



Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía
**CONSEJERÍA DE IGUALDAD, POLÍTICAS SOCIALES
Y CONCILIACIÓN**

COMUNIDAD DE PRÁCTICAS DI/Ferenciame



Participantes:

MARÍA ÁNGELES ALARCÓN BELTRÁN	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Almería
MARÍA ANGUSTIAS GARCÍA RODRÍGUEZ	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Almería
MIGUEL ANGEL DÍAZ SÁNCHEZ	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Cádiz
LEONOR DELGADO FERNÁNDEZ	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Cádiz
LUCIA PARRA CAMPOS	Asesora Técnica Departamento Seguimiento Valoración de la Dependencia de Granada
MARÍA PILAR ALCALDE MOLINA	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Granada
RAQUEL RECHE GALLARDO	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Granada
ADELAIDA ROMERO VAZQUEZ	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Huelva
MARÍA DEL MAR QUESADA BALSERAS	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Huelva
LEONOR GARCIA HITA	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Jaén
LIDIA MONTORO POLO	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Jaén
MARÍA GONZÁLEZ REINA	Valoradora Servicio de Valoración de Dependencia Málaga
JOSÉ ANTONIO ALFARO MANZANO	Valorador Servicio de Valoración de Dependencia Sevilla
MONTSE BAUZA CASTELLO	Directora Proyecto Srv. Sistemas Información Igualdad, P S yC Sevilla
VANESA RIVERA CASTRO	Directora Proyecto Srv. Sistemas Información Igualdad, P S yC Sevilla

Colaboradores:

JOSÉ CARLOS MONTERO DÍAZ	Asesor Técnico Departamento Seguimiento Valoración de la Dependencia de Málaga
NURIA RAYA JIMENEZ	Coordinadora de la Comisión Técnica de Valoración Dependencia Andalucía

Para todas las personas integrantes de la Comunidad de Practicas DI/Ferenciame, participar en este proyecto ha supuesto una oportunidad para poner en valor el conocimiento acumulado por los distintos profesionales que de forma voluntaria decidimos formar parte de esta iniciativa.

El trabajo de Valoración de la Situación de Dependencia, por distintos motivos es un trabajo “*solitario*”, trabajar desde un entorno colaborativo entre iguales, supone trabajar de un modo distinto a como estamos acostumbrados a hacerlo, ello nos ha llevado camino de crecimiento tanto a nivel individual como grupal que tiene su reflejo en el trabajo realizado y como no, en el trabajo por realizar en el futuro.

Por ello, tenemos ***motivos para celebrar y agradecer:***

(No diremos primero o último ... por aquello de ¿qué fue primero la gallina o el huevo?, simplemente tenemos motivos para agradecer, y mucho, a muchas personas)

A todos los compañeros y compañeras, que han compartido su SABER con mayúsculas, pero sobre todo su ILUSIÓN, sacando tiempo de donde no lo había, haciendo verdaderos esfuerzos, especialmente en las reuniones presenciales. Al hablar de los compañeros que han participado en la CoP, tenemos que agradecer a Francisco Gabriel Muñoz Vicente, que por un cambio de ámbito profesional en un momento del camino tuvo que abandonarnos, también por motivos laborales no le ha sido posible acompañarnos presencialmente en todo el camino, pero sí que ha estado ahí desde el momento bajo Zero José Carlos Montero Díaz.

Agradecer al IAAP por dejarnos formar parte de esta iniciativa pionera, y en especial a José Ignacio Artillo *Pabón* y *Elisa Rodríguez Higuera*s por su acompañamiento en este viaje.

Gracias asimismo a Nuria Raya Jiménez, Coordinadora de la Comisión Técnica de Valoración Dependencia Andalucía, por su interés y apoyo para la puesta en marcha de este proyecto.

También a las personas responsables de las distintas jefaturas de Servicio de Valoración de la Situación de Dependencia de Andalucía, por facilitar nuestra participación, sin ello no hubiera sido posible.

“Si caminas solo, irás más rápido; si caminas acompañado, llegarás más lejos”
Proverbio chino

PRESENTACIÓN

El **Taller Semilla “como crear y dinamizar comunidades de prácticas en la Administración Andaluza”** se enmarca en un proyecto estratégico del Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP en lo sucesivo) y de la Junta de Andalucía que da valor a los procesos de conocimiento, impulsando el poder transformador del trabajo colaborativo en las organizaciones.

El 19 de febrero de 2019 se realiza la convocatoria del Tercer Taller Semilla de comunidades de práctica, en la que se hacían las siguientes preguntas:

¿Te gusta el trabajo colaborativo? ¿Tienes identificado un posible proyecto, un tema que te motive para la mejora de tu trabajo, y compañeros/as con quienes llevarlo a cabo?.

Desde el Servicio de Valoración de Dependencia de Almería, las respuestas a las preguntas era un rotundo, sí, por eso no hubo duda en responder presentando un proyecto cuyo objetivo es unificar criterios de aplicación de la escala específica DIEM y/o Alteraciones Perceptivo Cognitiva en el uso del baremo de valoración de la situación de dependencia (en lo sucesivo BVD).

Proyecto presentado por M^a Angustias García, valoradora de dependencia del Servicio provincial de Almería y actual dinamizadora, siendo éste seleccionado para participar en esta iniciativa del IAAP.

Puesto que la situación o problema detectado en Almería es similar al resto de Servicios de Valoración de Dependencia de las distintas provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía, se considera necesario consensuar criterios comunes de actuación ante determinadas situaciones de especial dificultad en la aplicación del tipo de BVD, y para ello es idónea la colaboración de las distintas provincias en esta andadura.

Momento Pre- Zero. Primeros pasos para crear la COP.

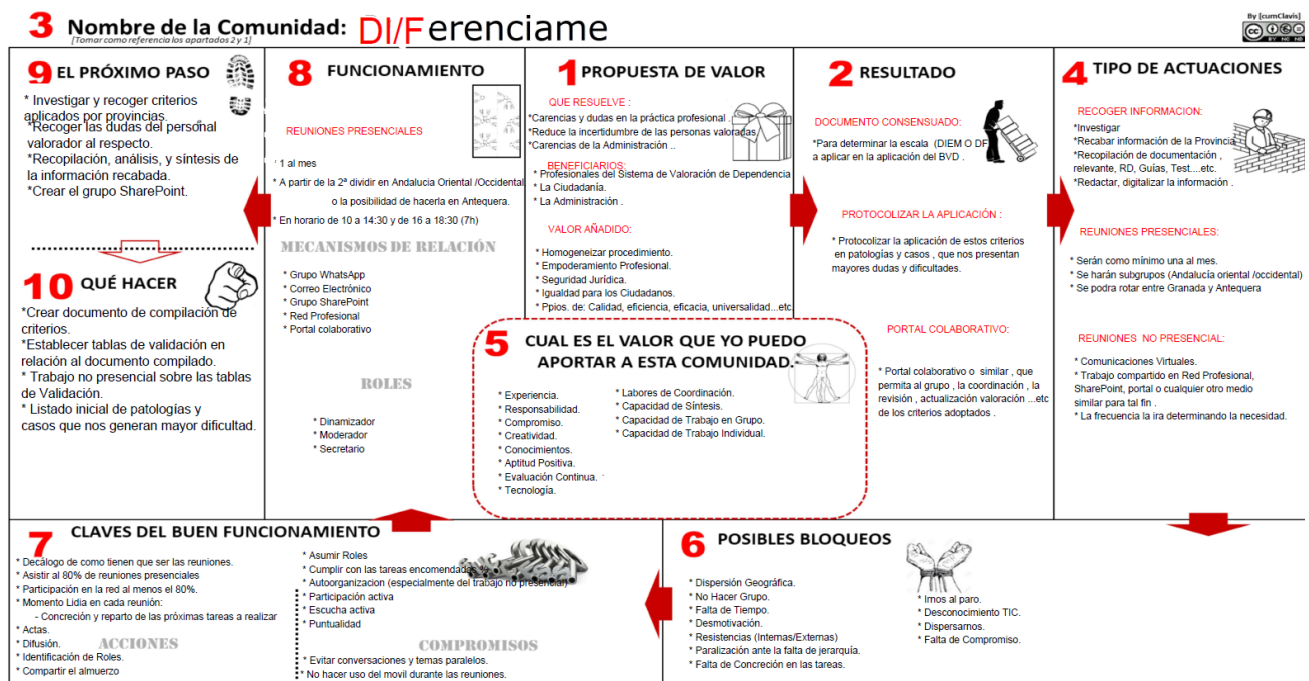
Aplicando las herramientas y recursos recibidos en la formación práctica por parte de *Manel Muntada, experto en trabajo colaborativo y gestión del conocimiento y por el equipo del proyecto "En comunidad" del IAAP (Elisa Rodríguez y José Ignacio Artillo), se realiza un mapeo de personas a las que podría interesar participar en el proyecto, solicitando simultáneamente la colaboración a las personas responsables de sus respectivas Administraciones.*

El equipo de personas que integran la CoP se configura por profesionales con diferentes perfiles dentro del proceso del reconocimiento de la situación de dependencia y en la gran mayoría de los casos con una trayectoria profesional que se inicia desde la implantación del sistema en 2007, que con la frescura/pureza y empuje de los que se han ido incorporando posteriormente ha permitido ampliar visión y contrarrestar posibles sesgos generados por la propia dinámica de trabajo y el tiempo. A destacar el compromiso e implicación del conjunto de profesionales en la optimización y la eficiencia de los sistemas de trabajo cuyo objetivo final es la calidad en la prestación de servicios a la ciudadanía.

Momento Zero. Constitución de la COP.

Una vez identificadas las personas interesadas se realizaron reuniones presenciales donde se informó de los pasos a seguir para la constitución de la CoP, sobre el objetivo a perseguir, cómo conseguirlo, en la motivación e implicación de cada miembro...etc.

En este momento, para consensuar y codiseñar los aspectos básicos del plan de acción de la comunidad que nos había unido. Es fundamental la herramienta **CANVAS**, a través de este lienzo tomamos conciencia de CoP, visibilizamos el camino por recorrer para resolver nuestra carencia, reflexionamos conjuntamente sobre qué supone y qué implica participar en la CoP asumiendo compromisos, roles y tareas.



Partiendo del CANVAS, surgido de los acuerdos por sus miembros en el “momento zero” realizamos un **Plan de Acción** donde se establecieron las necesidades a abordar, propuesta de valor de la comunidad, los/as beneficiarios/as directos e indirectos, objetivo general y objetivos específicos, previsión del producto resultado, así como las fechas de finalización del trabajo de la comunidad. Una vez que está elaborado este Plan de Acción **se considera constituida la CoP DI/Ferenciame.**

Aun teniendo un Plan de acción identificado con un tema concreto que parte de un CANVA que nos permite anticiparnos al trabajo a emprender, a lo largo del camino hemos ido haciendo los ajustes necesarios para el buen funcionamiento de la CoP, lejos de ser algo negativo, el poder adaptarnos a estos cambios ha sido un enriquecimiento, el tener presente el CANVA, nos ha ayudado a confiar en el proceso.

¿Cómo es la metodología de trabajo?

