



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

“Programa educativo para el diagnóstico precoz de deterioro cognitivo y su tratamiento no farmacológico en personas mayores”

“Educational programme for an early diagnosis of cognitive impairment and its non-pharmacological treatment in elderly people”

Autora
Beatriz Fabregat Lambán

Directora
Carmen Magdalena Muro Baquero

Grado de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud
Curso académico 2015/2016

Índice

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	5
3. Objetivos.....	10
4. Metodología.....	10
5. Programa de Educación para la Salud	
5.1 Población diana.....	11
5.2 Objetivos del programa.....	12
5.3 Recursos necesarios.....	12
5.4 Método.....	13
5.5 Cronograma y actividades.....	13
5.6 Diagnóstico principal.....	15
5.7 Sesiones	
5.7.1 Sesión 1.....	16
5.7.2 Sesión 2.....	19
5.7.3 Sesión 3.....	22
5.8 Evaluación.....	24
6. Conclusiones.....	25
7. Bibliografía.....	27
8. Anexos.....	31

1. Resumen

Introducción

Actualmente, encontramos un mayor número de personas mayores que sufren deterioro cognitivo debido a un aumento del envejecimiento de la población y esperanza de vida. Esto repercute negativamente en el enfermo, su familia y en el sistema sanitario. Las pérdidas cognitivas cuando estamos ante un proceso edad-dependiente y cuando ante uno patológico son muy similares, dificultando un diagnóstico precoz que permita una disminución de la prevalencia en esta enfermedad. Una de las estrategias empleadas para el retraso de su evolución a formas más graves así como de la dependencia de estas personas son las terapias no farmacológicas, sustentadas en bases teóricas y de eficacia demostrada.

Objetivo principal

Diseñar un Programa de Educación dirigido a los cuidadores principales de personas con quejas subjetivas de memoria pertenecientes al C.S. San José de Zaragoza orientado a aumentar los conocimientos sobre éste diagnóstico, su tratamiento con terapias no farmacológicas y los recursos disponibles en nuestra ciudad.

Metodología

Para su realización se ha llevado a cabo una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas, páginas web y libros.

Conclusiones

Se espera que la aplicación del programa educativo propuesto sea eficaz y permita un aumento del diagnóstico precoz del deterioro cognitivo y un mejor empleo de los recursos en forma de terapia no farmacológica existentes para esta patología.

Palabras clave

"deterioro cognitivo", "deterioro cognitivo leve", "diagnóstico deterioro cognitivo" , "terapia no farmacológica deterioro cognitivo".

Abstract

Introduction

Nowadays, there is an increasing number of elderly people who suffer from cognitive impairment due to the rise in life expectancy and the ageing of population. This has a negative effect on the patient, his or her family and health system. Cognitive function losses when we are facing a process that is dependant on the age and when this process is due to a disease are very similar, making it difficult an early diagnosis which allows a reduction in this disease's prevalence. One of the strategies employed to delay its evolution to serious forms as well as the dependency of these people are non-pharmacological therapies, which are grounded in theoretical and evidence bases.

Main objective

Design an educational programme focused on principal caregivers of elderly people with complains of subjective memory loss who belong to San José health center in Zaragoza. It is oriented to increase the knowledge about this diagnostic, its treatment with non-pharmacological therapies and available resources in our city.

Methodology

For its fulfillment it was made a literature review that has been supported by a research on different scientific databases, web pages and books.

Conclusions

It is expected to be effective the outcome of this educational programme and hope it allows an increasing diagnosis of cognitive impairment as well as a better use of available resources for this disease, mainly in the form of non pharmacological therapy.

Key words

"cognitive impairment" , "diagnosis cognitive impairment", "mild cognitive impairment" y "non pharmacological therapies cognitive impairment".

2. Introducción

Uno de los principales problemas de salud con el cual nos encontramos en las personas mayores es el de los trastornos cognitivos, debido a la repercusión que tiene en el propio enfermo, sus cuidadores, familiares y en el sistema sanitario. Su prevalencia se estima en torno al 10% en nuestro país para personas mayores de 65 años, incrementándose ésta con la edad.¹ Este diagnóstico es una consecuencia directa del aumento del envejecimiento de la población que nuestro país está albergando, así como de la esperanza de vida, que ha llegado a sobrepasar los 80 años para ambos sexos en el 2015.²

El envejecimiento comporta una serie de cambios neuropsicológicos asociados, como es la presencia, en mayor o menor grado, de un deterioro en diversas funciones cognitivas, destacando aquellas que hacen referencia a la memoria, la atención, la velocidad de procesamiento de la información, una lentitud generalizada de las actividades, el lenguaje y las funciones ejecutivas.^{3,4} No obstante, algunas personas llegan a presentar una mayor dificultad en distintas funciones cognitivas, principalmente en la memoria, lo que conlleva una inadecuada realización de actividades básicas de la vida diaria (ABVD). En estos casos, surge la necesidad de valorar si estamos ante un proceso "normal" asociado a la edad y escolaridad, o bien está ligado a un proceso neurodegenerativo, cuya forma más grave sería la demencia, destacando que en un 60-70% es la enfermedad de Alzheimer su etiología principal, entre todas sus posibles causas.^{5,6} (Anexo 1).

Definir los límites en el eje normalidad-demencia sigue siendo uno de los retos a los que las neurociencias se enfrentan actualmente, naciendo así el infradiagnóstico de deterioro cognitivo leve (DCL). Por éste entendemos una "disminución mantenida de las funciones cognitivas que no es suficientemente severa como para ser considerada demencia"⁷ cuyos principios clínicos para el diagnóstico, así como los distintos tipos, fueron aportados por Petersen.⁴ (Anexo 2) Éste aparece entre los 60 y 80 años de edad y su prevalencia en mayores de 70 años está en torno al 15-20% de la población.⁸

En el equipo de Atención Primaria (AP) recae, entre otras funciones, la de discernir y profundizar cuándo estamos ante un DC asociado a la edad y cuándo ante uno patológico, siendo relevante que éste sea detectado en sus fases tempranas (DCL) con el objetivo de realizar un correcto diagnóstico sindrómico y una aproximación, lo más precisa posible, al diagnóstico etiológico.⁹ Además así se favorecería considerablemente el abordaje terapéutico y se retrasaría la evolución a sus formas más graves, que nos llevaría a prevenir la dependencia, un problema que no solo abarca al anciano, sino también a su entorno social y familiar.⁵

El proceso de evaluación comienza en la mayoría de los casos (en un 18,5% de las consultas) atendiendo a las demandas del sujeto o de un familiar por quejas de memoria, pasándose a realizar entonces pruebas de detección y cribaje que nos confirmen si estamos ante un DC edad-dependiente o no. Algunas pruebas relacionadas con las quejas de memoria son el Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE) y el Test del Informador, las cuales podrían alertar a los profesionales sanitarios de una posible sospecha de DC y orientarlos a la necesidad de realizar pruebas neuropsicológicas más precisas para confirmarlo, entre las que destacan el Mini Mental State Examination (MMSE) o la versión española de Lobo (el Mini Examen Cognoscitivo: MEC) y el Test de Pfeiffer. Además se hace uso también del Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) que nos permiten calcular la independencia de estas personas.¹⁰ (Anexo 3).

La diferencia entre un DC asociado a la edad y uno patológico viene resumido en la tabla 1, en función de los resultados obtenidos en la evaluación. Tal y como se observa, las diferencias son mínimas, de ahí la dificultad de su diagnóstico en las primeras fases en su evolución a demencia y la necesidad de una vigilancia continuada al anciano por parte del equipo de AP y familiares.

