



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

Facultad de Ciencias Sociales

**La protección social del anciano con demencia.**

**Proyecto de intervención desde una perspectiva  
interdisciplinar.**

(Trabajo de Grado)

Ana María Calvo Esteban

Salamanca 2015





**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

Facultad de Ciencias Sociales

**La protección social del anciano con demencia**  
**Proyecto de intervención desde una perspectiva**  
**interdisciplinar**

---

Trabajo de Grado presentado por:

Ana María Calvo Esteban

para optar al Grado en Trabajo Social,

bajo la dirección del Prof. Dr. D. Ignacio Sánchez Cid.

La Graduanda

Vº. Bº. del Director

Salamanca 2015



## INDICE

I – INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO ....	- 6 -
II – FUNDAMENTOS TEÓRICOS .....	- 10 -
1.- Aspectos demográficos .....	- 10 -
2.- Aspectos sanitarios.....	- 14 -
3.- Aspectos jurídicos .....	- 17 -
4.- Aspectos sociales .....	- 21 -
III - PROPUESTA DE PROYECTO.....	-24-
1.- Destinatarios.....	-24-
2.- Objetivos.....	-24-
3.- Proceso de ejecución.....	-25-
1.- Detección y diagnóstico clínico.....	-25-
2.- Diagnóstico social.....	-28-
3.- Plan de intervención.....	-29-
4.- Diseño metodológico.....	-32-
5.- Cronograma.....	-35-
6.- Recursos.....	-35-
7.- Evaluación.....	-37-
ANEXOS.....	- 41 -
BIBLIOGRAFIA.....	- 24 -

## **I – INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN DEL PROYECTO.**

Una de las características demográficas de las sociedades avanzadas es el envejecimiento poblacional, al que España no es ajena, situación que se manifiesta no sólo en el incremento del porcentaje de personas mayores respecto de la población total, sino también en el aumento de la esperanza de vida, llegando a hablarse actualmente del fenómeno del “envejecimiento del envejecimiento”.

El envejecimiento, hoy por hoy, lleva inevitablemente aparejado el declive generalizado del funcionamiento físico e intelectual de la persona, pero “cuando el grado de deterioro intelectual supera la media propia de la edad hasta el punto de hacer difícil o imposible el curso de las actividades normales, la situación se considera como patológica, y recibe el nombre de demencia” (González (et al.) 1991: 281)<sup>1</sup>

El derecho civil español considera al anciano como un adulto más, sujeto de todos los derechos y obligaciones inherentes a la mayoría de edad. Existen no obstante algunas figuras protectoras, como la “incapacitación”, ya sea total o parcial, para aquellos casos en los que la persona pierde su capacidad de autogobierno en todas o en algunas facetas de su vida.

Son habitualmente los familiares más allegados del anciano con demencia quienes detectan los primeros signos de deterioro cognitivo, aunque cada vez es más frecuente encontrarnos con ancianos que viven solos. Son precisamente éstos, y dentro de este grupo los que no tienen familiares cercanos o no se relacionan con ellos, los sujetos que presentan mayor vulnerabilidad ante la aparición de un proceso de demencia.

Los Trabajadores Sociales de los Centros Municipales de Servicios Sociales, son los profesionales que suelen detectar o recibir la notificación de la existencia de un anciano en situación de riesgo, incluso de desamparo, que necesita ayuda por presentar signos de demencia.

En la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias, que sería el ámbito de actuación del presente Proyecto, no existe un protocolo de intervención socio-sanitaria que oriente la actuación de los profesionales implicados (Médicos, Enfermeros, Trabajadores Sociales y Educadores Sociales), por lo que las respuestas que se dan son

---

<sup>1</sup> Definición de Bromley D.B.: The Psychology of human ageing. Penguin, Harmondsworth, 1977

normalmente parciales, lentas y burocratizadas, justo lo contrario de lo que requiere una situación de riesgo o desamparo de un anciano con demencia.

El presente proyecto de intervención pretende implantar un nuevo procedimiento de trabajo en equipo para dar una respuesta global, rápida y ágil a la necesidad de las personas mayores aquejadas de algún tipo de demencia, de disponer de un marco de convivencia personal y social adecuado, desde una perspectiva interdisciplinar en la que estarán presentes el sistema sanitario, el social y, en su caso, el judicial, todo ello con el objetivo de proporcionar una protección social integral al anciano.

El ámbito de actuación será la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

El proyecto de intervención que se propone participa de los objetivos de la titulación de Grado en Trabajo Social de “capacitar para planificar, programar, proyectar, aplicar, coordinar y evaluar servicios sociales”, así como para “utilizar y aplicar la valoración diagnóstica, el pronóstico, el tratamiento y la resolución de problemas sociales, aplicando la metodología específica de la intervención social de caso y familia”. Igualmente permite al Trabajador Social desarrollar la “función de información y orientación, preventiva, asistencial, de planificación, (...) de evaluación (...) y de coordinación. Todo ello teniendo con la finalidad última del “desarrollo de la calidad de vida y del bienestar social”.

El proyecto de intervención permite también al Trabajador Social desarrollar un amplio abanico de competencias del Grado en Trabajo Social, tanto generales y específicas como de carácter transversal:

***(01) Competencia para trabajar y valorar de manera conjunta con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades sus necesidades y circunstancias.***

*(01-1) Establecer relaciones profesionales al objeto de identificar la forma más adecuada de intervención.*

*(01-2) Intervenir con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades para ayudarles a tomar decisiones bien fundamentadas acerca de sus necesidades, circunstancias, riesgos, opciones preferentes y recursos.*

*(01-3) Valorar las necesidades y opciones posibles para orientar una estrategia de intervención.*

***(02) Capacidad para planificar, implementar, revisar y evaluar la práctica del trabajo social con personas, familias, grupos, organizaciones, comunidades y con otros profesionales.***

*(02-1) Responder a situaciones de crisis valorando la urgencia de las situaciones, planificando y desarrollando acciones para hacer frente a las mismas y revisando sus resultados.*

*(02-2) Interactuar con personas, familias, grupos, organizaciones y comunidades para conseguir cambios, para promocionar el desarrollo de los mismos y para mejorar sus condiciones de vida por medio de la utilización de los métodos y modelos de trabajo social, haciendo un seguimiento con regularidad de los cambios que se producen al objeto de preparar la finalización de la intervención.*

*(02-3) Preparar, producir, implementar y evaluar los planes de intervención con el sistema cliente y los colegas profesionales negociando el suministro de servicios que deben ser empleados y revisando la eficacia de los planes de intervención con las personas implicadas al objeto de adaptarlos a las necesidades y circunstancias cambiantes.*

*(02-4) Apoyar el desarrollo de redes para hacer frente a las necesidades y trabajar a favor de los resultados planificados examinando con las personas las redes de apoyo a las que pueden acceder y desarrollar.*

*(02-6) Trabajar con los comportamientos que representan un riesgo para el sistema cliente identificando y evaluando las situaciones y circunstancias que configuran dicho comportamiento y elaborando estrategias de modificación de los mismos.*

*(02-7) Analizar y sistematizar la información que proporciona el trabajo cotidiano como soporte para revisar y mejorar las estrategias profesionales que deben dar respuesta a las situaciones sociales emergentes.*

*(02-8) Utilizar la mediación como estrategia de intervención destinada a la resolución alternativa de conflictos.*

*(02-9) Diseñar, implementar y evaluar proyectos de intervención social.*

***(05) Capacidad para administrar y ser responsable, con supervisión y apoyo, de la propia práctica dentro de la organización.***

*(05-1) Administrar y ser responsable de su propio trabajo asignando prioridades, cumpliendo con las obligaciones profesionales y evaluando la eficacia del propio programa de trabajo.*

*(05-2) Contribuir a la administración de recursos y servicios colaborando con los procedimientos implicados en su obtención, supervisando su eficacia y asegurando su calidad.*

*(05-3) Gestionar, presentar y compartir historia e informes sociales manteniéndolos completos, fieles, accesibles y actualizados como garantía en la toma de decisiones y valoraciones profesionales.*

*(05-4) Trabajar de manera eficaz dentro de sistemas, redes y equipos interdisciplinarios y “multiorganizacionales” con el propósito de colaborar en el establecimiento de fines, objetivos y tiempo de duración de los mismos contribuyendo igualmente a abordar de manera constructiva los posibles desacuerdos existentes.*

**(07)- Desarrollo del razonamiento crítico**, capacidad para apreciar el respectivo valor de explicaciones alternativas, adquisición del hábito de juzgar y evaluar las evidencias empíricas, capacitación para el análisis y síntesis de datos y argumentos, destreza para la relación y contextualización de los conocimientos y habilidad para la gestión y transmisión de la información.

**(09)- Desarrollo de las habilidades sociales** en contextos tanto informales como institucionales, capacidad para el trabajo en equipo y formación de un espíritu de liderazgo participativo

**(010)- Capacitación para el reconocimiento de la diversidad social** y cultural, adquisición de sensibilidad social y conciencia de ciudadanía y logro de un intenso compromiso ético.

## **II – FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

La fundamentación teórica que sustenta el presente proyecto de intervención parte de cuatro pilares básicos imprescindibles para enmarcar la problemática social sobre la que se pretende intervenir, es decir la del anciano afectado por un posible síndrome demencial y su protección social. Para ello se analizarán factores de carácter demográfico, incidiendo en el envejecimiento poblacional; se profundizará en cuestiones sanitarias desde el punto de vista médico, enmarcando la definición de “demencia” y aportando algunos datos epidemiológicos; se desgranará el marco jurídico que protege al anciano en la legislación española; para finalmente centrarse en las consecuencias sociales de los procesos demenciales, en cuanto generadores de dependencia, fundamentando la necesidad de la coordinación socio-sanitaria para mejorar los procesos de trabajo existentes.

### ***1.- ASPECTOS DEMOGRÁFICOS***

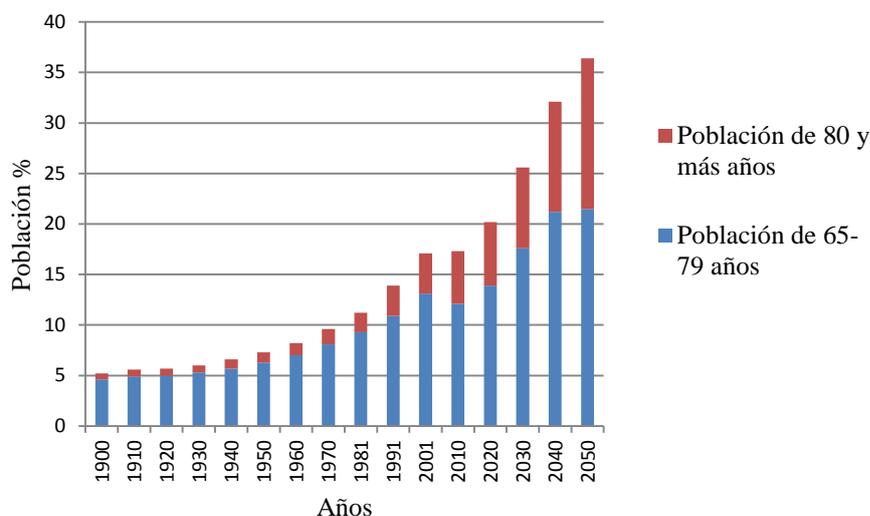
La población española sufre un progresivo envejecimiento: mientras que la población total se ha multiplicado por 2,5 desde el año 1900 hasta la actualidad, el grupo formado por personas de 65 años y más se ha multiplicado por ocho.