Se parte de la filosofía de la Comunidad de Prácticas, compartiendo y generando conocimientos nuevos a través del trabajo colaborativo, trabajando voluntariamente y con autonomía, donde cada una de las aportaciones han sido tenidas en cuenta y han ido sumando para llevarnos al resultado final.

La CoP DI/Ferenciame, está formada por 16 personas de distintas provincias, siendo este junto a la carga de trabajo las principales dificultades para el asumir el trabajo a realizar, estos obstáculos se intentan resolver con la siguiente metodología de trabajo:

Se establecen reuniones presenciales mensualmente, inicialmente se realizan en Granada y posteriormente por dispersión geográfica se acuerda un punto intermedio, realizándose éstas en el municipio de Antequera (Málaga).

Para ser operativos, los roles previamente identificados en el CANVA son asumidos por: Dinamizadora, M^a Angustias García; Secretaria, María González; Moderadora, Pilar Alcalde Molina.

La dinámica del trabajo y el número de integrantes (16 personas) hace necesario el apoyo de otros miembros de la CoP a la función de la dinamizadora, asumiendo esta colaboración, Lucía Parra y Raquel Reche.

Estas reuniones presenciales tenían horario intensivo de mañana y tarde, además eran posteriores a un trabajo no presencial calendarizado y de obligado cumplimiento, ya que previamente se había asumido de forma voluntaria el compromiso.

Aunque se hacen subgrupos para repartir el trabajo, en estas reuniones presenciales hay una puesta en común y se toman decisiones siempre consensuadas, siendo este el modo de devolver a la CoP sentido de propiedad.

Para el trabajo no presencial se ha trabajado a través de herramientas telemáticas (TICs) e internet :

Inicialmente por lista de difusión, hasta la creación de un grupo de "Watsapp".

Se ha utilizado como soporte de trabajo online herramientas como "Google Drive" y correo electrónico, para el intercambio de documentos, trabajar los mismos de modo colaborativo. En este

sentido hemos de decir que inicialmente utilizamos SharePoint, pues es una herramienta que integra en ella la posibilidad de compartir , intercambiar y trabajar de modo colaborativo todo tipo de documentos en momento real, pero no todas las provincias tienen esta herramienta, por lo que terminamos prescindiendo de ella.

Se crea un grupo en red profesional de la Junta de Andalucía donde también está una persona clave para la posterior implementación del resultado de la CoP.

Se crea un portal colaborativo en Confluence. Este portal permite el trabajo en red, actualmente está pendiente de acordar su estructura, para ser el vehículo que visibilice el resultado del trabajo de la CoP al dar acceso a contenido útil de trabajo de un modo intuitivo a todas las personas responsables de la implementación.

Resultado de las reuniones mensuales, sesiones no presenciales denominadas “los jueves al ordenador” de trabajo autoorganizativo y colaborativo, intercambios a través de distintas herramientas digitales...etc, elaboramos finalmente **el presente documento y la creación de un portal colaborativo en Confluence.**

**RECONOCIMIENTO DE LA SITUACIÓN EN DEPENDENCIA
LA APLICACIÓN DEL BAREMO DIEM Y/O ALTERACIONES PERCEPTIVO-COGNITIVA**

- 1. FUNDAMENTACIÓN.**
- 2. CRITERIOS UNIFICADOS/CONSENSUADOS / REFERENCIA NORMATIVA.**
 - 2.1. DIAGNÓSTICO MÉDICO.
 - 2.2. DIAGNÓSTICOS NANDA.
 - 2.3. TEST DE PFEIFFER.
 - 2.4. PERSONAS CON CEGUERA, DEFICIENCIA VISUAL GRAVE Y SORDERA.
 - 2.5. OTRAS SITUACIONES /EXPCPCIONALIDADES.
- 3. VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS DE ESPECIAL DIFICULTAD EN LA ELECCIÓN DE TIPO DE BVD.**
- 4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS DE MEJORA.**
- 5. ANEXOS.**
 - 5.1. ALCOHOLISMO.
 - 5.2. ENCEFALOPATÍA.
 - 5.3. PARÁLISIS CEREBRAL.
 - 5.4. FIBROMIALGIA
 - 5.5. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA
 - 5.6. ACV, ICTUS, AIT, INFARTOS LACUNARES...
 - 5.7. ANCIANO FRÁGIL
- 6. BIBLIOGRAFIA.**

1. FUNDAMENTACIÓN:

La ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Situación de Dependencia hace mención expresa a la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF) adoptada por la Organización Mundial de la Salud como referente en la Valoración¹, dicha herramienta se crea con el objeto de unificación de los sistemas de valoración internacional, simplifica y optimiza el proceso de valoración, así como hace más accesible su comprensión a los agentes implicados (administraciones, profesionales y usuarios). Está basada en la integración del modelo médico y social, con el fin de conseguir la integración de las diferentes dimensiones del funcionamiento, la clasificación utiliza un enfoque integral/coherente de las distintas dimensiones de la salud desde una perspectiva biológica, individual y social. En base a la CIF, se considera necesario la implementación de criterios unificados en el proceso de valoración de la situación de dependencia dentro del marco del desarrollo de la Comunidad Autónoma de Andalucía, por todo ello se crea la Comunidad de Practicas DI/Ferenciame que lleva a cabo un estudio para clarificar aspectos/situaciones encontradas en la práctica por los profesionales durante el proceso de aplicación del baremo y en concreto al uso de la escala DI/EM y/o ALTERACIONES PERCEPTIVO COGNITIVAS.

De una carencia compartida surge la necesidad de crear la Comunidad Practica Di/Ferenciame con el **objetivo general** de unificar criterios de actuación respecto a la aplicación de la escala específica del BVD en las distintas provincias de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Una vez delimitado el objetivo, para abordar y alcanzar el mismo se propone Elaborar un Protocolo de Actuación en el uso de la escala.

Así mismo se plantean como **objetivos específicos**:

- Promocionar el establecimiento de grupos de trabajo colaborativo que promuevan los sistemas de calidad.
- Crear sistemas de relación intersectoriales.
- Como acciones concretas para alcanzar estos objetivos específicos se crea un portal colaborativo de Dependencia.

La CoP está formada por 16 personas, representantes de las distintas provincias, con los siguientes perfiles profesionales: Personal valorador, Personal técnico de Servicios de Valoración de Dependencia y Personal técnico de la Unidad de Informática

Para buscar y trabajar una solución en común, el grupo **realiza las siguientes actuaciones**: Recogida de información, sesiones tanto presenciales como no presenciales, (dada la dispersión geográfica de las personas integrantes), finalmente para poder plasmar todo el trabajo realizado, redacción y elaboración de documentos.

¹ En la 54 Asamblea Mundial de la Salud, realizada el 22/05/01, se ha aprobado la última y definitiva clasificación (resolución WHA 54/21), en la cual, insta a todos los miembros a usarla, cuando proceda.

Dos son los pilares básicos de punto de partida:

- Primero: conocer como estamos trabajando en las distintas provincias el tema tratado por la CoP DI/Ferenciame, es decir qué criterios se están siguiendo para determinar el tipo de escala a aplicar.
- Segundo: qué patologías y/ o situaciones nos generan mayor dificultad a la hora de elegir la escala a aplicar.

Inicialmente se realiza un estudio a nivel de criterios metodológicos provinciales con la finalidad de conocer aspectos comunes, discrepancias y vacíos existentes.

Con respecto al segundo, cada provincia elaboró un listado con las patologías y/o situaciones que nos generan mayor dificultad en la elección de la escala, este se recaba tras consultar a nuestras y nuestros compañeros.

Una vez que hemos unificado unos criterios generales de aplicación de escala DI/EM o Alt. Percep.Cognit. se retoma el listado provincial, se pone en común, realizando un único listado, (pues había patologías que se repetían en los listados provinciales).

Posteriormente ya con un solo listado y unos criterios generales unificados, se analiza la aplicación de los mismos a las distintas patologías y o situaciones de la lista que nos generan mayor dificultad.

La evaluación del trabajo se lleva a cabo de forma continua permitiendo la reconfiguración de los objetivos operativos del trabajo y por ende se establecen directrices que van a permitir la eficiencia en los equipos de trabajo y el establecimiento de mejoras en el sistema. Por otra parte, en tanto que el desarrollo de la primera parte del trabajo de la CoP, permite resolver el tema tratado en el segundo bloque, esto se constituye en la *Evaluación cualitativa* del trabajo realizado por la comunidad.

A tenor de lo expuesto, los resultados se exponen a continuación:

Tras el primer encuentro que mantuvimos el 25 de abril en Granada, acordamos recopilar en cada provincia los criterios que se vienen utilizando, ya fuesen escritos o no, de cara a la elección de la escala específica DI/EM del baremo de valoración de Dependencia. El resultado fue un interesante trabajo de síntesis, reflexión y análisis del que aquí queremos destacar algunas de las aportaciones más significativas.

El trabajo fue expuesto el 30 de mayo por cada una de las provincias presentes. La conclusión no podía ser más unánime y rotunda: existe una gran diversidad de criterios entre provincias, también dentro de una misma, en la elección de la escala específica del baremo. Ello no hacía más que evidenciar la necesidad a la que quiere responder esta comunidad: la unificación de criterios para toda nuestra comunidad autónoma.

Entre las causas que se identifican para esta anomalía, está la imprecisión del baremo y falta de correlación con el instrumento principal para extraer la información necesaria para la elección de una u otra escala, el Informe de Condiciones de Salud.

En el Real Decreto 174/2011 del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad¹ se establece que **“Valoración de Toma de Decisiones....solo procederá la valoración de esta actividad previa constatación de una situación en que se produzca **afectación del funcionamiento mental** de la persona valorada en base a la información de salud aportada en el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia”**.

En el manual de Instrucciones para aplicación del Baremo de Valoración de los Grados de Dependencia (BVD) en nuestra comunidad se consideran que le será de aplicación el baremo específico a:

- “I) **Personas con Deficiencias en las funciones mentales**, con un diagnóstico de la CIE 10, capítulo F, como **Discapacidad Intelectual y/o Enfermedad Mental y/o trastorno Mental orgánico**, capítulo G, tales como **Otras enfermedades degenerativas del sistema nervioso, Enfermedad de Alzheimer, y otros síndromes**, en los cuales se ven o pueden verse afectadas igualmente, la capacidad mental y cognitiva.*
- II) **Personas con Deficiencias en las funciones mentales relacionadas con el lenguaje**, tanto de la recepción como de la expresión.”*

Así se nos indica que se debe constatar la existencia de deficiencias en las funciones mentales o deficiencias en el funcionamiento mental a través del correspondiente informe de salud, si bien éstos ofrecen principalmente diagnósticos médicos y enfermeros, no información del funcionamiento de la persona.

La Clasificación Internacional de Funcionamiento (CIF), define la deficiencia como *“la anormalidad o pérdida de una estructura corporal o de una función fisiológica. Las funciones fisiológicas incluyen las funciones mentales. Con “anormalidad” se hace referencia, estrictamente, a una desviación significativa respecto a la norma estadística establecida (ej. la desviación respecto a la media de la población obtenida a partir de normas de evaluación estandarizadas) y sólo debe usarse en este sentido”*.