En lo que al tratamiento del DCL respecta, en las dos últimas décadas se ha comenzado a desarrollar lo que se conoce como Terapias No Farmacológicas (TNF). Todas ellas consisten en un conjunto de intervenciones no químicas y

teóricamente sustentadas, que tienen como finalidad estimular el rendimiento de los procesos cognitivos, mejorar la efectividad, potenciar la independencia en las ABVD y, en última instancia, un incremento de la calidad de vida de los pacientes.^{12,13,14} De todas las TNF caben destacar la estimulación cognitiva, la intervención conductual, el ejercicio físico, la musicoterapia, el entrenamiento en actividades de la vida diaria, la reminiscencia o la relajación muscular, siendo la estimulación cognitiva la que cuenta con el mayor apoyo empírico.^{15,16}

	Ámbito de evaluación	Resultados
DC asociado a la edad	Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE)	Puntuación alta o media-alta
	Pruebas de cribado cognitivo	Rendimiento normal
	Test de Memoria	Rendimiento normal o, incluso, alto
	Escalas de independencia de las ABVD	Independiente en las actividades o sin cambios respecto de su historial.
DCL	Cuestionario de Fallos de Memoria de la Vida Cotidiana (MFE)	Habitualmente quejas elevadas. Paciente y/o familia relatan progresión de la pérdida.
	Pruebas de cribado cognitivo	Rendimiento cognoscitivo general normal, aunque puede caracterizarse como muy ligeramente inferior
	Test de Memoria	<ul style="list-style-type: none"> Alteración objetiva de la memoria $\geq 1,5$ D.E. por debajo de la media en pruebas de memoria episódica verbal o visual. Pérdida $\geq 0,5$ D.E. en evaluaciones sucesivas.
	Escalas de independencia de las ABVD	Independiente en las actividades o sin cambios respecto de su historial.

Tabla 1: Diferencia diagnóstica entre DC asociado a la edad y DCL.⁸

No obstante, no en todos ellos se consigue la mejora de las mismas áreas, sino que alguno de ellos sugiere que los programas orientados hacia una mejoría en las ABVD son más eficaces que aquellos orientados a estimular las funciones cognitivas residuales.¹⁷ Alguno aporta una mayor eficacia en la optimización de la memoria y de la valoración subjetiva que el paciente tiene de ésta¹⁶ frente a otros que argumentan una mejoría en la velocidad de procesamiento y de los olvidos cotidianos, así como de la satisfacción y rendimiento en las ABVD.¹⁹ Además, encontramos también estudios que nos

hablan de una mejora de los síntomas psicológicos (depresión principalmente) y del estado de ánimo de estos pacientes.^{20,21}

A pesar de la eficacia demostrada de estas terapias, se observa en la población general cierta desinformación hacia ellas y los beneficios que aportan ante un DCL, siendo pocas las personas que acuden a éstas y bastantes las que las abandonan antes de tiempo. Esto da lugar a una evolución más rápida de los síntomas haciendo que los ancianos se vuelvan más dependientes y vulnerables y tengan que pasar a ser supervisados por sus familiares (generalmente cónyuge o hijo)¹⁷ o bien institucionalizados. Este asumo de tareas como cuidador, paulatinamente más complejas, sin programación y formación previa originan en la persona responsable de los cuidados un estrés crónico, ansiedad, depresión y problemas físicos, lo que en el ámbito sanitario se conoce como cansancio en el desempeño del rol de cuidador.^{22,23} El DC de un miembro de la familia descompensa el sistema familiar que había implantado observándose una estructura disfuncional que gira únicamente en torno a la persona afectada, por ello hemos de concienciarnos que estamos ante una patología familiar y comunitaria por sus variadas consecuencias.⁸

Dada la complejidad, es preciso un trabajo interdisciplinar en AP que también involucre a los cuidadores principales de estos pacientes que actúe tanto en el diagnóstico precoz del DC, signos y síntomas del anciano como en el entorno social y familiar de éste. Una solución a este problema sería las TNF antes mencionadas, donde encontraríamos una simbiosis: por una parte el anciano con DCL retrasaría su evolución a demencia manteniendo las funciones cognitivas y, por la otra, la asistencia a éstas dejaría espacio para la socialización y dedicación a uno mismo en lo que al cuidador principal respecta, disminuyendo así el problema del estrés anteriormente mencionado.

Como profesionales de enfermería debemos concienciar a la población de la eficacia de un diagnóstico precoz y de las TNF, haciendo partícipes tanto a los pacientes como a sus familiares de los recursos que nuestro país y, más particularmente, nuestra ciudad ofrece ante esta situación.

El presente trabajo pretende aunar la relevancia de una detección pronta en el DC patológico con la eficacia de las TNF en este diagnóstico a través de un programa educativo orientado a cuidadores principales que permita aumentar sus conocimientos y estado de alerta en posibles cambios, así como les proporcione una mayor autonomía en la elección de los cuidados a proporcionar y recursos comunitarios a usar.

3. Objetivos

- Elaboración de un programa de educación para la salud dirigido a los cuidadores principales de personas mayores con quejas subjetivas de memoria.
- Sensibilizar sobre la importancia de un diagnóstico precoz y la eficacia de las TNF en el DC.

4. Metodología

La información recogida sobre el tema elegido es procedente de una revisión de artículos científicos a través del uso de múltiples bases de datos como se demuestra en la tabla 2.

La selección de los artículos ha venido determinada por los siguientes criterios de inclusión: artículos en inglés o español publicados en los últimos 10 años y posibilidad de acceso al texto completo.

Las palabras clave utilizadas han sido: "deterioro cognitivo", "deterioro cognitivo leve", "diagnóstico deterioro cognitivo" , "terapia no farmacológica deterioro cognitivo", "terapia no farmacológica deterioro cognitivo leve" , "cognitive impairment" , "diagnosis cognitive impairment", "mild cognitive impairment" y "non pharmacological therapies cognitive impairment".

Base de datos	Total encontrados	Revisados	Seleccionados
Pubmed	60	27	3
Science Direct	53	31	12
Elsevier	37	17	1
Scielo	18	7	1
TOTAL			17

Tabla 2: Bases de datos utilizadas.

Otros buscadores y recursos utilizados son: Google académico, la página del Instituto Nacional de Estadística (INE)² y la página web oficial de la OMS.⁵

5. Programa de Educación para la salud

5.1 Población diana

El programa va a desarrollarse en el barrio de San José de Zaragoza, tratándose este de un barrio que actualmente alberga a 67.364 habitantes de los cuales 16.170 (24%) corresponden a personas mayores de 64 años de edad.²⁴

Además, presenta una tasa de envejecimiento del 211,18% y de 16,44% de sobre-envejecimiento, así como una tasa de dependencia de casi 55%. De las 25.885 viviendas ocupadas censadas, en más de un 40% encontramos una persona mayor de 64 años.²⁴ (Anexo 4)

Todos estos datos nos evocan a la mente la imagen de un barrio envejecido, donde el deterioro cognitivo estará presente en múltiples ancianos así como pendiente de diagnosticar en ancianos más jóvenes y donde la aplicación de este programa puede llegar a ser enriquecedora tanto para ellos como para sus familiares. La falta de información percibida en este conjuntos de la población nos ha hecho valorar la necesidad de dirigir el programa a los cuidadores principales de personas mayores con quejas subjetivas de memoria con el fin de actualizar los conocimientos respecto al deterioro cognitivo y concienciar de la necesidad de una detección precoz y de la eficacia demostrada de las intervenciones no farmacológicas.

La captación de los asistentes se realizará de manera interdisciplinar en las consultas de medicina, enfermería y trabajo social de Atención Primaria. Serán los profesionales sanitarios quienes deriven a estos cuidadores al programa, atendiendo a los siguientes criterios:

- Cuidador/a principal de una persona mayor de 65 años con quejas subjetivas de memoria insistentes en los últimos 6 meses.
- Obtención de una puntuación menor a 30 puntos en el MEC o menor a 27 en el MME por parte de la persona que sufre el deterioro de la memoria.
- Pertenecientes al C.S. San José de Zaragoza.

En el caso de estar interesados en el programa, deberán enviar su confirmación de asistencia al e-mail de contacto aportado en el tríptico informativo o bien llamando al número de teléfono que aparece en el mismo.

5.2 Objetivos del programa

5.2.1 Objetivo general

- Aumentar los conocimientos sobre el concepto de deterioro cognitivo (DC) y la importancia de su diagnóstico precoz.
- Concienciar y sensibilizar sobre la eficacia de las TNF en este diagnóstico.
- Conocer los diferentes recursos sociales habilitados en el área de Zaragoza para este tipo de pacientes tras las tres semanas del programa.

5.2.2 Objetivos específicos

- Manifestación oral y escrita por parte de los asistentes del correcto aprendizaje de la información básica referente al DC aportada en el programa y de la eficacia de las terapias cognitivas al finalizar éste.