De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística obtenidos del Censo de Población y Vivienda del 2011, España cuenta con 46.815.916 de habitantes, de los cuales, las personas mayores de 65 años representaban el 17,3 % (8.116.350), ascendiendo al 5,2 % (2.456.908) las que tenían más de 80 años.

Las proyecciones de población apuntan a que en las próximas décadas la población de 65 y más años seguirá aumentando hasta llegar a los 15.000.000 en el año 2050, el 36,4 % de la población total, mientras que el porcentaje de mayores de 80 años se situará en el 11,2 %. (Vidal y Fernández, 2014: 25-26) (Gráfico 1)

## Gráfico 1

### *Evolución de la población mayor en España, 1900-2050*



\*Las proyecciones de población están calculadas a partir de la población a 1 de enero de 2012.

Fuentes: 1900-2001: INE: INEBASE: Cifras de población. Resúmenes provinciales de población según sexo y edad desde 1900 hasta 2001.

2011: INE: INEBASE: Censos de población y vivienda 2011. Resultados nacionales, por comunidades autónomas y provincias.

2020-2050: INE: INEBASE:: Proyección de la población a largo plazo.

En: Vidal y Fernández, 2014: 35

No es objeto de este proyecto el profundizar en las causas de este envejecimiento de la población, baste recordar que las dos últimas décadas del pasado siglo XX se caracterizaron por niveles de fecundidad inferiores al nivel de reemplazo generacional, siendo en el año 2011 de 1,3 hijos por mujer, y que la esperanza de vida al nacer ha venido alargándose hasta los 82 años actuales (Dirección General del IMSERSO y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, 2011: 223), gracias al desarrollo socioeconómico alcanzado por nuestra sociedad y a la mejora de la asistencia sanitaria y su extensión a toda la población.

Aunque el fenómeno del envejecimiento poblacional tiene un alcance global en todo el territorio español existen importantes diferencias entre las Comunidades Autónomas, siendo Asturias la que presenta:

- El indicador coyuntural de fecundidad más bajo: 1,1 hijos por mujer.
- La menor proporción de niños de 0 a 14 años: 10,3 %, frente a la media española del 14,9 %

- La tasa bruta de natalidad más baja: 7,22 %, frente a la media española de 9,99 %
- La tasa bruta de mortalidad más alta: 11,8 %, frente a la media española del 8,3 % (Vidal y Fernández, 2014: 28, 29, 41,43).

Si atendemos al saldo vegetativo y al índice de envejecimiento (población de 65 y más años), nos encontramos con que Asturias es la tercera Comunidad Autónoma con menor crecimiento vegetativo (-4.896 personas) tras Galicia y Castilla y León, y con un mayor índice de envejecimiento (22,7 %) tras Castilla y León y Galicia (Vidal y Fernández, 2014: 42)

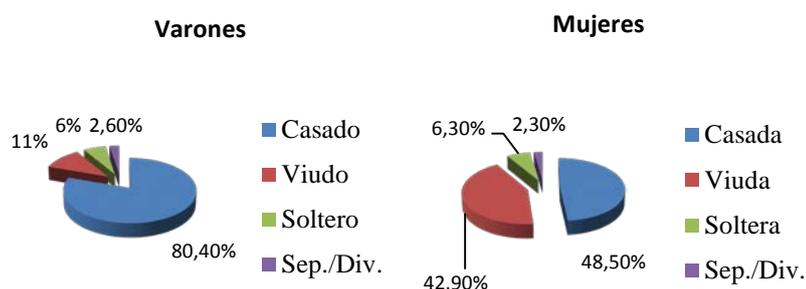
El estado civil es un buen indicador del apoyo con el que pueden contar las personas mayores, ya que la soltería, la viudedad, la separación y el divorcio reducen sus vínculos familiares.

Según datos de la Encuesta de Población Activa (2011) el 62,2 % de las personas de más de 65 años están casadas, el 29,2 % viudas, el 6,2 % solteras y el 2,4 % separadas o divorciadas. (Gráfico 2; incluye distribución por sexos)

Existen importantes diferencias en el estado civil de la población según el sexo y grupo de edad, de modo que la mayor esperanza de vida de las mujeres con respecto a los hombres así como su inferior edad media al matrimonio, hacen que la proporción de viudas aumente con la edad, pasando del 21,7 % entre las mujeres de 65 a 69 años al 50,2 % entre las de 70 y más años (Vidal y Fernández, 2014: 34)

### Gráfico 2

*Estado civil de la población mayor de 65 años, por sexos (2011)*



Fuente: INE: INEBASE: Encuesta de población activa. Media de los cuatro trimestres de 2011.

En: Vidal y Fernández, 2014: 54

La estructura de los hogares donde viven las personas mayores constituye otro indicador de los apoyos familiares de que disponen. El Censo de Población y Viviendas

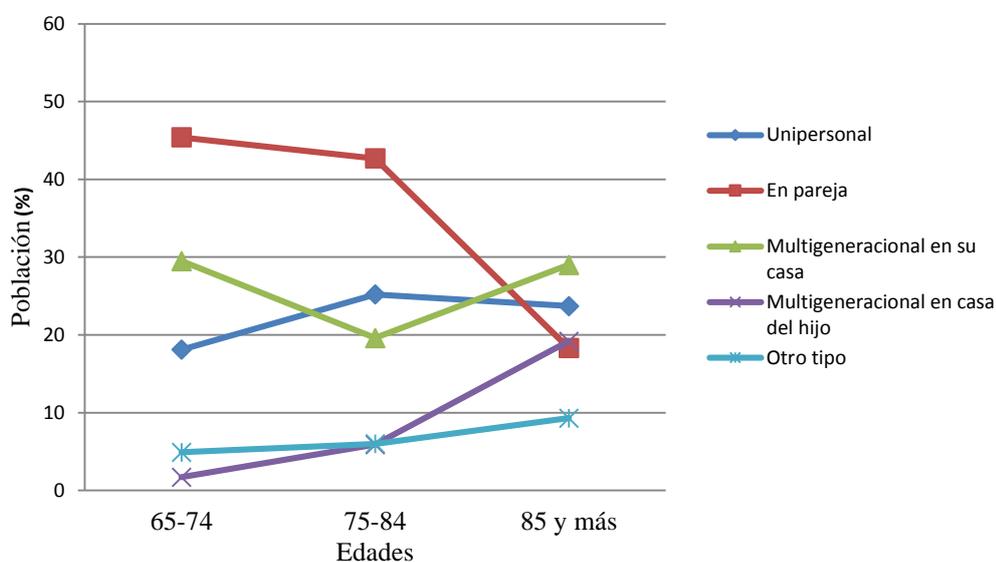
de 2011 informa de que el 48,69 % de las personas de 65 o más años residentes en viviendas vive en hogares formados por dos miembros, mientras que el 21,54 % habita en hogares unipersonales (Iglesias y López, 2014: 165)

La defunción del cónyuge es el principal motivo por el cual conforme asciende la edad va creciendo el porcentaje de personas mayores que viven sin la pareja. Así por ejemplo en el grupo de edad de 65 a 69 años viven solas el 14,45 %, porcentaje que se duplica entre los mayores de 80 años.

Este modo de vida, que afecta más a las mujeres que a los hombres, tiende a expandirse conforme avanza la edad, hasta alcanzar su frecuencia máxima hacia los 85 años para luego disminuir, debido fundamentalmente a los problemas de salud que impiden la vida autónoma (Iglesias y López, 2014: 167) (Gráfico 3)

### Gráfico 3

*Formas de convivencia de las personas de 65 y más años por grupos de edad (2006)*



Fuente: Elaboración propia basada en datos de la Encuesta de condiciones de vida de las personas mayores 2006. Estudio 2.647.

En: Iglesias y López, 2014: 179 (datos numéricos)

En resumen, la sociedad española es una sociedad envejecida, y se prevé que envejecerá aún más a lo largo de las próximas décadas, siendo la Comunidad Autónoma

del Principado de Asturias una de las que se sitúa a la cabeza en este proceso de envejecimiento.

El aumento de la esperanza de vida de la población hace que conforme avanza la edad aumente también el número de ancianos que viven solos, normalmente por situaciones de viudedad, incrementándose en consecuencia su vulnerabilidad ante posibles accidentes, enfermedades crónicas, procesos de demencia, etc., por la falta de apoyos en su entorno inmediato.

## ***2.- ASPECTOS SANITARIOS***

Aunque se debe evitar el caer en el reduccionismo que supone la identificación de “persona mayor” con “enfermedad”, lo cierto es que el proceso natural de envejecimiento conlleva en la persona una serie de cambios morfológicos, funcionales y psicológicos irreversibles, debido a la disminución de la reserva funcional de los distintos órganos y sistemas, que la hacen muy sensible a circunstancias que, como la enfermedad, exigen un sobreesfuerzo al organismo, (Marín, 2003: 28)

La demencia, en sus distintas tipologías (Enfermedad e Alzheimer, demencia vascular, demencia mixta, etc.), constituye “la principal causa de discapacidad y dependencia en el anciano, y conlleva un morbilidad y mortalidad muy importantes, lo que supone un coste económico, social y sanitario de primera magnitud, que principalmente recae en los familiares” (Prieto (et al.) 2011: 4)

La Organización Mundial de la Salud define la demencia como “un síndrome – generalmente de naturaleza crónica o progresiva– caracterizado por el deterioro de la función cognitiva (es decir, la capacidad para procesar el pensamiento) más allá de lo que podría considerarse una consecuencia del envejecimiento normal. La demencia afecta a la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación” (OMS 2015: en línea)

Prieto (et al.) completan esta definición con las consecuencias sociales de la demencia, que no contempla la definición de la OMS “(...) Dicho deterioro conlleva una pérdida de la autonomía del enfermo, que se va haciendo cada vez más dependiente

de los demás, así como un detrimento de la actividad social, laboral y de ocio del paciente y sus cuidadores” (Prieto (et al.) 2011: 3)

La demencia afecta a cada persona de manera diferente, dependiendo del impacto de la enfermedad y de la personalidad del sujeto antes de empezar a padecerla. Tradicionalmente se han diferenciado tres etapas en la evolución de la enfermedad, Estadios I, II y III, que gradúan la sintomatología de la demencia de menor a mayor deterioro intelectual y físico; así lo recogen la propia OMS y la psiquiatría tradicional (OMS, 2015: en línea y Bulbena, 1992: 543-544) Sin embargo hoy en día se han impuesto otras escalas más exhaustivas, como la de Reisberg, que ha sido objeto de numerosas adaptaciones, y que clasifica los estados demenciales en siete grados:

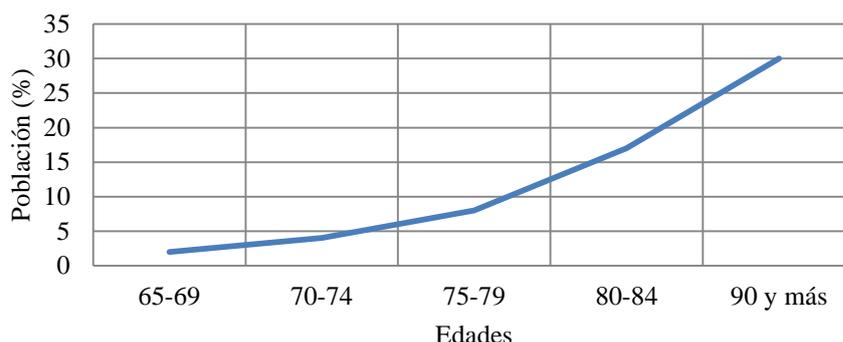
- Grado 1: NDC – No deterioro cognitivo: Las alteraciones son sólo psicométricas y leves. La queja principal es de tipo emocional, y las quejas cognitivas, si las hay, son secundarias.
- Grado 2: DCMI – Deterioro cognitivo muy incipiente: Las quejas de disfunción cognitiva son ya prominentes. La persona se ha vuelto olvidadiza y está preocupada por ello. Los exámenes clínicos rutinarios de estado mental son negativos.
- Grado 3: DCI – Deterioro cognitivo incipiente: La persona pierde objetos de valor y empieza a dar evidencias de disfunción cognitiva detectables por sus amigos y familiares. Con frecuencia manifiesta intensa ansiedad en relación con su incapacidad creciente para recordar o para desempeñar rutinas. Sin embargo puede pasar desapercibido en exámenes superficiales.
- Grado 4: DC – Deterioro cognitivo: La persona es con frecuencia incapaz de desarrollar actividades habituales, su concentración es deficiente y puede olvidar detalles de su propia historia personal. A pesar de la evidencia parece no darse cuenta de su deterioro. Su afectividad es en apariencia aplanada y sosegada. El deterioro es evidente en una exploración medianamente competente.
- Grado 5: DCA – Deterioro cognitivo avanzado: La persona presenta fallos marcados de concentración y de todas las funciones mnémicas. Puede perderse, incapaz de encontrar su camino en lugares familiares. Ocasionales crisis de agitación, precipitadas por razones poco claras. Diagnóstico evidente tras una somera exploración de estado mental.
- Grado 6: DCMA – Deterioro cognitivo muy avanzado: La persona presenta una disfunción de casi todos los sistemas cognitivos, con marcada desorientación e incapacidad para las tareas más simples. Episodios confusionales y psicóticos, son síntomas delirantes y alucinatorios.
- Grado 7: DCT – La persona se mantiene averbal y necesitada de asistencia y custodia total. (González (et al.) 1991: 284)

Resulta difícil encontrar datos epidemiológicos sobre la incidencia y prevalencia de las demencias, debido a los distintos métodos diagnósticos y de recogida de datos que se utilizan. Además se sospecha que existen numerosos casos de demencia sin diagnosticar en sus estadios iniciales.

De acuerdo con los datos existentes a nivel mundial, la prevalencia media de la demencia es del orden del 6,5 % en el grupo de personas mayores de 65 años (González (et al.) 1991: 282). Si atendemos a la prevalencia por grupos de edad ésta se sitúa por debajo del 2% entre los ancianos con edades comprendidas entre 65 y 69 años, duplicándose este valor cada cinco años hasta alcanzar valores entre el 10% y el 17% en el grupo de 80 a 84 años, llegando a valores del 30% por encima de los 90 años (Prieto (et al.) 2011: 9) (Gráfico 4)

**Gráfico 4**

*Prevalencia de la demencia a nivel mundial, por grupos de edad (2007)*



Fuente : Elaboración propia basada en datos de Förstl H., Maelicke A., Weichel C., editors (2007). Demencia. J&C Ediciones Médicas  
En Prieto (et al.) 2011: 9

En el año 2004 había en España 431.000 personas diagnosticadas de algún tipo de demencia, aunque se calcula una cifra superior por el número de casos que quedan sin diagnosticar; por tanto, si las previsiones de envejecimiento poblacional son correctas, se calcula que en 2030 la cifra alcanzaría casi los 600.000 enfermos, y en 2050 cerca del millón (Prieto (et al.) 2011: 12)

En resumen, la demencia en sus distintas variantes afecta fundamentalmente a las personas mayores, aumentando su incidencia en las edades más avanzadas, provocando en quienes la padecen un progresivo deterioro intelectual y físico que les hace cada vez más dependientes.

Teniendo en cuenta el patrón demográfico actual, caracterizado por el envejecimiento poblacional y el aumento de la esperanza de vida, el síndrome demencial se convierte en un problema socio-sanitario de primer orden.

### ***3.- ASPECTOS JURÍDICOS***

La persona anciana en España, como no podría ser de otro modo, es sujeto de todos los derechos y libertades que le concede la legislación española, la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por España.

Así la Constitución Española, a lo largo del el Título I reconoce valores como la dignidad de la persona y los derechos inviolables que le son inherentes, derechos fundamentales como la integridad física y moral, la libertad, el honor, la intimidad personal y familiar, la elección libre de residencia o la tutela judicial efectiva. Incide además el artículo 9.2. en que “Corresponde a los poderes públicos promover las condiciones para que la libertad del individuo y de los grupos en que se integra sea real y efectiva”.

La persona, desde el punto de vista jurídico, tiene dos cualidades principales: la capacidad jurídica y la capacidad de obrar.

1.- La capacidad jurídica no se otorga por el ordenamiento jurídico, sino que se reconoce a toda persona por el mero hecho de serlo; es la misma durante toda la vida, uniforme e inmune a gradualidades o modificaciones.

2.- La capacidad de obrar es la posibilidad real del ejercicio de los derechos y del cumplimiento de las obligaciones. Se presume en toda persona mayor de edad.

Por tanto, “toda persona, con independencia de su aparente capacidad para razonar o de su estado mental o psíquico es persona capaz civilmente hablando, con capacidad jurídica, que le es inherente a la propia personalidad, y capacidad de obrar, que se le presume” (Martínez, 2003: 6)

El ordenamiento jurídico español recoge la posibilidad de limitar la capacidad de obrar de la persona mediante la “incapacitación”, figura definida en el artículo 200 del Código Civil: “Son causas de incapacitación las enfermedades o deficiencias persistentes de carácter físico o psíquico que impidan a la persona gobernarse por sí misma”.

Al tratarse de un asunto tan grave y con consecuencias tan trascendentes para la libertad de la persona, el ordenamiento jurídico impone que la incapacitación sólo puede ser declarada por un juez mediante sentencia, “la cual además de fijar el alcance y los límites de la incapacitación, tiene que estar motivada y razonada” (Martínez 2003: 11).

El Código Civil no determina las enfermedades o deficiencias que dan lugar a la incapacitación pero exige que las mismas, y así ha sido tenido en cuenta en toda la jurisprudencia, sean “persistentes” en el tiempo, y que “impidan el autogobierno” de la persona, término genérico que deja abierta a la interpretación judicial el alcance de determinadas conductas como constitutivas o no de incapacitación. (Martínez, 2003: 9)

Hay que tener en cuenta además que la legislación establece la posibilidad de declaración de incapacidad parcial de la persona, cuando el juez estime que el demandado puede realizar determinados actos y tomar determinadas decisiones por sí solo, pero que para actos de mayor complejidad necesita el auxilio de otra persona. En este caso la sentencia debe especificar qué actos puede el incapaz realizar por sí mismo, y para qué actos necesita asistencia.

No obstante, no debe olvidarse que la incapacitación “tiene como finalidad principal proteger a la persona, y se justifica por esta ausencia o disminución del discernimiento” (Camino, 2003: 2) Por tanto “hay que entenderla en un sentido positivo, pues tiene por finalidad posibilitar que personas sin capacidad, o con su capacidad disminuida, puedan actuar a través de sus representantes legales” (Cabezas (et al.) 2006: 28)

La incapacitación implica siempre el nombramiento de la persona o entidad que va a representar o, en su caso, asistir al incapaz en todos los ámbitos de la vida o en aquellos establecidos expresamente en la sentencia de incapacidad. El Código Civil contempla dos instituciones distintas para ejercer la guarda una persona mayor de edad declarada incapaz: la tutela y la curatela. El tutor es el representante legal de la persona tutelada, por lo que los actos que efectúe el incapaz sometido a tutela sin la asistencia de su tutor carecerán de validez legal. El curador sin embargo no es el representante legal del incapaz, sino que su misión es asistirle y complementar su capacidad en los actos que éste no pueda realizar por sí mismo (Cabezas (et al.) 2006: 47-51)

El artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil establece que la declaración de incapacidad puede ser promovida por “el presunto incapaz, el cónyuge o quien se encuentre en una situación de hecho asimilable, los descendientes, los ascendientes o los

hermanos”. Este artículo recoge también el deber del Ministerio Fiscal de promover la declaración de incapacidad si las personas anteriormente mencionadas no existieran o no la hubieran solicitado, extendiendo además este deber a las “autoridades y funcionarios públicos” que, por razón de sus cargos, conozcan la existencia de posible causa de incapacitación en una persona, quienes deberán ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal. También se recoge la facultad de cualquier persona para poner en conocimiento del Ministerio Fiscal los hechos que pudieran determinar una posible incapacitación.

Como señala Santos Urbaneja, el colectivo de Trabajadores Sociales, por su profesión y cercanía, suelen ser los primeros que detectan o reciben la noticia de la existencia de una persona mayor en situación de desamparo y aquejada por problemas mentales que necesita ayuda (Santos, 2004: 3). En base al artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil cuando el Trabajador Social se encuentra ante una situación de este tipo tiene el deber de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal.

En ocasiones, la gravedad de la situación de desamparo en la que se encuentra la persona mayor aconseja tomar medidas inmediatas sin esperar la sentencia de incapacidad. La Ley de Enjuiciamiento Civil, en su artículo 762, recoge para estos casos la posibilidad del tribunal de adoptar las medidas que estime necesarias para la protección del presunto incapaz o de su patrimonio, medidas que el juez puede adoptar de oficio o a instancia de parte en cualquier estado del procedimiento de incapacitación.

Existe por tanto una figura intermedia entre la persona capaz y la incapaz, que sería el “presunto incapaz”. Santos Urbaneja explica este estadio afirmando que “cuando media un informe médico que pone de manifiesto la existencia de una patología mental que afecta de modo notable a la capacidad de decisión, la presunción de capacidad se torna en presunción de incapacidad” por lo que “nadie puede escudarse para no actuar en el hecho de que la persona no se encuentra judicialmente incapacitada, pues la situación de “incapacidad presunta” obliga a ello” (Santos, 2004: 3 y 4)

Ejemplos de medidas cautelares habituales son: el internamiento no voluntario en centro médico-psiquiátrico, el seguimiento de un tratamiento médico adecuado, el nombramiento de un administrador provisional de los bienes del presunto incapaz o la indisponibilidad de las cuentas bancarias. (Cabezas (et al.) 2006: 33)

La posibilidad del internamiento no voluntario por razón de trastorno psíquico, cuando la persona no está en condiciones de decidirlo por sí misma, aparece

desarrollada en el artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, que viene a establecer dos procedimientos diferenciados en función de la urgencia del internamiento.

1.- Procedimiento ordinario: se requiere autorización judicial previa al internamiento, que será recabada del tribunal del lugar donde resida la persona afectada. Santos Urbaneja propone que “un ingreso no será urgente cuando las circunstancias del caso permitan demorarlo 15 ó 20 días, que es la duración media del procedimiento judicial” (Santos, 2004: 9)

2.- Procedimiento de urgencia: se prevé su utilización exclusivamente en los casos en que razones de urgencia hagan necesaria la inmediata adopción de la medida de internamiento. En este caso el responsable del centro en que haya tenido lugar el internamiento deberá dar cuenta de éste al Juzgado lo antes posible y, en todo caso, dentro del plazo de 24 horas. El tribunal por su parte dispondrá de un plazo máximo de 72 horas desde que tenga conocimiento del internamiento para ratificar o no la medida.