Por tanto, el informe de condiciones de salud, debe documentar la existencia de esa deficiencia, una anormalidad o pérdida de una función fisiológica –función mental-.

Hay diagnósticos que indican con claridad el problema de funcionamiento de la persona afectada, como es el caso de las personas con trastornos mentales graves, que indican problemas de funcionamiento mental; por ello, no comporta ninguna dificultad la elección de la escala específica. Por el contrario, hay otros diagnósticos que, aunque en principio pueden asociarse a problemas de funcionamiento físicos, pueden tener consecuencias en el funcionamiento mental de la persona y quedar comprometida la toma de decisiones. La condición de salud de una persona tiene diferentes determinantes que condicionan la evolución de la misma. Una enfermedad o discapacidad, como problema de salud, se verá afectado por diferentes factores de protección o de riesgo, que van a determinar el funcionamiento de la persona.

En el análisis de partida de cada provincia se aportaron unos elementos coincidentes en los que se vienen fundamentando la elección de la escala específica y estos eran, principalmente: Diagnósticos Médicos, Diagnósticos Enfermeros, Test Pfeiffer, si bien el peso y combinación de estos elementos varía bastante de una provincia a otra. Asociándose en algunos casos con otros aspectos como son, el tiempo de evolución de la enfermedad o la edad de la persona.

Así nos encontramos con provincias que solo aplica la escala específica si hay diagnóstico médico de los incluidos en el capítulo V de la CIE 10 o DSM V, con más de 6 meses de antecedentes. Y excepcionalmente, cuando no se haya descrito esta situación en los informes de salud, pero el/la profesional de valoración constata indicios, se lleva a cabo una valoración provisional mientras se solicita una ampliación de la información de salud. La valoración de la actividad estará sujeta a la confirmación diagnóstica, tal y como se establece en la normativa de aplicación del baremo.

Por el contrario, hay otras que eligen la citada escala, además, cuando solo existen determinados diagnósticos enfermeros e incluso solo se cuenta con un test de Pfeiffer mayor de 3-4 y la persona cuenta con más de 85 años. Si bien en todos estos casos se hace referencia a la constatación del profesional de problemas de funcionamiento en el momento de la visita domiciliaria, lo cual queda debidamente justificado a lo largo del informe de valoración. Esta práctica, aunque minoritaria, se justifica por el retraso en la valoración de algunas provincias que en determinados casos el informe de salud no esté actualizado, la dificultad de obtener informes complementarios por tratarse de personas que por situaciones de excepcionalidad no suelen acudir a los servicios sanitario, la base de datos del DIRAYA no esté actualizada por diferentes causas, personas con patologías que debido a su especial tratamiento el seguimiento se lleva a cabo desde los servicios especializados, entre otras.

Otro matiz diferente hallado en este análisis es que por un lado hay quienes siempre que *en ICS se reflejen diagnósticos médicos relacionados con la toma de decisiones y aunque no exista problema en su desempeño, se aplica el DI/EM pero con desempeño positivo (P1) en las distintas tareas de la actividad.* Mientras que por otro hemos encontrado que la escala específica se elige solo cuando se indica una enfermedad mental grave, discapacidad intelectual, o enfermedad neurológica con afectación cognitiva. Y si existe otro problema de salud de tipo general que, en ese momento tiene una mayor incidencia en la situación de dependencia y beneficie a la persona valorada, se puede elegir la escala general, siempre justificadamente. Si existe problemas de salud coincidentes con la escala general o específica, y estos segundos tienen una incidencia escasa en las AVBDs, eligen la general.

También nos encontramos con provincias que específicamente señalan la elección de la escala específica para deficiencias concretas, tales como las sensoriales de sordera o ceguera o en casos de alteraciones en el lenguaje como la afasia.

Entre las soluciones que se vienen adoptando para la elección de una u otra escala, es el reconocimiento al buen juicio del profesional, que tiene que hacer elecciones con la información disponible –que en ocasiones es escasa y deficitaria-, así como con todas las acciones que el baremo recoge –observación, verificación...- dicha actuación está justificada siempre que el problema de salud condicione el funcionamiento de la persona en su desempeño, es decir, que realice la tarea con problemas en la iniciativa, coherencia y orientación.

Otra de las tareas acordadas por la comunidad fue elaborar por provincia una relación de patologías y/o situaciones que generan mayor dificultad en la elección de la escala. Dicha relación fue expuesta en la sesión del 11 de julio de 2019 en Antequera, apreciándose que algunas

se repetían de forma unánime en las siete provincias participantes; este es el caso del *alcoholismo/enolismo*; otras como *depresión/ansiedad, ancianidad/senilidad/anciano frágil, síndrome de Diógenes o infartos lacunares/ICTUS/ACV/Daño cerebral adquirido*, eran propuestas mayoritariamente por 5 de los 7 grupos.

La relación conjunta de patologías y situaciones propuestas, previa a su discusión y a la aplicación de los criterios consensuados, era la siguiente:

- Anorexia. Bulimia.
- Ludopatía.
- Cleptomanía.
- Drogadicción/Alcoholismo.
- Síndrome de Diógenes.
- Depresión-Ansiedad-Síndrome Ansioso-Depresivo.
- Trastornos mentales en la juventud que en la edad adulta remiten o son residuales.
- Demencia Leve o Deterioro cognitivo leve
- Anciano Frágil (sin diagnósticos).
- Síndrome de Asperger.
- Infartos lacunares en personas de edad avanzada, y su relación con pluripatología.
- ICTUS, ACV, AIT
- Parálisis cerebral (especialmente en menores).
- Fibromialgia
- Sordera.
- Parkinson.
- Duelo patológico.
- Distimia.
- Hemorragia subaracnoidea.
- Epilepsia.
- Enfermedad de Huntington.
- Encefalopatías (hepática/ nefrótica).
- Retraso en el crecimiento y el desarrollo(Criterio Nanda).
- Alteraciones del lenguaje: Afasia/Disartria (Ver pág. 28 y 32 de Guía Orientación en personas con Daño Cerebral Adquirido). ASOCIADO A OTRAS PATOLOGIAS ,,,,,,
- Alteraciones Perceptivas-cognitivas (Funciones Viso-perceptivas, Viso-espaciales y Viso-constructivas) (Ver pág. 33 de GO Daño Cerebral Adquirido).
- Patologías físicas que repercuten en la capacidad de comunicación con el medio (intercambio de información) que limita la exposición de necesidades personales como es el caso de ELA, Tetraplejia.
- Personas receptoras de pensión de orfandad u otras análogas debido a discapacidad intelectual pero que ésta no está debidamente acreditada por informe médico.

Este listado a lo largo del trabajo, se va resolviendo con los criterios adoptados, de manera general, como por ejemplo todos los comprendidos en el capítulo V del CIE 10, se aplica el baremo específico, independientemente no esté afectada la capacidad de tomar decisiones y cuyo resultado se puede ver en el apartado 3. "VALORACIÓN DE DEFICIENCIAS DE ESPECIAL DIFICULTAD EN LA ELECCIÓN DE TIPO DE BVD " de este trabajo.

Otras patologías y situaciones de mayor incidencia y/o complejidad, aun cuando de la aplicación de los criterios consensuados se desprende la escala a aplicar, el grupo acordó tratar de modo específico, las que se indican a continuación y cuyo resultado puede verse en el apartado de ANEXOS. Se trata de:

- **Alcoholismo**
- **Parálisis cerebral**
- **Fibromialgia**
- **Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA)**
- **Infartos lacunares, ICTUS, ACV, AIT...**
- **Encefalopatías**
- **Sordera**
- **Anciano frágil.**

Sirviendo estos como ejemplos prácticos de la aplicación de los criterios acordados, que al resolver dudas inicialmente planteadas son a la vez indicadores de evaluación cualitativa del trabajo realizado, no obstante, siendo conscientes de que en esta comunidad no podemos hacer una aplicación exhaustiva a todas las patologías, procesos y /o situaciones que se puedan plantear.

Por último, queda aportar otra parte del trabajo de recopilación de datos acordado por el grupo, que fue recabar la proporción que supone la elección de escala específica sobre la totalidad de valoraciones por provincias en el pasado año 2018, el resultado se presenta en la siguiente tabla:

DATOS 2018

	ESCALA GENERAL %	ESCALA ESPECÍFICA %
CORDOBA	63,80	36,20
HUELVA	64,31	35,69
JAÉN	54,39	45,61
CÀDIZ	61,73	38,27
GRANADA	53,30	46,70
SEVILLA	53,24	46,76
ALMERÍA	50,16	49,84
MÁLAGA	66,35	33,65
ANDALUCÍA	57,79	42,21

Fuente: Elaboración propia. Los datos pueden variar en función del tratamiento en la consulta en GCA.2 respecto a la consideración de la Escala de Valoración Específica para menores de 3 años recopilados por cada una de las provincias.

Ante la imposibilidad de poder extraer desde nuestros perfiles en CGA datos sobre la edad y sexo de las personas valoradas, incluimos aquí la estadística que nos aporta el IMSERSO a 31 de diciembre de ese mismo año, referido a las personas solicitantes, de donde se puede ver predominio de las personas mayores de 80 años; y por sexo, las mujeres, en un 64% frente a 36% de hombres.



1.3. PERFIL DE LA PERSONA SOLICITANTE: SEXO Y EDAD

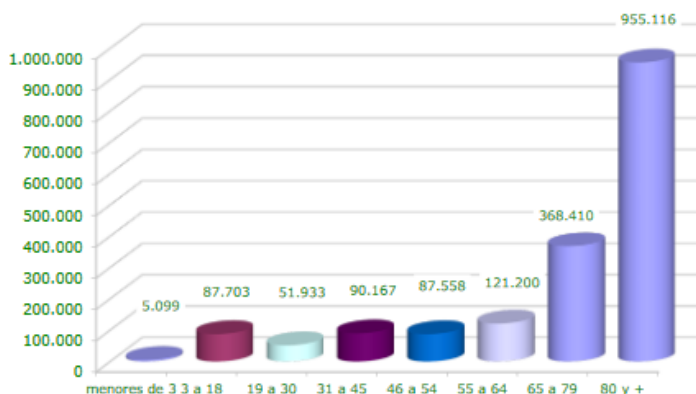
Situación a 31 de diciembre de 2018

SEXO	TRAMO DE EDAD														TOTAL			
	menores de 3		3 a 18		19 a 30		31 a 45		46 a 54		55 a 64		65 a 79		80 y +		Nº	%¹
	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹	Nº	%¹				
Mujer	2.343	0,21	31.421	2,77	21.190	1,87	39.442	3,48	41.066	3,63	61.561	5,43	236.790	20,90	688.935	61,70	1.132.748	100,00
Hombre	2.756	0,43	56.282	8,87	30.743	4,85	50.725	8,00	46.492	7,33	59.639	9,40	131.620	20,75	256.181	40,38	634.438	100,00
TOTAL	5.099	0,29	87.703	4,96	51.933	2,94	90.167	5,10	87.558	4,95	121.200	6,86	368.410	20,85	955.116	54,05	1.767.186	100,00

Solicitantes por sexo



Solicitantes por tramo de edad



2. CRITERIOS UNIFICADOS/CONSENSUADOS/REFERENCIA NORMATIVA.

2.1. REFERENCIA NORMATIVA RELATIVA A LA APLICACIÓN DEL BAREMO Y EN CONCRETO AL USO DE LA ESCALA DI/EM Y/O ALT. PERCEP. COGNIT.:

Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011)

“La relación de actividades y tareas que comprende la valoración del BVD se establece en la “Tabla de aplicación” de acuerdo con la existencia o no de una **condición de salud que pueda afectar a las funciones mentales**, tales como la discapacidad intelectual, las enfermedades mentales, trastornos mentales orgánicos, el daño cerebral y las alteraciones perceptivo-cognitivas (como en determinadas situaciones de personas con sordoceguera, entre otras)”².

