance del deterioro cognitivo - funcional.
Fronto temporal	Cambios en el apetito, preferencias de alimentos, hábitos alimentarios. Mayoría presenta proceso deglutorio indemne. Alimentación rápida, compulsiva y descuidada: atragantamiento y asfixia.
Cuerpos de Lewy	Presencia de síntomas relacionados con disfagia y tos, con alteraciones en la Videofluoroscopia (VFC) y déficit en fase faríngea.

¹⁴ Para mayor información sobre este punto, revisar la Guía de Práctica Clínica para la Demencia tipo Alzheimer referenciada anteriormente en este documento.

Evaluación de Lenguaje

Si se observa un problema específico de lenguaje en la evaluación neuropsicológica o en la evaluación médica, se debe derivar para evaluación cognitiva-comunicativa con el fonoaudiólogo.

En esta evaluación se deben considerar aspectos del contenido (semántica), la forma (fonología, fonética, morfosintaxis) y el uso del lenguaje (discurso, habla espontánea).

Otro aspecto a considerar es la evaluación de la presencia de afasia progresiva primaria (PPA), las cuales corresponden a un grupo de desórdenes que presentan una degeneración focal en zonas del cerebro que están encargadas del lenguaje. Se pueden presentar tres variables que corresponden a Variante Agramatical (PPA-G), Variante Logopénica (PPA-L) y Variante Semántica (PPA-S), las cuales presentan las siguientes características (Gorno-Tempini, Hillis, Weintraub, Kertesz, Mendez, Cappa, 2011):

TABLA N°16: EVALUACIÓN DE LA AFASIA PROGRESIVA PRIMARIA

Tipo Afasia	Características
Afasia Progresiva Primaria Variante No Fluente/ Agramatical	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Agramatismo en la producción del lenguaje. ▸ Habla esforzada y vacilante (Apraxia del Habla). ▸ Dificultades en la comprensión de oraciones de sintaxis complejas. ▸ Comprensión de palabras aisladas conservada. ▸ Conocimiento de objetos conservadas
Afasia Progresiva Primaria Variante Semántica	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Dificultades en la Nominación por confrontación ▸ Dificultad en la comprensión de palabras aisladas. ▸ Conocimiento de objeto deteriorado, particularmente para elementos de baja frecuencia o baja familiaridad ▸ Dislexia o disgrafia superficial. ▸ Repetición alterada
Afasia Progresiva Primaria Variante Logopénica	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Recuperación de palabras aisladas alteradas en el habla espontánea y la denominación. ▸ Repetición de palabras y frases alterada. ▸ Errores fonológicos en el habla espontánea y la nominación. ▸ Comprensión de palabras aisladas y conocimiento de objetos conservada. ▸ Habla Conservada ▸ Ausencia de agramatismo franco.

Fuente: Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, Kertesz A, Mendez M, Cappa SF, et al (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*. 76(11):1006-14.

La evaluación fonoaudiológica puede tomar 2 a 3 sesiones. Los principales test a ser empleados son los siguientes:

- Evaluación Clínica de la comunicación: Batería Western Aphasia Battery WAB 2007
- Test de Boston para el diagnóstico de las afasias
- Test de vocabulario de Boston
- Test de Pirámides y palmeras
- Test de Pirámides y faraones
- Comprensión y repetición

- Token test: órdenes descontextualizadas
- Test de denominación de rostros famosos
- Evaluación del discurso (descriptivo, narrativo, procedural, conversacional)
- Evaluación de la pragmática
- Evaluación de lenguaje no literal (acto de habla indirecto, lenguaje figurado, etc)
- Evaluación de la fluidez verbal
- Evaluación de la comunicación funcional
- Evaluación del compañero de comunicación
- Evaluación de la eficiencia comunicativa (CETI Índice de Eficiencia Comunicativa)

C.7. Análisis Clínico

Refiere a la revisión de exámenes y evaluaciones entre los integrantes del equipo, sin que la persona con sospecha de demencia se encuentre presente en la consulta. El equipo podrá en una reunión clínica establecer un diagnóstico y su progresión (mediante Escala de Deterioro Global GDS) e indicar las siguientes acciones al finalizar este procedimiento:

- Solicitar una reunión clínica o comité en caso de duda respecto de la evaluación interdisciplinaria. Si es pertinente, con la persona presente.
- Citar a una segunda consulta para evaluación y/o
- Citar a una segunda o tercera consulta para la confirmación diagnóstica

C.8. Entrega Diagnóstica y acompañamiento a cuidadores/as y/o familiares

El objetivo de esta etapa es anunciar el diagnóstico y establecer una adecuada contrarreferencia al dispositivo que corresponda.

La sesión de anuncio diagnóstico en especialidad se realizará por una dupla (idealmente médico y otro profesional del equipo), para asegurar la comprensión del diagnóstico entregado, analizando dudas y las consecuencias que implica la entrega de esta información, como también mencionando recomendaciones que puedan favorecer la adherencia a otros dispositivos y/o la continuidad de los cuidados (ver Anexos N°1).

En esta instancia se pueden tomar las siguientes acciones:

FIGURA N°16: RESULTADOS POSIBLES DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



En una sesión especial, el médico y otro profesional de la unidad, entregarán el diagnóstico a la persona con demencia y su familiar/cuidador y, a partir de ello, analizarán las estrategias a considerar respecto al proceso de intervención. Para esto, en un primer momento, se clarificarán los elementos centrales pesquisados y se entregarán las alternativas de tratamiento disponibles en la red, considerando la evolución de esta condición. Este proceso debe ser altamente empático y claro en la entrega de información, de modo que sea comprensible por las personas que la reciben.

La derivación asistida, implica una coordinación presencial o por telemedicina con los equipos que continuarán el proceso terapéutico, información que también deberá quedar reflejada en el protocolo de contrarreferencia de la red. Asimismo, esta información debe quedar registrada en sistema de información de programa y estar disponible en las plataformas digitales de comunicación entre los distintos niveles asistenciales. Por último, se deben enviar todos los antecedentes del caso y un resumen de las intervenciones realizadas resaltando los nudos críticos que requieren abordaje integral.

3.2. TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD

Este proceso viene a complementar las acciones desarrolladas por otros niveles asistenciales de la red de salud, entregando un continuo de atención a las personas con demencia.

El tratamiento de alta complejidad es desarrollado de acuerdo a las Redes GES de cada territorio, quienes desarrollarán un plan de intervención integral de acuerdo a las necesidades de los usuarios. La intervención integral en personas con demencia implica siempre la participación de un equipo multiprofesional.

Los equipos del nivel de especialidad estarán conformados por médicos especialistas (neurólogo, geriatra, psiquiatra), psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, kinesiólogos, fonoaudiólogos y enfermera, quienes brindarán una atención integral a los usuarios en coordinación con la atención primaria.

Dentro de las funciones específicas asociadas al equipo de Tratamiento de Alta Complejidad para la atención de personas con demencia, se destacan:

- Realizar una evaluación integral a usuarios/as derivados a tratamiento del nivel de especialidad.
- Formular un Plan de Cuidados Integrales, que incorpore estrategias psicosociales y farmacológicas. Debe incluir acciones con usuarios, familiares/cuidadores y entorno, basadas en las necesidades de los usuarios.
- Elaborar protocolos de atención, implementar y evaluar los procesos clínicos de usuarios con demencia, con estándares de calidad.
- Desarrollar intervenciones que promuevan la autonomía e independencia funcional de los usuarios en las actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales.
- Incorporar acciones que permitan fortalecer habilidades sociales de los usuarios y generar una instancia de participación, recreación e inclusión.
- Mantener controles de salud, del estado nutricional y de ingesta de fármacos, en coordinación con el resto de dispositivos de tratamiento sanitarios que intervengan con el usuario.
- Analizar y evaluar los procesos de atención de atención de los usuarios con una mirada de red, para favorecer la continuidad e integralidad de cuidados, en conjunto con el resto de los dis-

positivos de la red sanitaria y comunitaria.

- Elaboración de protocolos de referencia y contrarreferencia, para mantener coordinación con otros servicios de apoyo de la red de salud.
- Desarrollar instancias de coordinación con la red sectorial, mediante consultorías, capacitaciones en temática de demencia, enlace y derivación asistida de usuarios.

Dentro de las garantías incluidas en el tratamiento de alta complejidad, están las acciones de intervención del equipo profesional y de tratamiento farmacológico, complementadas con exámenes de laboratorio e imagenología que ayuden analizar variables de progresión de la enfermedad y otros elementos que ayuden a entregar un tratamiento acorde a las necesidades de los usuarios.

El tratamiento de alta complejidad debe considerarse como una instancia transitoria dentro del proceso de tratamiento de una persona con demencia, por lo mismo está acotado en términos temporales al logro de los objetivos terapéuticos de los usuarios, definiéndose que la intervención no tendría que ser superior a un año de extensión, a modo de continuar el proceso en APS. Si por razones clínicas, el equipo define se tiene que mantener a la persona en tratamiento en el nivel de especialidad por un periodo superior a un año, ello no debe ser sólo para mantener la administración de un medicamento. Deberán adecuarse todas las intervenciones psicosociales en el Plan de Cuidados Integrales de ese usuario, incluyendo a su familia y/o entorno social, no debiendo mantenerse en el nivel de especialidad por un periodo superior a 18 meses.

Al momento de finalizar la intervención del nivel de especialidad, es importante considerar la derivación asistida de cada usuario hacia los establecimientos de APS respectivos, comenzando una vinculación temprana con programa con los programas donde se producirá la derivación, a modo de continuar los cuidados requeridos de acuerdo a las necesidades de las personas, pudiéndose reingresar a un tratamiento de alta complejidad si se presentan nuevamente las variables clínicas y los criterios de derivación a tratamiento de alta complejidad.

A. Elementos del Tratamiento de Alta Complejidad

FIGURA N°17: PROCESO DE TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD EN ESPECIALIDAD



A.1. Evaluación Integral

El proceso de intervención comienza con una evaluación de las necesidades del usuario, considerando elementos de su entorno familiar comunitario, recabándose los antecedentes del proceso de diagnóstico o tratamientos anteriores, los cuales se pueden complementar con exámenes de laboratorio o imagenología.

Esta evaluación es una mirada interdisciplinaria realizada por el equipo profesional del dispositivo en pos de establecer un Plan de Cuidados Integrales que responda a esas necesidades de la persona derivada al centro. Incluye análisis de sus características sociodemográficas y biográficas, estado salud física, afectiva, cognitiva, funcionalidad, calidad de vida, conducta y factores sociales, entre otros.

A.2. Elaboración de Plan de Cuidados Integrales

Al igual que lo que acontece en la APS, la generación de un Plan de Cuidados Integrales es fundamental en el nivel de especialidad. Esta etapa se inicia posterior a la confirmación diagnóstica efectuada por médico especialista o la derivación enviada desde APS u otro dispositivo de la red de salud. Su objetivo es generar un plan de trabajo personalizado y consensado, el cual será clave para guiar el resto de las intervenciones. Es importante que este plan sea consensado con cuidador y/o familia de manera tal que se involucren desde el inicio en el proceso de atención y que este considere sus propios requerimientos y/o posibilidades, priorizando sus necesidades para guiar el orden del PCI en la ejecución a desarrollar para el gestor terapéutico.

En esta etapa, los equipos pueden realizar las siguientes acciones:

- Resolución de dudas y apoyo posterior a la confirmación diagnóstica: Si bien el acompañamiento y resolución de dudas es una acción transversal en las distintas etapas del Programa, es fundamental que tras la confirmación diagnóstica se realice apoyo al cuidador(es) priorizando la orientación, consejería y entrega de información en un corto plazo. Si bien las necesidades variarán según el nivel de la progresión en el que se realice el diagnóstico (leve, moderado, avanzado), es necesario educar respecto a generalidades de la demencia y sus características según estadio.
- Levantamiento de necesidades y recursos: Levantar, enumerar y actualizar problemáticas identificadas previamente, ya sea consultas con médico, otros profesionales, en la visita domiciliaria integral diagnóstica y en la aplicación de los instrumentos con especial énfasis en la prevención y manejo de síntomas psicológico conductuales de la persona con demencia.
- Generación de Plan de Cuidados Integrales (PCI): Luego de apoyar, resolver las dudas y actualizar las problemáticas, se debe generar el Plan de Cuidados Integrales, orientado a las necesidades manifestadas por las personas con demencia e incluyendo intervenciones tanto farmacológicas como no farmacológicas o psicosociales.

De acuerdo a la información recolectada en la evaluación interdisciplinaria, el equipo realizará una reunión clínica a fin de discutir un plan de cuidados integrales, en el cual se adecuarán las actividades de acuerdo a las necesidades de las personas con demencia, considerándose la etapa de demencia en la que se encuentra la persona que vive esta condición, así como también las situaciones que pueda estar afrontando el cuidador respecto a su nivel de sobrecarga y motivación al cuidado. Es importante que en el proceso de generación del PCI pueda participar activamente la persona con demencia y su cuidador.

En este plan deben identificarse y registrarse tanto objetivos terapéuticos viables y medibles, como actividades y estrategias definidas para los ámbitos individual, familiar y socio-comunitario. Del mismo modo, se debe considerar una programación de actividades que incluya metas y plazos a cumplir, junto con un plan para su evaluación. Esta debe basarse en las experiencias de atención y cuidados de las personas con demencia, realizando luego las readecuaciones respectivas para lograr los objetivos establecidos con ellos y fomentar así un aumento en la calidad de vida (Ministerio de Salud, 2018).

A.3. Ejecución de un Plan de Cuidados Integral

El tratamiento comienza de forma posterior a la evaluación integral y la elaboración del Plan de Cuidados integrales, mediante un conjunto de servicios desarrollados de forma ambulatoria por un equipo de especialidad, considerando las dimensiones de la persona con demencia, cuidador y entorno comunitario. Entre las acciones llevadas a cabo durante el proceso de tratamiento se encuentran:

Intervención psicosocial (No-farmacológica)

Sesiones individuales y/o grupales con la persona y/o cuidador/a, desarrollada por diferentes profesionales dependiendo del caso (psicólogo/trabajador social/terapeuta ocupacional/ fonoaudiólogo/ kinesiólogo).

Intervención farmacológica

Evaluación de fármacos: Control de interacciones de medicamentos/efectos adversos para analizar ajustes de medicamentos, lo cual probablemente requerirá control periódico por el médico especialista.

Evaluación y actualización del plan de cuidados integrales con el usuario y su cuidador

Sesiones individuales con la persona y/o cuidador, desarrollada por integrantes del equipo, para consensuar Plan de Cuidados Integrales, evaluarlo y/o rediseñarlo. Este proceso se tiene que realizar de manera periódica entre el equipo con la persona con demencia y su cuidador, idealmente de manera trimestral.

Reuniones del equipo para analizar avances del proceso terapéutico

Actividad desarrollada por el equipo del nivel de especialidad para análisis de proceso, elaboración y/o evolución de Plan de Cuidados Integrales.

Dentro del proceso de intervención, se sugiere la asignación de un gestor terapéutico, rol que puede ser desarrollado por cualquier integrante del equipo, que será el referente con la persona con demencia, sus cuidadores y la red sociosanitaria para la continuidad del cuidado. El gestor terapéutico, es el interlocutor principal con la persona y su familia respecto de la devolución del proceso diagnóstico, la elaboración conjunta del Plan de Cuidados Integrales (en base a propuesta de equipo), el monitoreo de dicho Plan y del proceso de egreso, lo que facilita el vínculo entre el equipo y la persona, familia y/o red, a través de un contacto permanente en todo el proceso de atención. Este profesional es asignado por el equipo al ingreso de la persona al dispositivo. Permite un adecuado seguimiento del plan de cuidado integral, coordinando la realización y cumplimiento de todas las acciones y objetivos propuestos en este (Ministerio de Salud, 2018).

Entre las actividades que realiza se encuentran:

FIGURA N°18: TAREAS DE GESTIÓN TERAPÉUTICA EN LA ATENCIÓN DE ESPECIALIDAD

Como se indica anteriormente, la intervención de los equipos de Tratamiento de Alta Complejidad es transitoria y no debería ser superior a un año, por lo que durante este tiempo se tienen que mantener las coordinaciones con los equipos de APS u otros establecimientos del nivel de especialidad, para propiciar la continuidad de las atenciones en estos dispositivos de manera posterior al egreso del tratamiento de alta complejidad.

Se podrá prorrogar este periodo de intervención de acuerdo al análisis de variables clínicas y de condiciones de funcionamiento de la red, pues para un resultado efectivo de este proceso, se requiere una óptima gestión de redes en la temática de demencia y que el flujo de ingresos y egresos permita la no acumulación excesiva de la lista de espera, teniendo en consideración las garantías de oportunidad del tratamiento.

Cuando se analiza que se han cumplido los objetivos del Plan de Cuidados Integrales, se debe comenzar a trabajar en la preparación del egreso y, paralelamente, comenzar el proceso de derivación asistida hacia otros dispositivos de la red que continuarán el proceso de tratamiento de la persona con demencia y su cuidador.

Una vez logrados los objetivos planteados en el plan de cuidado integral, se procede a dar el alta clínica del centro de tratamiento de especialidad. Si la persona en un período posterior presenta las necesidades clínicas que ameriten una nueva derivación al tratamiento de alta complejidad, se tendrán que hacer las acciones de referencia respectivas a los dispositivos prestadores de esta canasta en la red de cada Servicio de Salud.

Cuando se finaliza el proceso de tratamiento, se sugiere que se establezca una consulta de cierre del centro de tratamiento de especialidad, realizada por el gestor terapéutico o por el binomio médico – gestor terapéutico.

A.4. Intervenciones psicosociales para el Tratamiento de Alta Complejidad

Las estrategias psicosociales constituyen un conjunto de acciones terapéuticas basadas en elementos personales, ambientales y comunitarios, que buscan beneficiar los ámbitos psicológicos, conductuales y sociales de la persona con demencia y el cuidador, para lograr una mejor calidad de vida y maximizar la capacidad funcional y participación en el contexto de los déficits usualmente progresivos de las demencias (Zeisel et al, 2016, en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019).

Estas intervenciones constituyen los principales ámbitos de acción de los equipos de salud para la intervención de las personas con demencia, las cuales están basadas en los eventos/situaciones que la persona y su entorno (cuidador/a, familia) definen como problemáticos, de tal forma de crear un Plan personalizado y centrado en las necesidades de dichas personas. Entre las modalidades más frecuentes para el diseño de intervenciones psicosociales son los siguientes

FIGURA N°19: INTERVENCIONES PSICOSOCIALES PARA EL TRATAMIENTO DE ALTA COMPLEJIDAD



Fuente: Basado en Budinich M., Aravena J.M., Gajardo J. y Fuentes. 2019

Intervenciones Psicosociales grupales

Son utilizados para la optimización de funciones físicas, cognitivas y sociales de personas con demencia en etapa leve y moderada y para la capacitación a cuidadores y/o familiares respecto de elementos de la enfermedad, comprensión y manejo de síntomas psicológico-conductuales, formas de optimización de los cuidados familiares, entre otras

Visitas domiciliarias

Se utilizan para conocer las condiciones en las que vive la persona. Eso incluye conocer a los habitantes de la casa, los espacios al interior y exterior, las dinámicas relacionales, factores de riesgo contextuales, tanto al interior de la familia como en el barrio, lo que permite diseñar PCI más acotados a la realidad en la que vive la persona con demencia. También se puede realizar evaluación y modificaciones del ambiente físico cotidiano de la persona. También son útiles para la transferencia de pautas de actividad física, cognitiva, y social, por medio de rutinas negociadas. Son una instancia provechosa para consejería y reforzamiento de aspectos de capacitación a cuidadores, verificación de administración de medicamentos, aspectos nutricionales y situación social, permitiendo conocer la coordinación y dinámicas familiares de cuidado, así como también detectar maltrato.

Gestión Terapéutica

Corresponde al proceso colaborativo entre la persona con demencia y su familia con un integrante del equipo (profesional u otro) que favorezca la coordinación del cuidado, la planificación y la evaluación, que permita satisfacer las necesidades de las personas y sus familias. El gestor de caso acompaña a la persona y su familia en el proceso de atención en las redes de apoyo médico y social. Este agente se constituye como una nueva forma de entender la relación entre profesional de salud y los usuarios.

Atención directa

Corresponde a las acciones de apoyo que se brindan a la persona con demencia y su familia por parte del equipo, de manera grupal o individual, que incluye atención psicológica a cuidadores, terapia ocupacional domiciliaria a persona con demencia y cuidador familiar, taller grupal de ejercicio físico realizado por kinesiólogo, medidas de confort en cuidados paliativos por enfermería, entre otras.

Consejería (Educación Individual o Familiar)

Corresponde a un proceso interactivo que puede ser liderado por un integrante del equipo, que se enfoca en las necesidades, problemas, o emociones de la persona y su familia para favorecer la toma de decisiones y resolución de problemas. En este proceso, el integrante del equipo analiza junto a la familia las posibilidades de resolución, realiza psicoeducación en el abordaje de la demencia, como de acciones de cuidado para las personas cuidadoras y aporta con potenciales soluciones desde su campo de dominio, como por ejemplo, en los ámbitos legales, financieros y de seguridad.

Grupos de apoyo mutuo

Uno de los aspectos a favorecer desde los equipos de especialidad es el desarrollo de los grupos de apoyo mutuo de usuarios o de personas cuidadoras. Corresponde a la agrupación voluntaria de personas y/o familiares con el propósito de compartir las experiencias comunes que viven en relación a la condición. Estos grupos pueden ser guiados por los mismos participantes, por profesionales u otros, con capacidad de guiar las necesidades emergentes del grupo. Se han desarrollado mayor número de experiencias de grupos de apoyo mutuo en cuidadores familiares, y de forma emergente, en personas en etapa leve o moderada aún conscientes de su enfermedad.

Educación a la comunidad

Se ha analizado que la educación a la comunidad es un elemento importante para la promoción y prevención de la demencia, así como también para el acortamiento de las brechas diagnósticas, asociables al elevado estigma que tiene la demencia a nivel comunitario. Por ende, la entrega de información, campañas de sensibilización y otras intervenciones comunitarias que permiten transferir conocimiento sobre la condición, son también una herramienta de intervención psicosocial.

A.5. Herramientas farmacológicas para el tratamiento de las demencias

En la actualidad la demencia no tiene cura, pero sí tratamiento. Tal como se plantea en este documento, su tratamiento contempla acciones no farmacológicas y farmacológicas. Las primeras nunca deben ser descuidadas y constituyen la base de todo tratamiento integral de las personas con demencias, en conjunto con las estrategias farmacológicas que puedan estar indicadas de acuerdo al momento evolutivo, la sintomatología y la comorbilidad que pueda existir.

Los Servicios de apoyo Farmacéutico se plantean como un conjunto de servicios orientados para entregar un soporte fármaco terapéutico integral a las personas. Estos servicios buscan dar respuesta para el acceso oportuno de la demanda y necesidades de las personas, sus familias y la comunidad (Ministerio de Salud, 2017).

Los equipos de tratamiento del nivel de especialidad podrán prescribir los medicamentos de las personas atendidas en este dispositivo, los cuales serán entregados de acuerdo a los protocolos establecidos en la red asistencial de cada territorio. Esta entrega debe ser supervisada por el químico farmacéutico del establecimiento, en las dosis indicadas por un médico de especialidad de este dispositivo. Dicha labor será supervisada por los integrantes del equipo de especialidad.

La farmacia que almacene los medicamentos de los usuarios de este dispositivo deberá contar con todos los tipos de medicamentos y dosis que se dispongan como arsenal farmacéutico, según la definición de las GPP. Esto se debe realizar mediante la gestión del Comité de Farmacia y Terapéutica de cada establecimiento o Servicio de Salud para la atención de personas con demencia.

TABLA N°17: MEDICAMENTOS INCORPORADOS EN GES N°85 PARA ATENCIÓN ESPECIALIDAD (TRATAMIENTO ALTA COMPLEJIDAD)

	MEDIANA COMPLEJIDAD	ALTA COMPLEJIDAD
ANTI-DEPRESIVOS	Sertralina Citalopram Trazodona	Sertralina Citalopram Trazodona Mirtazapina
ANTI-PSICÓTICOS	Risperidona Quetiapina	Risperidona Quetiapina Olanzapina Aripiprazol
INDUCTORES DEL SUEÑO		Eszopiclona
ANTI-DEMENTIVOS		Memantina Donepezilo

Es importante para la continuidad de la atención de las personas con demencia favorecer el despacho de los medicamentos en el lugar más próximo a su domicilio, para lo cual se debe realizar las coordinaciones correspondientes, entre servicio de salud, el establecimiento de atención de especialidad y la comuna, para facilitar el acceso a estos fármacos, favoreciendo también la coordinación con las personas cuidadoras para la definición de las mejores estrategias para su retiro o entrega en domicilio.