Ocasionalmente pueden presentarse problemas a la hora de proceder al internamiento involuntario, por la oposición de la persona que va a ser internada. “En estos casos, si todas las iniciativas de persuasión fracasan, se puede solicitar el auxilio de las Fuerzas de Seguridad y de los bomberos para entrar en el domicilio (...) para que colaboren en la contención del mayor por el tiempo mínimo imprescindible y procurando la máxima discreción y el menor perjuicio” (Santos, 2004: 7)

La Ley Orgánica 2/1986 de Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado recoge, en su artículo 11.1 como una de sus funciones “auxiliar y proteger a las personas y asegurar la conservación y custodia de los bienes que se encuentren en situación de peligro por cualquier causa”; asignando en su artículo 53.1 a los Cuerpos de Policía Local la función entre otras de “cooperar en la resolución de conflictos privados cuando sean requeridos para ello”.

Aunque los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado sólo pueden entrar en los domicilios en los casos permitidos por la Constitución y en los términos que fijen las leyes, la propia Ley Orgánica 1/1992 sobre Protección de la Seguridad Ciudadana recoge en su artículo 21.3 que “Será causa legítima suficiente para la entrada en domicilio la necesidad de evitar daños inminentes y graves a las personas y a las cosas en supuestos de catástrofe, calamidad, ruina inminente u otros semejantes de extrema y urgente necesidad”. Por lo tanto en estos casos las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad pueden entrar en el domicilio sin necesidad de autorización judicial, si bien, según

añade el artículo 21.4 “remitirán sin dilación el acta o atestado que redactaren a la autoridad judicial competente”. (Cabezas (et al.) 2006: 33)

En resumen, las personas mayores en España gozan de todos los derechos y libertades contemplados en nuestro ordenamiento jurídico, presumiéndoseles la capacidad jurídica y la capacidad de obrar. No obstante, cuando la persona padezca limitaciones persistentes que le impidan gobernarse por sí misma, puede limitársele su capacidad de obrar mediante sentencia judicial de incapacitación, siendo deber del Trabajador Social informar al Ministerio Fiscal cuando tenga conocimiento de la existencia de un presunto incapaz. La legislación contempla incluso la posibilidad de los tribunales de adoptar medidas cautelares previas a la incapacitación cuando la situación de riesgo de la persona se valore como grave. Una de estas medidas es el internamiento involuntario, que puede incluso realizarse sin autorización judicial previa en situaciones de extrema urgencia, pudiendo recabarse la colaboración de las fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado en caso de necesidad.

#### ***4.- ASPECTOS SOCIALES.***

La demencia conlleva por definición un deterioro del grado de autonomía del paciente, determinando que la persona afectada pase un tiempo, más o menos prolongado en función de su supervivencia, en situación de discapacidad y dependencia. Según la Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia realizada por el INE en 2008, la tasa de discapacidad se sitúa en España en el 89,7 %, ocupando la demencia el quinto lugar en cuanto a frecuencia de diagnósticos. (Prieto (et al.) 2011: 17)

La persona afectada por un proceso demencial pronto comienza a depender de los cuidados de otra persona, en el 85 % de los casos un pariente cercano (Prieto (et al.) 2011: 18), al que se suele denominar “cuidador principal”.

Conforme la enfermedad va avanzando, la funcionalidad del paciente se va deteriorando, incrementándose la presión sobre el cuidador principal y apareciendo la “sobrecarga”. Se calcula que el paciente con enfermedad de Alzheimer, por poner un ejemplo, llega a precisar unas 70 horas de cuidados a la semana, donde se incluyen la atención a sus necesidades básicas de alimentación, higiene, etc., el control de la medicación, los cuidados sanitarios y el manejo de síntomas, y eventuales situaciones de conflicto.

Debido a esta sobrecarga los cuidadores muestran una incidencia considerable de la frecuencia de enfermedades psicológicas y físicas, con mayores niveles de estrés, “ansiedad y depresión, síntomas somáticos, sensación de aislamiento social, peores niveles de salud auto-percibida, y precisan de atención psicológica y consumo de fármacos psicotrópicos en mayor medida que la población general, además de disponer de menos tiempo para llevar a cabo sus propias actividades”. (Prieto (et al.) 2011: 35)

Como consecuencia de todo esto suele producirse una importante merma en la calidad de vida del cuidador, que tiene consecuencias directas en la calidad de vida del enfermo. De hecho éste es uno de los factores de riesgo para la institucionalización del paciente con demencia, siendo la principal variable predictora del ingreso. En España la tasa anual de institucionalización de los enfermos con demencia es del 10,5 %. (Prieto (et al.) 2011: 18)

No obstante, las quejas fundamentales de los cuidadores se centran, más que en la sobrecarga en sí, en la falta de información sobre la enfermedad que reciben de los médicos y en la escasez de apoyos proporcionados por las instituciones.

La atención del paciente con demencia es compleja, y como mínimo tridimensional, ya que se basa al menos en tres pilares fundamentales: la familia, el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales. Estos últimos ofrecen al enfermo y sus cuidadores una red de recursos básicos y especializados, independientes de la red sanitaria, con sus propias limitaciones en cuanto a alcance de las prestaciones, listas de espera, lentitud en la tramitación, etc.

El aumento de este tipo de patologías, así como otras enfermedades crónicas generadoras de dependencia, obligan a reorientar el modelo de atención sanitaria tradicionalmente centrado en la curación de procesos agudos hacia otro modelo que conceda importancia al “cuidar”, y en el que será imprescindible la coordinación con el sistema de Bienestar Social.

La coordinación sociosanitaria se puede definir como un “conjunto de acciones encaminadas a ordenar los sistemas sanitario y social para ofrecer una respuesta integral a las necesidades de atención sociosanitaria que se presentan simultáneamente en las personas que padecen situaciones de dependencia”. (Rodríguez, 2004: 514)<sup>2</sup>

---

<sup>2</sup> Definición de Sancho Castiello, T. y Rodríguez Rodríguez, P.: Política social de atención a las personas mayores. *Gerontología Conductual*, vol. I, Ed. Síntesis, 1999.

De acuerdo con el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (D.G. del IMSERSO y D.G. de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud 2011: 254) la coordinación debe garantizar:

1. Una atención integral e interdisciplinar: biológica, psicológica y social.
2. Una atención global: prevención, asistencia curativa, cuidados y rehabilitación.
3. La complementariedad intersectorial: medidas sanitarias y sociales coordinadas.
4. Calidad relacional: atención humanizada y cuidado del control del entorno.

Pero para lograr resultados eficaces deben darse además determinadas condiciones:

1ª) Los participantes deben tener la sensación de que todos, personas u organizaciones, obtienen algún beneficio con la coordinación.

2ª) Debe existir un sistema de comunicación abierto que favorezca el reconocimiento de la responsabilidad de cada participante en la solución del problema, y que ésta pueda suponer un trabajo adicional o con algunas variaciones.

3ª) Los participantes deben reconocer que todos están implicados en la resolución de un problema común, y que por tanto requiere una solución conjunta.

3ª) Debe quedar muy claro desde el principio cuáles son los límites que una institución o profesional no deben pasar. (Martínez (et al.) 1996: 272-273)

El Trabajo Social tiene como seña de identidad la intervención ante realidades pluridimensionales, en las que el profesional es sólo una parte dentro de la multiplicidad de actores y recursos que deben articularse para afrontar la complejidad de las situaciones con las que trabaja, y cuyas claves fundamentales son: el sujeto, su entorno, la organización de servicios y la colectividad (Escartín y Suárez 1994: 111) El Trabajo Social se configura por tanto como la profesión idónea para liderar procesos de cambio complejos, como es el avance hacia un modelo de atención sociosanitaria integral.

### **III.- PROPUESTA DE PROYECTO**

El proyecto debe iniciarse con un ejercicio de imaginación: imaginar una situación nueva que suponga un cambio, una mejora que transforme una realidad con la que no nos sentimos satisfechos (...) Pero no se puede quedar en un deseo utópico: la idea que motiva un proyecto consiste en imaginar un cambio posible (García y Ramírez, 2006: 7)

A modo de recordatorio, el presente proyecto de intervención pretende implantar un nuevo procedimiento de trabajo en equipo para dar una respuesta global, rápida y ágil a la necesidad de las personas mayores aquejadas de una posible demencia de disponer de un marco de convivencia personal y social adecuado, desde una perspectiva interdisciplinar en la que estarán presentes el sistema sanitario, el social y, en su caso, el judicial, en la Comunidad Autónoma del Principado de Asturias.

#### ***1.- DESTINATARIOS***

La población diana a la que se dirige este proyecto son las personas mayores de 65 años residentes en el Principado de Asturias afectados por algún síndrome demencial en cualquiera de sus fases.

Teniendo en cuenta que en el año 2012 residían en Asturias 244.489 personas mayores de 65 años<sup>3</sup>, y que la prevalencia mundial de la demencia, de acuerdo con los datos de González (et al.) anteriormente expuestos, se sitúa en torno al 6,5%, se estima que el número de beneficiarios potenciales del proyecto asciende a 15.892 personas.

#### ***2.- OBJETIVOS***

##### ***➤ Objetivo general***

Proporcionar una protección social integral al anciano afectado por algún síndrome demencial, mediante la implementación de un procedimiento de intervención coordinado entre el sistema sanitario y el de bienestar social.

---

<sup>3</sup> Fuente: INE: INEBASE: Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2012.

➤ **Objetivos específicos**

1. Detección precoz de los ancianos afectados por algún tipo de demencia.
2. Aplicar el tratamiento médico y los recursos sociales más adecuados en cada fase de la enfermedad, realizando un seguimiento periódico de su evolución.
3. Reforzar las redes de apoyo social del anciano, informando y formando a la familia sobre la enfermedad y apoyando la reorganización del sistema familiar.
4. Prevenir situaciones de desprotección del anciano, movilizandolos recursos sociales y sanitarios adecuados con agilidad, en un tiempo:
  - ⇒ Inferior a 1 mes para:
    - Grados demenciales de 1 a 3 en ausencia de apoyo social.
    - Grados demenciales de 4 a 6 con presencia de apoyo social.
  - ⇒ Inferior a 2 semanas para:
    - Grados demenciales de 4 a 6 en ausencia de apoyo social.
    - Grado demencial 7 con presencia de apoyo social.
5. Resolver situaciones de desamparo de los ancianos más vulnerables, movilizandolos recursos sociales, sanitarios y jurídicos necesarios en un tiempo inferior a 1 semana.