... DETERMINACIÓN DE LA SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

“b. Los pesos de las actividades y las tareas aparecen en la correspondiente tabla de la “*escala general*” (Anexo A). En el caso de personas **con condiciones de salud que puedan afectar a sus funciones mentales**, se emplearán además los pesos de la “*escala específica*” (Anexo B), seleccionando como puntuación final del BVD aquella que sea más elevada.”³

" Los datos obtenidos se pondrán siempre en correspondencia con los informes de salud aportados y las barreras del entorno, por lo que se debe poner a prueba la información que resulte imprecisa o inconsistente. La persona valoradora deberá elegir el procedimiento que le proporcione los datos de la forma más rápida y fiable. Se pueden emplear distintos procedimientos a lo largo de la aplicación del BVD; el funcionamiento de cada persona y el tipo de actividad y tarea evaluada determinarán en cada caso la mejor forma de proceder. En caso de dudas en la objetivación de la situación de dependencia se deberá recabar información de salud complementaria en el marco del procedimiento administrativo. Independientemente del procedimiento empleado, el/a valorador/a puede tener la seguridad de que la interpretación y la evaluación que se realice serán válidas, siempre y cuando se ajusten con rigor a los criterios de aplicación del baremo y definiciones establecidas"⁴.

² Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011), pág.:18574

³ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011). Pág.: 18576

⁴ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011), pág.:18620

CRITERIOS DE APLICACIÓN: criterio 3c. “Se considera que la tarea se desarrolla adecuadamente, aunque sea con dificultad, si ésta se realiza con iniciativa, coherencia, orientación y control físico suficiente para la consecución de la finalidad de la actividad correspondiente y sin incurrir en un grave riesgo para la salud.”⁵

criterio 4a. “Desempeño positivo: cuando la persona valorada sea capaz de desarrollar, por sí misma y adecuadamente, la tarea en su entorno habitual”⁶.

criterio 6b. “Problemas de funcionamiento mental: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y/o no muestra iniciativa para su realización.”⁷

” **VALORACIÓN DE “TOMAR DECISIONES”** ..., 1. Se recuerda que sólo procederá la valoración de esta actividad **previa constatación de una situación en que se produzca afectación del funcionamiento mental de la persona valorada en base a la información de salud** aportada en el proceso de reconocimiento de la situación de dependencia. Excepcionalmente, cuando no se haya descrito esta situación en los informes de salud, pero el/la profesional de valoración constate indicios, se podrá llevar a cabo una valoración provisional mientras se solicita una ampliación de la información de salud. La valoración de la actividad estará sujeta a la confirmación diagnóstica.⁸”

Definición de desempeño⁹ como “la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual”. Para evaluar el desempeño se ha de considerar, en todo caso, la seguridad en la ejecución, es decir que no incurran en un grave riesgo para la integridad de la persona, dichas circunstancias han de ser tenidas en cuenta en la actividad “tomar decisiones” como expresamente relaciona el **Manual de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía** hace mención expresa a aquellas situaciones en la que cuando la persona toma decisiones de forma cotidiana sobre todas las ABVD, pero aquéllas son erróneas, confusas, cargadas de riesgos e incompletas, la valoración se lleva a cabo como **desempeño negativo “N1”**, así como tipo de apoyo supervisión. Así mismo identifica los tipos de problemas, siendo éstos:

⁵ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011) pág.:18623

⁶ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011) pág.:18624

⁷ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011) pág.:18625

⁸ Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011) pág.: 18634-18635

⁹ Criterios de aplicación del baremo de valoración de dependencia, publicados en el ANEXO I, Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE» núm. 42, de 18 de febrero de 2011, páginas 18567 a 18691.

a. Problemas de funcionamiento físico: la persona valorada no ejecuta físicamente la tarea y/o lo hace sin el control adecuado **y/o no percibe las informaciones externas necesarias para su desarrollo.**

b. Problemas de funcionamiento mental: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con **desorientación** y/o no muestra iniciativa para su realización.

c. Ambos problemas: la persona valorada no ejecuta la tarea por la concurrencia de un problema de funcionamiento físico y mental.

Resolución de 4 de febrero de 2010 de la Secretaría General de Política Social y Consumo por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia (BOE n.º 62 de 12 de marzo de 2010)

Resolución en la cual se determinan los siguientes criterios básicos del procedimiento de valoración de la situación de dependencia en relación al informe de salud descriptivo de la condición de salud de la persona, preceptivo para la valoración, en Pág. 24969:

“a) Las Comunidades Autónomas establecerán la coordinación sociosanitaria que permita garantizar la eficacia y eficiencia de las valoraciones, especialmente en lo relativo a los Informes expedidos por el Servicio Público de Salud.

b) Esta coordinación deberá protocolizarse con acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, incluyendo aquellos supuestos de enfermedad mental y otras patologías complejas en las que el órgano de valoración necesita del apoyo de la información de otras especialidades para poder emitir un dictamen objetivo.

c) En el ámbito del citado acuerdo y con el fin de asegurar una mayor calidad de la información de la condición de salud de la persona a valorar, el informe considerará las siguientes indicaciones:

Referencia a los diagnósticos de las patologías que determinan la condición de salud que limita la actividad de la persona, codificados en CIE 10 o en su defecto CIE 9 o CIAP, y a ser posible con indicación del año en que se diagnosticó, fase evolutiva en que se encuentran y posible pronóstico, así como si su situación es estable o susceptible de modificación por tratamiento médico.

Reseña de las limitaciones que conlleva el estado de salud de la persona, en las actividades de la vida diaria y/o funciones o estructuras afectadas. Indicación de las medidas de soporte terapéutico, funcional y/o ayudas técnicas que tenga prescritas.

Señalar las alteraciones del comportamiento o deterioro cognitivo, si constan, e indicar si alguna patología cursa por brotes, con datos de los habidos en el último año, así

como cualquier otra información que se consideren de interés por parte de la persona facultativa que expide el informe en relación con la finalidad del mismo.

d) Sin perjuicio de lo anterior, las personas solicitantes podrán aportar documentación complementaria sobre su condición de salud”.

GUÍAS DE ORIENTACIÓN PARA LA PRÁCTICA PROFESIONAL DE LA APLICACIÓN DEL BAREMO

En base a las directrices señaladas en el Manual del Valorador/a RD 174/2011, pág. 4. Apartado 4. en el que hace referencia a las Guías de Orientación para la Práctica Profesional de la aplicación del baremo. “ *En el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre modificación del baremo de valoración de la situación de dependencia establecida en el RD 5004/2007, de 20 de Abril, se encomendaba al IMSERSO la “Elaboración de guías metodológicas de aplicación del baremo, adaptadas a las características específicas de las distintas condiciones de salud, en las que se identifiquen las técnicas a emplear por las personas valoradoras en la comprobación de la capacidad para la realización de las distintas tareas a valorar”, con el objetivo de la mejora de la implantación de la nueva versión del baremo de dependencia.*

El objeto de estas Guías es transmitir conocimientos útiles para la comprensión de dichas condiciones de salud en el proceso de evaluación de la situación de dependencia y desarrollar orientaciones para facilitar la aplicación de dicho baremo de forma homogénea y eficiente en todas las administraciones competentes y servir de apoyo a la formación de los profesionales de los órganos de valoración.

Estos documentos han sido elaborados en colaboración con el nivel asociativo representativo a nivel nacional en cada colectivo en cuestión, y revisados e informados por la Comisión Técnica de coordinación y seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (CTVD), Órgano Técnico Colegiado del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia...”

Resultado del análisis por provincias se extrae la necesidad de unificar criterios en base a:

- **Diagnósticos médicos del Informe de Condiciones de Salud.**
- **Diagnósticos enfermeros (etiquetas NANDA) del Informe de Condiciones de Salud.**
- **Puntuación del Test de Pfeiffer del Informe de Condiciones de Salud.**
- **Alteraciones perceptivo-cognitivas del Informe de Condiciones de Salud**
- **Situaciones de excepcionalidad No señaladas en Informe de Condiciones de Salud**

2. 1. CRITERIO A TENER EN CUENTA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL BAREMO DI/EM Y/O ALT. PERCEP.COGNIT. EN FUNCIÓN DE DIAGNÓSTICOS MÉDICOS RECOGIDOS EN INFORME DE CONDICIONES DE SALUD.

Queda justificada la aplicación de la Escala DI/EM o alteración perceptivo-cognitiva, en el supuesto de que aparezcan reflejadas en el apartado Diagnósticos Médicos del Informe de Condiciones de Salud :

- Cualquiera de las patologías codificadas por la CIE 10 en su Capítulo V: Trastornos mentales y del comportamiento¹⁰.
- Otros procesos de la CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento,¹¹ en este caso siempre que el personal valorador constate afectación del funcionamiento mental de la persona valorada.

¹⁰ El 1 de enero de 2022 entra en vigor la CIE-11, la cual hace una descripción del capítulo que trata de los Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo: "Los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo son síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento." en base a esta descripción se entiende justificada la aplicación de la escala DIEM pues se presupone la afectación del funcionamiento mental

¹¹ Con el fin de identificar estos procesos de la CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento, nos remitimos a World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>. Publicación realizada para la OMS, donde se recoge exhaustivamente no solo el capítulo V en su totalidad por estar dedicado a Trastornos mentales y del comportamiento, sino también recoge aquellas patologías clasificadas en otros capítulos, y que están frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento, por tanto también estas últimas serían susceptibles de aplicar escala DIEM siempre que el personal valorador observe afectación mental.