5.3 Recursos necesarios

5.3.1 Humanos

El programa será impartido por dos enfermeros/as, bajo la supervisión de una enfermera del C.S. San José. La elección de que la supervisión corresponda al mismo centro de Salud viene determinada por un intento de aumentar la asistencia al programa al ser alguien conocido por los asistentes.

5.3.2 Materiales

- Salón de actos/sala de reunión del C.S. San José.
- Proyector, ordenador, altavoces, rotuladores y mobiliario adecuado para la exposición del tema así como para la toma de notas por parte de los asistentes (bolígrafos, folios).
- Tríptico para los participantes. (Anexo 5)
- Carteles informativos que serán expuestos tanto en el C.S. San José como en el Centro de Convivencia para Mayores San José. (Anexo 6)
- Encuestas de evaluación y valoración final. (Anexos 7 y 8)

El presupuesto aproximado será de 836€. (Anexo 9)

5.4 Método

Las sesiones constarán de dos partes diferentes: la sesión formativa (1 hora) y 30 minutos para las preguntas, reflexiones y valoración de la sesión. En ambas partes, los enfermeros encargados de la sesión actuarán como dinamizadores.

5.5 Cronograma y actividades

El programa consistirá en 3 sesiones de 90 minutos cada una, realizadas durante el mes de noviembre tal y como muestra el diagrama. En función del número de asistentes se realizarán grupos de 12-15 personas con el fin de crear un ambiente más confidencial donde los asistentes encuentren la atmósfera idónea para preguntar tanto aquellas dudas previas que tengan como las que surjan a lo largo de las sesiones.

Tendrá lugar en el salón de actos del C.S. San José, donde dispondremos las sillas en forma circular para así llegar a todos por igual, reorganizando el mobiliario cuando sea preciso, por ejemplo, durante la proyección de una presentación Power Point. En todas las sesiones se hará uso de un lenguaje adaptado al nivel cultural de los asistentes.

EL tiempo dedicado a cada una de las tareas del programa de salud viene representado gráficamente en el Diagrama de Gantt siguiente:

	2016															
	Septiembre				Octubre				Noviembre				Diciembre			
Actualización del tema	█	█	█	█												
Planificación del Programa					█	█										
Publicidad							█	█	█							
Sesión 1										10						
Sesión 2											17					
Sesión 3												24				
Evaluación													█	█	█	█

Así, las tres sesiones a realizar tendrán por título:

- Sesión 1: " Deterioro cognitivo, ¿qué es y cómo lo identifico?"
- Sesión 2: " Eficacia de las Terapias No Farmacológicas en el DC"
- Sesión 3: " ¿Qué recursos nos ofrece nuestra ciudad?"

5.6 Diagnóstico principal

Debido a que el programa tiene como objetivo general el aumento de los conocimientos en los cuidadores principales sobre el DC que afecta a las personas mayores en lo que a su diagnóstico precoz y TNF para el retraso de su evolución respecta, el principal diagnóstico asociado a esta situación sería:

• Diagnóstico NANDA²⁵

Dominio 5: Percepción/cognición

Clase 4: Cognición

Conocimientos deficientes: Uso de la memoria, el aprendizaje, pensamiento, solución de problemas, abstracción, juicio, introspección, capacidad intelectual, cálculo y lenguaje.

(00126) Conocimientos deficientes r/c falta de interés en el aprendizaje m/p verbalización del problema.

• Indicadores de resultados NOC²⁶

- (1814) Conocimiento: procedimiento terapéutico.
- (1703) Creencias sobre la salud: percepción de recursos.
- (1908) Detección del riesgo.
- (0906) Toma de decisiones.

• Intervenciones NIC²⁷

- (8700) Desarrollo de un programa.
- (5510) Educación sanitaria.
- (5604) Enseñanza: grupo.
- (5618) Enseñanza: procedimiento/tratamiento.
- (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad.

5.7 Sesiones

Sesión 1: “Deterioro cognitivo, ¿qué es y cómo lo identifico?”

Esta primera sesión comenzará a las 10.30 horas y en ella tendrá lugar la primera toma de contacto con los asistentes. Comenzará con una presentación de los enfermeros que van a realizar las sesiones y de una explicación sobre lo que deben esperar del programa que se va a impartir, todo ello de una forma cercana y procurando llamar su atención tal que les parezca ameno y consigamos mantener el interés por su parte. Por ello una vez finalizada la presentación, se proyectará el siguiente vídeo²⁸:



Una vez visualizado, les preguntaremos qué les ha parecido y les haremos escribir en un papel lo que entienden por deterioro cognitivo. Seguidamente la enfermera pasará a leer (esta lectura será de forma anónima) algunas definiciones. Todo ello dará pie a comenzar con la sesión formativa, donde habrá una primera parte sobre actualización del tema a tratar de 1 hora de duración y apoyado sobre la proyección de una presentación Power Point.

En ella se expondrá los siguientes temas:

- Qué es el DC en las personas mayores.
- Proceso patológico del DC.
- Primeras manifestaciones de éste.

- Importancia de su diagnóstico precoz.

La sesión finalizará con media hora de tertulia destinada a que los participantes cuenten sus experiencias directas con el DC, se expongan dudas y aclaraciones.

Se volverá a hacer a los asistentes escribir su concepto de DC, de manera que posteriormente nos permita analizar los conocimientos adquiridos en esta primera sesión.

Carta descriptiva Sesión 1: "Deterioro cognitivo, ¿qué es y cómo lo identifico?"

Contenido temático	Objetivos específicos	Técnica didáctica	Material didáctico	Tiempo
Bienvenida y presentación de los dinamizadores y de cómo se va a estructurar el programa	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente de confianza. • Llegar a todos por igual. • Propiciar y mantener el interés de los participantes. 	Disposición circular del mobiliario.	Folleto informativo del taller (tríptico del programa)	10'
<ul style="list-style-type: none"> • Primera percepción del tema a tratar durante la sesión. • Completo desarrollo del tema, tratando los aspectos más importantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer lo que entienden por deterioro cognitivo. • Actualizar los conocimientos respecto a qué es el DC normal asociado a la edad y cuando estamos ante un proceso neurodegenerativo, primeras manifestaciones e importancia de su diagnóstico precoz . 	<ul style="list-style-type: none"> • Escribir en un papel su autopercepción del concepto de deterioro cognitivo. • Lectura de las definiciones anteriores. • Sesión formativa dinámica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visualización del vídeo "Alzheimer, reconoce la demencia a tiempo" • Papel y bolígrafos. • Power-Point 	10' 40-45'
Charla	Evaluar lo aprendido durante la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Los asistentes tendrán que volver a escribir lo que entienden por DC. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel y bolígrafos 	30'

Sesión 2: “Eficacia de las Terapias No Farmacológicas (TNF) en el DC”

Esta segunda sesión comenzará a la misma hora que la anterior. Iniciaremos preguntando qué tal se encuentran y si ha surgido alguna duda respecto a lo comentado la semana anterior. Una vez finalizada esta parte, pasaremos a escuchar algunas canciones típicas de la época de los asistentes con el fin de que la recuerden, se relajen, canten, incluso bailen si quieren. Después, les preguntaremos cómo se sienten y si les ha evocado recuerdos de su juventud, si se acordaban de la letra, etc.

Todo tiene como finalidad abrir una conversación sobre las TNF basada en lo que ellos mismos han experimentado a través de la actividad de la música. Se les hará ver cómo han trabajado la memoria retrógrada (recordar canciones de otras épocas) así como la memoria inmediata. Además, se les dará a entender que para ello se han ido activando distintas áreas de su cerebro, de manera que vean la repercusión que una simple canción puede llegar a tener en la memoria, por ejemplo.

Esto tiene como objeto que la experiencia aportada por la música les permita extrapolar y entender cómo actúan las TNF en las personas. El hecho de sentirlo uno mismo siempre es más convincente para dar el paso a que lo realice un ser querido.

Esta sesión esta destinada a la explicación de:

- En qué consisten las TNF.
- Distintos tipos de TNF y su indicación.
- Los objetivos que persiguen cada una de ellas.
- La eficacia demostrada en el paciente con DC.