Dentro de las estrategias farmacológicas, se plantea la existencia de tres grupos de medicamentos que se deben considerar (SONEPSYN, 2017):

- Inhibidores de la colinesterasa (donepezilo, rivastigmina y galantamina) y antagonistas de receptores N-metil-D-aspartato (NMDA) (memantina).
- Medicamentos para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos, tales como antidepresivos, anticonvulsivantes, antipsicóticos e hipnóticos, entre otros.
- Misceláneos, tales como suplementos vitamínicos.

El primer grupo de medicamentos se utiliza sobre todo para el tratamiento de los síntomas cognitivos en determinadas demencias, las cuales son la enfermedad de Alzheimer, la demencia por Cuerpos de Lewy y la demencia secundaria a la enfermedad de Parkinson, que es donde han demostrado cierta eficacia de acuerdo a lo sostenido por la Comisión de Demencias de Lancet (Livingstone, 2017). No obstante, existe una controversia sobre la significancia clínica del efecto beneficio reportado en los estudios clínicos. Su objetivo principal es actuar sobre las anomalías bioquímicas como consecuencia de la pérdida neuronal, pero no modifica la neuropatología subyacente o su progresión (Livingstone, 2017).

Los inhibidores de la colinesterasa restauran parcialmente los déficits de acetilcolina que surgen de la pérdida de neuronas en el núcleo basal de Meynert y en el área septal central, proyectándose a regiones corticales. Los NMDA, vale decir, la memantina, atenúa los efectos tóxicos del glutamato liberado por las neuronas afectadas por las patologías antes nombradas. Actúa impidiendo la excitotoxicidad neuronal que provoca el exceso de glutamato y el incremento de calcio intracelular propio de la neurodegeneración.

Su posología, de acuerdo a la guía de SONEPSYN, es la siguiente:

TABLA N°18: CONSIDERACIONES TRATAMIENTO FARMACOLÓGICA EN DEMENCIA

Fármaco	Presentación	Dosis ¹	Administración ²
Donepezilo	Tabletas	Iniciar 5 mg e incrementar después de un mes a 10 mg.	Dosis única diaria en la tarde-noche.
Memantina	Tabletas y líquida	Iniciar 5 mg cada día e incrementar semanalmente hasta alcanzar la dosis máxima de 20 mg por día.	A cualquier hora, pero siempre a la misma hora.

Fuente: Leyton, Cristian, Correa, Rodrigo (2017): Manejo Farmacológico de las demencias, en Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de las Demencias. Ediciones SONEPSYN.

Es relevante sostener que este grupo de medicamentos debe sólo ser prescrito a nivel de especialidad, considerando que solo tendrían beneficio en estadios particulares de ciertos tipos de demencia. Estos medicamentos no deben ser utilizados en personas con deterioro cognitivo menor o queja subjetiva de memoria, dado que no han demostrado ser potenciales neuroprotectores para estas etapas de la enfermedad¹⁵.

El segundo grupo de medicamentos, para el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos, busca mejorar los síntomas conductuales y psicológicos en las personas con demencia, así como las comorbilidades psiquiátricas que puedan presentar. Ello mejora la calidad de vida del usuario y tiene el beneficio adicional de disminuir la sobrecarga del cuidador. Su prescripción se realiza en función del estado general de salud, antecedentes mórbidos, el nivel de severidad de la enfermedad, la tolerancia previa a medicamentos y su entorno de apoyo.

Parte de este grupo son los antidepresivos. En estos casos se deben preferir aquellos fármacos con mejor perfil de seguridad en personas mayores (sertralina, escitalopram, mirtazapina, citalopram, duloxetina y venlafaxina) evitando los riesgos de caídas y la interacción con otros fármacos. La

¹⁵ Sin perjuicio de lo anterior, y como se ha mencionado en el documento, estas Orientaciones Técnicas son complementarias con la Guía de Práctica Clínica para la Demencia tipo Alzheimer, la cual fue elaborada bajo la metodología GRADE por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de MINSAL. En esta guía, se menciona la evidencia respecto al uso de este grupo de fármacos principalmente, arrojando que esta no es suficiente para aconsejarlo. Para mayor información, la guía se encuentra disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencias/recomendaciones-grade/>

fluoxetina, la paroxetina y los antidepresivos tricíclicos son fármacos que se consideran inapropiados para personas mayores y toda persona con trastorno cognitivo se debe evitar su uso (Budinich et al., 2017). Los antidepresivos sedantes como la trazodona y la mirtazapina pueden tener un rol en personas con insomnio. En el caso de trazodona se debe poner atención a la aparición de ortostatismo secundario a su utilización.

En relación a los antipsicóticos, se ha intentado disminuir su uso dado el riesgo de mortalidad que conllevan. Su uso debe ser excepcional, estando indicado sólo en presencia de los siguientes síntomas: ideas delirantes, alucinaciones, agresividad que pone en riesgo a la persona con demencia y su entorno, psicosis, y que generen malestar considerable o dificulten los cuidados (Livingstone et al., 2017). Pese a que existe cierto grado de evidencia en relación a la utilización de Haloperidol, Risperidona (0,25 a 1 mg), Olanzapina (5-7,5 mg), Quetiapina (25-200 mg), y Aripripazol (10-15 mg) (Gareri et al., 2014). Consensos recientes (Livingstone et al., 2020) avalarían a la Risperidona como antipsicóticos de elección en personas con demencia, dado un potencial mayor efecto y menor mortalidad asociada, esto no implica que su uso deba ser indiscriminado sino juicioso y como se mencionó anteriormente para casos puntuales y siempre por períodos limitados de tiempo.

Sin embargo, en Chile desde el ISP define una resolución exenta (N° 1078/2021), que da cuenta de un mayor riesgo de eventos adversos cardiovasculares en personas con demencia vascular y de tipo mixto, comparados con aquellos con Demencia Tipo Alzheimer, por lo que determina su uso como tratamiento a corto plazo (hasta 6 semanas) de la agresión persistente que puede aparecer en personas con demencia tipo alzheimer de moderada a grave, que no respondan a otras medidas no farmacológicas, cuando hay un riesgo de daño para sí mismo y los demás, y como un complemento de los tratamientos no farmacológicos cuya eficacia ha sido limitada o nula (ISP, 2021).

Es importante considerar que estos fármacos no se deben utilizar para tratar conductas de vagabundeo, aislamiento social, inquietud motora, queja de memoria, fallas atencionales o indiferencia al entorno, agresividad motora o verbal que no representa un riesgo, nerviosismo, falta de cooperación y ansiedad leve. Una vez iniciado el tratamiento con ellos, se debe controlar y evaluar pertinencia al menos en 4 a 8 semanas y en casos prolongados evaluar mínimo dos veces al año. Es fundamental comprender que la gran mayoría de las alteraciones que motivan la indicación de un antipsicótico son transitorias y por ello se debe evaluar proactivamente ajustar las dosis o discontinuarlo (Budinich et al., 2017).

El uso de hipnóticos como la zopiclona (3,25 a 7,5 mg) o el zolpidem (5mg) pueden ser utilizados en contexto de insomnio de conciliación o dificultad para lograr un sueño mantenido durante la noche, teniendo precaución con el riesgo de caídas y la excesiva sedación. Se debe tener en cuenta, que al igual que con las benzodiacepinas, estos fármacos tienen un elevado potencial de causar dependencia y tolerancia. Por ello se deben implementar primero otras medidas no farmacológicas para tratar el insomnio, o usar otros fármacos con menor riesgo adictivo. En lo posible su uso debe ser por tiempos limitados, no más allá de un mes.

El tercer grupo de medicamentos, con diferentes niveles de evidencia científica y no aprobados universalmente por las agencias reguladoras de medicamentos más exigentes, hacen referencia al uso de vitamina B12 y B9. Se recomienda usar vitamina B12 en personas que presentan déficit en algunas de éstas. En la actualidad no existe evidencia para recomendar el uso de ginkgo biloba ni el de la vitamina D y E en deterioro cognitivo leve o en demencia (Fuentes, en Budinich et al., 2017)¹⁶

¹⁶ Sin perjuicio de lo anterior, y como se ha mencionado en el documento, estas Orientaciones Técnicas son complementarias con la Guía de Práctica Clínica para la Demencia tipo Alzheimer, la cual fue elaborada bajo la metodología GRADE por el Departamento de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de MINSAL. En esta guía, se menciona la evidencia respecto al uso de este grupo de fármacos principalmente, arrojando que esta no es suficiente para aconsejarlo. Para mayor información, la guía se encuentra disponible en: <https://diprece.minsal.cl/garantias-explicitas-en-salud-auge-o-ges/enfermedad-de-alzheimer-y-otras-demencias/recomendaciones-grade/>

Entre las recomendaciones generales para una prescripción de medicamentos, se encuentran (Budinich et al., 2017):

- Incluir en la anamnesis la historia fármaco terapéutica y realizar revisión de la medicación como parte de la valoración integral.
- Realizar conciliación de medicamentos, generando un único listado de prescripciones entre los distintos niveles de atención.
- Prescribir el menor número de fármacos posibles y siempre con un claro objetivo terapéutico.
- Considerar siempre que el síntoma evaluado pudiese ser consecuencia de una reacción adversa a algún medicamento.
- Comenzar con dosis inferiores a las habituales para adultos e incrementarla de forma progresiva y lenta.
- No temer a discontinuar fármacos que sean inapropiados o ya no estén indicados en el paciente. Considerar la suspensión de un fármaco cuando no hay indicación clara, existe duplicidad de principios, no tienen efecto claramente descrito o simplemente no es necesario.
- Evitar uso simultáneo de fármacos de efecto y toxicidad similar.
- Confirmar el buen cumplimiento terapéutico de los fármacos y valorar posibles dificultades en su administración.
- Considerar discontinuación fármacos en etapas finales de la vida.

Uso y prescripción de medicamentos antidemenciantes

Para el uso y prescripción de fármacos específicos para demencia (memantina y donepezilo), se deberán elaborar protocolos locales de uso, considerando la evidencia disponible, debido a su efectividad, mayor costo y potencialidad de uso.

Este tipo de medicamentos presentan una modesta respuesta en cognición, funcionalidad y síntomas conductuales. Los fármacos podrían retrasar el progreso del deterioro evaluado a los 6 -12 meses, pero en algunos casos 1 de cada 3 personas no responde al tratamiento, 1 de cada 3 se mantiene estable y sólo 1/3 responde a terapia. Lamentablemente no existen predictores de quienes responderán.

El uso de antidemenciantes se puede estructurar en un proceso de cinco pasos (Ref. protocolo antidemenciantes, Centro Kintún 2018, F. Monsalve):

- Primer paso: definir si tiene indicación.
- Segundo paso: Iniciar proceso de prescripción.
- Tercer paso: seguimiento de reacciones adversas.
- Cuarto paso: evaluación de respuesta a tratamiento.
- Quinto paso: proceso de desprescripción.

Primer Paso: definir si tiene indicación.

Demencias en la que está indicado el uso de Antidemenciantes:

- Demencia por Enfermedad De Alzheimer (EA).
- Demencia por Enfermedad de Cuerpos de Lewy (DCL).
- Demencia por Enfermedad de Parkinson (EP).
- Demencia Vascular si tiene co-morbilidad con Alzheimer o Cuerpos de Lewy o Parkinson.

Antidemenciantes disponibles en el mercado:

- Memantina – Anticolinesterasicos (AC): Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina.

TABLA N°19: INDICACIÓN DE ANTIDEMENCIANTES SEGÚN ENFERMEDAD

Tipo de Demencia	Indicación
Demencia por enfermedad de Alzheimer	Etapa leve a moderada: ofrecer anticolinesterásicos en monoterapia. Etapa moderada con contraindicación o intolerancia a AC: ofrecer Memantina en monoterapia. Etapa severa: ofrecer Memantina en monoterapia. Se puede incluir donepezilo.
Demencia por enfermedad de Cuerpos de Lewy o Enfermedad de Parkinson	Etapa leve a moderada: ofrecer Rivastigmina o Donepezilo. Etapa leve a moderada con intolerancia a los previos: considerar Galantamina. Etapa severa: considerar Rivastigmina o Donepezilo.
Demencia vascular	Sólo se considerará uso de antidemenciantes si se sospecha comorbilidad con Enfermedad de Alzheimer, Demencia Cuerpos de Lewy y Enfermedad de Parkinson. Si usara antidemenciantes, con la misma indicación de acuerdo al nivel de severidad previamente enunciado
Otras demencias: frontotemporal, vascular sin comorbilidad, secundarias, otras neurodegenerativas	No ofrecer antidemenciantes

Segundo paso: proceso inicio prescripción.

Si bien existe una pauta del proceso de inicio de la prescripción, previo al inicio de alguno de estos medicamentos es fundamental realizar una adecuada valoración geriátrica integral. Se evalúa no sólo el componente médico/clínico, sino que además el componente social (viendo cómo es su situación económica, red de apoyo y de los cuidados, etc.) asociado al componente cognitivo (presencia de síntomas neuropsiquiátricos o conductuales, estado anímico) y esfera funcional (dependencia para desenvolverse en las actividades del diario vivir básicas, instrumentales y avanzadas). Antes del inicio de prescripción de inhibidores de la acetilcolinesterasa, se recomienda realización de ECG.

Tercer paso: seguimiento reacciones adversas

El seguimiento de reacciones adversas requerirá el apoyo del equipo multidisciplinario y la familia, la cual debe ser informada respecto a estos al inicio del tratamiento. Entre las principales reacciones adversas se pueden encontrar:

Memantina	Alucinaciones, confusión, vértigo, cefalea, fatiga, vómitos, constipación, disnea, trastorno equilibrio, alergia
Donepezilo	Alucinaciones, náuseas y vómitos, constipación, meteorismo, bradicardia, síncope, incontinencia urinaria, cefalea, vértigo, somnolencia, insomnio.

Cuarto paso: respuesta a tratamiento

En general, cuando se inicia tratamiento con antidemenciantes se realiza una prueba terapéutica por un plazo entre 3 a 6 meses, posterior a los cuales se evalúa si existe respuesta cognitiva, funcional y conductual, idealmente realizando una evaluación integral por equipo multidisciplinario. En esta re-evaluación se valora si existe respuesta a la terapia anti-demenciante (en caso que se

haya iniciado) de métodos objetivos; evaluación cognitiva (MMSE/MOCA/TAM/FAB/ACE/NPI) y evaluación funcional (T-ADLQ/ADCS/Barthel/Lawton/DAD) y de métodos subjetivos: Valoración del equipo tratante e impresión de la familia y/cuidador/a.

Quinto Paso: Proceso de des-prescripción

El retiro del fármaco se plantea ante las siguientes situaciones:

- Demencia en etapa GDS 7 de Reisberg.
- Reacciones adversas graves: Síncope, bradicardia grave, exacerbación de EPOC/Neumonía, retención aguda de orina grave y reiterada, pérdida de peso grave, etc.
- Si se evidencia una velocidad de deterioro cognitivo, funcional o de comportamiento mayor que el que presentaba antes del tratamiento.
- Si otras comorbilidades hacen ineficaz el tratamiento o tiene una enfermedad grave o en situación de final de la vida.
- Si lo pide el paciente o la familia una vez conocidos la efectividad y los efectos secundarios

III. CONSIDERACIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL GES DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS

1. EL ROL DE LA PERSONA CUIDADORA O PERSONA DE REFERENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LA PERSONA CON DEMENCIA

En el caso que el usuario cuente con un cuidador o persona de referencia, que forme parte del Plan de Cuidados Integrales, es fundamental indagar acerca de las problemáticas que éste percibe respecto al desempeño cotidiano como cuidador, el conocimiento que tiene respecto a la demencia y su nivel de disposición para recibir ayuda. Además de complementar con evaluaciones de su nivel de sobrecarga e identificar el nivel de estrés que pudiese estar presente, siendo necesario incluir estas necesidades en el plan de cuidados.

Es importante considerar que el apoyo recibido por el o la cuidador(a) es el factor más importante en la satisfacción de necesidades de la persona con demencia y, por ende, a menor apoyo hacia quien cuida, la persona con demencia reportará un número mayor de necesidades no cubiertas (León-Campos M, Slachevsky A, Miranda-Castillo et al., 2018; Ministerio de Salud, 2017).

En función de lo anterior, es de gran relevancia las evaluaciones realizadas al cuidador, ya sea por el equipo de atención primaria o especialidad, según corresponda, pesquisar, tratar y derivar de forma oportuna en caso de ser necesario, patologías psiquiátricas que pueda presentar, con el fin de evitar un mayor grado de sobrecarga.

La evidencia científica (Oyebode & Parveen 2016; Regier & Gitlin 2017; Vandepitte et al. 2016) sobre intervenciones psicosociales para promoción de calidad de vida en cuidadores de personas con demencia, refiere que el proceso de adaptación del cuidador ante la condición de la persona al cuidado es un elemento que determina los resultados de las intervenciones que, paralelamente, se desarrollen para la persona con demencia y el cuidador mismo.

Gitlin y Rose (2016) describen el grado de disposición al cambio en cuidadores de personas con demencia a partir de dos elementos principales: el nivel de comprensión y reconocimiento que el cuidador tenga de la condición de su familiar, y cuán dispuesto(a) se presente el cuidador, a utilizar estrategias eficaces para promover la mejor salud posible de su familiar con demencia, comprendiendo así la naturaleza relacional de las situaciones desafiantes y problemas cotidianos del vivir con demencia. Reconocer en qué etapa de disposición o preparación al cambio se encuentra el cuidador es útil para:

- Reconocer que tipo de problemas presentarán o serán importantes para ellos durante la trayectoria de la enfermedad.
- Priorizar problemáticas según necesidades reales del cuidador.
- Priorizar acciones y recomendaciones que se le entregarán.
- Mejorar la adherencia a recomendaciones por parte del equipo.
- Validar el rol del cuidador.

En el siguiente cuadro se ofrece una categorización de las acciones recomendadas con el/la cuidador/a dependiendo de su nivel de disposición al cambio a partir de la escala Readiness (Gitlin y Rose 2016) (Ver Anexos N°2), adaptado por KINTUN 2017.



TABLA N°20: TEMÁTICAS Y ACCIONES CON CUIDADORES/AS SEGÚN SU NIVEL DE DISPOSICIÓN AL CAMBIO

ETAPA	TEMAS A ABORDAR	ACCIONES
PRE- CONTEMPLACIÓN	Validación del rol de cuidador	Validar y priorizar el plan de intervención a partir de las necesidades del cuidador y usuario. Escuchar y empatizar con el sentir del cuidador.
	Validar necesidades del cuidador y del usuario	Educación básica entre los problemas cognitivos asociados a la Demencia, eliminar estigmas en relación a la vejez:
		A través de cartillas graficas donde se especifique el nivel de deterioro y la demencia.
		A través de cartillas gráficas, que sirvan de ayuda visual, para explicar el nivel de deterioro y severidad de la demencia y dar a conocer las alteraciones de las funciones cognitivas y su impacto en el desempeño cotidiano
Educación sobre envejecimiento normal y demencia	Preguntar que ayuda necesita, que le gustaría aprender o conocer más.	
CONTEMPLACIÓN	Educación en demencia	Validar y priorizar el plan de intervención a partir de las necesidades del cuidador y usuario. Escuchar y empatizar con el sentir del cuidador.
	Indagar en desafíos cotidianos relacionados al tipo y grado de demencia	Reforzar y profundizar conocimientos entregados en etapa anterior.
		Identificar desafíos cotidianos asociados al cuidado: ejemplo, SPCD, dependencia funcional, escasa red de apoyo, entre otros.
		Identificar presencia de SPCD (jerarquizándolos según frecuencia y severidad en que se manifiestan) e Indagar en posibles factores gatillantes
		Entregar estrategias simples para facilitar el manejo: "no recriminar el actuar de su familiar", "evite contradecir", "si rechaza participar de alguna actividad, inténtelo más tarde".
	Posibles causas: Biológico (dolor, temperatura, hambre, sed), Ambiental (iluminación, organización, entorno amigable), Psicológico (personalidad, historia de vida, animo), Relacional (dinámica de cuidados, dinámica familiar y validación)	
Educar en prevención y manejo de SPCD	Relacionar los SPCD del usuario con posibles necesidades no resueltas ya sean ambientales, biológicas, psicológicas o relacionales. A través de esto instruir en el cómo prevenir los SPCD de manera sencilla y de fácil aplicación.	
Sensibilizar respecto a los beneficios de las intervenciones psicosociales	Instruir en como la estructura de una rutina y actividades diarias podría ayudarles en el manejo del usuario (biológico-ambiental psicológico/relacional)	
PREPARACIÓN	Incentivar el manejo ambiental para promover funcionalidad de la persona con Demencia (prevención de SPCD - estrategias de promoción de seguridad)	Entregar estrategias de manejo de alteraciones conductuales y seguridad como:
		Dejar llaves en lugares de difícil acceso para el usuario, uso de carnet con antecedentes de identificación. Marcar la ropa con nombre y número de contacto, contar con extintor dentro del hogar.
		Entregar estrategias de adecuación ambiental: Funcional (accesibilidad, barras de apoyo, iluminación) y Cognitiva (Señalética, fotografías antiguas, pizarra o calendario), etc.

PREPARACIÓN	Favorecer uso de estrategias para la activación de rutina	Promover el desempeño en actividades significativas, orientadas a los intereses de usuario, relacionado a su historia de vida, por ejemplo: deporte, lectura, historia ocupacional, actividades recreativas, las cuales deben estar acorde a las capacidades del usuario.
	Reorganización de los cuidados	Se debe indagar en la dinámica familiar en torno al cuidado del usuario, y apoyar en distribución de los cuidados según recursos familiares.
	Generar conciencia del autocuidado.	Promover el uso efectivo de tiempo libre y espacios de respiro. Sensibilizar y promover la participación del cuidador en actividades sociales y familiares según el interés de la persona, generando instancias donde comparta con amigos, pareja, hijos, entre otros.
	Identificar necesidades emergentes, plan de acción frente a situaciones de urgencia.	Se debe recalcar la importancia de acudir a evaluaciones médicas (medica/ de salud familiar-geriatra-neurólogo-psiquiatra etc.) manteniendo los controles de salud al día.
		Intervención transversal durante el transcurso de la enfermedad, sin embargo, puede generar mayor adherencia del familiar una vez comprendido el cuadro e implicancias de la Demencia. Capacitar al cuidador en signos de alerta para identificar cambios abruptos en el familiar (Delirium, agitación o somnolencia extrema, infección urinaria, deshidratación, dolor, etc.) y acudir al servicio de urgencia.
ACCIÓN/ MANTENCION	Validación de estrategias eficaces en el cuidado de la persona con Demencia.	El cuidador nombrará las situaciones de difícil manejo y las estrategias que han apoyado en la resolución, desde donde el profesional debe dar énfasis en mantener aquellas estrategias que han resuelto momentos de difícil manejo, validando la asertividad en la resolución junto con explicar la razón de las estrategias efectivas y no efectivas.
	Reeducar en problemáticas actuales	Se debe indagar en cuales son los problemas actuales del cuidador en relación a la persona con Demencia y ver cuáles de las estrategias ya aplicadas o cuales nuevas podrían tener un efecto positivo. Considerar la particularidad de cada caso.
	Autocuidado	Demarcar de manera constante la importancia del "respiro del cuidador" dando énfasis a las actividades sociales y familiares, además de estrategias de autocuidado. Promover la participación en actividades sociales y/o de esparcimiento disponibles a nivel local.

Fuente: Gitlin y Rose (2016), adaptado por KINTUN 2017.

Algunas etapas se pueden realizar en más de una visita domiciliaria, de esta forma se podrá abordar de manera más específica dando énfasis a necesidades prioritarias del cuidado.