2.2. CRITERIO A TENER EN CUENTA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL BAREMO DI/EM Y/O ALT. PERCEP. COGNIT. EN FUNCIÓN DE DIAGNÓSTICOS ENFERMEROS (ETIQUETAS NANDA) RECOGIDOS EN INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

*Puesto que en las referencias recogidas en el RD 174/2011, y por consiguiente en el MANUAL DE VALORACIÓN de la Agencia de Servicios Sociales y dependencia de Andalucía, se habla de informes de salud, condición o condiciones de salud, **queda justificada la aplicación de la Escala DI/EM o alteración perceptivo-cognitiva** cuando nos encontremos con una situación de Valoración donde:*

- No consten diagnósticos médicos referidos en el apartado anterior, y no se tenga la posibilidad de acceso a ningún informe complementario que pueda aportar información al respecto.*
- Exista en el informe de condiciones de salud, un diagnóstico etiqueta NANDA, susceptible de afectar a las funciones mentales.*
- Con independencia de la puntuación en la escala Pfeifer.*
- Y el personal valorador, constate que existen problemas de funcionamiento mental: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con desorientación y/o no muestra iniciativa para su realización.*

RELACIÓN DE DIAGNÓSTICOS ETIQUETAS NANDA SUCEPTIBLES DE AFECTAR A LAS FUNCIONES MENTALES:

Existe en la actualidad 235 diagnósticos enfermeros vigentes¹², aunque no todos están aún definidos, de estos 235 hemos trabajado con los que si están definidos, seleccionando y detallando los que serían susceptibles de posible afectación de las funciones mentales (en total 32 que hemos numerado), presentados no por orden numérico NANDA, sino por dominio, a continuación se presenta el listado:

¹² En el siguiente enlace se puede consultar el listado completo : <https://www.salusplay.com/blog/diagnosticos-enfermeros-nanda-2017/>

DIAGNÓSTICOS NANDA SUSCEPTIBLES DE AFECTACIÓN EN FUNCIONAMIENTO MENTAL	
DOMINIO 1: PROMOCIÓN DE LA SALUD¹³	Clase 2. Gestión de la salud:¹⁴ Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud (00188) Gestión ineficaz de la salud (00078) Incumplimiento (00079) Mantenimiento ineficaz de la salud (00099) Protección ineficaz (00043) Síndrome de fragilidad del anciano (00257) — NUEVO
DOMINIO 4: ACTIVIDAD/REPOSO¹⁵	Clase 3. Equilibrio de la energía¹⁶ Vagabundeo (00154) Clase 5. Autocuidado¹⁷: Descuido personal (00193)
DOMINIO 5: PERCEPCIÓN/COGNICIÓN¹⁸	Clase 2. Orientación¹⁹: Síndrome de deterioro en la interpretación del entorno (00127) Clase 4. Cognición²⁰: Confusión aguda (00128) Confusión crónica (00129) Deterioro de la memoria (00131)
DOMINIO 6: AUTOPERCEPCIÓN²¹	Clase 1. Autoconcepto:²² Trastorno de la identidad personal (00121) Clase 2. Autoestima:²³ Baja autoestima crónica (00119)

13 Conciencia de bienestar o normalidad en la función y en las estrategias usadas para mantener el control, así como la mejora del bienestar o la normalidad de la función.

14 Identificar, controlar, realizar e integrar actividades para mantener la salud y el bienestar

15 Producción, conservación, gasto o equilibrio de las fuentes de energía.

16 Estado de equilibrio dinámico entre el ingreso y el gasto de recursos.

17 Habilidad para llevar a cabo las actividades de cuidados del propio cuerpo y de las funciones corporales.

18 Sistema de procesamiento de la información humana que incluye la atención, orientación, sensación, percepción, cognición y comunicación.

19 Conciencia de tiempo, lugar y persona.

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

21 Conciencia de sí mismo.

22 Percepción (percepciones) sobre el yo total.

23 Evaluación de la propia valía, capacidad, significado y éxito.

	Trastorno de la imagen corporal (00118)
DOMINIO 7: ROL/RELACIONES²⁴	Clase 3. Desempeño del rol:²⁵ Desempeño ineficaz del rol (00055) Deterioro de la interacción social (00052)
DOMINIO 9: AFRONTAMIENTO / TOLERANCIA AL ESTRÉS²⁶	Clase 1. respuestas postraumáticas:²⁷ Síndrome del trauma posviolación (00142) Síndrome postraumático (00141) Clase 2. Respuestas de afrontamiento:²⁸ Aflicción crónica (00137) Afrontamiento ineficaz (00069) Ansiedad (00146) Ansiedad ante la muerte (00147) Duelo complicado (00135) Planificación ineficaz de las actividades (0199) Deterioro de la regulación del estado de ánimo (00241) — NUEVO
DOMINIO 11: SEGURIDAD/PROTECCIÓN²⁹	Clase 3. Violencia:³⁰ Automutilación (00151) Riesgo de automutilación (00139) Riesgo de suicidio (00150) Riesgo de violencia autodirigida (00140) Riesgo de violencia dirigida a otros (00138)
DOMINIO 12: CONFORT³¹	Clase 2. Confort del entorno:³² Aislamiento social (00053)

24 Conexiones o asociaciones positivas y negativas entre las personas o grupos de personas y la manera en que esas conexiones se demuestran.

25 Calidad del funcionamiento según los patrones de conducta socialmente esperados.

26 Convivir con los eventos/procesos vitales

27 Reacciones tras un trauma físico o psicológico.

28 Procesos de gestión del estrés del entorno. :

29 Ausencia de peligros, lesión física o alteración del sistema inmunitario; preservación de pérdidas y de la seguridad y la protección.

30 Ejecución de fuerza o poder excesivo con la finalidad de causar lesión o abuso.

31 Sensación de bienestar o alivio mental, físico o social

32 Sensación de bienestar o alivio en/con el propio entorno.

2.3. CRITERIOS A TENER EN CUENTA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DEL BAREMO DI/EM Y/O ALT. PERCEP.COGNIT. EN FUNCIÓN DE PUNTUACIÓN DEL TEST DE PFEIFFER DEL INFORME DE CONDICIONES DE SALUD .

El test Pfeiffer es un test de cribado, no de diagnóstico, ofrece datos que orientan pero no determinan, ya que valora fundamentalmente la memoria y la orientación. Y aunque tiene una corrección en su puntuación según el nivel cultural y de escolarización, esta corrección en la práctica vemos que puede verse afectada por otras situaciones que a efectos de valoración oficial no constituyen dependencia.

El test de Pfeiffer por sí solo no acredita una afectación del funcionamiento mental o cognitivo de la persona, además en dicho test no se incluye los contenidos obligatorios del informe de condiciones de salud establecido en la **Resolución de 4 de febrero de 2010**, de la Secretaría General de Política Social y Consumo por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en materia de órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia (**BOE el 12 de marzo de 2010**).

Por lo que concluimos que **debe existir un diagnóstico médico o diagnóstico enfermero relacionado con alteración en el funcionamiento mental o percepto-cognitiva**.

2.4 CRITERIOS A TENER EN CUENTA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DE ESCALA DIEM Y/O ALT. PERCEP.COGNIT. EN PERSONAS CON CEGUERA, DEFICIENCIA VISUAL GRAVE Y SORDERA REFLEJADAS EN EL INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

Se considera aplicable la escala específica del BVD en personas con Ceguera, Deficiencia Visual Grave y/o Sordera en base a referencia expresa en la distinta normativa de aplicación del baremo de valoración de la situación de dependencia y que a continuación se fundamenta:

¿QUÉ ES LA PERCEPCIÓN COGNITIVA?

La cognición³³ y la percepción son dos áreas que, en cierto modo, son los primeros puntos de partida para la relación entre la persona y el entorno, la percepción cognitiva incluye, además de los sentidos escuchar, ver, oler, saborear y sentir, la forma en que tratamos la información. Mientras que la percepción se refiere a las formas de obtener información de nuestro entorno, la cognición describe procesos como recordar, aprender, resolver problemas y orientación.

Las guías de orientación en la valoración y en concreto la “**Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con ceguera y deficiencia visual grave**”, hace referencia **EXPRESA** a la **posibilidad de afectación en la toma de decisiones**, entre otras:

Pág. 21, “...Aunque estos mediadores pueden permitir a la persona con ceguera o deficiencia visual grave acceder, procesar y utilizar la información ambiental para la **toma de decisiones** y desenvolverse en su entorno, en ocasiones no pueden considerarse eficaces, eficientes y seguros como lo serían los proporcionados por los estímulos visuales.”

Pág.:22-23 “...De esta manera, el desempeño de las actividades de la vida diaria, que son realizadas de forma automática, rápida, segura y sin esfuerzo utilizando la visión, van a requerir de todas las reservas cognitivas (atención, memoria, toma de decisiones, etc.) de la persona cuando son ejecutadas a través de otros sistemas sensoriales...”

“...Así, particularmente, en actividades que comprometen la integridad o comportan riesgo (por ejemplo, desplazarse en el exterior, cocinar, limpiar, reaccionar ante una situación de emergencia, administrarse medicamentos, etc), aumentan en la persona su incertidumbre....Este hecho, unido a que la lectura del entorno y **toma de decisiones** debe realizarla de forma lenta, secuencial y fragmentaria, genera tensión, fatiga, ansiedad, estrés, lo que **incide negativamente en su procesamiento de la información, en el tiempo de reacción y en la eficacia de su toma de decisiones**”

Pág.: 23: “a)...las personas con ceguera o deficiencia visual grave tendrían en su desplazamiento dificultades para orientarse y determinar la posición y la situación de su destino, así como para conocer las peculiaridades de itinerario y la identidad y disposición de los objetos del entorno...”

Pág.: 24. “c)...a la ayuda o guía proporcionada por otra persona. Con este facilitador, la persona con ceguera o deficiencia visual grave.... puede regular su propio desempeño en la movilidad o en las actividades de la vida diaria, **tomar decisiones en función de los cambios del entorno, y puede, si fuera necesario, completar la actividad.**”

33 **¿Qué es la cognición?** La definición más aceptada de cognición es la capacidad que tenemos los seres vivos de procesar la información a partir de la percepción (estímulos que nos llegan del mundo exterior a través de los sentidos), el conocimiento adquirido con la experiencia y nuestras características subjetivas que nos permiten integrar toda esta información para valorar e interpretar el mundo. La palabra cognición viene del latín "cognoscere", que significa conocer. Por lo tanto, cuando hablamos de lo cognitivo normalmente nos estamos refiriendo a todo aquello que pertenece o que está relacionado con el conocimiento, es decir, **el cúmulo de información que hemos adquirido gracias al aprendizaje o la experiencia.**

La cognición es la habilidad que tenemos para asimilar y procesar los datos que nos llegan de diferentes vías (percepción, experiencia, creencias...) para convertirlos en conocimiento. La cognición engloba diferentes procesos cognitivos como el aprendizaje, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la toma de decisiones, etc... que forman parte del desarrollo intelectual y de la experiencia. Distintas disciplinas han abordado el estudio de la cognición, la neurología, la psicología, la antropología, la filosofía e incluso las ciencias de la información. Pero fue la psicología cognitiva la que empezó a estudiar **cómo el procesamiento de la información inflúa en la conducta y qué relación tenían los diferentes procesos mentales en la adquisición del conocimiento.** <https://www.cognifit.com/es/cognicion>

“...dadas las exigencias que comporta el desplazamiento y la vida diaria autónomas en ausencia de visión en cuanto al procesamiento y recursos cognoscitivos necesarios, a la complejidad de la toma de decisiones en contextos con información limitada y que comportan riesgos, con mayores posibilidades de error, etc, algunos factores pueden alterar drásticamente dicho equilibrio.”

Respecto a las **personas con Sordera** según la página web <https://www.hear-it.org> que es considerada como la página web nº1 del mundo sobre la audición y la pérdida auditiva desde 1999 , la pérdida de audición puede tener diversas consecuencias. Las reacciones varían de un individuo a otro, pero la mayoría de las personas con discapacidad auditiva experimentan problemas sociales, psicológicos y físicos como consecuencia de la pérdida de audición.