Esta formación tendrá lugar con el mobiliario en disposición circular, como la sesión anterior, para así llegar de forma idéntica a todos los asistentes. De esta misma manera, no consistirá en una formación basada en la técnica de

“aula magistral” sino que vendrá a ser un coloquio/debate donde los enfermeros/as al cargo actuarán como dinamizadores dejando intervalos para las preguntas que puedan surgir al respecto.

Finalmente, se les consultará si ha cambiado su opinión respecto a la sesión a través de un pequeño cuestionario anónimo (Anexo 7), lo cual nos permitirá evaluar si nuestros objetivos han sido cumplidos.

Carta descriptiva sesión 2: "Eficacia de las TNF en el DC"

Contenido temático	Objetivos específicos	Técnica didáctica	Material didáctico	Tiempo
Musicoterapia	Experimentación de lo que sería un tipo de TNF para extrapolar las conclusiones a la aplicación en el DC.	Escuchar canciones conocidas por todos los asistentes que evoquen recuerdos de su juventud	Ordenador con proyector y altavoces.	20'
<ul style="list-style-type: none"> • Qué son las TNF • Tipos de TNF • Objetivos de TNF • Eficacia en el DC 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer lo que son las TNF y distinguir los distintos tipos. • Comprender la eficacia de las TNF en el diagnóstico de DC. • Analizar los objetivos que estas terapias persiguen para discernir en qué momento es mejor cada TNF. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coloquio/debate. • Disposición circular del mobiliario. • Sesión formativa dinámica apoyada visualmente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel y bolígrafos para notas. • Power-Point 	1h
Charla	Evaluar lo aprendido durante la sesión	<ul style="list-style-type: none"> • Rellenar una ficha de evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Papel y bolígrafos 	10'

Sesión 3: “ ¿Qué recursos nos ofrece nuestra ciudad?”

Esta tercera y última sesión se dedicará a dar a conocer los recursos que nuestra ciudad ofrece en forma de ejercicios para el deterioro de la memoria y de TNF. Debido a que en las sesiones anteriores habrán interiorizado todos los conceptos teóricos de ello, se pretende fomentar una autonomía en la elección de una TNF cuando sea preciso en un futuro.

De esta forma, el contenido de la sesión es:

- Recursos habilitados en la red para el DC.
- Recursos disponibles en Zaragoza en forma de TNF y talleres de memoria.

Para abarcar el tema, primero se hará una breve introducción para luego dar paso a lo que se conoce como “Juego de gestión”. Se dividirá a los participantes en grupos de 3-4 personas y se les entregará un caso y un ejemplo de distintas terapias disponibles en Zaragoza en ese momento dado o bien online en forma de juegos de memoria. La dinámica consistirá en que en cada grupo elijan conjuntamente qué terapias consideran más idóneas para cada caso tras una valoración colectiva de éste, es decir, una individualización del tratamiento a la persona. Seguidamente, cada grupo expondrá el caso y argumentarán la terapias o terapias elegidas al resto de los grupos. En estos momentos, las enfermeras serán capaces de evaluar si realmente se han aplicado los conceptos explicados a lo largo del programa de manera adecuada a los diferentes contextos.

Una vez finalizada la actividad, dedicaremos, como al final de cada sesión anterior, un tiempo a resolver dudas y preguntas. También se hará uso de una hoja de valoración para conocer la opinión respecto al programa y si ha cumplido con sus expectativas.

Carta descriptiva sesión 3: "¿Qué recursos nos ofrece nuestra ciudad?"

Contenido temático	Objetivos específicos	Técnica didáctica	Material didáctico	Tiempo
<ul style="list-style-type: none"> -Recursos habilitados en la red para el DC - Recursos disponibles en Zaragoza en forma de TNF y talleres de memoria 	<ul style="list-style-type: none"> • Conocer las distintas opciones disponibles. • Fomentar autonomía para elecciones adecuadas en el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Introducción al tema mostrando algunos ejemplos. • "Juego de gestión" • Exposición conclusiones 	<ul style="list-style-type: none"> • Ordenador con proyector • Papel y bolígrafos para anotar las conclusiones. 	<p>20'</p> <p>30'</p> <p>30'</p>
Charla	<ul style="list-style-type: none"> • Resolver dudas y preguntas • Evaluar lo aprendido durante la sesión 	<ul style="list-style-type: none"> • Rellenar una ficha de evaluación. 	Papel y bolígrafos	10'

6. Evaluación

Para evaluar si se han alcanzado los objetivos y expectativas de los participantes, éstos completarán individualmente una hoja de evaluación al final del mismo consistente en puntuar del 1 al 5 (siendo 1 el mínimo y 5 el máximo) diferentes aspectos del programa: contenido, duración, desarrollo, personal, etc. (anexo 8).

Además, al finalizar cada sesión se había llevado a cabo distintas evaluaciones (anexo 7) que analizaban si se habían logrado los objetivos específicos de cada una de ellas.

Al cabo de un mes, las enfermeras se reunirán para poner en común los resultados obtenidos tanto a través de las distintas formas de evaluación mencionadas previamente como analizando el cumplimiento de los resultados NOC propuestos al comienzo del programa.

7. Conclusiones

En el presente trabajo se ha diseñado un programa educativo dirigido a los cuidadores principales de personas mayores con quejas subjetivas de memoria que abarca la relevancia y necesidad de un diagnóstico precoz en el deterioro cognitivo así como la eficacia demostrada de las terapias no farmacológicas.

Se espera que la aplicación de estas sesiones teórico-prácticas no sólo aumente los conocimientos de sus asistentes sobre este diagnóstico sino que también les proporcione una mayor autonomía en el control y manejo de los recursos disponibles en forma de terapias no farmacológicas. La adquisición de unas competencias básicas para reconocer síntomas propios de una evolución de ésta patología superando los límites de lo que se considera "normal" para una persona mayor también está entre nuestras expectativas, de forma que no se genere un cambio estructural y emocional drástico en las familias en el caso dicho progreso.

Personalmente, considero que su aplicación ayudaría a AP a diagnosticar precozmente un problema de salud que produce un gran impacto bio-psico-social y económico a nuestro sistema de salud.

8. Bibliografía

1. Limón Ramírez E, Argimon Pallàs J. Demencia, deterioro cognitivo leve y valores poblacionales de referencia. Medicina Clínica. 2004;122(19):744-745.
2. Instituto Nacional de Estadística. [Internet]. Ine.es. 2016 [citado 2 May 2016]. Disponible en: <http://www.ine.es>
3. Novoa A, Juárez O, Nebot M. Efectividad de las intervenciones cognitivas en la prevención del deterioro de la memoria en las personas mayores sanas. Gaceta Sanitaria. 2008;22(5):474-482.
4. López Á, Calero M. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Revista Española de Geriátría y Gerontología. 2009;44(4):220-224.
5. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2016 [citado 02 May 2016]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es>
6. Albert i Ros X. Deterioro cognitivo: ¿dónde estamos?. Atención Primaria. 2007;39(4):177-179.
7. Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P, Llanero Luque M, Reinoso García A. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología. 2012;32(2):47-56.
8. Peña A. ¿Qué es el Deterioro Cognitivo Leve? Diagnóstico del DCL y de la Enfermedad de Alzheimer. | Rehabilita Memoria [Internet]. Rehabilitamemoria.es. 2016 [citado 2 May 2016]. Disponible en: <http://www.rehabilitamemoria.es/que-es-el-deterioro-cognitivo-leve-diagnostico-del-dcl-y-de-la-enfermedad-de-alzheimer/>
9. Luque M, Carrasco P, Peña M, Blázquez M, León J. Resultados de la estimulación cognitiva grupal en el deterioro cognitivo leve: estudio