1.1. INTERVENCIONES PSICOSOCIALES CON CUIDADOR/A Y/O ENTORNO PRÓXIMO DE LA PERSONA CON DEMENCIA

Si bien el acompañamiento y trabajo con cuidadores/as se realiza de manera transversal en diversos momentos del Plan de Cuidados Integrales y a través de múltiples prestaciones desarrolladas por los equipos de intervención, a continuación se describen dos instancias centrales para la evaluación y el acompañamiento del entorno de apoyo de la persona con demencia:

- Visitas Domiciliarias Integrales.
- Intervenciones psicosociales grupales

Visitas domiciliarias integrales

Como se menciona en la descripción del Plan de Apoyo Integral, la visita domiciliaria es una estrategia de evaluación e intervención realizada por uno o más integrantes del equipo interdisciplinario en el contexto cotidiano de la persona con demencia y su familia, con el propósito de obtener una mirada integral y ecológica, que permita un adecuado acompañamiento en el transcurso de la enfermedad, accediendo a las dinámicas de la vida diaria, su ambiente físico y social, los recursos disponibles, situaciones de vulnerabilidad, entre otros. Esta estrategia favorece tanto el diseño, como implementación de un plan de acción acorde a las reales necesidades de la persona y su familia en su entorno cotidiano.

Objetivos:

- Otorgar una instancia de evaluación, tratamiento y/o seguimiento integral de la persona con demencia y su entorno de apoyo, involucrando las diferentes dimensiones relacionadas con su bienestar y las capacidades individuales y familiares, factores de riesgo o deterioro presentes.
- Recopilar información actualizada y contextual respecto a situación actual de usuario y su entorno de apoyo, incluso previo a la entrega del diagnóstico clínico de demencia.
- Identificar y modificar los riesgos a los que está expuesta la persona con demencia, tanto a nivel de ambiente físico-domiciliario (barreras arquitectónicas de la vivienda, potenciales riesgos de accidentes intradomiciliarios); como referido al tipo de intervenciones clínicas diseñadas o aplicadas (identificar factores de riesgo asociados a situaciones de salud, medicación y trastornos sensoriales) y los potenciales riesgos de accidentes en la comunidad (pérdida de dinero, extravíos, estafas, entre otros).
- Fomentar la salud funcional, cognitiva, física, y afectiva, dentro de los contextos de vida diaria, promoviendo estilos de vida saludable tanto en la persona con demencia, como en su entorno cercano.
- Promover el autocuidado del cuidador en sus distintas dimensiones, a fin de evaluar, prevenir e intervenir la sobrecarga del cuidador (a).
- Educar respecto a beneficios sociales y ejercicio de derechos de la persona con demencia, el cuidador(a) y la familia.
- Brindar herramientas al cuidador y entorno de apoyo para el abordaje de desafíos cotidianos asociados a la demencia.

Cada una de estas acciones se relaciona directamente a las necesidades de la día persona/entorno de apoyo, ya sea con el grado de severidad de la demencia que presente la persona y los desafíos respecto al cuidado, como la disposición del cuidador(es) para comprender el diagnóstico e implementar estrategias que faciliten el desempeño de su rol.

TABLA N°21: LINEAMIENTOS DE INTERVENCIÓN EN VISITAS DOMICILIARIAS INTEGRALES SEGÚN ETAPA DE LA DEMENCIA

	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Acompañamiento en la trayectoria de la enfermedad, favoreciendo la psicoeducación y entrega de estrategias que faciliten el manejo y cuidado cotidiano de la persona con demencia. ▸ Evaluar el impacto de la evolución de la demencia en la dinámica familiar y pesquisar necesidades emergentes que requieran actualización del Plan de Cuidado Integral y/o derivación a otros dispositivos o programas de la red. ▸ Seguimiento de las indicaciones entregadas, en visitas anteriores o en consejerías, al entorno de apoyo. Refuerzo de la información entregada. ▸ Consejería respecto a la prevención y manejo de trastornos conductuales y desafíos cotidianos asociados a la Demencia. ▸ Entrega de material educativo y/o estrategias concretas de activación de rutina (cuadernillo de estimulación, calendario, carteles para favorecer la orientación en el domicilio, etc.) ▸ Consejería y acompañamiento respecto a patología en etapa leve, moderada y severa según corresponda. 		
Visita Domiciliaria Integral	<p>LEVE</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Fomentar autonomía en actividades de la vida diaria a y través de estructuración de rutina y la modificación ambiental ▸ Fomentar participación en actividades significativas y desempeño de roles. ▸ Favorecer el desempeño seguro dentro y fuera del hogar. ▸ Educación en torno a patología y sintomatología presente en el usuario. ▸ Observar los posibles efectos secundarios de los fármacos administrados y educar a la persona con demencia, cuidadora/or y familia para favorecer la adherencia. ▸ Entrenamiento para prevención y abordaje de SPCD. 	<p>MODERADO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Mantener autonomía en actividades básicas de la vida diaria. ▸ Favorecer habilidades remanentes. ▸ Apoyo ambiental para promover desempeño cotidiano. ▸ Educación a cuidador/a y familia en torno a patología y sintomatología presente en el usuario. ▸ Entrenamiento para la prevención y abordaje de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la Demencia. Prevenir el aislamiento social. ▸ Entrenar al entorno próximo para prevención de riesgos domiciliarios y en la comunidad 	<p>AVANZADO</p> <ul style="list-style-type: none"> ▸ Apoyo y manejo ambiental para optimizar la funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria. ▸ Educación en torno a patología y sintomatología presente en el usuario. ▸ Favorecer la estimulación multisensorial. ▸ Entrenamiento para la prevención y manejo de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la Demencia. ▸ Consejería relacionada a síntomas o problemas asociados a etapa final de la vida. ▸ Educación en torno a posibles complicaciones asociadas a etapa avanzada de la Demencia y desafíos en los cuidados. (Deglución, incontinencia, compromiso total del lenguaje, etc.)



Intervenciones psicosociales grupales dirigidas a personas cuidadoras y entorno de apoyo

Si bien se recomiendan acciones grupales con personas cuidadoras en base a experiencia acumulada de equipos de intervención de atención secundaria, MINSAL definirá con mayor precisión la modalidad de estas intervenciones como resultado del trabajo a desarrollar con expertos en la materia, por lo tanto las recomendaciones acá contenidas son preliminares y sujetas a revisión posterior.

Como intervenciones grupales se comprenderán instancias de fortalecimiento de las labores de cuidado por medio de la conformación de grupos reunidos en torno a:

- a. La exposición y discusión de información respecto a la enfermedad (tipos de demencia, causas, cursos, síntomas, etc.) y la discusión y generación de estrategias para facilitar el cuidado cotidiano (manejo de síntomas neurocognitivos, etc.) en un taller de Fortalecimiento al Cuidador.
- b. La elaboración emocional de la experiencia de ser cuidador/a y los desafíos que esto implica en la circunstancia vital de cada sujeto por medio de un Grupo de Apoyo Mutuo.

Para la consecución de estos objetivos, es clave que los equipos fomenten el involucramiento de distintas personas del entorno próximo del paciente en el acompañamiento de la persona con demencia.

En el apartado de ANEXO se podrá encontrar una propuesta de estructura y sesiones de cada taller.

2. GESTIÓN EN RED

Considera la consultoría en temáticas de demencia, la atención por telemedicina, la derivación asistida y el enlace a nivel hospitalario. Implica altos niveles de coordinación entre los equipos que intervienen, a modo de resguardar la continuidad del cuidado de la persona con demencia durante su tránsito por los niveles de atención, poniendo las competencias de cada uno de ellos en torno a la satisfacción de las necesidades de los usuarios de los programas.

2.1. PRESENTACIÓN DE CASOS EN CONSULTORÍA EN TEMÁTICA DE DEMENCIA

Se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad del territorio (Unidad de Memoria, Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, Centros de Salud Mental Comunitaria, CAE, CDT u otro) y el equipo de salud de APS en la temática de demencia. Tiene como propósito potenciar la capacidad resolutoria del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas con demencia y sus cuidadores, entre ambos niveles de atención y garantizar la continuidad de cuidados de la población usuaria con problemas de salud mental o trastornos mentales. Como así mismo, tiene un sentido de formación, ser una instancia de coordinación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas.

En esta estrategia participa tanto médicos como otros profesionales de los establecimientos de APS y del equipo del nivel de especialidad. Se propone que sea realizada de forma mensual con cada establecimiento de APS, pudiendo desarrollarse de manera presencial o mediante Telemedicina de forma sincrónica.

Descripción de la estrategia

Crterios para consultar

- Duda diagnóstica
- Personas con demencias en GDS 4-7 refractarias a tratamiento en APS

- Historia de tratamiento APS superior a 3 meses sin resultados clínicos significativos de acuerdo al Plan de Cuidados Integrales elaborado.
- Refractoriedad de tratamiento de síntomas neuropsiquiátricos en grado moderado (NPI-Q)
- Dificultad de manejo de la persona con demencia asociada con cuadros psiquiátricos de base como depresión Moderada, Consumo Perjudicial / Dependiente Alcohol y Drogas.
- Detección de problemáticas de cuidado o psicosociales: Persona cuidadora con sobrecarga moderada a grave (Zarit), red familiar y/o de apoyo deficiente.

Rendimiento

Se asimilará a lo definido en las orientaciones para la planificación y programación en red vigentes.

Participantes

- Equipo consultor: Médico especialista, trabajador/a social, tercer integrante del equipo (terapeuta ocupacional, psicólogo/a, kinesiólogo/a, fonoaudiólogo/a, otro)
- Equipo de APS: Médico tratante y profesionales del equipo de sector que participen de la atención de la persona.

En la presentación del caso, se debe considerar todas las fuentes disponibles y los recursos de apoyo necesarios: ficha clínica, exámenes de laboratorio e imagenológicos con los que se cuente.

Al equipo presentador del caso, se le solicita elaborar una pauta escrita que contenga toda la información necesaria (antecedentes mórbidos, y psicosociales de relevancia, lista con los fármacos actualizados; Motivo de solicitud de consultoría en Demencia. Historia Clínica. SPCD sin respuesta, con una breve descripción de las medidas implementadas por el equipo tratante (tanto no farmacológicas como farmacológicas). Exámenes mínimos requeridos: ECG informado, Hemograma, VHS, P. bioquímico, P. hepático, P. Lipídico, Creatinina pl, ELP, TSH y T4 L, VIH y VDRL).

Es imprescindible que todos los asistentes a la consultoría, por participar de dicho proceso asistencial, estén al tanto del deber de confidencialidad que asumen respecto a la información expuesta relacionada con el paciente y su familia.

Si la persona será presentada en forma presencial, siempre debe venir acompañada por su cuidador/familiar más cercano. Para ello es necesario invitarlas previamente, entregándoles información acerca de las Consultorías, explicándoles su objetivo, así como los distintos actores que podrían estar presentes en dicha instancia.

2.2. PRESENTACIÓN DE CASOS EN CONSULTORÍA CON HOSPITAL DIGITAL - CÉLULA DE GERIATRÍA

En la trayectoria del cuidado en salud de las personas con demencia, está la posibilidad de presentar el caso a la Célula de Geriatría del Departamento de Salud Digital, tanto para personas con sospecha de demencia, como también para personas que tengan diagnóstico confirmado.

Descripción de la estrategia

La célula de geriatría de Hospital Digital tiene el objetivo general de contribuir a la Red de Salud (Atención Primaria y Hospitales) en el manejo geriátrico integral y equitativo de las personas mayores, en cualquier tipo de condición de funcionalidad, a través de la herramienta de telemedicina asincrónica ofertada por la célula de geriatría del Hospital Digital. Esta cuenta inicialmente con profesionales Geriatras, Químicos Farmacéuticos y Psicólogos/as especialistas en neuropsicología,

quienes en conjunto otorgan respuesta a los casos referidos por profesionales de salud de la red que lo requieran. Está disponible a nivel nacional a través de la plataforma de tele-interconsultas del Hospital Digital, a través de la modalidad asincrónica, independiente del nivel de atención.

El caso puede ser enviado por cualquier miembro del equipo de salud (profesionales médicos y no médicos), siguiendo los flujos o protocolos establecidos a nivel local.

Para tener acceso a la plataforma se sugiere tomar contacto con el referente del servicio de salud correspondiente.

Para los casos que requieren un acompañamiento para abordar a las personas mayores de 60 años con algún tipo de deterioro cognitivo o demencia, la Célula de Geriátrica del Hospital Digital diseñó el Modelo de acompañamiento para este problema de salud, el cual tiene como objetivo principal el contribuir a la resolutivez de APS a través de las estrategias de telemedicina asincrónica ofertadas por la célula de geriatría del Hospital Digital.

Los objetivos específicos propuestos en este modelo son:

- Apoyar al profesional consultante, a través de un sistema de contrarreferencia, en el proceso diagnóstico terapéutico para personas con sospecha diagnóstica de GES N° 85.
- Establecer pertinencias de derivación a atención presencial, para aquellas personas con sospecha diagnóstica del PS GES N° 85.
- Aumentar la resolución de casos en APS para personas con sospecha diagnósticas del PS GES N° 85.
- Contribuir en la generación de competencias de diagnóstico y manejo terapéutico de personas con sospecha del PS GES N° 85 en el equipo de salud, a través del proceso de contrarreferencia existente en la plataforma de interconsultas de HD.

Criterios para consultar

- Persona con sospecha de demencia y en el que exista dificultad para interpretar test cognitivos o funcionales realizados.
- Persona con sospecha de demencia y en el que exista dificultad para interpretar los exámenes séricos realizados por la canasta del PS GES 85 de APS.
- Persona con sospecha de demencia y/o con confirmación diagnóstica de demencia, que presente polifarmacia y/o múltiples morbilidades crónicas.
- Persona con demencia y/o con confirmación diagnóstica de demencia, con dudas de que algún fármaco esté interfiriendo en su estado cognitivo.
- Persona con sospecha de demencia y/o con confirmación diagnóstica de demencia con dificultad en el manejo de posibles síntomas psicológicos o de conducta secundarios a demencia.

Los datos requeridos por los especialistas de la Célula de Geriátrica, corresponden a la evaluación realizada, según lo indica esta Orientación Técnica, entre los que se encuentra:

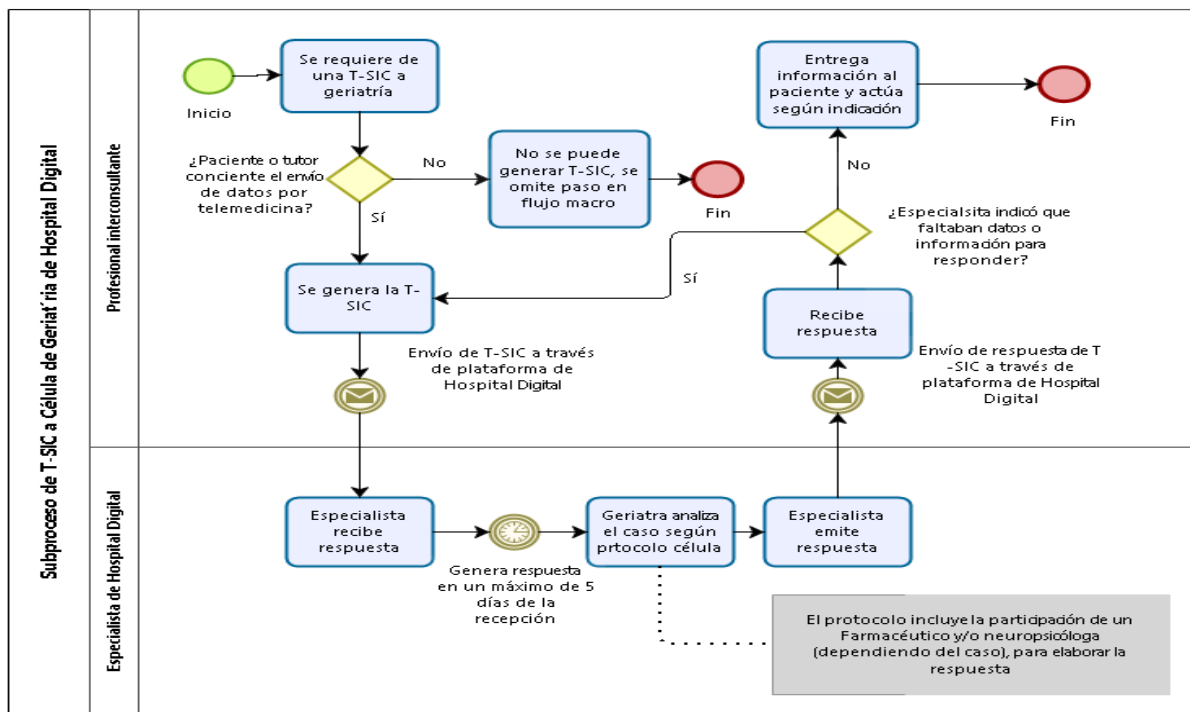
- Historia clínica, con detalles del estado cognitivo, características, evolución, progresión y afectación secundaria de la funcionalidad.
- Síntomas conductuales (características, evolución, progresión, intensidad, factores agravantes o desencadenantes).
- Antecedentes familiares de demencia.

- Morbilidades crónicas.
- Medicamentos (automedicados e indicados) y productos naturales con dosificación con su respectiva dosificación, frecuencia y data del manejo (de aquellos que se tenga conocimiento)
- Evaluación cognitiva, funcional, emocional y exámenes séricos descritos en este documento.

Es fundamental que se adjunte la mayor cantidad de información con el fin de que la respuesta a la consulta se realice de la manera más individualizada posible. Sin embargo, no será excluyente para el envío de interconsulta el tener todos los datos solicitados. En dicho caso, se podrá subir la interconsulta a la plataforma y el especialista orientará al profesional consultante, dependiendo de la información disponible.

A continuación, se presenta el flujo de atención correspondiente:

FIGURA N°20: FLUJOGRAMA DE DERIVACIÓN A CÉLULA GERIATRÍA - HOSPITAL DIGITAL



Preguntas clínicas o antecedentes a evaluar:

Si la respuesta es SÍ a cualquiera de las preguntas, el caso de la persona debe ser subido a la plataforma Hospital Digital Célula de Geriatría, con respuesta por geriatras en hasta de 5 días hábiles.



TABLA N°22: CRITERIOS DERIVACIÓN A HOSPITAL DIGITAL

En personas con sospecha de demencia		Sí	No
1	¿Existen dificultades para interpretar test cognitivos o funcionales realizados?		
2	¿Existen dudas de si tiene o no una demencia?		
3	¿Existen dificultades para interpretar los exámenes séricos realizados por la canasta GES 85 de APS?		
4	¿La persona tiene polifarmacia?		
5	¿La persona tiene múltiples morbilidades crónicas y el manejo pudiera cambiar respecto de si tiene o no una demencia?		
6	¿Existen dudas de que algún fármaco esté interfiriendo en su estado cognitivo?		
En personas con diagnóstico ya establecido de demencia		Sí	No
7	¿Se han agregado nuevos fármacos por sus morbilidades crónicas y ahora presenta una polifarmacia?		
8	¿A la persona se le han realizado nuevos diagnósticos y ahora se cataloga como con multimorbilidad crónica y el manejo de ellas pudiera cambiar por presentar una demencia?		
9	¿Existen dudas de que algún fármaco esté interfiriendo en su estado cognitivo actual?		
10	¿Existen dificultades en el manejo de posibles síntomas psicológicos o de conducta secundarios a demencia?		

3. REGISTRO DE LA INFORMACIÓN

La información sobre las atenciones de los dispositivos deberá incorporarse en el sistema de gestión de la información planificado, el cual permitirá recoger, procesar, analizar, difundir y utilizar información, que busca mejorar la eficacia y la eficiencia, como asimismo tomar decisiones bien informadas que mejoren la calidad de la atención.

De igual modo, los dispositivos contarán con los siguientes tipos de registros clínicos para la atención del usuario, todos los cuales deberán tener las instrucciones específicas para su llenado, de manera estandarizada y oficializada por el centro:

- Ficha Clínica: este es un documento reservado, confidencial, único por cada usuario, sujeto al secreto profesional, en el cual el equipo de salud registra la historia médica del usuario y de su proceso de atención. El estandarizar el registro en la ficha clínica permite otorgar continuidad en la atención, seguridad, y facilita al equipo realizar intervenciones coordinadas e integradas en beneficio del usuario. La responsabilidad respecto del cumplimiento del registro de la información clínica que origina la atención del usuario recae en todos los funcionarios que acceden a ella al atender al usuario y es supervisado por la jefatura correspondiente. Esta información está sujeta a los elementos planteados en la Ley 20.584 de Derechos y Deberes de las Personas en Atención de Salud y en sus reglamentos, relativo al resguardo de la confidencialidad de su información de salud, y a ser informadas, entre otras cosas, sobre su diagnóstico, pronóstico y tratamientos.
- Registro de Indicaciones de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, indicados y en su caso realizados al usuario.
- Registro de prescripción farmacológica, prescritos y en su caso entregados al usuario, que serán registrados en las Unidades de Farmacia de cada establecimiento de salud que se destine para este fin, dentro de la red sanitaria de cada Servicio de Salud.

De igual manera, se deben cumplir todos aquellos procedimientos de gestión de información establecidos por el Ministerio de Salud, entre los que se encuentran:

- Registro de datos: los datos del proceso de atención se recogen desde el profesional clínico, quien utilizará los sistemas de codificación y glosa de prestaciones de FONASA, mientras que para los datos de diagnósticos se utiliza el sistema CIE 10, y para los procedimientos el sistema CIE 9.
- Captura de datos: los datos serán capturados en los siguientes sistemas que están a cargo de un referente del establecimiento al cual pertenece:
 - *Resumen Estadístico Mensual* de actividades de salud del Departamento de Estadísticas e Información en Salud, en sus series REM para las diversas prestaciones y actividades, así como los ingresos y egresos de usuarios a tratamiento.
 - Sumado a lo anterior, para los establecimientos dependientes de Servicio de Salud del nivel de APS, se debe completar planilla local enviada por MINSAL (en espera de que MINSAL informe registro único en REM).
 - Para el registro de las prestaciones en el nivel de especialidad, se deben completar las categorías de REM A07 de atención de especialidades, Sección A de consultas médicas, para los médicos especialistas; Sección C para profesionales no médicos; REM A06 Sección C.1 Intervenciones grupales y de coordinación sectorial e intersectorial; REM A26 Actividades en Domicilio, Sección B, Otras Visitas Integrales.
 - *Sistema de Información para la gestión de Garantías Explícitas en Salud (SIGGES)*.



VI. REFERENCIAS

Abraha I, Rimland JM, Trotta FM, et al. Systematic review of systematic reviews of nonpharmacological interventions to treat behavioural disturbances in older patients with dementia. The SENATOR-OnTop series. *BMJ Open* 2017;7:e012759. doi:10.1136/bmjopen-2016-012759. Disponible en <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/7/3/e012759.full.pdf>

Abusleme, M.T., Arnold, M., González, F., Guajardo, G., Lagos, R., Massad, C., Sir, H., Thumala, D., Urquiza, A. (2014): *Inclusión y Exclusión Social de las personas mayores en Chile*. Santiago: Senama - Facso U. Chile - Flacso Chile, 2013. Ediciones Servicio Nacional del Adulto Mayor.

Abusleme, M. T., & Gajardo, J. (2018). ¿Debe informarse el diagnóstico de demencia?. *Cuadernos de Neuropsicología/Panamerican Journal of Neuropsychology*, 12(2).

Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya (AIAQS) (2010): *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. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_484_Alzheimer_AIAQS_compl.pdf

Alexopoulos GS., Kiosses DN., Klimstra S. et al.: Clinical presentation of the "DepressionExecutive Dysfunction Syndrome" of late life. *Am J Geriatr Psychiatry* 2002; 10: 98-106

Alzheimer Europe (sin fecha): *Guía para la planificación anticipatoria en el cuidado y tratamiento socio sanitario de la persona con demencia*. Los derechos legales de las personas con demencia. Disponible en: <http://www.alzheimer-europe.org><http://www.alzheimer-europe.org>

Alzheimer's Disease International (ADI) (2009): *World Alzheimer Report 2009*. London. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>

Alzheimer's Disease International (ADI) (2010): *World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia*. London. Disponible en: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport2010.pdf>

Alzheimer's Disease International (ADI) (2012): *World Alzheimer Report 2012. Overcoming the stigma of dementia*. London. Disponible en: http://www.alz.org/documents_custom/world_report_2012_final.pdf

Alzheimer's Australia (sin fecha): *Dementia Language Guidelines*. Recuperado de: <https://www.fightdementia.org.au/files/NATIONAL/documents/language-guidelines-full.pdf>

Alzheimer's Disease International (ADI) (2015): *World Alzheimer Report 2015: The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends*, London. Disponible en: <https://www.alz.co.uk/research/WorldAlzheimerReport2015.pdf>

Alzheimer's Disease International (ADI) (2016): *World Alzheimer Report 2016: Improving healthcare for people living with dementia: Coverage, quality and costs now and in the future*, London. Disponible en <https://www.alz.co.uk/research/world-report-2016.pdf>

Anandarajah, G, Hight, E. (2001): *Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment*. *Am Fam Physician*. Jan 1; 63 (1): 81-9.