La pérdida de audición ocasiona **problemas de comunicación** que pueden tener efectos importantes en la vida cotidiana y generar sensación de soledad, aislamiento y frustración, sobre todo, en las personas mayores.

Complicaciones agudas más frecuentes, entre otras:

- Psicológicas: Vergüenza, culpabilidad, ira; pena; problemas de concentración; preocupación y frustración; ansiedad y desconfianza; inseguridad y autocrítica y baja autoestima/confianza en sí mismo.
- Sociales: aislamiento y retraimiento; pérdida de atención; distracción/falta de concentración; problemas en el trabajo; problemas para participar en la vida social; problemas de comunicación; pérdida de intimidad o problemas sexuales.

Respecto a las consecuencias físicas de las personas con sordera, puede provocar cansancio; cefalea; vértigo; tensión muscular; estrés; problemas de alimentación y/o sueño; problemas estomacales o aumentar la presión sanguínea.

Aparte de estas complicaciones agudas, también pueden aparecer **complicaciones crónicas** relacionadas con el pánico; fobia social; trastorno compulsivo obsesivo y/o de personalidad; trastorno de estrés post-traumático (por ejemplo, para un veterano de guerra que utiliza audífonos, el sonido de un helicóptero puede provocar una respuesta emocional), así como diferentes tipos de ansiedad.

Existen muchas repercusiones de la Sordera en el Desarrollo Cognitivo; cuando no se ha contado con un sistema eficaz de comunicación desde edades tempranas. En diversos estudios se pueden encontrar las siguientes:

- Desarrollo Cognitivo algo más lento en algunas facetas.
- Acceso a las Operaciones Lógicas algo retrasado.
- Menor Habilidad en las Operaciones Lógicas más complejas.
- Inseguridad en Pensamiento Abstracto, para: Representar la realidad.
- Formalización del pensamiento.
- Búsqueda de relaciones.
- Memoria Verbal menos eficaz.

Teniendo en cuenta la información facilitada en la **Guía** de orientación en la práctica profesional de la **valoración reglamentaria** de la situación de dependencia en personas con ceguera y deficiencia visual grave”, que **hace referencia EXPRESA** a la **posibilidad de afectación en la toma de decisiones** y el estudio especializado sobre sordera, se observa la posibilidad de afectación en determinadas tareas del proceso de toma de decisiones, variables individuales que se han de analizar para determinar la capacidad de la persona en el desempeño de esta actividad, y más aún si atendemos a la **definición de desempeño**¹ como “*la capacidad individual para llevar a cabo por sí mismo, de una forma adecuada, y sin apoyos de otra u otras personas, actividades o tareas en su entorno habitual*”. Para **evaluar el desempeño se ha de considerar, en todo caso, la seguridad en la ejecución, es decir que no incurran en un grave riesgo para la integridad de la persona**, dichas circunstancias han de ser tenidas en cuenta en la actividad “tomar decisiones” como expresamente relaciona el Manual de Valoración de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía hace mención expresa a aquellas situaciones en la que cuando la persona toma decisiones de forma cotidiana sobre todas las ABVD, pero aquéllas son erróneas, confusas, cargadas de riesgos e incompletas, la valoración se lleva a cabo como desempeño negativo “N1”, así como tipo de apoyo supervisión. Así mismo identifica los tipos de problemas, siendo éstos:

a. Problemas de funcionamiento físico: la persona valorada no ejecuta físicamente la tarea y/o lo hace sin el control adecuado **y/o no percibe las informaciones externas necesarias para su desarrollo.**

b. Problemas de funcionamiento mental: la persona valorada no comprende la tarea y/o la ejecuta sin coherencia y/o con **desorientación** y/o no muestra iniciativa para su realización.

c. Ambos problemas: la persona valorada no ejecuta la tarea por la concurrencia de un problema de funcionamiento físico y mental.

En el caso de **personas menores de edad con** alteración perceptivo-cognitiva el desarrollo de competencias personales se puede ver afectado, por lo que se considera adecuado la aplicación de la escala específica de valoración por considerarse adecuada a la deficiencia, al no ser puramente física sino una alteración de la percepción sensorial.

En este grupo de edad, es importante destacar, la necesidad de dirigir los esfuerzos hacia la promoción de la autonomía personal, por ello es necesario promover los apoyos específicos que permitan- favorezcan el desarrollo evolutivo del menor, y por consiguiente la autonomía personal en su edad adulta.

CRITERIOS A TENER EN CUENTA CON RESPECTO A LA APLICACIÓN DE ESCALA DIEM Y/O ALT. PERCEP.COGNIT. EN SITUACIONES EXCEPCIONALES NO REFLEJADAS EN EL INFORME DE CONDICIONES DE SALUD

Excepcionalmente³⁴, se podrá considerar el uso de la escala que considera la toma de decisiones en los casos en los que no hay diagnóstico médico en informe de salud que lo acredite, pero se constata fehacientemente comprometidas funciones mentales para llevar a cabo la toma de decisiones que garanticen el bienestar psicofísico y el orden social. Personas que no han sido evaluadas por servicios de salud, siendo las siguientes casuísticas más frecuentes:

1. Personas al margen del sistema de salud: Personas con enfermedad mental sin seguimiento en servicios de salud, personas sin hogar, personas receptoras de pensión de orfandad incapacitadas para el trabajo ... etc.
2. Personas mayores de 80 años con largo tratamiento de psicotrópicos sin diagnóstico y que previsiblemente ya no serán atendidos por el servicio de neurología.

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN:

1. Valoración Provisional de la Situación de Dependencia aplicando el baremo DI/EM o Alt. Percep.Cognit.
2. Coordinación con profesionales de Servicios Sociales Comunitarios y/o Centro de salud de la zona de referencia para recabar información de la persona solicitante que permita confirmación de hechos observados, ésta se refleja en informe de valoración (fecha contacto, profesional de referencia...)
3. Y en su defecto, si la información facilitada por los servicios de referencia es insuficiente, nula, o existen dudas razonables respecto a la veracidad se podrá contemplar la necesidad de elevar caso a Comisión Técnica Provincial para estudiar el caso.

³⁴ Excepcionalmente, cuando no se haya descrito esta situación en los informes de salud, pero el/la profesional de valoración constata indicios se podrá llevar a cabo una valoración provisional mientras se solicita una ampliación de la información de salud. La valoración de la actividad estará sujeta a la confirmación diagnóstica. BOE-A-2011-3174 BOLETÍN OFICIAL DEL ESTADO Núm. 42 viernes 18 de febrero de 2011 Sec. I. Pág. 18634/18635 .

3. LA APLICACIÓN DEL BAREMO DI/EM Y/O ALTERACIONES PERCEPTIVO COGNITIVAS EN PATOLOGÍAS, PROCESOS, ETIQUETAS DIAGNOSTICAS NANDA Y OTRAS SITUACIONES DE ESPECIAL DIFICULTAD EN LA ELECCIÓN DIEM/DF

PATOLOGÍAS QUE APARECEN EN EL CAPÍTULO V DEL CIE-10

APLICACIÓN ESCALA DI/EM Y/O ALT. PERCEP. COGNIT.

ANOREXIA (F50.0) Y BULIMIA (F50.2)

LUDOPATÍA (F63.0)

CLEPTOMANÍA (F63.2)

DEPRESIÓN (F34.1)

ANSIEDAD (F40-48)

SÍNDROME ANSIOSO DEPRESIVO (F41.2)

DEMENCIA LEVE (F06.7)

DETERIORO COGNITIVO LEVE (F06.7)

DROGADICCIÓN (F10-19)

ALCOHOLISMO* (F10)

*** Por su incidencia, frecuencia y /o especial complejidad ha sido trabajado en documento anexo**

**PATOLOGÍAS QUE APARECEN EN OTROS CAPÍTULOS DE LA CIE 10
Y
QUE ESTÁN FRECUENTEMENTE ASOCIADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL
COMPORTAMIENTO.**

SUSCEPTIBLES DE APLICACIÓN ESCALA DI/EM o Alt. Percep.Cognit.
Condicionado a la constatación de deficiencias por personal valorador

PARKINSON (G20)

EPILEPSIA (G40)

NEUROPATÍAS HEPÁTICAS Y NEFRÍTICAS

HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA (I60) (HEMORRAGIAS INTRACRANEALES)

PARÁLISIS CEREBRAL*(G80)

ELA * (G12.2)

INFARTOS LACUNARES (G46.5), ICTUS (I63.0), ACV (I67.9), AIT (G45.9)... *

ENCEFALOPATIAS *(G00-G09/ G10-G13/G20-G26)

*** Por su incidencia, frecuencia y /o especial complejidad ha sido trabajado en documento anexo**

**ETIQUETAS DIAGNOSTICAS NANDA
PLANTEADAS COMO DE DIFÍCIL APLICACIÓN DE LA ESCALA DIEM**

SUSCEPTIBLES DE APLICACIÓN ESCALA DI/EM o Alt. Percep.Cognit.
Condicionado a la constatación de deficiencias por personal valorador

RETRASO EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO. NANDA 00111

SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO. NANDA 00257 *

*** Por su incidencia, frecuencia y /o especial complejidad ha sido trabajado en documento anexo**

**SITUACIONES Y/O PROCESOS PLANTEADOS COMO
DE DIFÍCIL
APLICACIÓN DE LA ESCALA DIEM Y/O ALT. PERCEP. COGNIT.**

SUSCEPTIBLES DE APLICACIÓN ESCALA DI/EM o Alt. Percep.Cognit.
Condicionado a la constatación de deficiencias por personal valorador

Trastornos de la Comunicación: AFASIA (F80.0-F80.2; R47.0) / DISARTRIA (R47.1)

Personas perceptoras de pensión de orfandad u otras análogas debido a discapacidad intelectual pero que ésta no está debidamente acreditada por informe médico.

NOTA IMPORTANTE: *A tener en cuenta siempre que se aplique la ESCALA DI/EM o Alt. Percep.Cognit.:*

Sin perjuicio de la aplicación del CRITERIO DE APLICACIÓN 4 a. Desempeño positivo: cuando la persona valorada sea capaz de desarrollar, por sí misma y adecuadamente, la tarea en su entorno habitual. Establecido en las Instrucciones para la aplicación del BVD contenidas en el Anexo III del RD 174/2011, de 11 de Febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011, Pág. 18624).

4. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Para la mayoría de las personas integrantes de esta Comunidad de Practicas ha sido nuestra primera experiencia de aprendizaje colaborativo, donde profesionales de valoración de siete de las provincias andaluzas, entre los meses de abril a septiembre de 2019, preocupados por un tema concreto (la elección de la escala específica DI/EM del baremo) hemos compartido experiencias y conocimiento hasta llegar a elaborar un documento de propuesta de criterios.