- preliminar [Internet]. ResearchGate. 2014 [citado 3 May 2016]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/266271796_Resultados_de_la_estimulacion_cognitiva_grupal_en_el_deterioro_cognitivo_leve_estudio_preliminar?enrichId=rgreq-90f36c9a-bdcb-4b0a-9ef7-e692636397c8&enrichSource=Y292ZXJQYWdlOzI2NjI3MTc5NjtBUzoxNTcyNDU1NDMyOTcwMzFAMTQxNDUwMTY2NzQzOQ%3D%3D&el=1_x_2
10. Carballo-García V, Arroyo-Arroyo M, Portero-Díaz M, Ruiz-Sánchez de León J. Efectos de la terapia no farmacológica en el envejecimiento normal y el deterioro cognitivo: consideraciones sobre los objetivos terapéuticos. *Neurología*. 2013;28(3):160-168.
 11. Cavallin E, Pagnin A, Vecchi T. Aging and every day memory: the beneficial effects of memory training. *Arch Gerontol Geriatr*, 2003;37(3):241-257.
 12. Cassinello M, Mestre L, Fernández-Ballesteros R. Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema* [Internet]. 2008 [citado 2 May 2016]; 20 (Número 3): 432-437. Disponible en: <http://www.unioviado.es/reunido/index.php/PST/article/view/8678/8542>
 13. Imsero I. CRE Alzheimer. Centro de Referencia Estatal de Atención a Personas con Enfermedad de Alzheimer y otras Demencias de Salamanca :: Terapias No Farmacológicas [Internet]. *Crealzheimer.es*. 2016 [citado 9 May 2016]. Disponible en: http://www.crealzheimer.es/crealzheimer_01/terapias_no_farmacologicas/index.htm
 14. Toribio-Díaz M E, Medrano-Martínez V, Moltó-Jordá JM, Beltrán-Blasco I. Red de cuidadores informales de los pacientes con demencia en la

- provincia de Alicante, descripción de sus características. *Neurología*. 2013; 28:95-102
15. Montesinos Sanz S, Fernández Valdivieso E, Galán Cuevas M, Díez Lázaro C. Relación entre deterioro cognitivo y depresión en población mayor de 65 años. *Atención Primaria*. 2008;40(4):210.
 16. Mimura M, Komatsu S. Cognitive rehabilitation and cognitive training for mild dementia. *Psychogeriatr*. 2007; 7:137-43.
 17. Sitzer DI, Twamley EW, Jeste DV. Cognitive training in Alzheimer's disease: a meta-analysis of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2006;114:75-90
 18. Crespo M, Fernández-Lansac V. Resiliencia en cuidadores familiares de personas mayores dependientes. *Anal. Psicol.* [revista en Internet]. 2015 Ene [citado 5 May 2016] ; 31(1): 19-27. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000100003&lng=es.
 19. Londos E, Boschian K, Lindén A, Persson C, Minthon L, Lexell J. Effects of a goal-oriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: a pilot study. *Am J Alzheimer Dis Other Demen*. 2008;23:177-83.
 20. Picorelli A, Pereira L, Pereira D, Felício D, Sherrington C. Adherence to exercise programs for older people is influenced by program characteristics and personal factors: a systematic review. *Journal of Physiotherapy*. 2014;60(3):151-156.
 21. Kurz A, Pohl C, Ramsenthaler M, Sorg C. Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry*. 2008;24:163-8.
 22. Delgado Parada E, Suárez Álvarez Ó, de Dios del Valle R, Valdespino Páez I, Sousa Ávila Y, Braña Fernández G. Características y factores

- relacionados con sobrecarga en una muestra de cuidadores principales de pacientes ancianos con demencia. SEMERGEN - Medicina de Familia 2014 3; 40(2):57-64
23. Boots L, de Vugt M, Kempen G, Verhey F. Effectiveness of the blended care self-management program "Partner in Balance" for early-stage dementia caregivers: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*. 2016;17(1).
24. Ayuntamiento de Zaragoza. [Internet]. Zaragoza.es. 2016 [citado 5 May 2016]. Disponible en:
<http://www.zaragoza.es/ciudad/observatorio/>
25. Herdnan TH, editor. NANDA international. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2009-2011. Madrid: Elsevier; 2010.
26. Moorhead S, Johnson M, Swanson E, editores. Clasificación de resultados de enfermería (NOC). 4ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
27. Bulechek GM, Butcher HK, McCloskey-Dochterman J, editores. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2009.
28. Alzheimer, reconoce la demencia a tiempo [Internet]. YouTube. 2016 [citado 9 May 2016]. Disponible en:
https://www.youtube.com/watch?v=HPvZimWB3iY&index=2&list=PL5psDGN_JB-UGQO1IAIXVWXcBIU2eglb_
29. Bermejo Pareja F, Sáiz Díaz R, Floriach Robert M. Demencia y alteración cognitiva leve. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2003;8(101):5419-5431.
30. OPIMEC :: Documentos :: Programa de atención a enfermos crónicos [Internet]. Opimec.org. 2016 [citado 7 May 2016]. Disponible en:

<http://www.opimec.org/documentacion/2133/programa-de-atencion-a-enfermos-cronicos-dependientes/>

Anexo 1: Principales causas de DC en el anciano²⁹

Principales causas DC en el anciano	
Enfermedades sistémicas crónicas	HTA y enfermedades cardiovasculares
	EPOC
	Diabetes
	Fallo renal crónico
	Cáncer
	Enfermedades tiroideas
Plurimedicación	
Depresión y otras alteraciones psiquiátricas	
Defectos sensoriales (ceguera, sordera)	
Hábitos tóxicos (alcoholismo)	
Exposición a tóxicos ambientales	
Enfermedades neurodegenerativas en fases iniciales (Enfermedad de Alzheimer y otras)	
Otras enfermedades cerebrales en fases iniciales (DC vascular y otros)	
Bajo nivel cognitivo previo	

Anexo 2: Criterios diagnósticos del DCL y tipología según Petersen⁹

Los criterios admitidos por la mayoría de los expertos debido al gran impacto causado y al seguimiento que han tenido son los de Petersen, el cual definió el DCL bajo los siguientes principios clínicos:

- Presencia de quejas de memoria, preferiblemente que sean corroboradas con un informador.
- Deterioro objetivo de memoria medido por test: 1,5 DT (desviación típica) por debajo de la media de la edad.
- Función cognitiva general normal.
- Actividades de la vida diaria sencillas intactas, aunque pueda presentar ligeras alteraciones en las más complejas.
- Ausencia de demencia.

Debido a una principal centralización en la memoria en este concepto de DCL, los mismos autores diferenciaron en tres subtipos o formas de presentación, cada una con una evolución distinta:

1. DCL de tipo amnésico: su síntoma principal es la pérdida de memoria. Si evoluciona a demencia lo más probable es que termine en Enfermedad de Alzheimer.
2. DCL con múltiples funciones alteradas sin requerirse afectación de la memoria. Si evoluciona a demencia puede hacerlo hacia Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular u otro tipo de demencia.
3. DCL con una sola función alterada distinta a la memoria. En este caso, podría evolucionar a otros tipos de demencias: frontotemporal, cuerpos de Lewy, vascular, afasia primaria progresiva, etc.

Anexo 3: Escalas empleadas para diagnosticar el DC³⁰

CUESTIONARIO DE FALLOS DE MEMORIA DE LA VIDA DIARIA (MFE)

Nombre Fecha

Edad..... Años de estudios.....

A continuación hay una lista de **fallos de memoria** que pueden ocurrir en la vida cotidiana. Señale con qué frecuencia le ocurren a usted estos fallos, empleando una escala de 3 puntos:

Si no le ocurre **NUNCA** o le ocurre **RARA VEZ**, anote **0**
Si le ocurre **ALGUNA VEZ** o **POCAS VECES**, anote **1**
Si le ocurre **MUCHAS VECES**, anote **2**

Por favor, conteste a todas las preguntas

- 1 Olvidar dónde ha puesto alguna cosa. Perder cosas por la casa.
- 2 No reconocer lugares en los que le dicen que ha estado varias veces con anterioridad.
- 3 Tener dificultades para seguir una historia por televisión.
- 4 No recordar un cambio en sus actividades diarias; por ejemplo, el haber cambiado el sitio en el que guardaba una cosa, o no recordar la hora de hacer algo en concreto. Seguir por error la antigua rutina.
- 5 Tener que volver a comprobar si ha hecho realmente alguna cosa que tenía la intención de hacer; por ejemplo, cerrar el gas.
- 6 Olvidar cuándo ocurrió alguna cosa; por ejemplo, olvidar si algo ocurrió ayer o bien la semana pasada.
- 7 Olvidar completamente llevar consigo objetos que necesita (llaves, gafas, monedero,...) o dejarse objetos y tener que volver a buscarlos.