Arenas, M, Mora, T (2012): Guía de Prevención del Maltrato a las Personas Mayores. Santiago de Chile: SENAMA. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/SENAMA%20web1.pdf>

Asociación Americana de Psiquiatría, Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2013.

Barbosa-Álvarez, Ángel, Clavería, Ana y Grupo Zarit (2017): Estudio observacional transversal de la sobrecarga en cuidadoras informales y los determinantes relacionados con la atención a las personas dependientes. *Atención Primaria*; Volumen 49(3):156-165.

Barquilla, C, Rodríguez-Mansilla, J (2015): Masoterapia en las alteraciones conductuales de ancianos con demencia. *Atención Primaria*. Volumen 47 (10):626-635.

Beauchamp, T.L., Mc Cullaugh, B. (1987): Ética médica. Las responsabilidades morales de los médicos. Barcelona. España. Editorial Labor.

Bell, V, Troxel, D (2001): Spirituality and the person with dementia - a view from the field. *Alzheimer's Care Quarterly*. 2(2):31-45.

Bordington, N (2005): El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*. 2005; 2(2).

Bossers, WJ, Van der Woude, LH, Boersma, F, Scherder, EJ, Van Heuvelen, MJ (2012): Recommended measures for the assesment of cognitive and physical performance in older patients with dementia: A systematic review. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra Jan*; 2(1): 589-609.

BREINBAUER K, Hayo et al. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Rev. méd. Chile*. 2009, vol.137, n.5, pp.657-665

Brown BM, Peiffer JJ, Martins, RN (2013): Multiple effects of physical activity on molecular and cognitive signs of brainaging: can exercises low neurodegeneration and delays Alzheimer's disease. *Mol Psychiatry* 18(8): 864- 874. DOI: 10.1038/mp.2012.162

Buchman, AS, Boyle, PA, Yu, L, Shah, RC, Wilson, RS, Bennett DA (2012): Total daily physical activity and the risk of AD and cognitive decline in older adults. *Neurology* 24:1323-1329.

Budinich, M; Gajardo, J.; Fuentes, P. (2017): Demencia: Demencias: una mirada Biopsicosocial. 2019. Santiago. Disponible en www.demencias.cl

Budinich, M., Aravena, J., Gajardo, J. y Fuentes, P. (2019). Demencias: una mirada biopsicosocial. Disponible en www.demencias.cl.

Buschke, H, Kuslansky G, Katz, M, Stewart, WF, Sliwinski, MJ, Eckholdt, HM, Lipton RB (1999): Screening for dementia with the Memory Impairment Screen. First published January 1.

Camargo J et cols. Approaching Spirituality Using the Patient-Centered Clinical Method. *J Relig Health*. 2018. <https://doi.org/10.1007/s10943-017-0534-6><https://doi.org/10.1007/s10943-017-0534-6>

Cancer OMS, Guide for effective programmes. OMS/OPS, Cuidados Paliativos, Guías para el Manejo Clínico. OMS, Alivio del Dolor en el Cáncer, Segunda Edición 2006.

Chari D, Ali R, Gupta R. (2015). Reversible dementia in elderly: Really uncommon?. *J Geriatr Ment Health* 2015;2:30-7. Disponible en: <https://www.jgmh.org/text.asp?2015/2/1/30/161378>

Chui HC, Ramirez-Gomez (2015) L. Clinical and imaging features of mixed Alzheimer and vascular pathologies. *Alzheimers Res Ther.* Feb 27;7(1):21. doi: 10.1186/s13195-015-0104-7. PMID: 25722748; PMCID: PMC4342006.

Cohen-Mansfield, J., Dakheel-Ali M., Marx, MS. (2009). Engagement in persons with dementia: the concept and its measurement. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4), 299-307.

Collins, LG., Parks, SM, Winter, L (2006): The state of advance care planning: one decade after SUPPORT. *Am J Hosp Palliat Care.* 23(5). 378-84.

Cuevas-Cancino, J., & Moreno-Pérez, N. (2018). Psicoeducación: intervención de enfermería para el cuidado de la familia en su rol de cuidadora. *Enfermería Universitaria*, 14(3). doi: <https://doi.org/10.1016/j.reu.2017.06.003>. De Brujin, RF, Schrijvers, EM, De Groot, KA, Witteman, JC, Hofman A, Franco OH, et al. (2013): The association between physical activity and dementia in an elderly population: The Rotterdam study. *Eur J Epidemiol.* 28:277-283.

Davidson R., Kabat-Zinn J, et cols. Alterations in brain and immune function produced by mindfulness meditation. *Psychosomatic Medicine.* 2003;65:564-570

Dechent C, Bozanic A, Jirón M y Fuentes P. Utilidad clínica del Memory Impairment Screen (MIS): Análisis del instrumento como prueba de tamizaje de memoria clínica. *Rev. Chil. Neuropsicol.* 8(2): 46-49, 2013

Derrickson, B (2001): The spiritual work of the dying. Citado en: Anandarajah G. Spirituality and Medical Practice: Using the HOPE Questions as a Practical Tool for Spiritual Assessment. *Am Fam Ph.* 2001; 63(1).

Dinamarca M, José Luis (2012): Dismovilidad en Geriátría: Una década definiendo un concepto clínico. *Bol. Hosp. Viña del Mar* 2012, 68 (2).

Doherty, D (2006): Spirituality and dementia. *Spirituality Health*, 7: 203-210.

Domenech, Y. (1998) "Los grupos de autoayuda como estrategia de intervención en el apoyo social". *Cuadernos de Trabajo Social.* N. 6. ISSN 1133-0473, pp. 179-195 Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/ALTERN1998.6.8>

Eggenberger, S, Nelms, T (2004): Artificial hydration and nutrition in advanced Alzheimer's disease: facilitating family decision-making. *Journal of Clinical Nursing* 13. 661-7.

Eggermont L, Swaab D, Luiten P, Scherder E (2006): Exercise, cognition and Alzheimer's disease: More is not necessarily better. *Neurosci Bio behav Rev*; 30:562-75.

Emrani S, Lamar M, Price CC, Wasserman V, Matusz E, Au R, Swenson R, Nagele R, Heilman KM, Libon DJ. (2020) Alzheimer's/Vascular Spectrum Dementia: Classification in Addition to Diagnosis. *J Alzheimers Dis.*;73(1):63-71. doi: 10.3233/JAD-190654. PMID: 31815693.

Ennis, Jr EM, Kazer, MW (2013): The role of spiritual nursing interventions on improved outcomes in older adults with dementia. *Hol Nurs Practice.* 2013;27(2):106-13

Erickson, KI, Raji, CA, Lopez, OL, Becker, JT, Rosano, C, Newman, AB et al. (2010): Physical activity predicts gray matter volume in late adulthood: The Cardiovascular Health Study. *Neurology* 75:1415-1422

Erickson, KI, Voss, MW, Prakash, RS, Basak, C, Szabo, A, Chaddock, L, et al. (2011): Exercise training increases size of hippocampus and improves memory. *Proc. Natl. Acad. Sci. USA.* 208: 3017- 3022.

Estrategia de Cuidado Integral centrado en las personas para la promoción, prevención, y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Enero 2020.

Fernández, H, Garrido, B, Pastor, C (2015): La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. *Avances en odontoestomatología* 2015. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852015000300002

Fernández, Pita S, Valdés Cañedo (1997): Determinación de factores pronósticos, *Cad Aten Primaria* 1997; 4: 26-29

Ferré-Grau, C, Casado, MS, Cid-Buera, D, LLeixà-Fortuño, M, Monteso-Curto, P, Berenguer-Poblet M (2014): Caring for family caregivers: an analysis of a family-centered intervention. *Rev Esc Enferm USP [Internet]*. 87-94. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/0080-6234-reeusp-48-esp-089.pdf> [Links].

Ferrero-Arias, J, Goñi-Imízcoz, M, González-Bernal, J, Lara-Ortega, F, Da Silva-González, A, Díez-Lopez, M (2011): The Efficacy of Nonpharmacological Treatment for Dementia-related Apathy Alzheimer Disease & Associated Disorders: July-September 2011 - Volume 25 - Issue 3 - p 213-219.

Foltyn, P (2015): Ageing, dementia and oral health. *Australian dental journal* 2015; 60:86-94.

Fowler, JW (1981): *Stages of Faith: The Psychology of Human Development and the Quest for Meaning*. San Francisco, CA: HarperCollins.

Fuentes S. (2017): Hacia una Epistemología Integral de la Medicina Familiar: Inflamación y Evolución. *Rev Chil Med Fam.* 2017; 12(1)

Fuentes, P. (2014): Trastornos neurocognitivos en el DSM-5, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatría*, año 68, Vol 52, Suplemento N° 1, Marzo 2014. Disponible en: https://www.sonepsyn.cl/revneuro/enero_marzo_2014/Suplemento_2014_1_Neuro_Psiq.pdf

Funicane, TE, Christmas, C, Travis, K (1999): Tube feeding in patients with advanced dementia: a review of evidence. *JAMA* 282. 1365-70.

Gajardo, J, Monsalve, M (2014): Hacia una estrategia nacional para la demencia: Algunas Consideraciones a partir de planes internacionales. *Revista Chilena de Salud Pública.* Vol.18(2): 183-191.

Gareri, P, Segura-García, C, Graziella, V, Manfredi, L, Bruni, A, Ciambone, P, Cerminara, G, De Sarro, G, De Fazio, P. (2014). Use of atypical antipsychotics in the elderly: a clinical review. *Clinical Interventions in Aging.* 2014; 9: 1363-1373. doi: 10.2147/CIA.S63942. Disponible en <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4144926/>

Gauthier et al. (2012): Recommendations of the 4th Canadian Consensus Conference on the Diagnosis and Treatment of Dementia (CCCDTD4) *Can Geriatr J.* 2012 Dec; 15(4): 120-126.

Gitlin, L N, Winter, L, Dennis, MP, Hodgson, N, Hauck, W (2010): Targeting and managing behavioral symptoms in individuals with dementia: A randomized trial of a nonpharmacological intervention. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58, 1465-1474.

Gitlin, LN, Rose, K (2016): Impact of caregiver readiness on outcomes of a nonpharmacological intervention to address behavioral symptoms in persons with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2016 Sep;31(9):1056-63.

Gitlin, LN, Winter, L, Burke, J, Chernet, N, Dennis, MP, Hauck, W (2008): Tailored activities to manage neuropsychiatric behaviors in persons with dementia and reduce caregiver burden: a randomized pilot study. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2008 Mar;16(3):229-39.

Gligoroska JP, Manchevska S. (2012): The effect of physical activity on cognition - physiological mechanisms. *Matter Socio med*. 24:198 - 202.

Global status report on the public health response to dementia. Geneva: World Health Organization; 2021. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO .

Goeic, G. (1992): Ética de la relación médico-paciente. Cuaderno del Programa Regional de Bioética OPS.

Gómez Busto, F, Andía, V., Ruiz de Alegría, L., Francés I. (2009) Abordaje de la disfagia en la demencia avanzada. *Rev. Esp Geriatr Gerontol*; 44(S2):29-36.

Gómez-Ramos, MJ, et al. (2004): El cuidador del paciente con demencia: aplicación del test Índice del Esfuerzo del Cuidador. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 2004;39(3):154-9.

Gorno-Tempini ML, Hillis AE, Weintraub S, Kertesz A, Mendez M, Cappa SF, et al (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*. 76(11):1006-14.

Govier, I (2000): Spiritual care in nursing: a systematic approach. *Nursing Standard* 14(17): 32-36.

Grupo de Trabajo sobre la Espiritualidad en Cuidados Paliativos. Sociedad Española de Cuidados Paliativos (2008): El acompañamiento espiritual en cuidados paliativos. Una introducción y una propuesta. Barcelona. Disponible en: www.secpal.com/%5CDocumentos%5CBlog%5Carchivo_9.pdf

Gajardo J. & Aravena, J.M. (2016). ¿Cómo aporta la terapia ocupacional en el tratamiento de las demencias?. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 54(3), 239-249. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-92272016000300008>

Guajardo, G, Tijoux, M E, Abusleme M T (Editores) (2015): La construcción social de las demencias en las personas mayores de la Región Metropolitana, Chile. Santiago de Chile: SENAMA, FLACSO Chile, Instituto Chileno de terapia Familiar.

Hamer, D (2006): The God Gene: How Faith is Hard-wired into our Genes citado en Doherty, D. Spirituality and dementia. *Spirituality Health*.7:203-210

Hansebo, G, Kihlgren, M (2002): Carers interactions with patients suffering from severe dementia: a difficult balance to facilitate mutual togetherness. *J of Clin Nurs*. 2002;11(2):225-36

Hebert, R, Dang, Q, Schultz, R (2007): Religious Beliefs and Practices Are Associated With Better Mental Health in Family Caregivers of Patients With Dementia: Findings From the REACH Study. *Am J Ger Psych*. 2007; 15:292-300

Hill, PC, Pargament, KI (2003): Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. Implications for physical and mental health research. *Am Psychol* 2003; 58; 1: 64-74

Hirschman, KB, Corcoran, AM, Straton, JB, Kapo, JM (2010): Advance care planning and hospice enrollment: who really makes the decision to enroll? *J. Palliat. Med.* 13(5). 519-23.

Hofmann, JC, Wenger, NS, Davis, RB, Teno, J, Connors, AF, Jr, Desbiens, N, et al. (1997): Patient preferences for communication with physicians about end-of-life decisions. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preference for Outcomes and Risks of Treatment. *Ann Intern Med.* 1997 Jul 1;127(1):1-12.

Hooghiemstra, AM, Eggermont, LH, Scheltens, P, Van der Flier, WM, Scherder, EJ (2012): Exercise and early-onset Alzheimer's disease: theoretical considerations. *Dement Geriatr Cogn Dis Extra.*

Delgado C, A. Araneda, M.I. Behrens (2019) Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years *Neurología (English Edition)*, Volume 34, Issue 6, July-August, Pages 376-385

Dechent Rivera, C., Bozanic Leal, A., Jirón Aliste, M., & Fuentes Guglielmetti, P. (2013). Utilidad clínica del Memory Impairment Screen (MIS): Análisis del instrumento como prueba de tamizaje de memoria. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 8(2), 46-49.

Breinbauer K, Hayo, Vásquez V, Hugo, Mayanz S, Sebastián, Guerra, Claudia, & Millán K, Teresa. (2009). Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*, 137(5), 657-665. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000500009>

Inglehart, M R, Bagramian R A (2002): Oral Health-Related Quality of Life. Quintessence Publishing Co, Inc 2002.

Jiménez, C, Gómez-Conesa, A (2011): Ejercicio físico en el tratamiento de la enfermedad de Alzheimer. *Fisioterapia*. 2011;33:111-22.

Kales, HC, Gitlin, LN, Lyketsos, CG (2015): Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ* 2015 Mar 2;350:h369.

Karceski, S (2012): Preventing Alzheimer disease with exercise? *Neurology*. 78:110-112.

King, D E, Bushwick, B (1994): Beliefs and attitudes of hospital inpatients about faith healing and prayer. *J Fam Pract* 1994;39:349-52.

Koenig, H (2012): Religion, Spirituality, and Health: The Research and Clinical Implications. ISRN Psychiatry.

Koenig, H, McCullough, M, Larson, D (2000): Handbook of Religion and Health. New York: Oxford University Press.

Kolb, B, Gibb, R (2011): Brain Plasticity and Behaviour in the Developing Brain. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*. Nov; 20(4): 265-276.

Labos, Slachevsky, Torralva, Fuentes y Manes (2018). Tratado de Neuropsicología Clínica: Akadia. Chile.

Landínez, N, Caicedo, I, Lara, M F, Luna, L, y Beltrán, J (2015): Implementación de un programa de formación a cuidadores de personas mayores con dependencia o discapacidad. *Revista de la Facultad de Medicina*, 63 (Supl. 1), 75-82.

- Larson, DB, Larson, SS (1998): Spirituality's potential relevance to physical and emotional health: a brief review of quantitative research. *Journal of Psychology & Theology* 1998; 31; 1: 37.
- Leonard, RJ, White, C, McKenzie, S, Belafsky, PC (2014): Effects of bolus rheology on aspiration in patients with Dysphagia. *J Acad Nutr Diet.* 2014 Apr;114(4):590-4.
- Lista, I, Sorrentino, G (2010): Biological mechanisms of physical activity in preventing cognitive decline. *Cell Mol Neurobiol.* 30:493-503.
- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet.*;390(10113):2673-2734. doi:10.1016/S0140-6736(17)31363-6
- Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. (2020) Dementia prevention, intervention, and care. *Lancet.* 2017;390(10113):2673-2734. doi:10.1016/S0140-6736(17)31363-6
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S.,...Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet.* doi:10.1016/s0140-6736(20)30367-6
- Llibre, JJ, Ferri, CP, Acosta, D, Guerra, M, Huang, Y, Jacob, KS, Krishnamoorthy, ES, Salas, A, Sosa, AL, Acosta, I, Dewey, ME, Gaona, C, Jotheeswaran, AT, Li, S, Rodriguez, D, Rodriguez, G, Kumar, PS, Valhuerdi, A, Prince, M, 10/66 Dementia Research Group (2008): Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet* 2008 Aug 9;372(9637):464-74.
- Logsdon, RG, McCurry, SM, Teri, L (2005): A home health care approach to exercise for persons with Alzheimer's disease. *Care Manag J.* 2005;6: 90-7.
- Lunardelli, Pizzi (2004): *Revista Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.* Gerontol 2004;52:236-242.
- Lunn, JS (2003): Spiritual care in a multi-religious context. *J Pain Palliat Care.* 2003;17(3-4):153-66.
- M. Muñoz-Cruzado, Barba, et al. (2008): Enfermedades psicósomáticas músculoesqueléticas en cuidadores de enfermos de Alzheimer: necesidades de fisioterapia. *Fisioterapia* 2008;30 (3):116-21.
- Mackinlay, E, Trevitt, C (2010): Living in aged care: Using spiritual reminiscence to enhance meaning in life for those with dementia. *Int J of Mental Health Nursing.* 2010;19(6):394-401.
- Marín, JM (Editor) (2009): *Demencias en Geriátria.* Sociedad Española de Gerontología y Geriátria.
- Martínez, M (2006): *Fundamentación Epistemológica del Enfoque Centrado en la Persona.* Polis. Disponible en: <http://polis.revues.org/4914>
<http://polis.revues.org/4914>
- Mascayano, F, Tapia, T, Gajardo, J (2015): Estigma hacia la demencia: una revisión, *Revista Chilena de Neuro-Psiquiatria* 2015; 53 (3): 187-195.
- Mathews, RM, Clair, AA, Kosloski, K (2001): Keeping the beat: Use of rhythm mic music during exercise activities for the elderly with dementia. *Am J Alzheimers Dis Other Demen.* 2001;16:377-80.
- Matthews, D, McCulloch, M, Larson, D, Koenig, H, Swyers, J, Grenwold, M (1998): Religious Commitment and Health Status. A Review of the Research and Implications for Family Medicine. *ARCH FAM MED* 1998; 7:118.
- Maugans ,TA, Wadland, WC (1991): Religion and family medicine: a survey of physicians and patients. *J Fam Pract* 1991;32:210-3.

Mc Namara, G, Millwood, YM, Bennett, K (2014): Forget me not - the role of the general dental practitioner in dementia awareness. *British Dental Journal* 2014;217:245-248.

Mickley, JR, Carson V, Soeken KL (1995): Religion and adult mental health: state of the science in nursing. *Issues in Mental Health Nursing* 1995; 16; 4: 345-60.

Ministerio de Salud (2005). Modelo de Atención Integral en Salud. Serie Cuadernos Modelo de Atención No 1. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Gestión de la Red Asistencial.

Ministerio de Salud (2009): Manual del cuidado de personas mayores dependientes y con pérdida de autonomía.

Ministerio de Salud (2010): Encuesta Nacional de Salud 2009-2010, Santiago.

Ministerio de Salud (2010): Guía Clínica: Ortesis (o Ayudas Técnicas) para personas de 65 y más años.

Ministerio de Salud (2011): Decreto N°114 Reglamento de la Ley N°20.120 Minsal, D.O. 19 noviembre 2011.

Ministerio de Salud (2011): Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los objetivos sanitarios de la década 2011-2020. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc-96ca6de0400101640159b8.pdf>

Ministerio de Salud (2011): Guías Clínicas GES, Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos. Disponible en <http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>
<http://web.minsal.cl/portal/url/item/72213ed52c2723d1e04001011f011398.pdf>

Ministerio de Salud (2013): Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. OPS/OMS. Subsecretaría de Redes Asistenciales. División de Atención Primaria. Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb-5d1e0400101650128e9.pdf>

Ministerio de Salud (2013b): Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. División de Atención Primaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Santiago. Chile.

Ministerio de Salud (2015): Orientaciones Técnico Administrativas del Programa de Atención Integral de Salud Mental en Atención Primaria, División de Atención Primaria Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Ministerio de Salud (2015c): Orientaciones Técnicas: Consultorías en Salud Mental. Unidad de Salud Mental. División de Gestión de la Red Asistencial. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Chile.

Ministerio de Salud (2017): Plan Nacional de Demencias, Ministerio de Salud, Gobierno de Chile, 2017.

Ministerio de Salud (2018): Orientación Técnica de Atención Integral para Personas Mayores Frágiles en Unidades Geriátricas de Agudos (UGA). Chile.

Ministerio de Salud (2020): Modelo de Acompañamiento para Orientación Diagnóstico Terapéutica del Problema de Salud GES N°85, en la Red de Atención Primaria, a través de la Célula de Geriátrica del Departamento De Salud Digital. Chile.



Ministerio de Salud : Orientaciones para la Implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar Y Comunitaria. Chile.

Möhler R, Renom A, Renom H, Meyer G. Personally tailored activities for improving psychosocial outcomes for people with dementia in community settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020, Issue 8. Art. No.: CD010515. DOI: 10.1002/14651858.CD010515.pub2.

Molzahn, AE (2007): Spirituality in later life: effect on quality of life. *Journal of Geront Nurs.*33(1):32-9.

Muñoz-Neira, C., López, O. L., Riveros, R., Núñez-Huasaf, J., Flores, P., & Slachevsky, A. (2012). The Technology - Activities of Daily Living Questionnaire: A Version with a Technology-Related Subscale. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 33(6), 361-371.

Muñoz, C., Núñez, J., Flores, P., Behrens, M., y Slachevsky, A. (2010). Utilidad de un cuestionario breve dirigido al informante para el diagnóstico temprano de casos de demencia: La versión Chilena del AD8 (AD8-Ch). *Revista Médica de Chile*, 138, 1063-1065.

Musa, G., Henríquez, F., Muñoz-Neira, C., Delgado, C., Lillo, P., & Slachevsky, A. (2017). Utility of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(2), 129-136.

Naciones Unidas (2009): Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

Nagamatsu, L, Chan, A, Davis, J, Beattie, L, Graf, P, Voss, M, Sharma, D, Liu-Ambrose, T (2013): Physical Activity Improves Verbal and Spatial Memory in Older Adults with Probable Mild Cognitive Impairment: A 6-Month Randomized Controlled Trial. *Journal of Aging Research*. Volume (2013) Article ID 861893, 10 pages.

Nascimento et al. (2016): Efectos del ejercicio físico y pautas básicas para su prescripción en la enfermedad de Alzheimer. *Revisión. RevAndalMed Deporte* 2016;9(1):32-40.

Nascimento, CM, Teixeira, CV, Gobbi, LT, Gobbi, S, Stella, F (2012): A controlled clinical trial on the effects of exercise on neuropsychiatric disorders and instrumental activities in women with Alzheimer's disease. *RevBrasFisioter.* 2012;16:197-204.

Nation, DA, Hong, S, Jak AJ, Delano-Wood, L, Mills, PJ, Bondi, MW, Dimsdale, JE (2011): Stress, exercise, and Alzheimer's disease: A neurovascular pathway. *Medical Hypotheses*, 76 (6): 847-854.

Ødbehr et al. (2015): Spiritual care to persons with dementia in nursing homes; a qualitative study of nurses and care workers experiences. *BMC Nursing*. 2015;14:70

Operational Definitions for the NINDS-AIREN Criteria for Vascular Dementia. An Interobserver Study. Elisabeth C.W. van Straaten et al. <http://stroke.ahajournals.org/>

Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) (2006): Declaración Universal de Bioética y Derechos Humanos.