Sin considerar que con el trabajo desarrollado sea algo acabado ni que se haya alcanzado una receta universal sobre la aplicación de la escala específica del baremo de Valoración de Dependencia, sí podemos decir que partiendo de formas diferentes de interpretar lo indicado en la normativa y tras el debate, análisis y consenso, hemos alcanzado un ACUERDO de CRITERIOS para la elección de dicha escala y los hemos aplicado a las que, a priori, considerábamos patologías de especial dificultad. Todo ello teniendo siempre como referente el Real Decreto 174/2011 por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia, el Manual de Valoración, las Guías de Orientación para la Práctica Profesional de la aplicación del baremo editadas por el IMSERSO y por qué no decirlo, la dilatada experiencia y conocimiento que el personal valorador participante tiene sobre la materia.

Pese a sus posibles deficiencias, sí que nos gustaría que este trabajo sea el punto de partida hasta la obtención de unos criterios e instrucciones comunes en nuestra comunidad autónoma con las que se trate de cubrir los vacíos actuales, evitar en lo posible la actual diversidad interpretativa y ofrecer un tratamiento igualitario a toda la ciudadanía andaluza en la aplicación del baremo.

Previo a lo anterior sería deseable que los criterios que aquí presentamos fuesen puestos en marcha por parte de los profesionales en toda nuestra comunidad y posteriormente evaluar su aplicabilidad.

Desearíamos que el camino iniciado de relación, intercambio y comunicación interprovincial del colectivo de valoración, que tan positivo nos ha resultado y con en el que hemos descubierto una estupenda forma de mejorar nuestro entorno de trabajo, no se acabe con esta experiencia sino que se extienda a otros muchos temas en los que hay necesidad de mejora y en el que se incorporen otros muchos profesionales del sector. Por ello, es necesario la implicación de las jefaturas de servicio de valoración de la situación de dependencia de los distintos Servicios Territoriales de la Comunidad Autónoma, que se facilite la participación del personal en este innovador modelo de trabajo Colaborativo, que beneficia a todas las personas intervinientes en el procedimiento (usuarios, profesionales y administración) .

En el desarrollo de este trabajo se han utilizado diversas herramientas tecnológicas de intercambio de información y comunicación tales como SharePoint, Google Drive, Red Profesional, Portal Colaborativo, entre otros. Si bien en el caso de SharePoint y de todas sus amplias posibilidades para el colectivo de valoradores se ha visto truncado porque no todas las provincias mantienen activas las licencias de Office 365, viéndonos obligados a dejar de trabajar a través de esta he-

herramienta una vez avanzado el trabajo. Desde aquí planteamos la necesidad de que se activen dichas licencias allí donde no lo estén y se forme a todo el personal valorador en su uso y funcionalidad de las diversas aplicaciones de Office 365. Se ha de tener en cuenta que el colectivo de valoradoras y valoradores se enfrentan a un trabajo solitario, con gran dispersión geográfica y con dificultades para la comunicación y compartir información, de ahí la importancia de la difusión de esta y otras herramientas tecnológicas que faciliten el trabajo colaborativo.

Por otra parte se ha constatado la necesidad de que se articulen e instauren las Comisiones Técnicas Provinciales de Valoración en todas la Delegaciones de Andalucía, en las que entre otras funciones, se ocupe de estudiar y avalar el uso de la escala específica en situaciones excepcionales no reflejadas en el Informe de Condiciones de Salud y en aquellas patologías en las que se aprecie que puede estar comprometida la toma de decisiones a instancias tanto del personal valorador como de alguno de sus miembros.

Si comenzáramos poniendo el nombre a nuestra comunidad de “DI/Ferenciame”, haciendo alusión a la necesidad de discernir cuando seleccionar la escala específica del baremo para personas con afectación del funcionamiento mental, a lo largo del trabajo nos ha surgido una pregunta/sugerencia:

¿acaso no sería viable un único baremo en el que se integren ambas escalas sin tener que etiquetar a la persona para ver si su problema es más o menos físico o mental, sino considerándola como una unidad de dimensión biopsicosocial?

Quizás al final de nuestra andadura nos daríamos en llamar “INTEGRAME”.

En este sentido planteamos a la Comisión Técnica de *Coordinación y Seguimiento de la aplicación del baremo de Valoración de la Situación de Dependencia (CTVD)* que estudie la posibilidad de avanzar hacia un baremo único para todas las personas a valorar y con el que se trate de conseguir la integración de las diferentes dimensiones de la salud tal y como establece la CIF; esto es, teniendo en cuenta las funciones fisiológicas y psicológicas de la persona así como los factores ambientales y personales en los que esta se desenvuelve.

5. ANEXOS:

5.1. ALCOHOLISMO. CIE-10: F10.2

Manual de Diagnósticos. 2º Edición. Enero 2018	
--	--

5.2.1.3. Dependencia

La OMS la define como “síndrome que implica un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”. Integra la dimensión física y psíquica.

En las dependencias a múltiples drogas especificadas hay que codificarlas cada una por separado. No existe código de combinación.

Tabla 5.2 Trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol

CIRCUNSTANCIA	CÓDIGOS
Dependencia del alcohol (alcoholismo) con intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez, resaca, etc.)	F10.229 Dependencia de alcohol con intoxicación, no especificada
Dependencia del alcohol (alcoholismo) sin intoxicación alcohólica aguda (borrachera, embriaguez, etc.)	F10.20 Dependencia de alcohol, sin complicaciones
Coma etílico	T51.0X1- Intoxicación accidental por alcohol R40.20 Coma no especificado
Abuso de alcohol (embriaguez, borrachera, ingestión excesiva de alcohol, efectos residuales de borrachera, resaca, etc.) sin dependencia de alcohol (alcoholismo)	F10.129 Abuso de alcohol con intoxicación, no especificada
Deprivación alcohólica	F10.230-F10.239 Dependencia de alcohol con abstinencia
Dependencia de alcohol y otras drogas	Se necesitará de codificación múltiple para ambas condiciones
Intoxicación o envenenamiento por alcohol	T51.0X1- Intoxicación accidental por alcohol Códigos de las manifestaciones de la intoxicación. Se deberá añadir el código de abuso o dependencia, si la hubiera

INTOXICACIÓN AGUDA (F10.0)

Estado transitorio consecutivo a la ingestión de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.

- Suele tener relación estrecha con la dosis de la sustancia.
- Es un fenómeno transitorio
- Su intensidad disminuye con el tiempo, y los efectos desaparecen si no se repite el consumo de la sustancia

Incluye:

Embriaguez aguda en alcoholismo.

Embriaguez sin especificación.

ESPECIFICACIONES:

- No complicada
- Con traumatismo o lesión corporal
- Con otra complicación médica
- Con delirium
- Con distorsiones de la percepción
- Con coma
- Con convulsiones

Intoxicación patológica: consiste en la aparición brusca de un comportamiento agresivo o violento, no característico de individuos en estado sobrio, después de ingerir una cantidad de alcohol que no produciría intoxicación en la mayoría de las personas.

CONSUMO PERJUDICIAL (F10.1)

- Forma de consumo que afecta a la salud física o mental del que consume la sustancia.
- Forma de consumo que suele ser criticada por terceras personas.
- Da lugar a consecuencias sociales adversas.

SÍNDROME DE DEPENDENCIA (F10.2)

Conjunto de manifestaciones fisiológicas, comportamentales y cognoscitivas en el que el consumo de la sustancia adquiere la máxima prioridad para el individuo.

Pautas para el diagnóstico:

En algún momento en los 12 meses previos o de modo continuo han estado presentes tres o más de los siguientes rasgos:

- Deseo intenso o compulsión a consumir la sustancia
- Disminución de la capacidad para controlar el consumo de la sustancia (para controlar el comienzo del consumo o para poder terminarlo)
- Síntomas somáticos de síndrome de abstinencia cuando se reduce o cesa el consumo de la sustancia, o consumo de la sustancia para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- Tolerancia: se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos
- Abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones a causa del consumo de la sustancia; aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos
- Persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales

Incluye:

Alcoholismo crónico.

Dipsomanía.

ESPECIFICACIONES:

- En la actualidad en abstinencia
- En la actualidad en abstinencia en un medio protegido
- En la actualidad en un régimen clínico de mantenimiento o sustitución supervisado
- En la actualidad en abstinencia con tratamiento con sustancias aversivas o bloqueantes
- Con consumo actual de la sustancia
- Con consumo continuo
- Con consumo episódico (dipsomanía)

SÍNDROME DE ABSTINENCIA (F10.3)

Conjunto de síntomas que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de la sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas. El comienzo y la evolución están limitados en el tiempo y relacionados con el tipo de sustancia y la dosis consumida inmediatamente antes de la abstinencia. Los síntomas somáticos varían en función de la sustancia consumida. Los síntomas psicológicos (e.j. ansiedad, depresión, trastornos del sueño) son también frecuentes.

Es uno de los indicadores de la presencia del Síndrome de Dependencia

ESPECIFICACIONES:

- No complicado
- Con convulsiones

SÍNDROME DE ABSTINENCIA CON DELIRIUM (F10.4)

Los síntomas prodrómicos típicos son insomnio, temblores y miedo. A veces el comienzo está precedido por convulsiones de abstinencia.

La tríada clásica de síntomas consiste en:

- **Obnubilación de la conciencia y estado confusional.**
- **Alucinaciones e ilusiones vividas en cualquier modalidad sensorial.**
- **Temblor intenso.**

Pueden aparecer también ideas delirantes, agitación, insomnio, inversión del ciclo sueño-vigilia y síntomas de excitación del sistema nervioso vegetativo.

ESPECIFICACIONES:

- Sin convulsiones
- Con convulsiones

Los diferentes trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de alcohol, se encuentran identificados en el capítulo V de la CIE 10 “los trastornos mentales y del comportamiento”; capítulo que trata los síndromes que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. Estas perturbaciones están generalmente asociadas con malestar o deterioro significativos a nivel personal, familiar, social, educativo, ocupacional o en otras áreas importantes del funcionamiento.

Por ello concluimos que, ante este diagnóstico, ***Queda justificada la aplicación de la Escala DI/EM o Alt. Percep.Cognit. en las personas con alcoholismo, diagnóstico médico codificado por la CIE 10 en el Capítulo V, sin perjuicio de la aplicación del CRITERIO DE APLICACIÓN 4 a. Desempeño positivo: cuando la persona valorada sea capaz de desarrollar, por sí misma y adecuadamente, la tarea en su entorno habitual. Establecido en las Instrucciones para la aplicación del BVD contenidas en el Anexo III del RD 174/2011, de 11 de Febrero (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011, Pág. 18624).***

5.2. ENCEFALOPATIA. CIE-10, G93.4

Encefalopatía. Desorden o enfermedad del encéfalo. En el uso moderno, encefalopatía refiere a un síndrome de disfunción cerebral, el cual puede ser causado por múltiples etiologías. Puede presentar un amplio espectro de síntomas, que van desde leves, como la pérdida de memoria o sutiles cambios de personalidad, a graves, tales como demencia, convulsiones, estado de coma o la muerte. En general, la encefalopatía se manifiesta por un estado mental alterado que a veces se acompaña de manifestaciones físicas, por ejemplo, la mala coordinación de los movimientos de las extremidades.

El término encefalopatía, en la mayoría de los casos, está precedido por varios términos que describen la razón, causa, o condiciones especiales del paciente. Por ejemplo, la encefalopatía anóxica significa daño cerebral por falta de oxígeno, y la encefalopatía hepática significa un mal funcionamiento cerebral debido a una enfermedad hepática. En total, existen más de 150 términos diferentes en la literatura médica que modifican o preceden a la “encefalopatía”.