- 8 Olvidar algo que le dijeron ayer o hace pocos días, y tal vez verse obligado a pedir que se lo repitan.
- 9 Empezar a leer algo (un libro o un artículo de un periódico o revista) sin darse cuenta de que ya lo había leído anteriormente.
- 10 Divagar en una conversación y dejarse llevar hacia temas sin importancia.
- 11 No reconocer, aún habiéndolos visto, a parientes y amigos cuando se cruza con ellos por la calle.
- 12 Tener dificultades en el aprendizaje de una nueva habilidad; por ejemplo, en aprender las reglas de un nuevo juego o el funcionamiento de un mecanismo, después de practicarlo una o dos veces.
- 13 Tener una palabra “en la punta de la lengua”. Saber lo que quiere decir, pero no encontrar la expresión adecuada.
- 14 Olvidar completamente hacer cosas que desearía hacer, o que tenía planeado hacer.
- 15 Olvidar detalles importantes de lo que hizo o le ocurrió el día anterior.
- 16 Cuando habla con alguien, olvidar lo que acaba de decir o preguntar a veces: “¿de qué estábamos hablando?”
- 17 Cuando lee un periódico o una revista, ser incapaz de seguir la trama de una historia, perder el hilo de la argumentación.
- 18 Olvidar decir a alguien algo importante; por ejemplo, dar un aviso o recordar a alguien alguna cosa.
- 19 Olvidar detalles importantes sobre sí mismo; por ejemplo, el día de su cumpleaños o el lugar donde vive.

- 20 Mezclar y confundir los detalles de cosas que le han contado otras personas.
- 21 Contarle a alguien una anécdota o un chiste que le había contado anteriormente.
- 22 Olvidar detalles de cosas que hace habitualmente, ya sea en casa o en trabajo; por ejemplo, olvidar detalles sobre lo que ha de hacer o bien sobre la hora en la que debe hacerlo.
- 23 No reconocer las caras de personas famosas que ve con frecuencia en la televisión o en fotografía.
- 24 Olvidar dónde se guardan normalmente las cosas o buscarlas en un sitio equivocado.
- 25 Perderse o seguir una dirección errónea en un viaje, en un paseo o en un edificio donde ha estado **muchas veces**.
- 26 Perderse o seguir una dirección errónea en un viaje, en un paseo o en un edificio donde ha estado solamente **una o dos veces**.
- 27 Realizar una acción dos veces por error. Por ejemplo, echar doble ración de sal a la comida o ir a peinarse de nuevo cuando acaba de hacerlo.
- 28 Repetir a alguien lo que acaba de contarle o hacerle dos veces la misma pregunta.
- TOTAL**
-

Test del Informador

Recuerde, por favor, **cómo era su familiar hace 5 ó 10 años y compare cómo es el en este momento.** Conteste si ha habido algún cambio a lo largo de este tiempo en la *capacidad* de su familiar para cada uno de los aspectos que le preguntamos.

Puntúe con los siguientes criterios:

1 : Ha mejorado mucho 2 : Ha mejorado un poco 3 : Casi sin cambios

4 : Ha empeorado un poco 5 : Ha empeorado mucho

PREGUNTA	PUNTOS
1. Para recordar los nombres de personas más íntimas (parientes, amigos).	
2. Recordar cosas que han sucedido recientemente, durante los 2 ó 3 últimos meses (noticias, cosas suyas o de sus familiares).	
3. Recordar de qué se habló en una conversación de unos días antes.	
4. Olvidar qué ha dicho unos minutos antes, pararse en mitad de una frase y no saber que iba a decir, repetir lo que ha dicho un rato antes.	
5. Recordar la fecha en que vive.	
6. Conocer el lugar exacto de los armarios de su casa y dónde se guardan las cosas.	
7. Saber dónde va una cosa que se ha encontrado descolocada.	
8. Aprender a utilizar un aparato nuevo (lavadora, tocadiscos, radio, etc.)	
9. Recordar las cosas que han sucedido recientemente.	
10. Aprender cosas nuevas (en general).	
11. Comprender el significado de palabras poco usuales (del periódico, TV, conversación)	
12. Entender artículos de los periódicos o revistas en las que está interesado.	
13. Seguir una historia en un libro, la prensa, el cine, la radio o la TV.	
14. Tomar decisiones tanto en cuestiones cotidianas (qué ropa ponerse, qué comida preparar) como en asuntos de más trascendencia (dónde ir de vacaciones o invertir el dinero)	
15. Control de los asuntos financieros (cobrar la pensión, pagar los impuestos, trato con el banco).	
16. Control de otros problemas de cálculo cotidianos (tiempo entre visitas de familiares, distancias entre lugares y cuánta comida comprar y preparar especialmente si hay invitados)	
17. ¿Cree que su inteligencia (en general) ha cambiado durante los últimos 10 años?	
TOTAL :	

Puntuación total: 85 puntos

A partir de 57 puntos (>57), indica probable deterioro cognitivo

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION DE FOLSTEIN

ORIENTACIÓN

- ¿En qué (año) (estación) (día) (mes) estamos? (5)
- ¿Dónde estamos? (estado) (provincia) (hospital) (centro). (5)

REGISTRO DE MEMORIA

- Nombre tres objetos: un segundo para decir cada uno. Posteriormente se le pide que los repita hasta que se los aprenda. Contar los intentos y escribir el número. (3)

ATENCIÓN Y CÁLCULO

- Empiece por 100 y reste de 7 en 7 (hasta 5 respuestas). Alternativamente, deletree la palabra "mundo" hacia atrás. (5)

MEMORIA

- Pregunte los 3 objetos repetidos anteriormente. Dar un punto por cada respuesta correcta. (3)

LENGUAJE

- Muestre un lápiz y un reloj y pídale que los nombre. (2)
- Repita lo siguiente: "en un trigal había cinco perros". (1)
- Orden en 3 etapas "coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo" (3)
- Lea y obedezca lo siguiente: "cierre los ojos" (se muestra por escrito) (1)
- Escriba una frase. (1)
- Copie un dibujo (un polígono complejo). (2)



Los números en la margen derecha indican la máxima puntuación por pregunta. Puntuación máxima 30, menor de 23 Deterioro Cognitivo.

Este test cubre la orientación y la memoria; la atención; la capacidad de nombrar, cumplir órdenes verbales y escritas, escribir una frase espontáneamente y copiar un dibujo. Suma 30 puntos en total.

21 o menos se encuentran en pacientes con demencia, esquizofrenia, delirio o un trastorno afectivo.

Su administración dura 5-10 minutos.

En la margen derecha está la máxima puntuación por cada ítem. Se puntuará 1 por cada acierto o parte de la pregunta formulada. Así, por ejemplo en la orientación, deben responder al año, estación, día, mes en el que estamos. Si contestaran correctamente a todo obtendrían 5 puntos, si no situaran el año, obtendrían 4 puntos, si fallaran además en la estación, obtendrían 3, etc...

MINI EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO, MEC

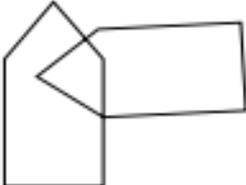
ORIENTACIÓN	Puntos
¿En qué día de la semana estamos?	1
¿Qué día (nº) es hoy?	1
¿En qué mes estamos?	1
¿En qué estación del año estamos?	1
¿En qué año estamos?	1
¿Dónde estamos?	1
Provincia	1
País	1
Ciudad o pueblo	1
Lugar, centro	1
Planta, piso	1

FUACIÓN	Puntos
Repita estas tres palabras: peseta – caballo- manzana	3

Repetirlas hasta que las aprenda

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO	Puntos
Si tiene 30 pesetas y me las va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando?. Hasta 5	5
Repita 5-9-2. Hasta que los aprenda. Ahora hacia atrás	3

MEMORIA	Puntos
¿Recuerda las tres palabras (objetos) que le he dicho antes?	3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Puntos
Señalar un bolígrafo y que el paciente lo nombre. Repetirlo con el reloj.	2
Que repita: "En un trigal había cinco perros"	1
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?" ¿Qué son el rojo y el verde?"	1
¿Qué son un perro y un gato?	1
Coja este papel con su mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en la mesa	3
"Lea esto, haga lo que dice: CIERRE LOS OJOS"	1
"Escriba una frase cualquiera"	1
<p>Copie este dibujo.</p> 	

Valoración

35 puntos máximo. 30-35: normal. De 24-29 puntos: borderline. Por debajo de 24 puntos en mayores de 65 años sugiere deterioro cognitivo. Por debajo de 29 puntos en \leq de 65 años sugiere deterioro cognitivo.