### **3.- PROCESO DE EJECUCIÓN**

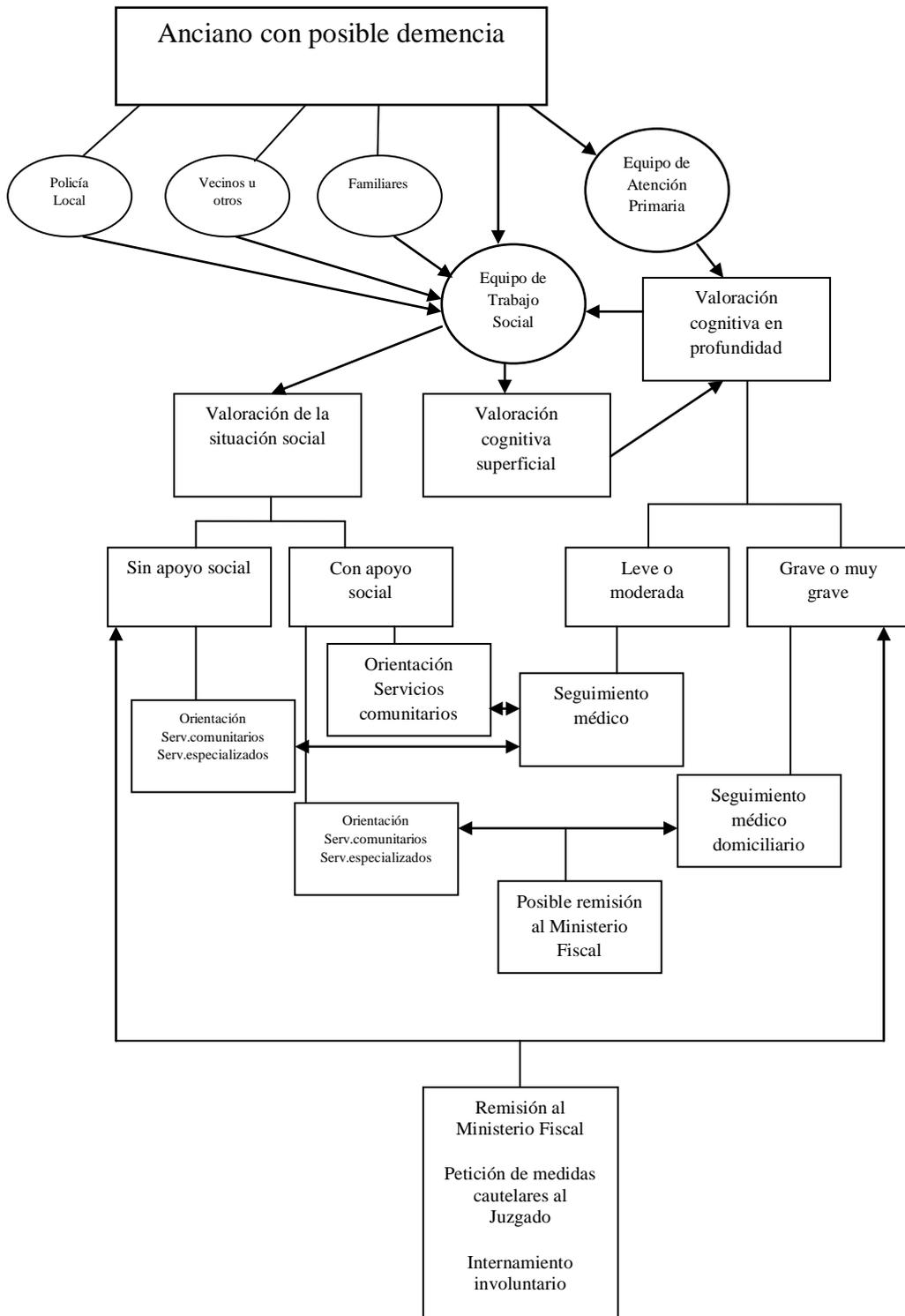
#### **1.- Detección y diagnóstico clínico.**

El protocolo de intervención se pone en marcha cuando alguno de los profesionales implicados, Equipo de Atención Primaria sanitaria o Equipo de la Unidad de Trabajo Social de zona, detecta la existencia de un anciano aparentemente aquejado por un síndrome demencial. (Gráfico 5)

Es posible que sea el propio anciano quien tenga la iniciativa de consultar con un profesional, habitualmente su Médico de Atención Primaria, cuando nota los primeros síntomas de deterioro cognitivo (normalmente fallos de memoria), pero es más frecuente que sean los familiares directos del anciano quienes realicen esa primera consulta cuando los síntomas de deterioro son más evidentes.

En algunas ocasiones la demanda llega a través de vecinos o conocidos del anciano, e incluso a través de la Policía Local. En este caso el receptor de la demanda

**Gráfico 5**  
**Proceso de Ejecución**



suele ser el Trabajador Social de zona, y sucede normalmente cuando se trata de ancianos que viven solos, sin apoyos familiares, y en los que los síntomas de deterioro cognitivo son muy evidentes.

#### *1.1.- Recepción de la demanda por el Trabajador Social de zona.*

Cuando la demanda es recibida por el Trabajador Social de zona éste realizará una primera valoración del estado cognitivo del anciano en las dependencias de los Servicios Sociales municipales. El *Mini Mental State Examination* de Folstein, adaptado a nuestro país por Lobo y colaboradores, es un test sencillo sobre el que se ha contrastado su “fiabilidad, validez, sensibilidad, especificidad, poder discriminativo y rapidez de aplicación” (Rodríguez y Valdivieso, 1999: 74) (Anexos: documento 1)

No obstante algunos autores consideran este test poco sensible para detectar la demencia en sus estadios iniciales por lo que, en caso de que se obtengan puntuaciones superiores a 24 la valoración deberá completarse con la *Escala de Demencia de Blessed*, ya que es un test muy sensible, especialmente indicado en estadios precoces de la enfermedad (Rodríguez y Valdivieso, 1999: 76-77). Este test cuantifica la capacidad para realizar algunas actividades de la vida diaria, pero también los cambios en la personalidad y conducta del anciano observados por sus familiares, por lo que serán éstos quienes faciliten la información necesaria al trabajador social para completar el test. (Anexos: documento 2)

Una vez que el Trabajador Social ha comprobado la presencia de un proceso demencial derivará el caso al Equipo de Atención Primaria, que será el encargado de realizar una valoración cognitiva y sanitaria en profundidad del anciano. Para ello cumplimentará la “Ficha de Diagnóstico” incluida en los Anexos (Documento 3)

#### *1.2.- Recepción de la demanda por el Médico de Atención Primaria.*

Cuando la demanda es recibida por el Médico de Atención primaria, bien sea por consulta directa del anciano o su familia, o bien por la recepción de la “Ficha de Diagnóstico” remitida por el Trabajador Social, éste, solo o con el apoyo del personal de enfermería, realizará una valoración cognitiva en profundidad del anciano mediante la exploración clínica, con los instrumentos disponibles desde la atención primaria, y los test que considere más adecuados.

Con esta valoración cognitiva el Médico de atención primaria deberá realizar un diagnóstico fiable del grado de demencia en que se encuentra el anciano en la “Escala de Reisberg” (pag. 15 del presente documento). Todo ello sin perjuicio de que, según

criterio médico, el anciano sea derivado a servicios médicos especializados para un mejor diagnóstico y tratamiento, lo que tampoco paralizaría la aplicación del protocolo de intervención.

Una vez concluida la valoración cognitiva el Equipo de Atención Primaria de salud remitirá la “Ficha de Diagnóstico” completa al Equipo de Trabajo Social de zona (Anexos: documento 3)

## ***2.- Diagnóstico social.***

Una vez confirmado el diagnóstico clínico, el Equipo de Trabajo Social de zona, formado por Trabajador Social y Educador Social realizará una valoración de la situación social del anciano.

Los aspectos fundamentales a valorar son:

- La autonomía del anciano para realizar las actividades, básicas e instrumentales, de la vida diaria.

Existen numerosas escalas validadas para medir la dependencia física de la persona pero, con el fin de dar homogeneidad a las valoraciones efectuadas por distintos profesionales, se utilizarán dos escalas sencillas pero lo suficientemente exhaustivas para lo que se pretende:

- *Índice de Barthel*, para medir la dependencia en la realización de las actividades básicas de la vida diaria: alimentación, baño, vestido, aseo personal, deposición, micción, uso del retrete, traslado sillón-cama, deambulación y escalones. (Anexos: documento 4)
  - *Escala de Lawton*, para medir la dependencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria: uso del teléfono, compras, preparación de comida, cuidado de la casa, lavado de ropa, uso de medios de transporte, responsabilidad sobre la medicación y uso del dinero. (Anexos: documento 5)
- El apoyo social de que dispone el anciano.

Aunque también existen escalas para medir el apoyo social y la carga del cuidador, como afirman Rodríguez y Valdivieso “la mera existencia de relaciones sociales no garantiza por sí misma la provisión de apoyo, ya que pueden existir relaciones sociales amenazantes para el individuo” (Rodríguez y Valdivieso, 1999: 79), por lo que la valoración del apoyo social se realizará

mediante entrevistas abiertas con el anciano y su entorno inmediato (familia, vecinos, cuidador externo, etc.) Esta valoración deberá contemplar al menos los siguientes aspectos:

- Características estructurales de la familia.
  - Distribución de funciones.
  - Relaciones previas entre los miembros.
  - Percepción familiar de la situación.
  - Hábitos del anciano.
  - Identificación del cuidador principal (o su ausencia).
  - Estado de salud del cuidador.
  - Expectativas de vida del cuidador (con especial atención a la sobrecarga).
  - Apoyos que reciben el anciano y el cuidador.
- Características de la vivienda y de su entorno geográfico, incluyendo equipamientos: siempre que el anciano lo permita, se verificarán in situ las condiciones del domicilio.
- Situación económica y patrimonial del anciano.
- Situación jurídica del anciano (procesos previos de incapacitación, autotutela, etc.)

### ***3.- Plan de Intervención***

Realizada la valoración cognitiva y la valoración de la situación social del anciano el Equipo Sociosanitario, formado por el Equipo de Atención Primaria de salud (médico y enfermero del anciano) y el Equipo de Trabajo Social de zona (trabajador social y educador social) diseñarán un Plan de Intervención conjunto, cuyo contenido estará determinado por la confluencia de las siguientes variables:

- La fase clínica en que se encuentre el proceso demencial.
- El grado de autonomía funcional del anciano.
- El apoyo social con que cuenta el anciano.

Las restantes variables analizadas en el diagnóstico social (situación económica, jurídica y de la vivienda y su entorno) tendrán influencia a la hora de aplicar los recursos sociales disponibles.

El Plan de Intervención contemplará como mínimo: las actuaciones que llevará a cabo cada profesional implicado, individualmente y en equipo, la temporización de las actuaciones y la periodicidad de las reuniones de equipo para el seguimiento del caso,

teniendo siempre presente que el objetivo general de la intervención profesional es la protección social del anciano.

- Funciones de los profesionales:
  - *Equipo de atención primaria de salud (Médico y Enfermero):* seguimiento clínico de la evolución del proceso demencial.
  - *Enfermero y Educador Social:* información al anciano y su familia sobre las características de la enfermedad y su evolución, realizando un trabajo educativo y preventivo.
  - *Equipo de Trabajo Social de zona (Trabajador Social y Educador Social):* intervención social encaminada a potenciar los recursos internos sociofamiliares, alentando la reorganización del sistema familiar, intentando evitar la figura del “único cuidador principal” y, en palabras de Boada y Robles, promoviendo el “cuidado del cuidador” (Boada y Robles 2009: 59)
  - *Trabajador Social de zona:* información al anciano y su familia sobre los recursos sociales adecuados para la atención del anciano y del cuidador, y tramitación de aquellos que el anciano acepte: Servicio de Ayuda a Domicilio, Teleasistencia Domiciliaria, Centro de Día, Centro Residencial, Recursos del Sistema de Atención a la Dependencia, eliminación de barreras arquitectónicas etc.
  - *Trabajador Social de zona y Médico de atención primaria:* información a la familia sobre las medidas de protección jurídica adecuadas para garantizar el control del anciano (incapacitación y nombramiento de tutor o curador), así como el modo de solicitarlas. Se realiza exclusivamente cuando el paciente se encuentre en los grados más avanzados del proceso demencial.
- Temporización de las actuaciones: la temporización de las distintas actuaciones que contemple el plan de intervención variará en función de las características de cada caso, pero debe seguir dos premisas básicas:
  - La revisión clínica del estado cognitivo del anciano tendrá una periodicidad mínima:

⇒ Para enfermos de grado 1 a 4: periodicidad semestral.