Organización Mundial de la Salud (2012a): Dementia: a public health priority. Organización Mundial de la Salud. Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2012b): La buena salud añade vida a los años. Información general para el Día Mundial de la Salud 2012. Organización Mundial de la Salud. Suiza.

Organización Mundial de la Salud (2002): Missing voices: views of older persons on elder abuse. Retrieved from http://www.who.int/ageing/projects/elder_abuse/missing_voices/en/

Organización Mundial de la Salud (2008): Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental: mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Organización Mundial de la Salud. Suiza.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1996): Alivio del Dolor en el Cáncer. Segunda Edición. España.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2007): Cancer OMS, Guide for effective programmes.

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002): Cuidados Paliativos, Guías para el Manejo Clínico. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=12587%3Apalliative-care&catid=1872%3Acancer&Itemid=42139&lang=es

Organización Panamericana de la Salud (OPS), Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013) Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS, 2013. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Otera, M, Horike, H, Saito, T (2013): Musical life review for the elderly with dementia as spiritual care—Clinical functions and roles of meaningful or memorable songs. *The Arts in Psychotherapy*. 2013;40(3):285–90.

Oyebode, JR, Parveen, S (2016): Psychosocial interventions for people with dementia: An overview and commentary on recent developments. *Dementia (London)*.

Pargament, K, Koenig, H, Tarakeshwar, N, Hahn, J (2004): Religious struggle as a predictor of mortality among medically ill elderly patients. *Archives of Internal Medicine*. 2004.161:1881–1885.

Pérez, PM, Arbeláez-Lelió, D, Munera, MC (2007): Una mirada al manejo odontológico del paciente geriátrico con demencia. *Rev. CES Odont* 2007;30(1):51–67.

Plotnikoff, GA (2000): Should medicine reach out to the spirit? *Postgrad Med* 108:19–25.

Porter, B, Andrade, M (2013): *La Vida es Ahora, los beneficios de mindfulness en el día a día*. Santiago de Chile: El Mercurio Aguilar, 2º edición.

Potter, R, Ellard, D, Rees, K, Thorogood, M (2011): A systematic review of the effects of physical activity on physical functioning, quality of life and depression in older people with dementia. *Int J Geriatr Psychiatry*; 26: 1000–1011.

Puchalski, C, Ferrell, B, Virani, R, Otis-Green, S, Baird, P, Bull, J, Chochinov, H, et cols. (2009): Improving the Quality of Spiritual Care as a Dimension of Palliative Care: The Report of the Consensus Conference. *Journal of Palliative Care Medicine* 2009;(12)10:3

Puchalski, C, Romer, A (2000): Taking a Spiritual History allows clinicians to understand patients more fully. *Journal of Palliative Medicine*. 2000;3(1):129.

Radak, Z, Hart, N, Sarga, L, Koltai, E, Atalay, M, Ohno, H et al. (2010): Exercise plays a preventive role against Alzheimer's disease. *J Alzheimer's Dis*. 20:777–783

Regier, N G, Gitlin, L N (2017): Dementia-related restlessness: Relationship to characteristics of persons with dementia and family caregivers. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. DOI: 10.1002/gps.4705.

Regier, NG, Hodgson, NA, Gitlin, LN (2017): Characteristics of Activities for Persons with Dementia at the Mild, Moderate, and Severe Stages. *Gerontologist*. 2017 Oct 1;57(5):987-997.

Rivera F, Ramos P, Moreno C, Hernán, M (2011): Análisis del modelo salutogénico en España: aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2011; 85: 129-139.

Roberts, L W (2002): Informed consent and the capacity for voluntarism. *Am.J.Psychiatry*. 159 (5). 705-712.

Rodriguez, J., & Gajardo, J. (2012). Sobre la contribución de la terapia ocupacional en el manejo no farmacológico de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, 12(2). doi:10.5354/0717- 5346.2012.25307

Royal College of Psychiatrists (2013): Recommendations for psychiatrists on spirituality and religion, Position Statement PS03/2013, Nov 2013. Disponible en: http://www.rcpsych.ac.uk/pdf/ps03_2013.pdf

Rykkje, L, Eriksson, K, Råholm, M-B (2011): A qualitative meta synthesis of spirituality from a caring science perspective. *Int J for Human Caring*. 2011;15(4):40-53

Sachdev et al. (2014): Diagnostic criteria for vascular cognitive disorders: a VASCOG statement. *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 2014 Jul-Sep; 28(3): 206-218.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (2016): Estándares de Calidad para Establecimientos de Larga Estadía para Adultos Mayores.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2005): Definición y tipificación del maltrato al adulto mayor, en Chile. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/1288.pdf>

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2009): Las Personas Mayores en Chile: situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez (1st ed.). Maval.

Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) (2010): Estudio Nacional de la Dependencia en las Personas Mayores. Disponible en: <http://www.senama.cl/filesapp/Estudio%20Nacional%20de%20Dependencia%20en%20las%20Personas%20Mayores.pdf>

Seybold, KS, Hill, PC (2001): The role of religion and spirituality in mental and physical health. *Current Directions in Psychological Science* 2001; 10; 1: 21-24

Siegel, E, Cations, M, Wright, C, Naganathan, V, Deutsch, A, Aerts, L, Brodaty, H (2017):. Interventions to improve the oral health of people with dementia or cognitive impairment: a review of the literature. *J. Nutr Health Aging*, volume 21 November.

Slachevsky A, Budinich M, Miranda-Castillo C, Núñez-Huasaf J, Silva JR, Muñoz-Neira C, et al. The CUIDEME Study : Determinants of Burden in Chilean Primary Caregivers of Patients with Dementia. *J Alzheimer's Dis [Internet]*. 2013 Jan [citado 2014 Abr 24];35(2):297-306. Disponible desde: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23422358>

Slachevsky A., Parrao T., Oyarzo F., Lillo P. (2018). Las demencias: historia, concepto, clasificación y aproximación clínica. Anexo: Planes de demencias en Latinoamérica: presente y futuro. En E. Labos, A. Slachevsky, T. Torralva, P. Fuentes y F. Manes (Eds.), *Tratado de Neuropsicología Clínica del Adulto*. Segunda Edición (pp. 681-584). Akadia.

- Souza, LC, Filho, CB, Goes, AT, Fabbro, LD, De Gomes, MG, Savegnago, L, Oliveira, MS, Jesse, CR (2013). Neuroprotective effect of physical exercise in a mouse model of Alzheimer's disease induced by β -amyloid1-40 peptide. *Neurotox Res.* 24(2): 148-163.
- Staedtler, AV, Nunez, D (2015): Nonpharmacological therapy for the management of neuropsychiatric symptoms of Alzheimer's disease: linking evidence to practice. *Worldviews Evid Based Nurs.*
- Stern, A, Tasman, A (2012): Spirituality in primary care mental health. En: Ivbijaro G, (Ed.) *Companion to Primary Care Mental Health.* 1a ed. New York: Radcliffe Medical Press Ltd; 2012.
- Stoter, D (1991/1995): Spiritual Aspects of Health Care. En Doherty, D. *Spirituality and dementia.* *Spirituality Health.* 2006;7:203-210.
- Streater, A, Aguirre, E, Spector, A, Orrel, M (2016): Cognitive stimulation therapy for people with dementia in practice: A service evaluation, *British Journal of Occupational Therapy* Vol 79, Issue 9, pp. 574 - 580.
- Sullivan, SC, Beard, RL (2014): Faith and forgetfulness: The role of spiritual identity in preservation of self with Alzheimer's. *J of Rel, Spirituality & Aging.* 2014;26(1):65-91.
- Suttanon, P, Hill, KD, Said, CM, Williams, SB, Byrne, KN, Lo Giudice D, et al. (2013): Feasibility, safety and preliminary evidence of the effectiveness of a home-based exercise programme for older people with Alzheimer's disease: A pilot randomized controlled trial. *Clin Rehabil* 27(5) 427-438.
- Talassi, E, Cipriani, G, Bianchetti, A, Trabucchi, M (2007): Personality changes in Alzheimer's disease. *Aging Ment Health.* 2007;11(5):526-31.
- Tapia, S (2015): Manual para cuidadoras y cuidadores de personas con discapacidad en situación de alta dependencia. Proyecto financiado por el Servicio Nacional de la Discapacidad SENADIS Santiago 2015.
- Teri L, Gibbons LE, McCurry SM, Logsdon RG, Buchner DM, Barlow WE, et al. (2003): Exercise plus behavioral management in patients with Alzheimer disease: A randomized controlled trial. *JAMA.* 2003;290:2015-22.
- Torrvalva T, Bustin J, Dorman G., Roca M, Carrillo J, Marenc V, Manes F, Barría S., Poblete A, Slachevsky A. (2020) Capítulo 3 Evaluación de las demencias. En Ibañez, A, Slachevsky A.; Cerrano, C. (2020) *Manual de Buenas Prácticas para el Diagnóstico de Demencia.* BID - Fundación INECO.
- Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español para adultos mayores de 60 años. C. Delgado, A. Aráneda y M.I. Behrens (2017)
- Van der Weele T, Balboni T, Koh H. Health and Spirituality. *JAMA.* 2017. 318(6):519-520
- Vandepitte, S, Van Den Noortgate, N, Putman, K, Verhaeghe, S, Verdonck, C, Annemans, L (2016): Effectiveness of respite care in supporting informal caregivers of persons with dementia: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry.* 2016 Dec;31(12):1277-1288.
- Villalba, S, Espert, R (2014): Estimulación Cognitiva: Una Revisión Neuropsicológica, *Terapia* 6 [Julio 2014], 73-93, ISSN: 1889-6111.
- Voelcker-Rehage, C, Godde, B, Staudinger, UM (2011). Cardiovascular and coordination training differentially improve cognitive performance and neural processing in older adults. *Front Hum Neurosci.* 5:26 DOI: 10.3389/fnhum.2011.00026

Voelcker-Rehage, C, Niemann, C (2013): Structural and functional brain changes related to different types of physical activity across the lifespan. *NeurosciBiobehav Rev.* 37:2268-2295.

Weiner, Myron, Lipton, Anne (2010): Manual de enfermedad de Alzheimer y otras demencias, Editorial Médica Panamericana, Madrid.

Wilber, K (2006): Un Dios Sociable. Barcelona. Kairós 3º Edición.

Winchester, J, Dick, MB, Gillen, D, Reed, B, Miller, B, Tinklenberg, J, Mungas, D, Chui, H, Galasko, D, Hewett, L, Cotman, CW (2012): Walking stabilizes cognitive functioning in Alzheimer's disease (AD) across one year. *ArchGerontolGeriatr* 56(1): 96-103.

Woods, B, Aguirre, E, Spector, AE, Orrell, M (2012): Cognitive stimulation to improve cognitive functioning in people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2012.

Zinnbauer, B J, Pargament, K I (2000): Working with the sacred: four approaches to religious and spiritual issues in counseling. *Journal of Counseling & Development*, 2000. 78, 162-171.

Zoppi, K, Epstein R.M (2001). ¿Es la comunicación una habilidad? Las habilidades comunicativas para mantener una buena relación, *ANALES Sis San Navarra* 2001, Vol. 24, Suplemento 2

VII. ANEXO

ANEXO N°1: SUGERENCIAS PARA EL ANUNCIO DIAGNÓSTICO

A continuación, encontrará algunas sugerencias y directrices prácticas para el anuncio diagnóstico:

Preparación

1. Solicite que el paciente asista con algún familiar o persona significativa.
2. Tenga los resultados de las evaluaciones junto a usted y conózcalos con antelación.
3. Reúnase con el equipo que ha participado en la elaboración del diagnóstico.

Cómo guiar la conversación

1. Mencione al paciente el motivo por el cual se realizó la evaluación que se hizo. Recuérdele sobre lo que conversaron y acerca de los síntomas que le preocupan o le generan dificultad (por ejemplo, "usted me dijo que su memoria, lenguaje, comportamiento, entre otros, no estaba andando bien y los tests confirmaron lo que usted notaba").
2. Reitere los resultados de la evaluación.
"Las pruebas/tests/evaluaciones que hemos realizado nos confirman que algo pasa con su memoria, lenguaje, comportamiento, entre otros". Detalle los resultados si usted piensa que el paciente necesita conocerlos, consultándole directamente si desea conocer los detalles. En ocasiones es de utilidad señalar qué aspectos están más afectados y cuáles conservados, dando el ejemplo de cómo esto repercute en las situaciones que la persona o su entorno nos han informado que están sucediendo. Ello tiene relación más con los dominios afectados que con los puntajes en sí, por ejemplo, existe una dificultad para recordar hechos recientes, dificultad para encontrar palabras, para organizarse, entre otros.
3. Informe el diagnóstico
"Las evaluaciones que hemos hecho indican que usted tiene una demencia. Demencia significa que hay habilidades de su cerebro en las cuales está presentando dificultades, lo cual hemos corroborado a través de los diferentes test que le hemos realizado y que esto hace que ud. (o su familiar) tenga problemas para hacer sus actividades". Pregunte si desea conversar más al respecto, ahora o en otro momento.
4. Entrega de información: La información que debemos entregar se orienta a explicar cómo la enfermedad puede estar afectando en la actualidad a la persona y cómo podría hacerlo en el futuro. Esto se traduce en:
 - Debe entregarse la información en un lenguaje comprensible para el paciente y su familia.
 - Debe hacerlo un profesional que cuente con las competencias para efectuarlo.
 - En un espacio físico adecuado.
 - Considerar la condición emocional.
 - Contar con el suficiente tiempo para permitir que el paciente comprenda la información que se le entrega, pueda realizar las consultas y aclarar las dudas que le surjan y que éstas le sean respondidas a su satisfacción.
 - Informar acerca de las alternativas de tratamiento disponible, considerando tanto lo psicosocial como farmacológico, y orientado a la demencia en sí como también a la condición de salud global de la persona.
 - Informar dónde solicitar apoyo y orientación.

Considere los siguientes tipos de expresiones:

“La demencia es un problema del funcionamiento del cerebro, que en general va aumentando. A medida que pase el tiempo, es posible que usted vaya disminuyendo su capacidad para hacer las cosas que solía hacer antes. Irán notando cambios en su comportamiento y sus emociones. Esta condición a la fecha no tiene cura, pero es muy importante identificarla ya que existen muchas cosas que podemos hacer para que usted y su familia puedan enfrentarla de la mejor forma. Sienta confianza en que podrá contar con nosotros y que continuaremos viéndonos”.

“La demencia afecta a las personas de manera distinta y a distinta velocidad, por lo cual no podemos saber con exactitud qué es lo que le sucederá a cada persona, pero podemos prepararnos con base a lo que se observa habitualmente en otros casos, pero sin olvidar que cada persona es diferente”.

“El conocer del diagnóstico no cambia a la persona, la situación sigue siendo la misma que previo a la evaluación, sólo que ahora se puede interpretar”.

5. Entregue herramientas: Puede entregar material educativo escrito y un listado de los recursos comunitarios disponibles, incluyendo los propios del Programa de Apoyo a personas con demencia en nivel primario, secundario, ONGs, entre otros. Es muy importante que la persona y su entorno se vincule con los recursos que ya existen, por lo que el diagnóstico territorial es vital y debe hacerse con anterioridad por parte del equipo sociosanitario. Se debe considerar que usualmente los pacientes y las familias no saben cómo contactar los recursos de apoyo.

6. Refuerce el apoyo y el vínculo

“No estarán solos, ya que existen diversas formas e instancias para apoyarlos y este es el comienzo de un camino en el cual nuestro equipo estará disponible para hacer seguimiento de los problemas que vayan apareciendo en cada etapa, ir resolviendo problemas y aclarar sus dudas”.

No olvidar:

- Utilizar lenguaje claro y simple, frases cortas. Entregando un mensaje a la vez y no demasiada información. Dar tiempo a las personas para comprender la información.
- Invitar a la persona con demencia y a su familia a que vayan tomando nota acerca de las dudas que les vayan apareciendo, las que serán aclaradas en cada una de las visitas.
- Al momento de entregar el diagnóstico es relevante contextualizar el momento o la etapa de la demencia en el cual se encuentra a persona, ya que quizás está con una demencia moderada o severa y es la primera vez que su entorno conversa del tema y lo comienza a ver. Esto implica explicar lo que ha sucedido en el pasado y lo que podría suceder en el futuro.

Considerando todo lo anterior, recuerde:

- Trate de reconocer las emociones del paciente y de quien lo acompaña. Por ejemplo, puede decir “entiendo que esto puede ser difícil”, o “si siente rabia, confusión, o pena, está bien”. Por otra parte, no se deben “forzar” emociones negativas si las personas no las presentan de forma espontánea.
- Sugiera que el paciente y su acompañante tomen tiempo para “absorber” el diagnóstico, y regresen en otro momento para mayor información. Muchas personas pueden paralizarse luego del diagnóstico, en especial aquellas con deterioro cognitivo leve o demencia en etapa inicial.

- Es importante abordar las respuestas emocionales tanto de la persona como de su acompañante.
- Haga sentir al paciente y su acompañante, que no están solos. Enfatice en la importancia de mantenerse conectados/as con los recursos comunitarios y de salud disponibles, para planificar con anticipación y mantener el mejor estado de salud posible ya que ello les permitirá afrontar la enfermedad de mejor manera.

Consideraciones para el aviso diagnóstico de Trastorno Neurocognitivo Menor

En el caso que el diagnóstico corresponda deterioro cognitivo leve o Trastorno Neurocognitivo Menor, clarifique los siguientes aspectos tanto con el paciente como al entorno de apoyo:

- El deterioro cognitivo leve es una condición en la cual existen algunos cambios discretos en habilidades del cerebro que son evidentes en los test realizados pero que no repercuten en la realización de las actividades de la vida diaria de la persona.
- El deterioro cognitivo leve no es parte del envejecimiento.
- Cuando se ve afectada la memoria se denomina deterioro cognitivo leve amnésico y cuando son otras habilidades como el lenguaje, el cálculo o la capacidad de organizarse, éste se denomina deterioro cognitivo leve no amnésico.
- En algunos casos, el deterioro cognitivo leve puede progresar a una demencia, siendo esto más frecuente en el caso del tipo amnésico. Pero no sucede en todos los casos, ya que hay personas que con el tiempo mejoran y otras se mantienen igual.
- Por lo anterior, es importante acudir a control o seguimiento para saber si hay algún factor que pueda estar provocando los cambios cognitivos. Por ejemplo, problemas de ánimo, enfermedades o medicamentos.
- Por otra parte, se debe realizar seguimiento para ver cómo se mantiene la persona en el tiempo y estar atento si aparecen nuevos síntomas (por ejemplo: errores evidentes o mayores dificultades).
- No existen medicamentos para tratar el deterioro cognitivo leve y lo que se recomienda es adoptar estilos de vida saludables, como por ejemplo: realizar ejercicio físico, control de los factores de riesgo cardiovascular y mantenerse social y mentalmente estimulado, incluyendo modificaciones ambientales tales como calendarios y relojes en lugares visibles y de tamaños adecuados. Se sugiere un control cada 6 meses.

Aspectos normativos del aviso diagnóstico:

El proceso de entrega de información sobre el diagnóstico y el consentimiento informado no supone exclusivamente dar información de forma sucinta en lenguaje técnico. Comunicar el diagnóstico es un proceso, e informarlo no implica que la persona y su entorno comprendieron a cabalidad en un solo momento el diagnóstico, las alternativas de cuidado y todas sus consecuencias. Este proceso puede requerir ser revisitado en más de una ocasión. En algunos casos se requerirán varias instancias y quizás un tiempo, para que las personas lo puedan asumir. Ello implica el poder acompañarlos en su proceso, clarificar las dudas cada vez que aparezcan, pero no insistir en “convencerlos”, sino que ir dando ejemplos concretos de cómo lo que va sucediendo se explica o no en el contexto de la demencia, e ir retomando aspectos conversados en instancias previas de acuerdo a la evolución y nivel de preparación del entorno. La entrega diagnóstica es un proceso y, por tanto, requiere ser personalizado y abordado idealmente por todo el equipo.

Hoy en el marco normativo de nuestro país, promueve que las personas tengan acceso a derechos fundamentales en torno de sus cuidados en salud, como el respeto a la dignidad inherente de la persona humana, la autonomía individual, la libertad para tomar sus propias decisiones y la independencia de las personas.

En el contexto de la atención de salud, particularmente en las atenciones de salud mental, la legislación vigente garantiza que las personas tienen derecho a ejercer el consentimiento libre e informado respecto a tratamientos o alternativas terapéuticas que les sean propuestos. La ley establece las condiciones en las cuales excepcionalmente el derecho al libre consentimiento pueda ser suspendido en pos del resguardo de la vida y la salud de forma urgente.

Para el ejercicio del consentimiento informado se requieren articular apoyos para la toma de decisiones, con el objetivo de resguardar la voluntad y preferencias de las personas. Se intenciona evitar la toma de decisiones de forma sustitutiva, y se busca al momento de detectada la enfermedad promover la entrega herramientas para planificar los cuidados en los diversos plazos y escenarios que potencialmente se enfrentarán.

Estos apoyos y los ejercicios de ajustes y estrategias elegidas deben ir siendo diferencialmente intencionados, es decir en distintos momentos la persona requerirá que la información relevante se le entregue por diversos mecanismos. En el caso de las personas con demencias estos apoyos y estrategias para la entrega de información deberán adecuarse de acuerdo a la etapa de avance de la enfermedad, la situación de discapacidad y dependencia de la persona y otros antecedentes relevantes.

La Ley 21.331, que regula las atenciones en salud mental, señala:

- “Desde el primer ingreso de la persona a un servicio de atención en salud mental, ambulatorio u hospitalario, será obligación del establecimiento integrarla a un plan de consentimiento libre e informado, como parte de un proceso permanente de acceso a información para la toma de decisiones en salud mental.
- Los equipos interdisciplinarios promoverán el ejercicio del consentimiento libre e informado, debiendo entregar información suficiente, continua y en lenguaje comprensible para la persona, teniendo en cuenta su singularidad biopsicosocial y cultural, sobre los beneficios, riesgos y posibles efectos adversos asociados, a corto, mediano y largo plazo, en las alternativas terapéuticas propuestas, así como el derecho a no aceptarlas o a cambiar su decisión durante el tratamiento.
- Los equipos de salud promoverán el resguardo de la voluntad y preferencias de la persona. Para tal efecto, dispondrán la utilización de declaraciones de voluntad anticipadas¹⁷, de planes de intervención en casos de crisis psicoemocional, y de otras herramientas de resguardo, con el objetivo de hacer primar la voluntad y preferencias de la persona en el evento de afecciones futuras y graves a su capacidad mental, que impidan manifestar consentimiento.
- Complementariamente, la persona podrá designar a uno o más acompañantes para la toma de decisiones, quienes le asistirán, cuando sea necesario, a ponderar las alternativas terapéuticas disponibles para la recuperación de su salud mental.”

Se debe proporcionar una variedad de información después del diagnóstico, incluidos los síntomas que se esperan en el futuro, las opciones de tratamiento disponibles, el apoyo psicosocial que se

¹⁷ Modificación de ley N° 20.584 en primer trámite legislativo. Enero 2022

podrá requerir y la designación de sustitutos o apoyos para la toma de decisiones.¹⁸ Puede ser que la persona y su familia prefiera que el proceso de entrega de información sea en más de una sesión, y permita dar tiempo al proceso de toma de decisiones sobre el futuro.

La entrega de información suele centrarse en el período inmediatamente posterior al diagnóstico; sin embargo, muchos cuidadores requerirán más información sobre el pronóstico en una etapa posterior de la trayectoria de la enfermedad. Garantizar que se satisfagan las necesidades de cuidado requiere revisar las necesidades de información o las intervenciones disponibles en varios momentos de la trayectoria de la enfermedad; por ejemplo, los cuidadores pueden no estar preparados para un curso de psicoeducación inmediatamente después del diagnóstico, pero pueden encontrarlo útil después de tener más experiencia.¹⁹

Es posible que la persona desee planificar con anticipación para tener aspectos esenciales cubiertos cuando le resulte más difícil tomar decisiones o cuando no pueda tomar sus propias decisiones.

El plan de cuidados integrales puede establecerse para la atención que le gustaría en las últimas etapas de la demencia. Pueden hacer arreglos para que alguien, como un miembro de la familia o un amigo, tome decisiones o asista en el proceso a la persona si es necesario.