ÍNDICE DE BARTHEL

TEST DE BARTHEL: ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

La recogida de información se realizará a través de la observación directa y/o entrevista al paciente, o a su cuidador habitual si su capacidad cognitiva no lo permite. La puntuación total se calculará sumando la puntuación elegida para cada una de las actividades básicas.

ALIMENTACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de utilizar cualquier instrumento, pelar, cortar, desmenuzar (la comida se le puede poner a su alcance). - Necesita ayuda. - Necesita ser alimentado. 	10 5 0
BAÑO	<ul style="list-style-type: none"> - Es capaz de lavarse entero solo, incluyendo entrar y salir de la bañera. - Necesita cualquier ayuda. 	5 0
VESTIDO	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: capaz de quitar y ponerse ropa, se abrocha botones, cremalleras, se ata zapatos... - NECESITA AYUDA, pero hace buena parte de las tareas habitualmente. - DEPENDIENTE: necesita mucha ayuda. 	10 5 0
ASEO	<ul style="list-style-type: none"> - INDEPENDIENTE: se lava la cara y las manos, se peina, se afeita, se lava los dientes, se maquilla... - NECESITA ALGUNA AYUDA. 	5 0
USO DE RETRETE	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: entra y sale del retrete, puede utilizarlo solo, se sienta, se limpia, se pone la ropa. Puede usar ayudas técnicas. - NECESITA AYUDA para ir al WC, pero se limpia solo. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. 	10 5 0
DEFECACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE e INDEPENDIENTE: usa solo el supositorio o el enema. - Tiene ALGUNA DEFECACIÓN NO CONTROLADA: ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o enemas. - INCONTINENTE o necesita que le suministren el enema. 	10 5 0
MICCIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es CONTINENTE o es capaz de cuidarse la sonda. - Tiene ESCAPE OCASIONAL: máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Necesita ayuda para cuidarse la sonda. - INCONTINENTE. 	10 5 0
DEAMBULACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE: camina solo 50 metros. - NECESITA AYUDA o supervisión física o verbal, para caminar 50 metros. - INDEPENDIENTE EN SILLA DE RUEDAS, sin ayuda 50 metros. Capaz de girar esquinas. - DEPENDIENTE: incapaz de manejarse sin asistencia. 	15 10 5 0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. Sube y baja solo. Puede barandilla o bastones. - NECESITA AYUDA física o verbal. - INCAPAZ de manejarse sin asistencia. 	10 5 0
TRANSFERENCIA (Trasladarse de la silla a la cama o viceversa)	<ul style="list-style-type: none"> - Es INDEPENDIENTE. - NECESITA MÍNIMA o POCA AYUDA (un poco de ayuda física o presencia y supervisión verbal). - NECESITA MUCHA AYUDA (una persona entrenada o dos personas), pero se puede permanecer sentado sin ayuda. - Es INCAPAZ, no se mantiene sentado. 	15 10 5 0
TOTAL		

Para una mejor interpretación^{3,7,11}, sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia:

1. Total < 20
2. Grave = 20-35
3. Moderada = 40-55, y
4. Leve ≥ 60

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

Realice las preguntas 1 a 11 de la siguiente lista y señale con una X las respuestas incorrectas.

¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	
TOTAL DE ERRORES	

Puntúan los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En ese caso, deben valorarse criterios de demencia.

- Puntuación máxima: 8 errores
- 0-2 errores: normal
- 3-4 errores: leve deterioro cognitivo
- 5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico
- 8-10 errores: importante deterioro cognitivo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

ÍNDICE PARA LAS ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA DE LAWTON BRODY

A. Capacidad para usar el teléfono	
1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia. Busca y marca los números, etc.	1
2. Marca unos cuantos números conocidos	1
3. Contesta el teléfono pero no marca	1
4. No usa el teléfono en absoluto	0
B. Ir de compra	
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
C. Preparación de la comida	
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 comidas o las prepara pero no mantiene dieta adecuada	0
4. Necesita que se le prepare y sirva la comida	0
D. Cuidar la casa	
1. Cuida la casa solo o con ayuda ocasional	1
2. Realiza tareas domésticas ligeras	1
3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no mantiene un nivel de limpieza aceptable	1
4. Necesita ayuda con todas las tareas de la casa	0
5. No participa en ninguna	0
E. Lavado de ropa	
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
F. Medio de transporte	
1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su propio coche	1
2. Capaz de organizar su transporte utilizando taxi, pero no usa otros transportes público	1
3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona	1
4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda	0
5. No viaja en absoluto	0
G. Responsabilidad sobre la medicación	
1. Es responsable en el uso de la medicación (dosis correctas, horas correctas)	1
2. Toma la medicación si se le prepara con anticipación en dosis separadas	0
3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación	0
H. Capacidad de utilizar el dinero	
1. Maneja los asuntos financieros con independencia (presupuesta, rellena cheques, paga recibos, va al banco), recoge y conoce sus ingresos	1
2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos	1
3. Incapaz de manejar dinero	0

Grado de dependencia:

- 0-1 puntos dependencia total
- 2-3 puntos dependencia severa
- 4-5 puntos dependencia moderada
- 6-7 puntos dependencia ligera
- 8 autónomo

Los ítems con número 1 indican la máxima independencia.

Anexo 4 : Junta Municipal San José, Zaragoza.²⁴

Junta Municipal San José

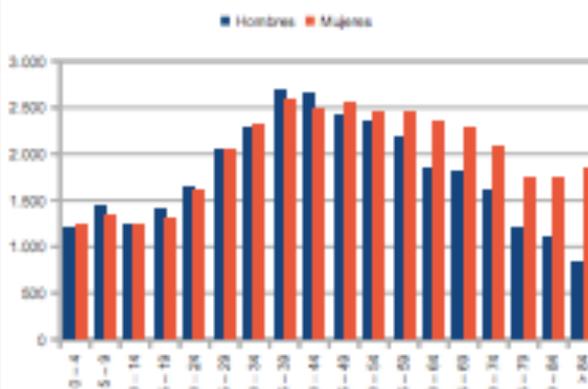


Resumen demográfico

Superficie:	3.680.812 m ²	Tasa de dependencia:	54,73%
Densidad Población (hab/km ²):	18.301,40	Tasa de envejecimiento:	211,18%
Edad Media Hombres:	44 años,8 meses,7 días	Tasa de sobre-envejecimiento:	16,44%
Edad Media Mujeres:	48 años,4 meses,26 días	Tasa de reemplazo:	83,15%
Población:	67.364	Índice de juventud:	47,35%
Población española:	82,03%	Índice de maternidad:	16,31%
		Índice de tendencia:	87,86%
		Índice de infancia:	11,37%

Población por edad y sexo

Edad	Hombres	Hab/h	Mujeres	Muj/h	TOTAL
0-4	1.384	3,79	1.279	3,40	2.663
5-9	1.401	4,49	1.329	3,74	2.730
10-14	1.335	3,65	1.240	3,37	2.575
15-19	1.399	4,39	1.298	3,65	2.697
20-24	1.028	5,11	1.036	4,52	2.064
25-29	2.020	8,38	2.048	5,78	4.068
30-34	2.270	7,14	2.301	6,49	4.571
35-39	2.071	8,41	2.575	7,25	4.646
40-44	2.082	8,38	2.484	6,99	4.566
45-49	2.414	7,58	2.955	7,56	5.369
50-54	2.355	7,30	2.499	6,90	4.854
55-59	2.166	6,67	2.402	6,65	4.568
60-64	1.840	5,79	2.328	6,35	4.168
65-69	1.888	5,67	2.279	6,42	4.167
70-74	1.034	5,04	2.081	5,80	3.115
75-79	1.191	3,74	1.752	4,68	2.943
80-84	1.100	2,45	1.728	4,69	2.828
>84	824	2,62	1.025	5,14	1.849
TOTAL	29.441		36.923		66.364