⇒ Para enfermos de grado 5 a 7: periodicidad trimestral.

- Los recursos sociales que se apliquen para la protección del anciano deberán intentar respetar los tiempos designados en el objetivo específico nº4 del proyecto.

- Periodicidad de las reuniones de equipo: la periodicidad de las reuniones de equipo también vendrá determinada por las características y la evolución de cada caso. Con carácter general se establece una periodicidad mínima semestral.

Una premisa imprescindible para el trabajo en equipo es la comunicación. Para facilitar la comunicación entre los miembros del equipo las actuaciones que vayan llevando a cabo los distintos miembros serán recogidas en un instrumento común, la “Ficha de Seguimiento” (Anexos: documento 6)

Cuando el anciano se encuentre en las últimas fases del proceso demencial, grados 5 a 7, el Equipo Sociosanitario deberá plantearse la posible incorporación al plan de intervención de instrumentos de protección de carácter jurídico. La decisión acerca de esta cuestión vendrá determinada fundamentalmente por la presencia de conductas de riesgo en el anciano y por el apoyo social de que disponga.

Constituyen conductas de riesgo habituales en las fases avanzadas de trastornos demenciales: el vagabundeo, tendencia a las fugas, persecución del cuidador, resistencia al cuidado, agresividad y combatividad física, conductas socialmente inadecuadas (desinhibición sexual, desnudarse en lugares inadecuados...) (Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid 2004: 1-2) En los casos de ancianos que viven solos y con carencia de apoyos sociales constituyen también conductas de riesgo otras mucho más básicas como: falta de alimentación o consumo de alimentos en mal estado, acumulación de basuras, carencias extremas de higiene corporal, del vestido y de la vivienda, olvido de aparatos eléctricos encendidos, fugas de gas, nula o incorrecta ingesta de medicamentos, incapacidad para manejar el dinero, etc.

Cuando el Equipo Sociosanitario detecte la presencia de conductas de riesgo en el anciano, para sí mismo o para terceros, orientará a los familiares encargados de su cuidado hacia la interposición de demanda de incapacitación en el Juzgado de Primera Instancia correspondiente o, en su defecto, hacia la comunicación de las circunstancias

del anciano al Ministerio Fiscal, con vistas a que éste promueva la declaración de incapacidad, de acuerdo con el artículo 757 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

En el caso de que la familia no desee iniciar acciones judiciales, el Trabajador Social de zona y el Médico de atención primaria conjuntamente pondrán los hechos en conocimiento del Ministerio Fiscal, atendiendo al deber exigido a las autoridades y funcionarios públicos en el mismo artículo de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

Naturalmente, cuando el anciano viva solo y carezca de familiares cercanos, se dará directamente el paso de comunicación de la situación al Ministerio Fiscal.

En algunas ocasiones, el anciano que vive solo o incluso acompañado de familiares con algún tipo de patología mental grave, vive una situación de desamparo tal que pone en peligro su propia vida y la de otras personas. En estos casos el Equipo Sociosanitario, además de poner la situación en conocimiento del Ministerio Fiscal, actuará conforme al artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, solicitando al Juzgado de primera instancia de la zona la adopción de medidas cautelares para la protección del anciano, que normalmente consistirán en el internamiento en centro residencial adecuado.

En los casos en que la gravedad de la situación es tal que el Equipo Sociosanitario valora la inconveniencia de esperar la finalización del procedimiento judicial (dos o tres semanas), el Médico de atención primaria procederá, conforme a la misma Ley, al ingreso forzoso del anciano en centro hospitalario, recabando la ayuda de los Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado si fuera necesario.

#### ***4.- DISEÑO METODOLÓGICO.***

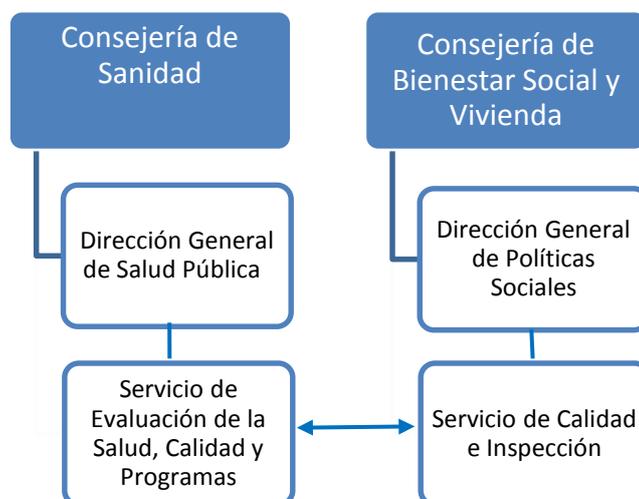
##### ***➤ Organización.***

El proyecto será dirigido conjuntamente por la Consejería de Sanidad y la Consejería de Bienestar Social y Vivienda del Principado de Asturias, a través de las Direcciones General de Salud Pública y de la Dirección General de Políticas Sociales.

El equipo responsable de la dirección técnica del proyecto estará formado dos técnicos de grupo A, uno adscrito al Servicio de evaluación de la salud, calidad y programas de la Dirección General de Salud Pública, y otro adscrito al Servicio de calidad e inspección de la Dirección General de Políticas Sociales, respetando así el principio de co-responsabilidad desde el inicio. (Gráfico 6)

## Gráfico 6

Organización: Dirección del proyecto



Fuente: Elaboración propia.

### ➤ *Difusión.*

Los actores últimos responsables de la ejecución del proyecto serán los Equipos de atención primaria, tanto del Sistema Sanitario como del de Bienestar Social (Equipos Sociosanitarios), por lo que la difusión del proyecto entre estos profesionales es requisito previo imprescindible para lograr la eficacia del mismo.

Para su difusión se realizará una presentación del proyecto a los responsables de cada Área Sanitaria y Área de Servicios Sociales, que en Asturias son coincidentes, a la que asistirán el Gerente de Atención Primaria y el Coordinador del Equipo Territorial de cada área.

Ellos serán a su vez los encargados de la presentación conjunta del proyecto a los Centros de Salud – Centros Municipales de Servicios Sociales de su área respectiva, a la que asistirá el Coordinador de cada Centro de Salud y el Coordinador / Director de cada Centro Municipal de Servicio Sociales, que podrá ser sustituido por el responsable del Programa de Mayores o de Dependencia en los centros de mayor tamaño, en los que existen figuras de responsabilidad intermedias.

Los Coordinadores / Directores de cada centro se ocuparán de la presentación conjunta del proyecto a los profesionales que intervendrán directamente con los ancianos destinatarios del mismo, es decir: Equipos de Atención Primaria de Salud, formados por Médico y Enfermero, y Equipos de las Unidades de Trabajo Social de

zona, formados por Trabajador Social y Educador Social. Ellos constituirán los Equipos Sociosanitarios. (Gráfico 7)

**Gráfico 7**

*Proceso de difusión del proyecto*



Fuente: Elaboración propia.

➤ **Metodología.**

La base metodológica del presente proyecto de intervención es “el trabajo en equipo”, que va mucho más allá de la mera coordinación sociosanitaria.

La intervención sanitaria y social que se realiza en el proyecto, consideradas individualmente, no difieren de la que se aplica para el tratamiento de otras patologías o problemáticas sociales, lo que aporta un valor añadido a la intervención profesional es:

- La sistematización de los procesos de trabajo dentro del marco del proyecto, es decir, la intervención ordenada basada en un diagnóstico médico y social completo y en el logro de unos objetivos.
- El trabajo en equipo, en el que cada miembro asume su propia responsabilidad en el logro de unos objetivos comunes.

El equipo es la suma de personas unidas por el deseo de lograr objetivos compartidos y entre los que prevalecen los procesos de cooperación sobre los de competencia. El trabajo en equipo es la acción individual dirigida que, al tratar de conseguir los objetivos compartidos, no pone en peligro la cooperación y con ello robustece la cohesión del equipo de trabajo. (Cucurella 1999: 97)<sup>4</sup>

Para la implementación del proyecto se utilizarán las siguientes técnicas de trabajo:

<sup>4</sup> Definición de Carreño, Pablo A. (1991): Equipos. Madrid: AC.

- Técnicas de registro de datos: ficha de diagnóstico inicial, ficha de seguimiento, ficha de evaluación, historia clínica del paciente, historia social del usuario.
- Técnicas de diagnóstico: Minimental State Examination (Miniexamen cognoscitivo), Escala de demencia de Blessed, Escala de Barthel, Escala de Lawton, entrevistas abiertas, observación del domicilio y pruebas clínicas (a decidir por cada Equipo de Atención Primaria)
- Técnicas de comunicación: entrevistas de carácter formativo – terapéutico, reuniones de equipo, para elaborar el plan de intervención y para el seguimiento periódico y extraordinario de casos.

#### **5.- CRONOGRAMA**

El proyecto de intervención, por sus especiales características, se desarrollará a lo largo de tres años consecutivos y tres meses, correspondiendo los tres primeros meses a la fase previa de difusión del mismo entre los profesionales.

Transcurridos los tres años el proyecto desaparecería como tal, entendiendo que los servicios participantes en el mismo habrán incorporado la metodología de trabajo que se propone a su rutina de funcionamiento habitual, por lo que el hecho de que sus dinámicas normales de trabajo sigan formando parte de un proyecto dejaría de tener sentido.

#### **6.- RECURSOS**

##### ➤ **Recursos humanos.**

- ⇒ Dirección del proyecto: un Técnico de grupo A adscrito al Servicio de Evaluación de la salud, Calidad y Programas de la Dirección General de Salud Pública, y un Técnico de grupo A adscrito al Servicio de Calidad e Inspección de la Dirección General de Políticas Sociales
- ⇒ Difusión previa del proyecto: Gerentes de Atención Primaria de las áreas sanitarias, Coordinadores de Equipos Territoriales de las áreas de Servicios Sociales, Coordinadores de los Centros de Salud y Coordinadores / Directores de los Centros Municipales de Servicios

Sociales, Responsables del Programa de Mayores o Dependencia de los Servicios Sociales Municipales, Médicos de Atención Primaria, Enfermeros de Atención Primaria, Trabajadores Sociales de zona y Educadores Sociales de zona.

⇒ Ejecución del proyecto: Médicos de Atención Primaria, Enfermeros de Atención Primaria, Trabajadores Sociales de zona, Educadores Sociales de zona y Auxiliares Administrativos.

➤ **Recursos materiales y técnicos**

⇒ Instalaciones: Salón de Actos del Edificio de Servicios Múltiples del Principado de Asturias, Salón de Actos de las Gerencias de Atención Primaria, Salón de Actos de las Casas de Cultura municipales, Centros de Salud, Centros Municipales de Servicios Sociales, Sede de la Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Asturias, Juzgados de Primera Instancia.