La persona también puede hacer una declaración general sobre sus deseos para el futuro. Esto se llama una "declaración anticipada".²⁰

¹⁸ <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-022-02814-0>

¹⁹ <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0260506>

²⁰ <https://www.gov.uk/government/publications/after-a-diagnosis-of-dementia-what-to-expect-from-health-and-care-services/after-diagnosis-of-dementia-what-to-expect-from-health-and-care-services>

ANEXO N°2: INSTRUMENTOS PARA LA EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

ESCALA GDS (GLOBAL DETERIORATION SCALE)

GDS			
1	Ausencia de alteración cognitiva	Normal	-Ausencia de quejas subjetivas y de trastornos evidentes de memoria
2	Disminución cognitiva muy leve		-Quejas subjetivas de defectos de memoria, sobre todo en: a)Olvido de dónde ha colocado objetos familiares b)Olvido de nombres previamente bien conocidos -No hay evidencia objetiva de defectos de memoria en el examen clínico -No hay defectos objetivos en el trabajo o en situaciones sociales -Hay pleno conocimiento y valoración de la sintomatología
3	Defecto cognitivo leve	Dificultad en el trabajo, en la comunicación verbal o al recorrer lugares poco familiares; detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración	-Primeros defectos claros. Manifestaciones en una o más de estas áreas: a)El paciente puede haberse perdido en un lugar no familiar b)Los compañeros detectan rendimiento laboral pobre c)Personas más cercanas aprecian defectos en la evocación de palabras y nombres d)Al leer un párrafo de un libro retiene muy poco material e)Capacidad muy disminuida en el recuerdo de conocidos nuevos f)Perder o colocar en lugar erróneo un objeto de valor g)Hacerse evidente un defecto de concentración en la exploración clínica -Un defecto objetivo de memoria sólo se observa con entrevista intensiva -Aparece un decremento de los rendimientos en situaciones laborales o sociales exigentes -Los síntomas se acompañan de ansiedad discreta- moderada
4	Defecto cognitivo moderado	Disminución de la capacidad para viajar, para contar o para recordar acontecimientos recientes	- Defectos claramente definidos en una entrevista clínica cuidadosa en las áreas siguientes: a)Conocimiento disminuido de los acontecimientos actuales y recientes b)El paciente puede presentar cierto déficit en el recuerdo de su historia personal c)Defecto de concentración puesto de manifiesto en la sustracción seriada de sietes d)Capacidad disminuida para viajes, finanzas, etc. -Frecuentemente no hay defectos en las áreas siguientes: a)Orientación en tiempo y persona b)Reconocimiento de personas y caras familiares c)Capacidad de desplazarse a lugares familiares -Incapacidad para realizar las tareas complejas -La negación es el mecanismo de defensa dominante -Disminución del afecto y abandono en las situaciones más exigentes

5	Defecto cognitivo moderado-grave	Necesita ayuda para elegir la ropa; desorientación en tiempo o espacio; recuerda peor el nombre de sus nietos	<ul style="list-style-type: none"> -El paciente no puede sobrevivir mucho tiempo sin alguna asistencia -No recuerda datos relevantes de su vida actual: dirección, teléfono, etc. -Es frecuente cierta desorientación en tiempo: fecha, día, etc. -Una persona con educación formal puede tener dificultad contando hacia atrás desde 40 de 4 en 4, o desde 20 de 2 en 2 -Mantiene el conocimiento de muchos de los hechos de mayor interés concernientes a sí mismo y a otros -Invariablemente sabe su nombre y generalmente el de su esposa e hijos -No requiere asistencia en el aseo ni en la comida, pero puede tener cierta dificultad en la elección de los vestidos adecuados
6	Defecto cognitivo grave	Necesita supervisión para comer y asearse, posible incontinencia; desorientación en tiempo, espacio y posiblemente en identidad	<ul style="list-style-type: none"> -Ocasionalmente puede olvidar el nombre de la esposa, de la que, por otra parte, depende totalmente para sobrevivir -Desconoce los acontecimientos y experiencias recientes de su vida -Mantiene cierto conocimiento de su vida pasada pero muy fragmentario -Generalmente desconoce su entorno, el año, la estación. -Puede ser incapaz de contar hasta diez hacia atrás y a veces hacia delante -Requiere cierta asistencia en las actividades cotidianas. - Puede tener incontinencia o requerir ayuda para desplazarse, pero puede ir a lugares familiares -El ritmo diurno está frecuentemente alterado -Casi siempre recuerda su nombre -Frecuentemente sigue siendo incapaz de distinguir entre las personas familiares y no familiares de su entorno -Cambios emocionales y de personalidad bastante variables, como: <ul style="list-style-type: none"> a)Conducta delirante: puede acusar de impostora a su esposa, o hablar con personas inexistentes o con su imagen en el espejo b)Síntomas obsesivos como actividades repetitivas de limpieza c)Síntomas de ansiedad, agitación e incluso conducta violenta previamente inexistente d)Abulia cognitiva, pérdida de deseos, falta de elaboración de un pensamiento para determinar un curso de acción propositivo
7	Defecto cognitivo muy grave	Pérdida importante de la capacidad verbal, incontinencia y rigidez motora	<ul style="list-style-type: none"> - Pérdida progresiva de las capacidades verbales. Inicialmente se pueden verbalizar palabras y frases muy circunscritas; en las últimas frases no hay lenguaje, únicamente gruñidos -Incontinencia de orina. Requiere asistencia en el aseo y en la alimentación -Se van perdiendo las habilidades psicomotoras básicas como la deambulación -El cerebro es incapaz de decir al cuerpo lo que hay que hacer. Frecuentemente aparecen signos y síntomas neurológicos generalizados y corticales

ESCALA FAST (FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGES)

Estadio Capacidad Funcional	Grado de Demencia	Estados
1 Sin alteraciones	Individuo normal	1
2 Dificultad subjetiva para encontrar las palabras	Individuo de edad avanzada , normal	2
3 Dificultad para desarrollar su actividad laboral	Demencia incipiente	3
4 Precisa ayuda para tareas como finanzas domésticas, planificar comidas, compra	Demencia leve	4
5 Precisa ayuda para seleccionar la ropa de vestir adecuada	Demencia moderada	5
6a Precisa ayuda para vestirse 6b Precisa ayuda para bañarse adecuadamente 6c Precisa ayuda para secarse, etc. 6e Incontinencia fecal	Demencia moderada-grave	6
7a Lenguaje con escasas palabras inteligibles 7b Lenguaje con una sola palabra inteligible 7c Incapaz de deambular 7d Incapaz de sentarse 7e Incapaz de sonreír 7f Permanece inconsciente	Demencia grave	7

NPI-Q (NEUROPSYCHIATRIC INVENTORY - QUESTIONNAIRE)

Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q). CUESTIONARIO SÍNTOMAS NEUROPSIQUIÁTRICOS NPI-Q

Instrucciones: Responda el siguiente cuestionario basándose en cambios ocurridos desde que él/ella empezó a experimentar problemas de memoria. (Respondido por el informante).

Marque "**No**" si los síntomas **NO OCURREN EN LA ACTUALIDAD**.

Marque "**Sí**" sólo SI LOS SÍNTOMAS OCURREN EN LA ACTUALIDAD.

PARA CADA ÍTEM MARCADO CON "SÍ", INDIQUE GRAVEDAD, lo cual se refiere a la intensidad del síntoma presentado por él/la paciente y **ESTRÉS** que se refiere al estrés que siente usted ante la aparición de ese síntoma en él/ella.

1. **Delirios.** ¿Cree el/la paciente en cosas que no son ciertas como por ejemplo, que otras personas quieren robarle o quieren hacerle daño? ¿Dice que miembros de su familia no son quienes dicen ser, o que su casa no es su casa?

No Sí

↓
Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
 Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
 Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
 Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
 Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
 Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
 Grave (mucha afectación, dificultades para arreglármelas)
 Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

2. **Alucinaciones.** ¿El/la paciente ve cosas o personas inexistentes o dice que escucha voces o ruidos que no existen? ¿Habla con personas que no están realmente presentes?

No Sí

↓
Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
 Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
 Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
 Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
 Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
 Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
 Grave (mucha afectación, dificultades para arreglármelas)
 Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

3. Agresividad. ¿El/la paciente insulta o se molesta con su cuidador con facilidad? ¿Se niega a cooperar o recibir ayuda en actividades como por ejemplo bañarse o vestirse?

No Sí

Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucho afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

4. Depresión. ¿El/la paciente está triste o desanimado? ¿Llora?

No Sí

Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucho afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

5. Ansiedad. ¿El/la paciente está nervioso, inquieto, no puede relajarse, o está excesivamente tenso? ¿Dice que tiene como un nudo en el estómago, o se inquieta cuando se separa de usted?

No Sí

Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucho afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

6. Euforia. ¿Parece el/la paciente estar demasiado alegre? (se refiere a una alegría anormal, excesiva, diferente a como ha sido siempre)

No Sí



Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucho afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

7. Apatía. ¿El/la paciente parece poco interesado, poco motivado para hacer cosas, menos activo que de costumbre, incluso habla menos?

No Sí



Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucho afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

8. Desinhibición. ¿El/la paciente actúa impulsivamente, dice cosas que normalmente no se dicen o se hacen en público? (cosas que incluso pueden hacerle sentir a Ud. "vergüenza")

No Sí



Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucho afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)



9. Irritabilidad. ¿Está el /la paciente irritable o se molesta con facilidad? ¿Tiene “arranques” repentinos de mal humor o ira que no corresponden a su carácter habitual? ¿Se muestra impaciente?

No Sí



Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucha afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

10. Conducta Motora Anómala. ¿El/la paciente se dedica a repetir actos como dar vueltas por la casa, abrir cajones o armarios, o a hacer otras cosas repetitivamente con la ropa, con los dedos o con otros objetos?

No Sí



Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucha afectación, dificultades para arreglármelas)
- Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

11. Problemas de Sueño. ¿El/la paciente tiene dificultad para conciliar el sueño, se despierta durante la noche (no considerar si se levanta para ir al baño y vuelve a dormir), se levanta demasiado temprano? ¿Esto le lleva a dormir excesivamente durante el día?

No Sí



Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
- Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
- Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
- Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
- Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
- Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
- Grave (mucha afectación, dificultades para arreglármelas)

Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

12. Problemas de Apetito. ¿El/la paciente ha perdido o ganado apetito y/o peso, o ha cambiado de gustos en las comidas?

No Sí

Gravedad del síntoma

- Leve (evidente, pero no un cambio significativo)
 Moderada (significativo, pero no un cambio drástico)
 Severa (cambio drástico, muy marcado)

Estrés que a usted le provoca la presencia del síntoma

- No existe afectación
 Mínima (poca afectación, no me significa un problema)
 Leve (sin demasiada afectación, me las arreglo fácilmente)
 Moderada (bastante afectación, no siempre puedo arreglármelas)
 Grave (mucho afectación, dificultades para arreglármelas)
 Muy Grave (afectación extrema, el problema me vence)

MEMORY IMPAIRMENT SCREEN (MIS)

Mismos estímulos para versión Verbal, Visual y Auditiva

	Pista categórica	Ítem	Lectura	Identificación	Recuerdo libre	Recuerdo facilitado
1	Animal	CABALLO				
2	Flor	CLAVEL				
3	Prenda Ropa	PANTALÓN				
4	Musical	VIOLIN				
RECUERDO LIBRE =						
RECUERDO LIBRE X 2 =						
PUNTUACION MIS = (RECUERDO LIBRE X 2) + RECUERDO FACILITADO =						

Versión Visual B

	Pista categórica	Ítem	Lectura	Identificación	Recuerdo libre	Recuerdo facilitado
1	Mueble	SILLA				
2	Medio de Transporte	AVIÓN				
3	Fruta	NARANJA				
4	Animal	ELEFANTE				
RECUERDO LIBRE =						
RECUERDO LIBRE X 2 =						
PUNTUACION MIS = (RECUERDO LIBRE X 2) + RECUERDO FACILITADO =						

ALZHEIMER DISEASE 8 (AD8)

Instrucciones: "Marque con una cruz la columna que representa mejor el estado del paciente. Recuerde: "SÍ. Hay cambios." significa que ha habido un cambio en los últimos años debido a problemas cognitivos (pensamiento y memoria)".

Puntuación: Cada respuesta "SÍ" corresponde a 1 punto. Cada respuesta "NO" corresponde a 0 punto. Las respuestas "No aplicable/No sé" no se puntúan. Puntaje total 8 puntos.

	Si. Hay Cambios	No. No hay cambios	No aplica No sé
1. Problemas de juicio (Ejemplo: compra regalos inadecuados, ha sido estafado/a. Toma malas decisiones en lo económico.			
2. Menor interés en realizar actividades o sus pasatiempos.			
3. Repite las preguntas, historias.			
4. Tiene dificultad para aprender a usar instrumentos tecnológicos, electrodomésticos (como el control remoto TV, computador, microondas, video grabadora)			
5. Olvida el mes o año			
6. Tiene dificultades en el manejo de asuntos financieros complejos (pagar las cuentas, llevar la chequera, pago de impuestos)			
7. Tiene dificultad para acordarse de los compromisos (cita al doctor etc.)			
8. Problema persistente de la memoria y pensamiento (no ocasional)			
Puntuación			

Test de Depresión en Demencia de Cornell (Alexopoulos et al., 1988)				
Puntuaciones deben basarse en la presencia de síntomas durante la última semana.				
No se asigna puntuación en caso de que los síntomas se deban a factores físicos o enfermedad.				
A: Signos relacionados con el ánimo:				
Ansiedad: expresión facial de ansiedad, rumiaciones y preocupaciones.	a	0	1	2
Tristeza: expresión triste, voz triste, llanto	a	0	1	2
Anhedonia: Ausencia de reactividad frente a actividades placenteras	a	0	1	2
Irritabilidad: se exaspera con facilidad, pérdida de serenidad	a	0	1	2
B: Alteraciones conductuales:				
Agitación: inquietud motora, movimientos estereotipados de la mano.	a	0	1	2
Lentificación: movimientos lentos, discurso lento, reacciones lentas	a	0	1	2
Quejas físicas múltiples: (puntuación o sólo en síntomas GI)	a	0	1	2
Pérdida de intereses: disminución de actividades habituales (Punto si el cambio ha ocurrido hace 1 mes.	a	0	1	2
C: Signos biológicos:				
Apetito disminuido: come menos de lo habitual	a	0	1	2
Pérdida de peso (puntuación 2 si ha subido más de 2.5 kg. en 1 mes)	a	0	1	2
Disminución de energía: se fatiga fácilmente, dificultad para sostener actividades (asignar puntuación si el cambio ha ocurrido hace menos de 1 mes)	a	0	1	2
D: Variaciones del ciclo sueño-vigilia:				
Variación diaria de los síntomas del ánimo: es peor en las mañanas.	a	0	1	2
Dificultad para conciliar el sueño: se duerme más tarde que lo usual para el sujeto	a	0	1	2
Dormir intermitente	a	0	1	2
Despertar precoz (despertar antes de lo habitual para el sujeto)	a	0	1	2
E: Alteraciones ideacionales (pensamiento):				
Suicidio	a	0	1	2
Autoestima pobre: sentimiento de culpa, fracaso, desvalorización.	a	0	1	2
Pesimismo: anticipar lo peor.	a	0	1	2
Ideas delirantes congruentes con el estado de ánimo: ideas de pobreza, enfermedad y pérdida.	a	0	1	2
TOTAL				
PUNTUACION				
0: ausencia				
1: síntomas moderados o intermitentes				
2: síntomas severos				
INTERPRETACIÓN: 8 o más puntos sugiere presencia de síntomas depresivos importantes. No permiten establecer diagnósticos.				



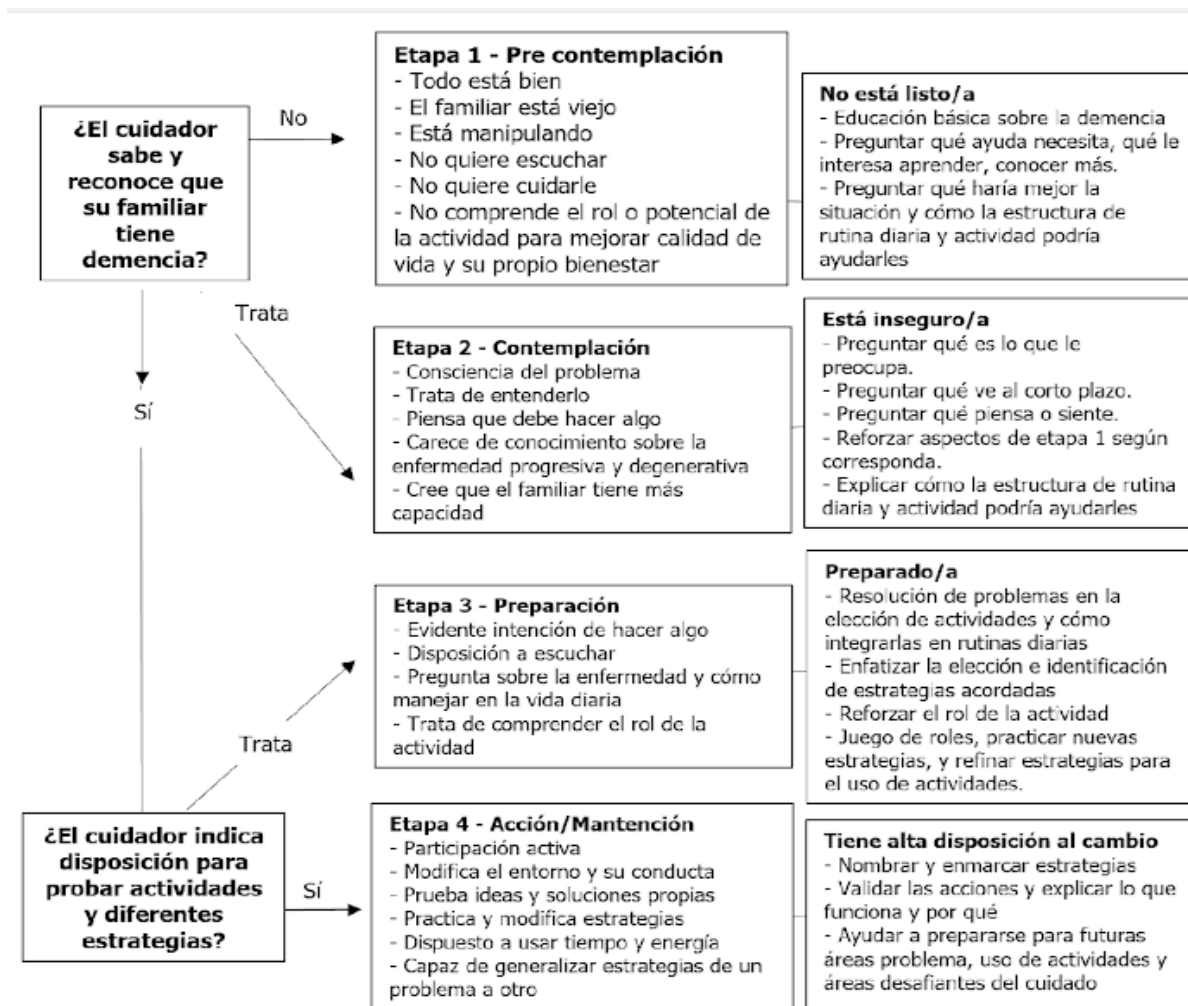
**Escala de sobrecarga del cuidador de Zarit, versiones original (todos los ítems)
y abreviada (ítems en gris)**

	Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
Puntuación para cada respuesta*	1	2	3	4	5
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					

* Escala de Zarit (Todos los ítems): Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 46), "sobrecarga ligera" (47-55) y "sobrecarga intensa" (≥ 56). El estado de sobrecarga ligera se reconoce como un riesgo para generar sobrecarga intensa. El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

** Escala de Zarit Abreviada (sólo los 7 ítems marcados en gris). Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 7 y 35 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en: "ausencia de sobrecarga" (≤ 16) y "sobrecarga intensa" (≥ 17). El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbimortalidad del cuidador.

ESCALA READINESS



ANEXO N°3: ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO NEUROCOGNITIVO

Consideraciones para el diagnóstico diferencial con otras causas posibles

En el proceso de diagnóstico diferencial se debe descartar la presencia de otros problemas de salud que pueden confundirse con el diagnóstico de demencia, entre los que se encuentran el síndrome confusional agudo o delirium y la depresión (pseudo-demencia depresiva).

Para realizar el diagnóstico diferencial con respecto a algún otro trastorno cognitivo asociado a depresión, se debe considerar criterios particulares, descrito en la siguiente tabla:

TABLA N°1: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEMENCIA CON DEPRESIÓN

	Trastorno cognitivo asociado a depresión	Demencia
Inicio	Rápido, con modificaciones del comportamiento.	Insidioso, en un período de varios meses.
Duración	Variable, síntomas pueden detenerse espontáneamente o debido al tratamiento.	Síntomas progresan lentamente en un periodo de meses y años.
Comportamiento - ánimo	Estable o apático, ánimo deprimido.	Fluctuaciones del ánimo y comportamiento. A veces apático, en otros momentos normal o irritable.
Capacidades intelectuales	Múltiples quejas, maximiza dificultades. En evaluación neuropsicológica puede presentar perfil de trastorno que sugiere disfunción ejecutiva. Rendimientos de memoria episódica se normalizan al controlar factores atencionales.	Déficit objetivo en evaluación neuropsicológica. Paciente minimiza y racionaliza sus dificultades.
Autoimagen	Disminuida	Normal
Destrezas sociales	Disminución en desproporción con los déficits	Preservadas
Síntomas asociados	Ansiedad, insomnio, anorexia	Raros, ocasionalmente insomnio
Fluctuación diurna	Empeora en las mañanas	Empeora en las tardes
Motivo de consulta	Espontánea del paciente, ha escuchado sobre demencia y teme tenerla	Generalmente inducida por familiar que nota cambios en memoria, personalidad o comportamiento
Antecedentes	Antecedentes psiquiátricos en el paciente o en la familia	

Fuente: Slachevsky (2019). Extraído de: Labos, Slachevsky, Torralva, Fuentes y Manes (2018). Tratado de Neuropsicología Clínica: Akadia. Chile.

Asimismo, para realizar el diagnóstico diferencial con respecto a la presentación de síndrome confusional, se deben considerar características específicas de cada cuadro.

TABLA N°II: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DEMENCIA CON SÍNDROME CONFUSIONAL

	Síndrome Confusional	Demencia
Inicio	Agudo – subagudo. Frecuentemente se puede dar fecha de inicio	Generalmente gradual
Duración	Horas o días	Meses a años
Curso	Fluctuaciones rápidas e importantes	Generalmente no existen fluctuaciones importantes en el curso de los días*
Ciclo sueño - vigilia	Inversión del ciclo fluctuaciones de hora en hora	Preservado en las primeras etapas de las demencias
Atención	Distractibilidad muy importante, fluctuación alerta y vigilia	Normal o leve trastorno hasta etapas tardías de las demencias*
Orientación	Desorientación precoz	Desorientación tardía
Memoria	Normal cuando el paciente registra (alterada por trastorno atencional)	Anormal – amnesia (varía según tipo de demencia)
Habla - lenguaje	Discurso poco coherente	Anomia, afasia, discurso con escaso contenido o vacío
Percepción	Alucinaciones visuales o delirio frecuente	Normal o levemente anormal
Ánimo - afecto	Temeroso ideas paranoides	Desinteresado, indiferente, a veces con ideas paranoides
Actividad	Cambios psicomotores precoces (agitación o disminución de la actividad)	Normal o apatía
Signos motores y otros signos físicos	Temblor postural, mioclonías, asterixis precoces, cambios fisiológicos importantes (sudoración – taquicardia)	Cambios psicomotores tardíos, ausencia de cambios fisiológicos significativos
Pronóstico	Generalmente reversible	Generalmente irreversible

Fuente: Slachevsky (2019). Extraído de: Labos, Slachevsky, Torralva, Fuentes y Manes (2018). Tratado de Neuropsicología Clínica: Akadia. Chile.

ANEXO N°4: METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN GRUPAL PARA TRATAMIENTO ALTA COMPLEJIDAD

Actividades grupales con usuarios/as

En este apartado se consideran los planteamientos de la Orientación Técnica de los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, que recogen la experiencia de los equipos de la red durante este tiempo.