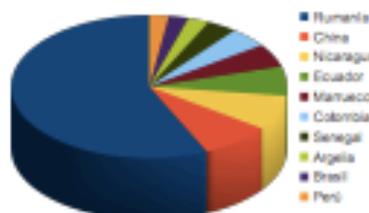


Población extranjera por continentes

Continente	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres	Total	% Total
Europa	1.229	52,35	2.292	49,73	3.520	51,17
América	1.282	52,30	1.857	57,28	3.139	26,69
Asia	1.194	55,55	937	44,25	2.131	15,48
Océano	94	9,77	287	6,55	381	1,75
África	1	0,02	1	0,02	2	0,02
Oceania	0	0,00	1	0,02	1	0,01
TOTAL	618		584		1.202	



Países más representados

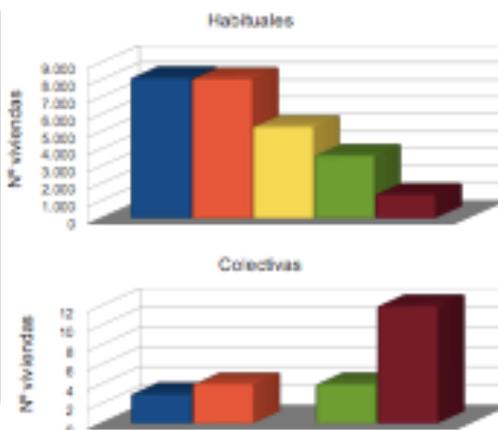


País	Varones	% Varones	Mujeres	% Mujeres	TOTAL	% TOTAL
Rumania	2.123	41,32	2.402	47,85	4.525	42,10
China	412	6,66	345	5,91	757	6,28
Nicaragua	157	2,71	92	1,60	249	2,04
Ecuador	321	4,90	308	5,10	629	5,24
Marruecos	284	4,26	217	3,55	501	4,17
Colombia	255	3,34	215	3,49	470	3,91
Senegal	249	4,04	74	1,25	323	2,67
Argelia	134	2,17	94	1,58	228	1,89
Brasil	81	1,31	127	2,21	208	1,73
Perú	105	1,70	106	1,76	211	1,76
TOTAL	497		429		926	

Distribución de las viviendas ocupadas censadas

Nº residentes	Habituales	Colectivas	TOTAL
1	8.132	3	8.135
2	8.074	4	8.078
3	5.289	5	5.294
4	3.643	4	3.647
> 4	1.385	12	1.397
TOTAL	26.533	28	26.561

Tipo residente	Habituales	Colectivas	TOTAL
Menores 17 años	5.542	3	5.545
Mayores de 65 años	8.085	14	8.100
Sólo mayores de 65 años	7.258	7	7.265
Sólo mayores de 85 años	1.248	5	1.253
TOTAL	26.142	29	26.171



Anecdótico

En la Junta Municipal San José se encuentran empadronados extranjeros de 78 países distintos, 43 de los cuales, su representación es menor a 10 habitantes. Los países están repartidos entre los distintos continentes de esta manera: 28 europeos, 17 africanos, 10 asiáticos, 22 americanos, y 1 de Oceanía.

Las tres viviendas más frecuentes son las de un ocupante entre 35 y 64 años, con 3.837 viviendas, seguido de las de un ocupante entre 65 y 84 años, con 3.214, y por último, de dos ocupantes entre 65 y 84 años, con una representación de 2.589 viviendas.

Anexo 5: Tríptico del programa (elaboración propia)

<p>Jueves 24 de noviembre</p> <p>¿Qué recursos nos ofrece nuestra ciudad?</p> <p>Descúbralo aquí</p> 	<p>Dirigido por</p> <p>Tres enfermeras especializadas en el tema</p> <p>Lugar</p> <p>10.30 h Salón de actos C.S. San José, Zaragoza</p> <p>Precio</p> <p>¡¡GRATIS!!!</p> <p>Información e inscripción</p> <p>Tlf: 612345678 E-mail: dcsalud@gmail.com</p>	 <p>¡Que no se te olvide!</p> <p>Aprenda a retrasarlo</p> <p>Jornadas de aprendizaje sobre el deterioro cognitivo</p> <p>10, 17 y 24 Noviembre 2016</p>
--	---	--

Resumen

- Uno de los principales problemas de salud con el cual nos encontramos en las personas mayores es el de los trastornos cognitivos, debido a la repercusión que tiene en el propio enfermo, sus cuidadores, familiares y en el sistema sanitario.
- Su prevalencia se estima en torno al 10% en nuestro país para personas mayores de 65 años, incrementándose ésta con la edad.
- El envejecimiento comporta una serie de cambios neuropsicológicos asociados, como es la pérdida de la memoria.
- Definir los límites en el eje normalidad-demencia sigue siendo uno de nuestros retos.



Jueves 10 de noviembre

Deterioro Cognitivo

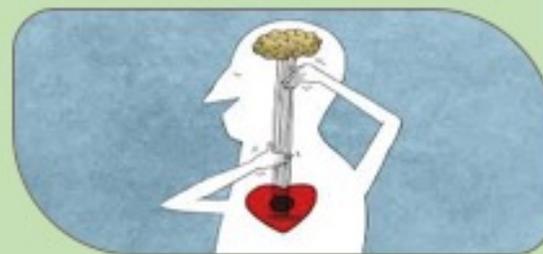
¿Qué es?
¿Cómo lo identifico?

¡Ayúdenos!

Jueves 17 de noviembre

• Qué son las Terapias No Farmacológicas

• Eficacia en el Deterioro Cognitivo



Anexo 6: Cartel del programa (elaboración propia)

Jornadas de aprendizaje sobre el deterioro cognitivo

Noviembre 2016

10 17 24

C.S. San José
Zaragoza

¡Que no se te olvide!

Anexo 7: Cuestionario de valoración de las sesiones grupales (elaboración propia)

Rodee la respuesta que considere que más se adecúa a su opinión:

1) ¿Le ha parecido interesante la sesión?

Si	No	No sabe/No contesta
----	----	---------------------

2) ¿La recomendaría a un familiar o amigo?

Si	No	No sabe/No contesta
----	----	---------------------

3) ¿Ha resuelto las dudas que tenía al respecto antes de asistir?

Si	No	No sabe/No contesta
----	----	---------------------

4) ¿Han aumentado sus conocimientos al respecto?

Si	No	No sabe/ No contesta
----	----	----------------------

5) ¿Hay algo que haya echado en falta?

Si	No	No sabe/ No contesta
----	----	----------------------

Si su respuesta ha sido afirmativa, explíquenos el qué:

6) Ayúdenos a mejorar, ¿qué cambiaría?

¡Gracias por su colaboración!

Anexo 8: Cuestionario de valoración y evaluación final del programa (elaboración propia)

El siguiente cuestionario se realizará de forma anónima.

Califique entre 1 y 5 los siguientes apartados respecto al programa al que ha asistido (siendo 1 "nada de acuerdo" y 5 "muy de acuerdo").

Organización y contenidos del programa

Los contenidos tratados son de gran utilidad	
La distribución del programa ha sido correcta	
La organización ha sido adecuada	

Personal docente

Han transmitido la información de forma adecuada	
Han sabido hacerlo de forma amena y entretenida	
Han sabido responder las dudas que surgían	

Recursos materiales utilizados

El espacio donde se ha realizado era adecuado	
El mobiliario era correcto	
Los aparatos electrónicos funcionaban adecuadamente	

Valoración general del programa

Me ha gustado mucho	
He aprendido mucho sobre el deterioro cognitivo	
Satisfacción personal	

Sugerencias para programa futuros que considere comunicarnos:

--

Muchas gracias por su colaboración

Anexo 9: Presupuesto del programa (elaboración propia)

Concepto	Cantidad	Precio(€)/unidad	Total (€)
Personal docente	3	200	600
Cartel	20	4,90	98
Trípticos	200	0,65	130
Encuestas valoración y evaluación	100X2	0,04	8
TOTAL	836 €		