⇒ Mobiliario: mobiliario existente en las dependencias utilizadas por los profesionales.

⇒ Maquinaria: ordenador, teléfono, fax, escáner, fotocopidora, vehículos del Servicio de Salud del Principado de Asturias, vehículos municipales.

⇒ Software informático: programa informático para la evaluación del proyecto, internet, correo electrónico cifrado.

⇒ Material fungible: bolígrafos, papel, tinta de impresora, tóner de fotocopidora, material médico.

➤ **Recursos económicos.**

⇒ Recursos específicos: los únicos recursos económicos que se destinan expresamente al proyecto son:

- Gastos de difusión: imprenta y desplazamiento de los participantes. Se estima un coste de 4.000 €
- Gastos de evaluación: software informático. Se estima un coste de 11.000 €

⇒ Recursos asignados: la mayor parte de los costes económicos del proyecto se derivan de la dedicación al mismo de los recursos humanos y materiales con que ya cuentan el Servicio de Salud del

Principado de Asturias y de los distintos Ayuntamientos. Resulta pues difícil realizar una estimación de los costes salariales en función del número de horas dedicadas al proyecto, gastos de materiales, desplazamientos, etc. Se estima un coste anual asignado de 15.000 €  
El coste total del proyecto ascendería por tanto a 60.000 € distribuidos en:

- Recursos específicos: 15.000 €
- Recursos asignados: 45.000 €(15.000 €anuales)

### **7.- EVALUACIÓN.**

De acuerdo con el título y el objetivo general del proyecto, la evaluación debe servir para averiguar hasta qué punto se ha conseguido proteger socialmente al anciano con demencia, y hasta qué punto esa protección ha tenido un carácter integral, es decir, ha sido consecuencia de la intervención conjunta del sistema de bienestar social, del sistema sanitario y, ocasionalmente, del judicial.

#### **➤ Aspectos a evaluar.**

Para extraer conclusiones válidas sobre una cuestión a priori tan subjetiva se evaluarán los aspectos de la intervención que se consideran más útiles y significativos:

- La incidencia de la demencia, con variables descriptivas de la población atendida en el proyecto.
- El esfuerzo profesional realizado por los miembros del equipo, para averiguar el tiempo invertido por cada profesional en el proyecto.
- La eficacia del proyecto, es decir sus logros concretos en la aplicación de recursos sociales, sanitarios y jurídicos.
- La eficiencia del proyecto, es decir la relación entre los resultados obtenidos en la aplicación re recursos sociales, sanitarios y jurídicos y el tiempo empleado para conseguirlos.
- El trabajo en equipo, tanto con variables cuantitativas de esfuerzo conjunto como cualitativas, al objeto de ir introduciendo mejoras en el programa, dada su novedosa metodología.

➤ **Indicadores.**

1.- *Incidencia de la demencia.*

- Porcentaje de población atendida en el proyecto:  
$$\frac{\text{Población atendida en el proyecto}}{\text{Población} \geq 65 \text{ años}} \times 100$$
- Porcentaje de población atendida en el proyecto distribuida por:
  - Sexo
  - Grupos de edad
  - Estado civil
  - Nacionalidad
  - Convivencia (sólo o acompañado)
  - Grado de demencia (en la Escala de Reisberg)
  - Apoyo social (con o sin apoyo)
  - Con valoración de desamparo

2.- *Esfuerzo profesional.*

- Seguimiento médico: ratio de consultas médicas por anciano.  
$$\frac{\sum \text{consultas médicas}}{\text{Población atendida en el proyecto}}$$
- Seguimiento social: ratio de consultas sociales por anciano.  
$$\frac{\sum \text{consultas sociales}}{\text{Población atendida en el proyecto}}$$
- Intervención familiar: ratio de tiempo dedicado a la formación e intervención familiar por anciano con recurso de intervención familiar.  
$$\frac{\sum \text{horas de formación e intervención familiar}}{\sum \text{ancianos con recurso de intervención familiar}}$$

3.- *Eficacia del proyecto: aplicación de recursos de protección.*

- Derivación a servicios sanitarios especializados:  
$$\frac{\sum \text{derivaciones a Neurología}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$$
  
$$\frac{\sum \text{derivaciones a Salud Mental}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$$
  
$$\frac{\sum \text{derivaciones a otros servicios especializados}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$$

- Acceso a recursos de apoyo social:
  - $\frac{\sum \text{ancianos con Ayuda a Domicilio}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{ancianos con Teleasistencia domiciliaria}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{ancianos con Centro de Día}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{ancianos con otros recursos sociales}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{ancianos derivados a Centro residencial}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{ancianos derivados a otros Servicios Sociales especializados}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{ancianos con Intervención Familiar}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
- Intervención del sistema judicial.
  - $\frac{\sum \text{casos comunicados al Ministerio Fiscal}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{casos con petición de medidas cautelares}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$
  - $\frac{\sum \text{casos de internamiento involuntario}}{\text{Población atendida en el proyecto}} \times 100$

4.-Eficiencia del proyecto: agilidad en el acceso a los recursos de protección.

- Tiempo medio de tramitación de recursos sociales (en días)
  - $\frac{\sum \text{días de tramitación de cada recurso}}{\sum \text{recursos tramitados}}$
- Grado de cumplimiento del objetivo nº 4 (1ª parte) del proyecto:
  - $\frac{\sum \text{ancianos grados 1-3 sin apoyo social} + \sum \text{ancianos grados 4-6 con apoyo social que han obtenido el recurso social} < 1 \text{ mes}}{\sum \text{ancianos grados 1-3 sin apoyo social} + \sum \text{ancianos grados 4-6 con apoyo social solicitantes de recursos sociales}} \times 100$
- Grado de cumplimiento del objetivo nº 4 (2ª parte) del proyecto:
  - $\frac{\sum \text{ancianos grados 4-6 sin apoyo social} + \sum \text{ancianos grado 7 con apoyo social que han obtenido el recurso social} < 2 \text{ semanas}}{\sum \text{ancianos grados 4-6 sin apoyo social} + \sum \text{ancianos grado 7 con apoyo social solicitantes de recursos sociales}} \times 100$
- Grado de cumplimiento del objetivo nº 5 del proyecto:
  - $\frac{\sum \text{ancianos en desamparo con medida jurídica} < 1 \text{ semana}}{\sum \text{ancianos en desamparo}} \times 100$

5.- *Trabajo en equipo: intensidad y valoración del equipo.*

- Tiempo dedicado al trabajo en equipo: valores absolutos y ratio de horas mensuales.
  - Número de reuniones del Equipo Sociosanitario.
  - $\sum$  duración trabajo conjunto profesionales salud y profesionales de Servicios Sociales en un año (en horas )  
12 meses del año
  - $\sum$  duración de las reuniones del Equipo Sociosanitario en un año (en horas )  
12 meses del año
- Valoración subjetiva del proyecto.
  - Opinión de los profesionales.
  - Problemas detectados.
  - Propuestas de mejora.

➤ ***Documentos para el registro de datos.***

Con la finalidad de no sobrecargar a los profesionales del Equipo Sociosanitario con la recogida de datos, los documentos de registro que se utilizarán para la evaluación serán los que se han empleado para la inclusión del paciente / usuario en el proyecto y para el seguimiento del mismo, es decir: la Ficha de Diagnóstico Inicial (Anexos: documento 3) y la Ficha de Seguimiento (Anexos: documento 6).

Los datos necesarios para la evaluación se completarán con otros datos de la historia clínica de los pacientes registradas en el soporte informático del Servicio de Salud del Principado de Asturias y de la ficha social de los usuarios de Servicios Sociales registrados en el sistema informático SIUSS.

La valoración subjetiva del proyecto por parte de los profesionales implicados se realizará mediante una breve encuesta que elaborará el equipo responsable de la gestión del proyecto en la Administración autonómica del Principado de Asturias.

Todos los datos serán incorporados al programa informático que a tal efecto aporte la dirección técnica del proyecto.

➤ ***Gestión de la evaluación.***

La gestión de la evaluación corresponde a los responsables de la dirección técnica del proyecto, es decir, personal técnico del Servicio de evaluación de la salud, calidad y programas de la Dirección General de Salud Pública y del Servicio de calidad e inspección de la Dirección General de Políticas Sociales.

La evaluación tendrá un carácter anual.

# ANEXOS

## Documento 1: Mini Mental State Examination (MMSE)

Nombre: \_\_\_\_\_ Varón [ ] Mujer [ ] Fecha: \_\_\_\_\_  
 F. nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_ Estudios/Profesión: \_\_\_\_\_ N. Hª: \_\_\_\_\_ Observaciones: \_\_\_\_\_

<p>¿En qué año estamos? 0-1            ¿En qué estación? 0-1            ¿En qué día (fecha)? 0-1            ¿En qué mes? 0-1            ¿En qué día de la semana? 0-1</p>	<p><b>ORIENTACIÓN            TEMPORAL (Máx.5)</b></p>	
<p>¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1            ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1            ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1            ¿En qué provincia estamos? 0-1            ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p>		<p><b>ORIENTACIÓN            ESPACIAL (Máx.5)</b></p>
<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Arbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.            Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1            (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	<p><b>Nº de repeticiones            necesarias</b></p> <p><b>FIJACIÓN-Recuerdo            Inmediato (Máx.3)</b></p>	
<p>Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.            30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1            (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)</p>		<p><b>ATENCIÓN-            CÁLCULO            (Máx.5)</b></p>
<p>Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.            Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1            (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)</p>	<p><b>RECUERDO diferido            (Máx.3)</b></p>	
<p><b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.            Lápiz 0-1 Reloj 0-1  <b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero"            (o "En un trigal había 5 perros") 0-1</p>		

<p><b>.ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "<i>coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo</i>".</p> <p>Coge con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1</p> <p><b>.LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "<i>Cierre los ojos</i>".</p> <p>Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1</p> <p><b>.ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1</p> <p><b>.COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1</p>	<p><b>LENGUAJE (Máx.9)</b></p>	
<p><b>Puntuaciones de referencia:</b></p> <p><b>27 o más: normal</b></p> <p><b>24 o menos: sospecha patológica</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><b>12-24: deterioro</b></p> <p style="padding-left: 40px;"><b>9-12 : demencia</b></p>		<p><b>Puntuación Total</b> <b>(Máx.: 30 puntos)</b></p>

## Documento 2: Escala de Demencia de Blessed

	Total	Parcial	Ninguna
<b>Actividades de la vida diaria</b>			
1. Incapacidad para realizar tareas domésticas	1	½	0
2. Incapacidad para el uso de pequeñas cantidades de dinero	1	½	0
3. Incapacidad para recordar pequeñas listas (p. ej. compras)	1	½	0
4. Incapacidad para orientarse en casa	1	½	0
5. Incapacidad para orientarse en calles familiares	1	½	0
6. Incapacidad para interpretar el entorno (saber si está en casa o en el hospital, distinguir entre pacientes, médicos, enfermeras, otros pacientes, etc.)	1	½	0
7. Incapacidad para recordar hechos recientes (salidas, visitas)	1	½	0
8. Tendencia a recordar el pasado	1	½	0
<b>Hábitos</b>			
9. Comer			
Limpiamente, con los cubiertos adecuados			0
Desaliñadamente, solo con la cuchara			1
Sólidos simples (p. ej. Galletas)			2
Necesita que le den la comida			3
10. Vestirse			
Se viste sin ayuda			0
A veces se equivoca (p. ej. con los botones)			1
Errores en la secuencia, con frecuencia se olvida algo			2
Incapaz de vestirse			3
11. Control de esfínteres			
Normal			0
Incontinencia urinaria ocasional			1
Incontinencia urinaria frecuente			2
Doble incontinencia			3