Las actividades de intervención grupal con usuarios serán desarrolladas preferentemente en dependencias del centro, en días hábiles y con una duración de seis horas aproximadamente. Este tipo de actividades pueden ser realizadas por uno o más integrantes del equipo, dependiendo el tipo de actividad, la cantidad de usuarios u otras variables que se analicen dentro de cada centro, en pos de otorgar la mejor atención a los usuarios que participan en estas intervenciones. Una recomendación en este ámbito, es que se debe considerar un profesional y/o técnico por cada cuatro o cinco usuarios, considerando también para ello, las variables asociadas al espacio físico que se disponga para la realización de las actividades grupales.

La intervención a los usuarios comienza desde el transporte al centro, donde se va a buscar los usuarios que lo requieran a sus hogares para llevarlos al centro. De acuerdo a las características demográficas y territoriales de cada centro, se podrán realizar las adecuaciones respectivas en los horarios y estructuración de actividades para el mejor funcionamiento de cada dispositivo.

Se propone estructurar la jornada de intervención grupal con las siguientes actividades:

- Bienvenida al centro

Los usuarios y/o profesionales del centro registran la llegada de los usuarios en un libro de asistencia, pudiéndose entregar credenciales con su primer nombre, o nombre de preferencia que tenga el usuario, a modo de facilitar la identificación de éstos entre los mismos integrantes. Posteriormente, se puede iniciar la actividad grupal con una dinámica asociada a la orientación a la realidad, que consiste en comentar la fecha, orientación espacial, y se leen los titulares del periódico del día. Este bloque se puede acompañar con acciones lúdicas y/o ejercicios de reminiscencia. El objetivo de estas actividades es la estimulación de las capacidades cognitivas de los usuarios, como también generar una instancia de socialización y reencuentro entre éstos y el equipo del centro, mejorando el sentido de pertenencia y la adherencia a las otras acciones desarrolladas durante el día.
- Actividad con base en la cognición

Corresponde a una actividad cognitiva grupal, que se ejecuta en dependencias del centro, con sesiones estructuradas y segmentadas de acuerdo a necesidades y habilidades de los usuarios. Esta actividad debe adecuarse en base a las características de los usuarios.

Esta actividad actualmente es la primera actividad de la rutina que busca trabajar el rendimiento máximo de los usuarios (desde una perspectiva cognitiva) y por esto es preferible realizarla en la jornada de mañana luego de la colación, ya que la atención y concentración de los usuarios es mucho mejor.

En esta actividad se pueden mezclar elementos de tecnología, con apoyo de videoprojector, presentaciones en diapositivas, etc., con otros elementos más cotidianos como diarios revistas u otros, para favorecer la estimulación de la cognición (ej.), inclinándose hacia actividades cognitivas vinculadas a ejemplificar actividades cotidianas (como cruzar una calle, cocinar, realizar paseos, identificar flores y plantas, reconocer señales del tránsito y calles, entre otras) y con una importante consideración de los intereses e historia vital de los usuarios.

- Actividad con base en el ejercicio físico y salud física

Se realiza actividad física grupal, con enfoque en las necesidades individuales de cada usuario, en dependencias del centro o al aire libre. Esta actividad física requiere ser constantemente supervisada y guiada por la persona que dirige la actividad y a lo menos dos personas en rol de asistentes. Quien dirige la actividad debe estar capacitado en los ejercicios a realizar y conocer aspectos del desempeño individual de cada usuario (ej. Capacidad de tolerancia al esfuerzo).

Uno de los desafíos de esta actividad es captar el interés de los participantes y que puedan seguir instrucciones, para lo cual dar un matiz lúdico a la actividad física es de utilidad, así como también el uso de melodías rítmicas y de interés de los participantes. Otro desafío es poder establecer una rutina y pauta de ejercicios beneficiosos para cada usuario, por ende, se sigue una pauta de ejercicios específicos que deben ser adaptados de acuerdo a las necesidades y habilidades psicomotrices de los usuarios.

- Alimentación

Los usuarios reciben almuerzo durante su participación en el centro. Esta actividad se realiza en el área de alimentación, que debe disponer sillas y mesas para la adecuada alimentación de los usuarios, junto con la supervisión de profesionales y técnicos del centro.

Esta actividad tiene por objetivo favorecer la de socialización y de estimulación funcional para los usuarios, en la que se pueden asumir roles (repartir pan, limpiar mantel, entre otros) de cooperación con otros que mantienen habilidades instrumentales de la vida diaria.

- Actividad con base en la socialización, recreación y descanso

Se realiza una actividad socio-recreativa en dependencias del centro o al aire libre de carácter artístico (ej. pintar), manualidades (ej. confección de un florero), actividad de tiempo libre (ej. jugar domino, actividad de cine o baile), o actividades de socialización (ej. salir a caminar, sentarse a conversar en un área verde, jugar al fútbol), de acuerdo con los intereses detectados en los usuarios. En este tipo de actividades pueden participar talleristas o monitores externos al equipo del centro, que brinden apoyo para alguna acción específica que no pueda ser desarrollada adecuadamente por el equipo, lo cual estará supeditado a la factibilidad presupuestaria de cada centro para su contratación.

Debido a la heterogeneidad del grupo de usuarios a nivel cognitivo, puede resultar necesario adaptar las tareas según las características particulares de los participantes. Por ejemplo, se puede acortar o alargar la sesión si se considera pertinente.

Así, por ejemplo, si un usuario termina en menor tiempo la actividad, idealmente es necesario evitar que no se quede sin hacer nada, sino que se le inste a realizar tareas más complejas dentro de una misma actividad o se le asigne alguna tarea asociada a ayudar a algún compañero que necesite más apoyo. Por otra parte, las tardes tienen un carácter menos estructurado para los usuarios, quienes pueden escoger que actividades desean realizar. En relación a esto, es importante considerar los intereses y características de los usuarios (ej. en las tardes puede existir un espacio de restauración de muebles, donde algunos usuarios trabajan junto a un monitor o terapeuta ocupacional en la restauración de muebles recuperados desde la comunidad y, en simultáneo, otros usuarios pueden trabajar manualidades, jugar dominó y juegos de mesa, mientras otros usuarios pueden ver el diario o descansar).

Otra alternativa, es realizar actividades de recreación fuera del centro para favorecer socialización de usuarios, como por ejemplo salidas culturales, paseos por el barrio o sitios turísticos, actividades deportivas u otras acciones desarrolladas al aire libre o en el contexto comunitario donde residen los usuarios.

- Actividades de promoción de la funcionalidad

Corresponden a actividades que son transversales a lo largo de toda la rutina diaria, y son ejecutadas durante el desarrollo del día, conciernen a actividades de la vida diaria, básicas e instrumentales, entre las cuales se cuentan:

- **AVDB higiene:** Luego de almorzar se invita a los usuarios al baño para realizar lavado de dientes, con el fin de generar/favorecer hábito. Los usuarios siempre asisten acompañados al baño por algún miembro del equipo del centro. Se les entrega supervisión y orientación si es necesario (ej. cuál es el orden de la actividad, como usar el cepillo de dientes). Actividad que ha resultado favorablemente y ha generado hábitos en los usuarios tanto en el centro como en su hogar.

Esta actividad requiere especial cuidado y coordinación entre los miembros del centro, ya que por las características cognitivas y motoras de los usuarios, en desplazamientos y cambios de ambiente aumenta el riesgo de caídas, desorientación y confusión con el uso de objetos en el baño. Una estrategia que se puede utilizar es la asistencia al baño en grupos pequeños, quedando el resto de los usuarios descansando en el centro o preparando la sala para la actividad siguiente.

- **AVDB vestimenta:** En la llegada y salida del centro, se promueve que cada usuario realice de manera independiente actividades relacionadas con la vestimenta (ej. quitarse abrigo, poner chaleco). Se les entrega supervisión para prevenir accidentes y si es necesario asistencia verbal o física.
- **AVDI apresto del lugar de trabajo, colación y limpieza:** Los usuarios (con supervisión e instrucciones de los integrantes del equipo del centro), ayuda a disponer los materiales que se utilizarán durante las actividades, o cooperan en ésta, repartiendo la colación y materiales a utilizar (ej. servilletas, lápices, etc.), como también a la limpieza y orden posterior al desarrollo de las dinámicas del centro. A medida que los usuarios se han habituado a las rutinas del centro y los miembros del equipo han conocido las habilidades de cada usuario, se espera que se puedan aumentar responsabilidades y roles de los usuarios en las actividades grupales.

- Despedida del centro

Al finalizar la jornada de los usuarios se realiza resumen del día y cierre de actividades, registrándose la salida de estos. Un desafío importante de este bloque es manejar la ansiedad de volver a casa por parte de algunos usuarios. En relación a lo anterior se pueden adoptar diversas estrategias como música de relajación y dinámicas grupales que permitan reducir la ansiedad mediante la distracción. A su vez cuando un usuario se encuentra muy ansioso, se ha optado por seguimiento individualizado otorgándole algún rol o tarea específica que lo mantenga distraído y que mejore su sensación de bienestar. Lo anterior puede generar que la relación se vuelva uno a uno con ese usuario y por ende modifica la relación equipo/número de usuarios y los demás miembros del equipo deben ocuparse de las demandas de otros usuarios que se generen.

Actividades grupales con cuidadores/as y/o referente de persona con demencia

Grupo de Apoyo Mutuo

Son actividades grupales de participación voluntaria para generar una instancia de apoyo emocional de personas cuidadoras que presenten carga asociada al rol de cuidados o bien.

En un contexto del trabajo grupal, se espera que los/las participantes construyan una instancia de apoyo y contención a través del reconocimiento de emociones, de la historia relacional desarrollada entre los/as cuidadores/as y la persona cuidada, de la construcción y emociones asociadas al rol del cuidador, etc. para así favorecer tanto la contención emocional como la expresión y/o consolidación de herramientas personales para realizar las labores de cuidado.

A través de esta estrategia se intenciona que el principal contenido a trabajar en cada sesión sea producto de las inquietudes que cada asistente al grupo trae a la sesión, acogiendo la expresión de la sobrecarga y malestar emocional, con esto se favorecerá la contención grupal y la movilización de las herramientas que cada participante tiene. Si bien se pueden construir en torno a temáticas específicas a tratar en cada sesión, se sugiere intencionar temas como; ¿Qué es cuidar?, Sobrecarga asociado al cuidado, “deber ser” y sentimientos de culpa, duelo, autocuidado, estrategias para manejo del estrés, estrategias de relajación y comunicación, autoconocimiento, relaciones familiares, emociones positivas y aspectos de la vida recuperados, etc.

Se espera que el taller cuente con la participación inicial de un profesional del equipo con formación y experiencia en trabajo grupal que facilite el inicio de cada sesión. Es deseable que esta participación sea progresivamente menor conforme pasen las sesiones y el grupo adquiera un funcionamiento propio. La decisión de cuando el profesional deja de tener el rol central de facilitador de la instancia quedará a criterio del mismo profesional, considerando el contexto y el desarrollo grupal.

En este sentido, se espera que a propósito de esta instancia se facilite la conformación de agrupaciones de familiares de carácter autónoma a esta instancia grupal, siendo esta nueva organización comunitaria acompañada en un primer momento por el equipo de intervención, en pos de favorecer el intercambio de experiencias, promover la generación de redes de apoyo, aumentar la asociatividad e integración de este grupo en otras instancias de participación social.

TABLA N°III: TALLER DE APOYO MUTUO

	Nombre	Objetivos
I	¿Qué es cuidar de alguien?	Reconocer la experiencia de cada participante en torno a la labor del cuidado.
II	¿Soy Cuidador/a?	Reconocer el posicionamiento y la implicancia subjetiva de cada participante respecto a las labores de cuidados.
III	Historia relacional I	Identificar el vínculo anterior a la manifestación de la enfermedad en su familiar
IV	Historia relacional II	Identificar el vínculo actual a la manifestación de la enfermedad en su familiar. Y su impacto.
V	Reconocimiento de emociones asociadas al cuidado	Que participantes identifiquen emociones que más comúnmente ha sentido en su labor de cuidado. Que participantes identifiquen formas propias de afrontamiento ante eventos ansiógenos.
VI	Vínculo familiar y personas con demencia	Que participantes se pregunten respecto a la forma de vínculo con su familiar con demencia. Que participantes identifiquen estado de preparación de familia ante enfermedad.
VII	Sobrecarga de cuidados	Que participantes identifiquen situaciones de sobrecarga y herramientas propias como respuesta.

Taller de Fortalecimiento al Cuidador

El taller de Fortalecimiento a familiares es una instancia psicoeducativa que puede ser desarrollada en sesiones variables de modo de facilitar participación y adherencia. Dependiendo del número de participantes se sugiere contar con al menos dos integrantes del equipo, dada las temáticas que suelen aparecer en dichas instancias.

Objetivos:

- Generar conciencia sobre la demencia y sus repercusiones en la calidad de vida.
- Mejorar comprensión de la demencia en los familiares cuidadores de personas con demencia.
- Favorecer un manejo adecuado de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia
- Conocer concepto de sobrecarga asociada a los cuidados y la importancia del autocuidado
- Fomentar autoeficacia dentro de las acciones consideradas.

Se recomienda que esta instancia cumpla con los objetivos de un taller de orientación psicosocial, en donde se genere una discusión que permita recoger la experiencia de cada participante, con el propósito de generar productos de creación colectiva, tomando en cuenta tanto la información entregada por el equipo profesional como la vivencia cotidiana de los familiares. Esta estrategia permite generar información contextualizada a las necesidades del usuario y su familia.

Los temas a abordar pueden ser los siguientes:

1. Educación en torno al cuidado de la persona con demencia:
 - Envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencia, problemas cognitivos y funcionales, etapas de la demencia.
 - Síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia y sus respectivas estrategias de manejo.
 - Calidad de vida, autonomía, dignidad y espiritualidad de la persona con demencia
 - Importancia de la ocupación, roles, rutina en la vida de la persona con demencia
 - Según el curso de la enfermedad, considerar los siguientes temas: manejo postural, movilizaciones, ejercicios, alimentación, hidratación, manejo de heridas, ayudas técnicas y adaptaciones del entorno, manejo farmacológico, manejo de signos vitales y acompañamiento del buen morir.
2. Educación para prevenir el síndrome de sobrecarga del cuidador:
 - Importancia del autocuidado, actividades de relajación y actividad física.
 - Importancia de la comunicación al interior del núcleo familia y la díada persona con demencia-cuidador(a)
 - Fomento del tiempo libre y uso de las actividades locales que puedan ser un aporte para utilizar el tiempo libre del cuidador/a.
3. Educación entorno a los beneficios sociales de la díada y núcleo familiar y redes de apoyo:
 - Beneficios sociales tanto a nivel local y nacional.
 - Cartera de prestaciones de salud dirigidas a las personas, su cuidador y familia.
 - Ley de derechos y deberes de los pacientes, ley 20.422.
 - Importancia de las redes de apoyo.

El siguiente cuadro detalla, a modo de ejemplo, objetivos y temáticas a desarrollar:



TABLA N°IV: TALLER DE FORTALECIMIENTO AL CUIDADOR

Sesión	Objetivos	Temáticas a desarrollar	Conceptos mínimos a desarrollar
1	Mejorar comprensión del cuidador (es) del proceso de envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencia	Envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencia Fallas de Memoria ¿Qué es la demencia? Etapas de la demencia Impacto de la Demencia en el desempeño cotidiano	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Envejecimiento normal: Disminución de la velocidad de procesamiento de la información. Eliminar juicios/mitos de la vejez. ▸ Deterioro cognitivo leve: Quejas de memoria que no afectan en las actividades de la vida diaria. ▸ Conceptos de demencia, deterioro cognitivo, memoria, ▸ Declive funcional en las actividades instrumentales o avanzadas, luego afecta la capacidad de desempeño de las actividades básicas de la vida diaria. ▸ Etapas leve, moderada y avanzada de la demencia: características.
2	Promover un manejo adecuado de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia	Que son los Síntomas psicológico-conductuales Prevención de los síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia.	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Prevención de SPCD: triada cuidador (es)-ambiente-persona con Demencia. ▸ Estrategias de manejo de SPCD: validar, cambio del foco de atención, evitar criticar o corregir, flexibilidad en el trato, tono de voz tranquilo, trato amable.
3	Adquirir estrategias de activación de rutina y promoción de un desempeño seguro	Estrategias generales de manejo de los SPCD	<ul style="list-style-type: none"> ▸ SPCD: manifestaciones de necesidades no resueltas de la persona (biológica, psicológica, ambiental y relacional)
4	Adquirir estrategias de activación de rutina y promoción de un desempeño seguro	Activación de rutina Adaptaciones ambientales	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Conceptos de independencia y autonomía ▸ Activación de rutina: darle un rol en el hogar, involucrar en actividades de interés de la persona, actividades de socialización, artísticas y recreación. ▸ Adaptaciones ambientales: mantener guardados objetos peligrosos, favorecer iluminación natural y ventilación dentro del hogar, promover la accesibilidad y orden, carteles/señalética.

5	<p>Conocer aspectos médicos del cuidado.</p> <p>Adquirir conocimientos respecto a situaciones de salud de las personas con demencia y la importancia del manejo adecuado de fármacos indicados</p>	<p>4. Manejo y acciones frente a descompensaciones y signos de alerta en salud de personas con demencia.</p> <p>5. Fármacos más usados en personas mayores y personas con SPC. Sus interacciones y efectos adversos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Identificación y manejo de situaciones críticas, descompensaciones y urgencias en personas con demencia. ▸ Manejo de situaciones de salud en general ▸ Fármacos para manejo conductual
6	<p>Identificar acciones de buen y mal trato hacia personas mayores y personas mayores con demencia.</p> <p>Conocer derechos y beneficios sociales de cuidadores/as de personas con demencia y de personas mayores</p> <p>Conocer aspectos legales del cuidado</p>	<p>6. Aspectos sociales del cuidado</p> <p>7. Aspectos legales del cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Derechos y oferta de beneficios sociales para cuidadores/as y personas con demencia ▸ Trámite de interdicción para personas con demencia ▸ Implicancias legales del cuidado a nivel familiar
7	<p>Conocer concepto de sobrecarga de cuidados</p> <p>Conocer herramientas para prevenir sobrecarga de cuidados</p>	<p>8. Identificación de la sobrecarga por labores de cuidados</p> <p>9. Herramientas para la prevención y manejo de la sobrecarga</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▸ Concepto de sobrecarga ▸ Herramientas para la prevención y acciones para su tratamiento cotidiano



ANEXO N°5: ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN ESPECÍFICAS DIRIGIDAS A PERSONAS CON DEMENCIA

Las estrategias psicosociales buscan beneficios diversas en áreas de las personas con demencia, tales como la participación en actividades de la vida diaria, la cognición, síntomas neuropsiquiátricos, calidad de vida, capacidad física, y eventos adversos o riesgos ambientales, entre otros (Cohen-Mansfield, Dakheel-Ali y Marx, 2009, en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019). Estas acciones se tienen que realizar de acuerdo a protocolos estandarizados de acuerdo a la eficacia que presentan, considerando las necesidades de las personas y las adecuaciones culturales que se requieran a las características de los usuarios. A continuación, son descritas algunas modalidades utilizadas con frecuencia (Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019):

Ejercicio físico

El ejercicio y la actividad física son acciones prioritarias dentro del abordaje no farmacológico en demencias, con beneficios en aspectos de funcionalidad física, actividades diarias, emocionales y de regulación conductual, entre otros, particularmente en etapas de progresión leve y moderada. El ejercicio físico demuestra progresivamente su efecto en prevención primaria de demencia a través de la reducción de riesgo cardiovascular, modulación de sintomatología depresiva y riesgos metabólicos. Al igual que la terapia de estimulación cognitiva, la evidencia científica disponible no permite afirmar su impacto en la cognición (Patel et al, 2014 en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019).

Reminiscencia

Esta estrategia incorpora aspectos cognitivos y de comunicación, basándose en la evocación de la información biográfica de los sujetos, promoviendo el ajuste emocional y la interacción con los demás. Esta sugerida en demencias de progresión leve y moderada. Puede realizarse de manera estructurada (en sesiones formales, grupales o individuales) o como una estrategia de comunicación con la persona con demencia. Su utilización ha reportado resultados relacionados a reducción de estrés en cuidadores familiares. Requiere estar en conocimiento de la historia de vida de las personas, para tener control de los recuerdos que buscarán evocarse, de otro modo, pueden generarse reacciones afectivas indeseadas o gatillar síntomas neuropsiquiátricos (Woods et al, 2005 en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019).

Validación

Involucra aspectos emocionales y de la comunicación. Se basa en la aceptación de la realidad percibida por la persona con demencia como base para el establecimiento de un vínculo y para la modificación de las conductas. Sugerido en etapas de progresión moderada y severa. Tiene alta utilidad práctica en la capacitación a cuidadores familiares y en el manejo de síntomas neuropsiquiátricos, pero no ha demostrado una eficacia para las personas con demencia o deterioro cognitivo (Neal et al, 2003 en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019)

Orientación a realidad

Esta estrategia incluye aspectos cognitivos y emocionales, basándose en la entrega de información personal, como de la realidad temporal y espacial que requiera la persona con demencia. Se sugiere en etapas de progresión leve y moderada. La entrega de esta información puede ser por medio de la comunicación verbal, instalación de afiches, calendarios y relojes visibles y comprensibles para las personas con demencia, y tecnología cotidiana que permita entregar la información.

Adaptación del ambiente

Implica la modificación del ambiente donde reside la persona con demencia, ajustando las demandas cognitivas y físicas que el ambiente presente para las personas, promoviendo su participación independiente, segura, y satisfactoria. Esta intervención está sugerida en etapas de progresión leve, moderada y avanzada. Las visitas domiciliarias son una buena instancia para llevar a cabo esta adecuación del espacio e implica la negociación entre la familia y el prescriptor de las modificaciones. Se ha analizado un importante aporte de la adaptación ambiental en la regulación de síntomas neuropsiquiátricos (Struckmeyer et al, 2015 en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019).

Actividades personalizadas y uso de la ocupación

Se basa en la prescripción de actividades personalizadas según la biografía, capacidades remanentes y cultura de la persona con demencia, con el propósito de promover su participación, interacción y el ajuste de sintomatología neuropsiquiátrica. Sugerido en etapas de progresión leve y moderada. Implica un proceso de evaluación que busca conocer las habilidades de la persona, considerando luego elementos de su biografía e intereses, y su realidad ambiental cotidiana, para la negociación de actividades que pueda realizar de forma autónoma, o también prescrita y facilitada por un familiar (Regier et al, 2016 en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019).

Música

Esta basada en el involucramiento de las personas con demencia en actividades con base musical, como oír canciones, tocar instrumentos musicales o participar en actividades de expresión corporal. Se sugiere en etapas de progresión leve, moderada y severa, ya que la evidencia ha mostrado eficacia en la disminución de los trastornos de conducta.

Uso de actividades de la vida diaria

Las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se conforman en un escenario cotidiano de estimulación de las capacidades remanentes de la persona con demencia y tienen que basarse en metodologías estandarizadas. Usualmente están restringidas por la insuficiente capacitación del entorno familiar en el ajuste de las actividades, por lo que se debe trabajar en conjunto con los cuidadores. Así or por ejemplo, lavado de dientes, elección y uso de vestuario, uso de teléfono, cuidado de mascota, entre otras, pueden ser incentivadas por medio de la repetición y el ajuste de su dificultad (Kumar et al, 2014 en Budinich, Aravena, Gajardo y Fuentes, 2019).

ANEXO N°6: INTERVENCIÓN COMUNITARIA

Se consideran todas aquellas acciones efectuadas por el equipo de salud en coordinación con grupos organizados, programas locales, organismos del Estado y la sociedad civil, presentes en el territorio. Intervenir en el ámbito comunitario implica generar y potenciar las redes presentes en el territorio en pro de acciones coordinadas que busquen mejorar la calidad de vida de las personas con demencia y su entorno más cercano, además de promover una comunidad amigable con las personas con demencia. Para que la intervención obtenga resultados debe ser significativa para la población objetivo, por lo tanto, la participación de ésta es crucial en términos de definir las necesidades presentes, planificar y lograr la sustentabilidad de las intervenciones realizadas.

Los objetivos planteados por medio de la intervención comunitaria pueden ser:

- Promoción y prevención en salud, con el fin de generar conductas de autocuidado.
- Fomento de la participación social para evitar el aislamiento social de las personas con demencia y su entorno próximo.
- Fomento del ocio y tiempo libre en las personas con demencia y su cuidador para disminuir la anomia y la sobrecarga en cuidador.