<b>Personalidad y conducta</b>	<b>SÍ</b>	<b>NO</b>
	1	0
13. Egocentrismo aumentado	1	0
14. Pérdida de interés por los sentimientos de otros	1	0
15. Afectividad embotada	1	0
16. Descontrol emocional (irritabilidad, susceptibilidad)	1	0
17. Hilaridad inapropiada	1	0
18. Respuesta emocional disminuida	1	0
19. Indiscreciones sexuales (de reciente aparición)	1	0
20. Falta de interés por las aficiones habituales	1	0
21. Disminución de la iniciativa o apatía progresiva	1	0
22. Hiperactividad no justificada	1	0

**Las puntuaciones parciales superiores a 4 puntos son indicativas de deterioro mental**

**PUNTUACION A:** \_\_\_\_\_

**PUNTUACION B:** \_\_\_\_\_

**PUNTUACION C:** \_\_\_\_\_

**Puntuación TOTAL:** \_\_\_\_\_

### Documento 3: Ficha de diagnóstico inicial

#### **FICHA DE DIAGNÓSTICO INICIAL**

**Cumplimentada por:**

**Fecha:**

Trabajador/a Social:

Médica/o de Atención Primaria:

Enfermera/o:

**Nombre y apellidos:**

**DNI / NIE:**

**Nº Seguridad Social:**

**Domicilio:**

**Teléfono:**

**Sexo:**

**Fecha de nacimiento:**

**Estado civil:**

**Nacionalidad:**

**Convivencia:**

Vive solo

Vive acompañado

Cónyuge

Hijos

Nietos

Otros familiares:

Otras personas:

**Pruebas diagnósticas aplicadas:**

Por el/la Trabajador/a Social (en caso de ser el receptor de la demanda):

Por el Equipo de Atención Primaria:

**Diagnóstico del Trabajador Social (en caso de ser el receptor de la demanda):**

**Diagnóstico del Equipo de Atención Primaria:**

Escala de Reisberg: Grado \_\_\_\_

**Observaciones:**

**Firmas:**

Trabajador Social de Zona

Equipo de Atención Primaria

## Documento 4: Escala de Barthel

<b>ALIMENTACION</b>	
Independiente. Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable	10
Ayuda. Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc	5
Dependiente	0
<b>BAÑO</b>	
Independiente. Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo.	5
Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente.	
Dependiente	0
<b>VESTIDO</b>	
Independiente. Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé si es preciso	10
Ayuda. Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable	5
Dependiente	0
<b>ASEO PERSONAL</b>	
Independiente. Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeite y maneja el enchufe si utiliza maquina eléctrica	5
Dependiente	0
<b>DEPOSICION</b>	
Continente. NO presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por si solo.	10
Incontinente ocasional. Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios.	5
Incontinente	0
<b>MICCION</b>	
Continente. No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende su cuidado solo	10
Incontinente ocasional. Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector	5
Incontinente	0

<b>USO DEL RETRETE</b>	
Independiente. Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda	10
Ayuda. Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse o ponerse y quitarse la ropa	5
Dependiente	0
<b>DEAMBULACION</b>	
Independiente. Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas	15
Ayuda. Puede caminar al menos 50 metros pero necesita ayuda o supervisión	10
Independiente en silla de ruedas. Propulsa su silla de ruedas al menos 50 metros	5
Dependiente	0
<b>ESCALONES</b>	
Independiente. Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye en la barandilla	10
Ayuda. Necesita ayuda física o supervisión.	5
Dependiente	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>	

**Puntuaciones obtenidas:**

**< 20 puntos: Dependencia total**

**20-35 puntos: Dependencia severa**

**40-55 puntos: Dependencia moderada**

**≥ 60 puntos: Dependencia ligera**

**100 puntos: Autonomía**

## Documento 5: Escala de Lawton

<b>A. Capacidad para usar el teléfono</b>	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números bien conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono en absoluto	0
<b>B. Ir de compras</b>	
1. Realiza todas las compras necesarias con independencia	1
2. Compra con independencia pequeñas cosas	0
3. Necesita compañía para realizar cualquier compra	0
4. Completamente incapaz de ir de compras	0
<b>C. Preparación de la comida</b>	
1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia	1
2. Prepara las comidas adecuadas si se le dan los ingredientes	0
3. Calienta, sirve y prepara las comidas o las prepara pero no mantiene una dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
<b>D. Cuidar la casa</b>	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional (p. ej. trabajos duros, ayuda doméstica)	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar los platos o hacer las camas	1
3. Realiza las tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	0
4. Necesita ayuda con las tareas de la casa.	0
5. No participa en ninguna tarea doméstica	0
<b>E. Lavado de ropa</b>	
1. Realiza completamente el lavado de ropa personal	1
2. Lava ropas pequeñas, aclara medias, etc.	1
3. Necesita que otro se ocupe de todo el lavado	0

<b>F. Medio de transporte</b>	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxis, pero no usa otros transportes públicos	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Solo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros	0
5. No viaja en absoluto	0
<b>G. Responsabilidad sobre la medicación</b>	
1. Es responsable en el uso de la medicación en las dosis correctas y a las horas correctas	1
2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
<b>H. Capacidad de utilizar el dinero</b>	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuestos, rellena cheques, paga recibos y facturas, va al banco), recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc	1
3. Incapaz de manejar dinero	0
<b>Puntuación ( De un máximo de 8)</b>	

- Aunque el máximo de puntuación es 8, es preciso tener en cuenta que cuando la persona a la que se valora es hombre, hay que asegurarse si procede hacer las preguntas referidas a tareas domésticas, ya que el anciano puede no haberlas hecho nunca debido a pautas culturales.

## Documento 6: Ficha de seguimiento

### FICHA DE SEGUIMIENTO

**Nombre y apellidos:**

**DNI / NIE:**

**Grado de demencia:**

**Profesionales de atención:**

Trabajador/a Social:

Educador/a Social:

Médica/o de Atención Primaria:

Enfermera/o:

**Intervenciones** (Recoger la duración de la intervención cuando se realice:

- Formación e intervención sociofamiliar.
- Trabajo conjunto profesional de salud + profesional de bienestar social
- Reuniones del Equipo Sociosanitario.

**Fecha:**

**Profesionales:**

**Texto:**

**Fecha:**

**Profesionales:**

**Texto:**

**Fecha:**

**Profesionales:**

**Texto:**

**Fecha:**

**Profesionales:**

**Texto:**

## BIBLIOGRAFIA

- Boada Rovira, Mercè y Robles Bayón Alfredo (editores) (2009): Documento Sitges 2009. Capacidad para tomar decisiones durante la evolución de una demencia: reflexiones, derechos y propuestas de evaluación. Barcelona: Glosa S.L.
- Bulbena, A. (1992): “Demencias”, en Vallejo Ruiloba, J. (director), *Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría*, Barcelona: Masson-Salvat Medicina.
- Cabezas Moyano, Antonio (et. al.) (2006): Guía práctica y otras actuaciones en beneficio de las personas con discapacidad. Jaén: Fundación Jienense de Tutela.
- Camino Garrido, Victoria (2003): “La incapacitación de las personas mayores”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº8. [Fecha de publicación 30/05/2003].  
<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/camino-incapacitación-01.pdf>, acceso 29 de diciembre de 2014.
- Consejería de Sanidad y Consumo de la Comunidad de Madrid (2004): “Recomendaciones para el manejo de síntomas psicopatológicos y alteraciones de conducta asociadas a demencia en ancianos”. Madrid, *Recomendaciones farmacoterapéuticas en Salud Mental*, nº2 [Fecha de publicación: marzo de 2004]  
<http://www.madrid.org/cs/satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2F>, acceso 8 de febrero de 2015.
- Curueña Fábrega, E. (1999) “Introducción al trabajo interdisciplinar en gerontología”, en Bermejo García, Lourdes ((directora), *Atención Sociosanitaria para Personas Mayores Dependientes*, Las Palmas de Gran Canaria: Consulting Dovall.
- Dirección General del IMSERSO y Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud (Dirección del Proyecto) (2011): Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Madrid: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.
- Escartín Caparrós, María José y Suárez Soto, Esperanza (1994): Introducción al Trabajo Social I. Historia y Fundamentos teórico-prácticos. Alicante: Aguaclara.
- García Herrero , Gustavo y Ramírez Navarro, José Manuel (2006) Manual Práctico para elaborar Proyectos Sociales. Madrid: Siglo XXI
- González de Rivera, J.L. (et al.) (1991): “La demencia y su detección precoz” en Bobes, J. (editor), *Gerontopsiquiatría y Psicogeriatría*, Madrid: Arana.

- Iglesias de Ussell, Julio y López Doblas, Juan (2014): Participación social, formas de vida, relaciones sociales y la forma de envejecer en Fernández Muñoz, Jesús Norberto (coordinador) *Las personas Mayores en España. Informe 2012. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Marín, J.M. (2003): “Envejecimiento”. *Salud Pública y Educación para la Salud* nº3 (1): 28-33.
- Martínez Maroto, Antonio (2003): “La incapacitación”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº11 [Fecha de publicación 01/12/2003] <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/martinez-incapacitación-01.pdf>, acceso 29 de diciembre de 2014.
- Martínez Román, M<sup>a</sup> Asunción, Mira-Perceval Pastor, M<sup>a</sup> Teresa y Redero Bellido, Hortensia (1996): “Coordinación de los Servicios Sociales”, en Alemán Brach, M<sup>a</sup> del Carmen y Garcés Ferrer, Jorge (directores), *Administración Social: Servicios de Bienestar Social*, Madrid: Siglo XXI de España editores, S.A.
- Organización Mundial de la Salud (2015): *Temas de salud. Dementia* (en línea) <http://www.who.int/topics/dementia/es>, acceso 24 de enero de 2015.
- Prieto Jurczynska, Cristina (et al.) (2011): “Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias”. Madrid, *Fundación Española de Enfermedades Neurológicas* [Fecha de presentación 21/09/2011] [http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp\\_social\\_alzheimer.pdf](http://www.fundaciondelcerebro.es/docs/imp_social_alzheimer.pdf), acceso 22 de enero de 2015.
- Rodríguez Castedo, Ángel (director) (2004): Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco. Madrid: Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales
- Rodríguez Rodríguez, Pilar y Valdivieso Sánchez, Carmen (1999): “Evaluación gerontológica e instrumentos de valoración”, en Bermejo García, Lourdes (directora), *Atención Sociosanitaria para Personas Mayores Dependientes*, Las Palmas de Gran Canaria: Consulting Dovall.
- Santos Urbaneja, Fernando (2004): “Pautas de actuación en caso de personas mayores que viven solas y no pueden valerse por sí mismas”. Madrid, Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, nº24 [Fecha de publicación 17/11/2004].

<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/santos-pautas-01.pdf> , acceso 26 de diciembre de 2010.

Vidal Domínguez, María Jesús y Fernández Portela, Julio (2014) “Indicadores demográficos”, en Fernández Muñoz, Jesús Norberto (coordinador) *Las personas Mayores en España. Informe 2012. Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas*, Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.