La intervención comunitaria requiere un diagnóstico acabado que incorpore el conocimiento y reconocimiento del territorio, “entendido como una entidad física y social, no solamente urbanística, en la que vienen a encontrarse y a veces a enfrentarse las contradicciones, conflictos, relaciones sociales y, al mismo tiempo, en ella actúan las instituciones y la población” (Lillo H., 2004, p. 82), También se debe conocer y considerar la población con la que se intervendrá “En una comunidad hemos de conocer quiénes viven en ella, su distribución social, cultural y económica, las características demográficas y su evolución, los diferentes colectivos que la componen y sus peculiaridades .

Por último, el diagnóstico debe considerar cuales son los recursos existentes (los que ya tenemos y que podemos utilizar de inmediato) y los potenciales (los que hay que buscar y poner en acción), además de los públicos (los que se encuentran en la red) y los privados (incluye los recursos voluntarios).

En la intervención comunitaria se debe considerar:

Actividades con organizaciones comunitarias para sensibilización comunitaria respecto de: envejecimiento y envejecimiento cerebral, qué son los trastornos cognitivos y las demencias, autocuidado para la promoción de salud, enfatizando en cardiovascular y cerebral, qué hacer en caso de tener dudas sobre el estado cognitivo, cómo promover una comunidad amigable e inclusiva a personas con problemas de memoria y demencias, entre otros.

Articulación intersectorial y comunitaria, incluyendo la coordinación entre recursos sanitarios y sociales, con iniciativa que encaucen trabajo en conjunto de Ministerio de Desarrollo Social, (SE-NAMA, SENADIS), Ministerio de Justicia, Municipios, otros programas gubernamentales, junto con organizaciones de la sociedad civil y otros agentes o agrupaciones sociales o interculturales, desde la perspectiva de las redes de apoyo, con fines de potenciar un entramado social que sustente a la persona con demencia y su entorno próximo.

Coordinación con redes sanitarias y comunitarias para la derivación efectiva de familiares/cuidadores de los usuarios: Establecimiento de coordinaciones con redes intra e intersectoriales para que familiares/cuidadores puedan acceder a redes sanitarias o comunitarias de forma efectiva, de acuerdo a sus necesidades y evitar la sobre intervención y la intervención fragmentada generando planes y trabajo coordinado y acorde a las necesidades manifestadas por las personas con demencia y su entorno.

Trabajo con organizaciones de usuarios y familiares, fomentando su potencial de asociatividad, y promoviendo la organización que favorezca la visibilización, y, la posibilidad de mayor participación social.



ANEXO N°7: CARACTERÍSTICAS FÍSICAS DE LOS DISPOSITIVOS DE ESPECIALIDAD PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON DEMENCIA

Para las adecuaciones de infraestructura para atención de personas con demencia, se deben considerar los aspectos que se mencionan en la presente orientación, como también las normativas vigentes en Chile (Ley N° 20.422, Ley General de Urbanismo y Construcciones, Ordenanza Gral. de Urbanismo y Construcciones, Guía de Diseño de Espacios para Adultos Mayores, Norma Eléctrica 4/2003 para Instalaciones de Consumo en Baja Tensión, Reglamento de Instalaciones Sanitarias Domiciliarias de Agua Potable y Alcantarillado, Manual de Normas Técnicas para la Realización de Instalaciones de Agua Potable, Reglamento de Instalaciones de Gas, Código Sanitario, Normas y reglamentos para la autorización sanitaria de establecimientos de salud, Decreto N° 594, Reglamento sobre Condiciones Sanitarias en los Lugares de Trabajo, Normas para la Plena Integración Social de Personas con Discapacidad, Instrumentos de Planificación Territorial, Decreto N° 61 Norma de diseño Sísmico, NCH N° 433 y otras pertinentes, ya que este listado no es exhaustivo ni excluyente).

Para esto se debe contar con la asesoría de los referentes de Recursos Físicos y Adquisiciones de cada Servicio de Salud, quienes deberán realizar los análisis de la infraestructura, como realizar las observaciones para el plan de diseño de obras de mejoras y la respectiva estimación de costos y licitaciones, en caso de contratación de obras de habilitación de recintos.

Los criterios arquitectónicos que orientan un Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia deben considerar las condicionantes o limitaciones que caracterizan este tipo de usuarios, básicamente, para establecer una serie de pautas a tener en cuenta, los cuales han de proponerse atendiendo a los siguientes aspectos relacionados con la enfermedad (IMSERSO – CEAFA, 2008):

- Reducida movilidad.
- Pérdida de memoria.
- Desorientación.
- Pérdida de habilidades para la realización de tareas simples.
- Agitación.

A partir de estas consideraciones el Instituto de Mayores y Servicios Sociales, del Gobierno de España, entrega una serie de recomendaciones a considerar para la implementación de Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, entre las que se encuentran (IMSERSO – CEAFA, 2008):

RECOMENDACIONES A CONSIDERAR PARA LA INFRAESTRUCTURA DE CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA

Característica Personas con Demencia	Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia
Reducida movilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Debe permitir el manejo autónomo del usuario en el mayor número de actividades posibles. • Debe carecer de todo tipo de barreras arquitectónicas. • Debe evitar todo tipo de obstáculos que impidan o dificulten la movilidad de la persona con demencia. • Debe proporcionar mecanismos que compensen la pérdida de movilidad y estabilidad.
Pérdida de memoria	<ul style="list-style-type: none"> • Debe facilitar la ubicación del usuario en el espacio. • Debe indicar claramente los distintos espacios a los que el usuario habitualmente accede. • Debe emplear sistemas sencillos de señalización, por ejemplo, a través de colores, letreros o carteles, flechas de dirección, etc.
Desorientación Pérdida de habilidades para la realización de tareas simples	<ul style="list-style-type: none"> • Debe adoptar las formas más sencillas posibles en la forma y decoración de sus dependencias o estancias. • Debe estar provisto de numerosos sistemas de información fácilmente entendibles por el usuario. • Debe establecer códigos para cada actividad que se realice, proporcionando estímulos dirigidos a todos los sentidos. • Debe disponer (y poner a disposición de las personas con demencia) de todo tipo de utensilios que les ayuden a realizar, de la manera más autónoma posible, las actividades básicas de la vida diaria.
Agitación	<ul style="list-style-type: none"> • Debe ofrecer lugares o espacios que permitan al usuario relajarse, lejos de los focos de actividad propios del centro. • Debe estar provisto de los sistemas de seguridad básicos que impidan al usuario abandonar el centro sin previo aviso.

Fuente. Elaboración Propia, adaptado de IMSERSO – CEAFA, 2008

En cuanto a su ubicación, considerando recomendaciones internacionales y experiencias nacionales en el tema se sugiere tener en cuenta los siguientes aspectos (IMSERSO – CEAFA, 2008; Centro Kintún, 2015):

- Ubicación urbana, próxima a los lugares de residencia de las personas con demencia.
- Existencia de otros recursos sociosanitarios o asistenciales próximos, con los que obligatoriamente deberá establecerse una relación de coordinación.
- Tranquilidad del entorno, evitando las grandes aglomeraciones de tráfico cercanas y buscando zonas o áreas verdes.
- Facilidad de acceso, que favorezcan la asistencia del usuario o de su entorno cercano, contando con movilización para los usuarios o que cuente con transporte público para la asistencia de familiares/cuidadores o representantes de su entorno comunitario.
- Disponer de los mecanismos que permitan la accesibilidad al interior del centro y por sus dependencias a cualquier persona independientemente de sus limitaciones físicas, eliminándose barreras arquitectónicas que limiten acceso.

- Tener condiciones de salubridad que permitan la atención de usuarios y su familiares/cuidadores.
- Contemplar planes específicos de contingencias ante accidentes como, por ejemplo, incendios, inundaciones, etc.

Características generales de la edificación

Además de los aspectos anteriores, es necesario considerar algunas condiciones arquitectónicas para la implementación de los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, entre los que se encuentran (Adaptado de Modelo de Centro de Día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. IMSERSO - CEAFA, 2008, Centros de Día para Personas con Alzheimer, ADI, 1999, y Centro Kintún, 2015):

- Debería tratarse de un espacio soleado y con máximo aprovechamiento de la luz natural, no sólo por los efectos positivos que provoca la luz natural en las personas, sino también para visualizar el entorno desde el interior del centro, lo cual ayudará a fijar al usuario en su marco de vida aun cuando permanezca dentro del centro durante una serie de horas al día. Para ello, las ventanas deberán ser amplias, situarse a una altura adecuada y contar con sistemas de seguridad en su apertura y con sistemas de cortinas o persianas que eviten el encandilamiento de las personas en su interior. En el caso de iluminación artificial, no se recomienda el uso de tubos fluorescentes, siendo preferibles la utilización de ampolletas de bajo consumo, para asemejar un ambiente más doméstico
- La entrada al centro es altamente relevante, la cual debe estar ubicada de forma cercana al lugar donde las personas descienden del vehículo que los transporta, idealmente protegida por un cobertizo y bien iluminada, con rampas de acceso para sillas de rueda y pasamanos que faciliten el acceso de los usuarios con menor movilidad, con un ancho no inferior a un metro. Se recomienda construcciones de un piso, y en el caso de la propiedad tener dos pisos en necesario la instalación de ascensores para el desplazamiento de los usuarios.
- Deben evitarse obstáculos y recovecos en la construcción, creando espacios sencillos y no agobiantes o que puedan provocar caídas de los usuarios; ello se conseguirá proyectando estancias lo más regulares posible en cuanto a superficie y profundidad. Con carácter general, la altura de los techos debe situarse, como mínimo, a 2,20 metros del suelo, y las salas de trabajo grupales espaciosas. Con respecto a las zonas de paso, éstas deberán tener un ancho no inferior a 1,5 metros y estarán dotadas de pasamanos, observando en su instalación lo que marca la normativa de accesibilidad.
- Las puertas serán amplias (nunca inferiores a 0,90 metros de ancho) y, a ser posible, estarán construidas con materiales aislantes, ligeros y de colores claros, que reflejen la luz, con manillas que faciliten su apertura y que disminuyan el riesgo de lesiones, aunque es necesario contemplar sistemas que eviten que el usuario con alguna agitación salga inesperadamente del centro. Se sugiere que se pueda instalar algún timbre o campana en ella, de modo que el personal del centro esté al tanto cuando se abre una puerta y que ayude a evitar salidas involuntarias de los usuarios.
- Los pisos y muros deben ser lavables con superficies antideslizantes, no recomendándose el uso de alfombras o pisos que no se puedan limpiar o que no tengan gomas antideslizantes, que puedan favorecer caídas en los usuarios. Se recomienda que los muros no tengan elementos abrasivos que puedan causar lesiones, privilegiándose colores claros y con una decoración hogareña.

- Debe contar con sistemas de calefacción y aire acondicionado que permitan al centro estar a una temperatura adecuada a las características físicas de los enfermos. Además, los equipos deben ser de tal manera que sea imposible la manipulación por parte de los usuarios, y estar situados de modo que no se conviertan en obstáculos que dificulten la movilidad de los usuarios por el centro. Igualmente, el centro ha de contar con sistemas que permitan la ventilación y eliminación de malos olores.
- Se recomienda para los usuarios considerar baños universales con suministro de agua potable y sistemas que permitan una regulación de la temperatura del agua, de modo que se eviten posibles lesiones en aquellos usuarios con sensibilidad reducida o que requieran acciones de aseo personal o de ducha, ante situaciones de pérdida de control de esfínteres, incorporándose sillas para duchas y barras para evitar caídas. Así también, es necesario considerar baños para el equipo del centro, diferenciado del baño los usuarios.
- Se debe considerar espacios para las actividades grupales, como también para consultas con los cuidadores o familiares, o para la atención de usuarios, pudiendo también ocuparse para la atención de usuarios que están temporalmente alterados o perturbados. Así también se requiere considerar espacios para la recepción y/o labores administrativas, que tengan conexión telefónica y de internet, como un espacio para el trabajo o estar de los profesionales, en los que se puedan realizar labores administrativas u otras relacionadas con la planificación de actividades. Un tercer punto, es el referente a las áreas de alimentación, el cual puede considerar un área de cocina, que cuente con sistema de lavaderos para limpieza de utensilios de cocina, mobiliario, como sillas y mesas lavables, y equipamiento para la refrigeración y calentamiento de los alimentos que son entregados a los usuarios. Este espacio también puede ser utilizado para la realización de actividades con los usuarios, a modo de favorecer su funcionalidad.
- A nivel de seguridad, se deben considerar vías de evacuación con sus respectivas señaléticas, como la provisión de alarmas de incendio o extintores, en lugares que puedan ser manipulados preferentemente por el equipo del centro. De igual manera se debe contar con un kit de primeros auxilios ante situaciones de emergencia, y la capacitación de uno o más profesionales del equipo en técnicas de primeros auxilios.
- Finalmente, Es muy conveniente disponer de un jardín o patio, que permita realizar actividades al aire libre, el cual puede contar con áreas verdes y plantas, pudiéndose colocar a bancas y sillas de ruedas, resguardando los espacios para el tránsito de los usuarios. Se aconseja que sea distribuido en forma circular o en forma de ocho, para ayudar a evitar fugas, como también mantener un espacio de tranquilidad y seguridad.

Distribución de espacios

El Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, debe contemplar espacios suficientes para albergar tanto a los usuarios como a los profesionales. En este sentido, se deben considerar dos zonas o áreas claramente diferenciadas, y a ser posible independientes: la profesional o de organización y la de atención especializada. La primera de ella está destinada a los profesionales que trabajan en el centro, y la segunda a los usuarios del mismo. Con carácter general, el esquema que se propone a continuación puede ser válido en cuanto a las dependencias con las que sugiere contar:

- Área de Sala de Espera:
Esta referida al espacio en la cual son recepcionados los usuarios y/o familiares/cuidadores que asisten al Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, y en el cual pueden esperar por la atención individual o grupal realizada por el equipo.

- Área Administrativa.

Considera el proceso de recepción de interconsultas por la secretaría, de evaluación de pertinencia de la solicitud por parte del coordinador u otro profesional. Debe considerar un área de archivo de fichas clínicas en caso de que éstas sean físicas y considerar la atención del usuario cuando solicita información, desea manifestar reclamos, desea expresar felicitaciones y sugerencias. En paralelo se acogen las solicitudes de información través de vías escritas o digitales, y se tramitan las respuestas de acuerdo con la naturaleza de la consulta.
- Área Coordinación Técnica.

Considera los espacios para el desarrollo de las funciones de coordinación y de trabajo administrativo de los profesionales y técnicos que se desempeñan en los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia. Entre estos espacios se encuentran:

 - Oficina de Coordinador.
 - Sala de reuniones de equipos.
 - Sala de 4 puestos de trabajo profesional para actividades administrativas (evitan uso de salas de entrevista o box de atención para trabajo administrativa, optimizando el uso de éstos para la atención directa de usuarios, familias/cuidadores).
- Área de atención profesional entrevista individual y/o con familiares.

Considera la consulta o entrevista de psicólogo, trabajador social, terapeuta ocupacional y/o kinesiólogo, con el objeto de conocer el motivo de consulta, realizar anamnesis o similar, realizar psicodiagnóstico o psicometría e intervención individual con usuarios, familiares/cuidadores. La atención puede ser otorgada por uno o más profesionales o técnicos. Se sugiere que se instale una Sala Espejo Unidireccional que permita el desarrollo de formación y capacitación de RRHH.
- Área de evaluación médica.

Corresponde a Box Medico. Considera la evaluación de peso-talla, presión arterial, otros, en aquellos usuarios que se requiera, durante su proceso valoración geriátrica integral y de tratamiento. Considera la evaluación realizada por médico de especialidad, otros profesionales de la salud y Técnicos Enfermería. Debe considerar espacio cómodo para puesto de trabajo, piso lavable, muros lisos lavables, acceso a lavamanos, equipamiento con camilla, escabel, balanza con tallímetro.
- Área de atención grupal y coordinación de trabajo comunitario.

Esta área debe propender a la máxima multifuncionalidad y versatilidad. Se recomienda considerar la habilitación de salas que puedan conectarse y generar un espacio amplio para reuniones masivas, resguardando la privacidad cuando estén habilitadas para actividades grupales. En esta área se desarrollan gran parte de las actividades de intervención de las personas con demencia y de sus familiares/cuidadores. Considera:

 - Salas para actividades grupales multipropósito.
 - Sala de Estimulación Cognitiva.
- Área de kitchenette y comedor.

Considera espacio para la alimentación de los usuarios, con equipamiento de kitchenette, que permita el accionar de manipulador de alimentos y la entrega de colaciones/almuerzo a los usuarios, derivados del convenio con el proveedor de alimentos, con pisos y muros lavables.

- Área de Servicios Higiénicos.

El Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, debe considerar baños que consideren las necesidades de los usuarios que asisten al centro, disponiendo de varios baños universales, que sean accesibles para personas con menor movilidad reducida o sillas de ruedas, que tengan barandas u otros objetos que eviten la caída de los usuarios. Otra alternativa es considerar la instalación de baños de uso múltiple o baños públicos de grandes dimensiones, con mismas condiciones de accesibilidad. Los baños para usuarios deben estar diferenciados por sexo y ser distintos a los ocupados por el equipo técnico del centro, los cuales también deben diferenciarse por sexo. Un aspecto a considerar es la disponibilidad de un baño con ducha para el uso del equipo profesional. Además, se deben considerar la disponibilidad de agua caliente y calefacción que permita la acción del equipo técnico ante alguna situación pérdida de control de esfínteres, que pueda presentar los usuarios, junto con preservar las condiciones de iluminación y de aseo que permitan la mantención de estos espacios.

- Área de Patio.

El Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, debe considerar espacios para la realización de actividades al aire libre, en especial aquellas relacionados con el ejercicio físico, si se presentan las condiciones ambientales para esta actividad.

- Área de Estacionamientos.

Se debe proporcionar espacio para el estacionamiento del vehículo que transporta a los usuarios que asisten al Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, otros vehículos de profesionales o familiares/cuidadores y vehículos de emergencia.

Dimensionamiento de Recintos

En base a los criterios de áreas destinadas para el funcionamiento del centro, literatura internacional acerca de Centros de Día para Personas con Demencia, sumado a los análisis de Modelos Médicos Arquitectónicos de otros establecimientos de atención ambulatoria del Ministerio de Salud, se realiza una estimación de dimensionamiento de espacio para los Centros de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, los cuales tienen un carácter de orientación para la habilitación de recintos propios del Servicio de Salud o propiedades arrendadas y no configuran el Programa Médico Arquitectónico del Centro de Apoyo Comunitario para Personas con Demencia, el cual deberá construirse posteriormente, cuando se elabore el modelo de gestión de estos centros. Esta propuesta, puede variar de acuerdo a las realidades locales y la infraestructura que disponga cada Servicio de Salud para el funcionamiento de estos dispositivos.



PROPUESTA DIMENSIONAMIENTO DE ESPACIOS CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA

PROPUESTA CENTROS DE APOYO COMUNITARIO PARA PERSONAS CON DEMENCIA PRELIMINAR (DISPOSITIVO DEPENDIENTE DE OTRO ESTABLECIMIENTO DE SALUD)					
ÁREAS	DESCRIPCIÓN ACTIVIDADES ASIGNADAS A RECINTOS	CRITERIOS DEFINICIÓN M ² E INSTALACIONES	Nº RECINTOS	SUP. RECINTO	TOTAL
ADMINISTRACIÓN					32
Espera Público	Sala de Estar para usuarios, familiares/cuidadores	Sillas	1	10	10
Recepción	Recepción y Coordinación de usuarios y familiares.	Mesón de atención para un máximo de 2 personas. Punto de red, voz y datos. Botón de pánico.	1	10	10
Baños Públicos		Batería de baños (cubículos de WC + lavamanos) Uno para damas ,otro para varones (2)	2	6	12
ÁREA COORDINACIÓN TECNICA					42
Oficina Coordinación	Actividades administrativas.	Escritorio, sillas, repisero.	1	9	9
Oficina otros Profesionales	Sala de Informe compartida entre diversos profesionales y/o técnicos, espacio de trabajo administrativo para los becados.	Mesones/Escritorios, punto de red voz y datos al menos para cuatro computadores.	1	18	18
Sala Reuniones Equipo	Reuniones Equipo Profesional para análisis y discusión de casos y coordinación interna.	Mesones, sillas de visita, punto de red y datos.	1	15	15
ÁREA INTERVENCIONES INDIVIDUALES					76
Sala de Entrevista	Primera entrevista al paciente, su familia más profesionales del equipo (3 a 4).	Escritorio, sillas, punto de red, voz y datos.	1	15	15
Oficina Terapia Individual	Trabajo de terapia psicológica o psiquiátrica individual , Nutricionista, psicólogo, Psiquiatra, etc.	Incluye escritorio y sillas.	1	9	9
Box Atención Medico	Trabajo de Geriatria, Neurólogo o Médico de Familia.	Incluye escritorio, sillas, lavamanos, camilla.	1	12	12
Closet de fármacos			1	2	2
Sala Entrevista	Terapia.	Son dos recintos separados por tabique mixto, es decir, tabique con antepecho opaco de 0.50 mts. de altura y el resto del tabique con vidrio espejo templado o inastillable. Pensando en futuros convenios docente-asistenciales.	1	9	9
Sala seguimiento a la entrevista (sala espejo)	Seguimiento y visualización de la entrevista o terapia de profesionales del área.		1	15	15
Baños Públicos Universales		Baño para personas con movilidad reducida.	2	4	8

Mudador Adulto		Camilla fija de altura 60cms como máximo, lavamanos, tacho de basura.	1	6	6
ÁREA INTERVENCIONES GRUPALES					32
Sala de Estimulación Cognitiva	Mesas, sillas, escritorios	Sala para trabajo cognitivo con equipamiento (closet de artículos pedagógicos con llave, etc). Punto de red de voz y datos. Botón de pánico.	1	12	12
Sala Multiuso	Sala Multipropósito 1: Trabajo grupal de validación, organización interna, de convivencia, normativa y protocolos internos, trabajo de manualidades, trabajo o talleres de música , pintura, baile, ejercicios físicos de relajación, terapias grupales, con la totalidad de los pacientes, más los terapeutas.	Closet para guardar materiales y bodega de implementos (con chapa exterior), computador, colchonetas para relajación, 4 mesas 0.80 x 0.80 para 4 personas, 10 sillas.	1	20	20
ÁREA ALIMENTACIÓN					44
Comedor - Estar	Alimentación y Actividades de aprendizaje de Vida Diaria.	Equipamiento completo, mesas, sillas, sillones pizarra. TV, DVD, Equipo Audio, Data.	1	20	20
Kitchenette (Repostero)	Actividades de aprendizaje de la Vida Diaria en los procesos de servir y preparar alimentos.	Mesón, microondas, hervidor, contenedor desechos orgánicos, deposito lavado profundo. El diseño del recinto puede considerar el que éste se conecte en mayor o menor medida en relación a la actividad a desarrollar (pasamuros amplio y puerta con conexión directa a comedor)	1	9	9
Patio para actividades al aire libre	Estar exterior, actividades recreativas	Debe contar con cobertizo o techo, para uso en condiciones climáticas lluviosas. Por ser área exterior cubierta, solo se contabiliza la mitad de la superficie.	1	30	15
ÁREA APOYO					34
Residuos Sólidos Transitorios			1	2	2
Estacionamiento silla de ruedas	Para guardar equipamiento necesario de traslado de personas.	Espacio para 3 sillas de ruedas plegadas.	1	1	1
Bodega insumos			1	6	6
Área Casilleros del Personal			1	1	1



Baños Universales Funcionarios Hombres			1	4	4
Baños Universales Funcionarios Hombres Mujeres			1	4	4
Aseo			1	4	4
Tableros generales			1	6	6
Grupo Electrónico			1	6	6
SUPERFICIE NETA					260
Circulaciones y muros 57%					148
SUPERFICIE SUBTOTAL					408
ESTACIONAMIENTOS GENERALES		El dimensionamiento será según proyecto y Plan Regulador Comunal.			
SUPERFICIE TOTAL					408

Nota: Incluir estanque de agua al menos para 24 horas

Fuente: Elaboración Propia. Adaptado de Propuesta de Modelo de Gestión de Centros de Salud Mental Comunitaria Escuela de Salud Pública (2015) y Unidades de Hospitalización de Cuidados Intensivos en Psiquiatría (Ministerio de Salud, Unidad de Salud Mental, 2015d). Revisado por Unidad de Estudios Pre-Inversión Hospitalaria. División de Inversiones Ministerio de Salud