Las causas de la encefalopatía son numerosas y variadas, se incluyen infecciones, problemas metabólicos, toxinas, medicamentos, cambios fisiológicos, traumatismos, entre otras. De ahí que a menudo sea considerada como una complicación de un problema principal, como cirrosis hepática, insuficiencia renal, o anoxia. El tratamiento temprano de muchos tipos de encefalopatía puede eliminar, reducir o detener los síntomas de la enfermedad. En muchas ocasiones, se puede prevenir evitando las causas primarias.

Causas.

Las causas de la encefalopatía son numerosas y variadas, pero algunas de las principales incluyen:

- Infecciones (bacterias, virus, parásitos)
- Anoxia (falta de oxígeno en el cerebro, incluyendo causas traumáticas)
- Alcoholismo (toxicidad del alcohol)
- Condiciones hepáticas (por ejemplo, insuficiencia hepática o cáncer de hígado)
- Trastornos renales (insuficiencia renal)
- Enfermedades metabólicas (hiper o hipocalcemia, hipo o hipernatremia o hipo o hiperglucemia)
- Tumores cerebrales
- Algunos tipos de productos químicos tóxicos (mercurio, plomo, o amoníaco)
- Alteraciones en la presión dentro del cerebro (a menudo asociadas con sangrado, tumores o abscesos)
- Mala alimentación (ingesta inadecuada de vitamina B1)

Algunos medicamentos pueden causar encefalopatía, por ejemplo, el síndrome de la encefalopatía posterior reversible puede ocurrir debido al uso de medicamentos como el tacrolimus y ciclosporina. Este síndrome se manifiesta con síntomas de dolor de cabeza, confusión y convulsiones.

Tipos.

Existen varios tipos de encefalopatías, entre las cuales destacan:

- **Encefalopatía hepática**
- **Encefalopatía urémica**
- **Encefalopatía de Hashimoto**
- **Encefalopatía de Lyme**
- **Encefalopatía de Wernicke**
- **Encefalopatía mitocondrial**
- **Encefalopatía espongiiforme bovina**

Síntomas.

Aunque la encefalopatía puede presentarse acompañada de varios síntomas, al menos uno está presente en todos los casos. Se trata de un estado mental alterado. Este estado mental puede ser sutil y desarrollarse lentamente durante años o puede ser profundamente obvia y desarrollarse rápidamente, por ejemplo, la anoxia cerebral lleva al coma o la muerte en unos pocos minutos. A menudo, los signos de alteración del estado mental pueden manifestarse como falta de atención, falta de juicio o la mala coordinación de los movimientos. Otros síntomas graves que pueden ocurrir incluyen:

- Letargo
- Demencia

- Convulsiones
- Temblores
- Espasmos musculares y mialgia
- Respiración de Cheyne-Stokes, un patrón de respiración alterada visto en casos de daño cerebral y el coma
- Coma

Método de Diagnóstico.

El diagnóstico de la encefalopatía suele hacerse mediante pruebas clínicas realizadas durante el examen físico, como las pruebas de estado mental, pruebas de memoria y pruebas de coordinación, para documentar un estado mental alterado. Por lo general, el diagnóstico se produce cuando el estado mental alterado acompaña otro diagnóstico primario como la enfermedad hepática crónica, insuficiencia renal, anoxia, o muchos otros diagnósticos. En consecuencia, los médicos pueden utilizar varias pruebas diferentes al mismo tiempo para diagnosticar tanto la condición primaria, como la propia encefalopatía. Este enfoque para el diagnóstico es realizado por la mayoría de los médicos, debido a que muchos consideran que la encefalopatía es una complicación que se produce por un problema de salud subyacente. A continuación, se listan algunas de las pruebas más utilizadas durante los exámenes de diagnóstico de las posibles causas primarias:

- Recuento sanguíneo completo (infecciones o pérdida de sangre)
- La presión arterial (presión arterial alta o baja)
- Pruebas metabólicas (niveles sanguíneos de electrolitos, glucosa, lactato, amoníaco, oxígeno y enzimas hepáticas)
- Medicamentos o niveles de toxinas (alcohol, cocaína, anfetaminas, entre otros)
- Análisis de sangre y otros fluidos corporales (infecciones de muchos tipos)
- La creatinina (función renal)
- TC y MRI (edema cerebral, anomalías anatómicas o infecciones)
- Ecografía Doppler (flujo anormal de la sangre a los tejidos o abscesos)
- Encefalograma (daño cerebral o patrones anormales de ondas cerebrales)
- El análisis de autoanticuerpos (demencia causada por anticuerpos que destruyen las neuronas)
- Revisión de los medicamentos de la persona, ya que algunos medicamentos, por ejemplo, la ciclosporina, pueden ser responsables de los síntomas.
- Se aclara que esta lista no es exhaustiva, y no todos los ensayos anteriores se deben hacer para llegar a un diagnóstico, generalmente el médico ordena pruebas específicas de acuerdo a los síntomas y la historia del paciente.

Tratamiento.

El tratamiento de la encefalopatía varía con la causa primaria de los síntomas y, en consecuencia, no todos los casos de encefalopatía se tratan de la misma forma. A continuación, se muestran algunos de los tratamientos recibidos de acuerdo a las condiciones primarias que presenta el paciente:

- Anoxia a corto plazo (por lo general menos de dos minutos): la oxigenoterapia.
- Anoxia a largo plazo: la rehabilitación.
- Toxicidad del alcohol a corto plazo: líquidos intravenosos o ningún tratamiento.
- El abuso crónico de alcohol (cirrosis o insuficiencia hepática crónica): lactulosa oral, dieta baja en proteínas, antibióticos.
- Encefalopatía urémica (debido a la insuficiencia renal): corregir la causa fisiológica subyacente, diálisis, trasplante de riñón.
- Encefalopatía diabética: la administración de glucosa o la eliminación de la glucosa en sangre para tratar la hipoglucemia.
- Encefalopatía hipo-o hipertensiva: medicamentos para aumentar o reducir la presión arterial.

La clave para el tratamiento de cualquier encefalopatía es entender la causa básica y por lo tanto diseñar un esquema de tratamiento para reducir o eliminar la causa. Existe un tipo de encefalopatía que es difícil o imposible de tratar, la encefalopatía estática, un daño cerebral o estado mental alterado que es permanente. La mejor forma de proceder en estos casos es evitar más daños y ejecutar la rehabilitación para permitir que el individuo actúe a su nivel funcional más alto posible.

Complicaciones.

Las complicaciones de la encefalopatía pueden variar de ninguna a profundas alteraciones mentales que conducen a la muerte. Además, muchos investigadores consideran que la encefalopatía por sí sola es una complicación que surge de un problema de salud primario. **A continuación, se listan algunos tipos de encefalopatía y sus principales complicaciones asociadas:**

- Encefalopatía hepática (edema cerebral con herniación, coma, muerte)
- Encefalopatía metabólica (irritabilidad, letargo, depresión, temblores, en ocasiones el coma o la muerte)
- Encefalopatía urémica (letargo, alucinaciones, estupor, espasmos musculares, convulsiones, muerte)
- La encefalopatía de Hashimoto (confusión, intolerancia al calor, demencia)
- La encefalopatía de Wernicke (confusión mental, pérdida de memoria, disminución de la capacidad para mover los ojos)

- Encefalopatía límbica (pérdidas de memoria, sobre todo en la memoria a largo plazo, comportamiento variable, emocional y agitado, convulsiones, dificultad para controlar las extremidades, fatiga y problemas de visión)
- Encefalopatía glicina (progresiva falta de energía, dificultades en la alimentación, un tono muscular débil, movimientos espasmódicos anormales y problemas con la respiración potencialmente mortales)
- Encefalopatía hipertensiva (hipertensión severa, inflamación aguda del riñón o nefritis, y la disfunción cerebral)
- Encefalopatía isquémica hipóxica (pérdida de la memoria, descontrol de los movimientos y aumentos en la frecuencia cardíaca)
- Encefalopatía estática (parálisis cerebral, problemas de aprendizaje, retraso mental, autismo, retrasos del habla, déficit de atención, problemas de audición y la visión)
- Encefalopatía esponjiforme transmisible (deterioro de la función cerebral, incluyendo cambios en la memoria, cambios de personalidad y problemas de movimiento que empeoran con el tiempo)
- Encefalopatía neonatal (reflejos frenados, tono muscular deficiente, mala alimentación, convulsiones y dificultad para respirar)

Pronóstico.

El pronóstico para un paciente con encefalopatía depende de las causas iniciales y, en general, la cantidad de tiempo que se necesita para invertir, detener o inhibir las causas. En consecuencia, el pronóstico varía de un paciente a otro y oscila entre la recuperación completa a un mal pronóstico, que a menudo conduce a un daño cerebral permanente o la muerte. Este pronóstico muy variable está ejemplificado por los pacientes que reciben la encefalopatía de hipoglucemia. Si los pacientes con hipoglucemia son tratados ante los primeros signos de encefalopatía, por ejemplo, irritabilidad y confusión leve, la mayoría de ellos se recupera completamente. Los retrasos de horas o días en la corrección de la hipoglucemia pueden provocar convulsiones o coma, así como una recuperación parcial. Un largo retraso o múltiples retrasos en el tratamiento pueden llevar a un mal pronóstico, con graves daños cerebrales, el coma o la muerte.

Aunque los síntomas y el marco de tiempo varían ampliamente de paciente a paciente y de acuerdo con las causas iniciales de la encefalopatía, el pronóstico de cada caso por lo general sigue el patrón descrito anteriormente en el ejemplo hipoglucémico y depende de la extensión y la rapidez con la que se trata la causa subyacente.

Prevención.

Muchos de los casos de encefalopatía pueden prevenirse. La clave para la prevención es detener o limitar la probabilidad de desarrollar cualquiera de las causas que la provocan. Cuando una persona desarrolla una encefalopatía, mientras más rápido se trate la causa subyacente,

más probable será evitar una encefalopatía severa. Algunas de las situaciones que deben evitarse son las siguientes:

- Encefalopatía diabética: Siga su plan prescrito de tratamiento para la diabetes, incluyendo las mediciones de glucosa.
- Encefalopatía hepática: Evite la intoxicación por alcohol, sobredosis de drogas y las inyecciones intravenosas de drogas ilegales.
- Encefalopatía anóxica: Evite la asfixia con alimentos. Evite comportamientos peligrosos que puedan conducir a traumatismos cervicales y en la cabeza. Evite la exposición al monóxido de carbono.
- Encefalopatía hipertensiva: Controle su presión arterial, tome los medicamentos antihipertensivos como se indica y no detenga el tratamiento ni lo cambie sin consultar a un médico.
- Encefalopatía infecciosa: Evite el contacto físico con las personas que están infectadas con microorganismos que pueden causar encefalopatía, tales como N. meningitidis o Shigella.
- Encefalopatía urémica: No evite la diálisis programada si ese fuera su caso. Tome todos los medicamentos según las indicaciones y obtenga evaluaciones frecuentes de su estado mental.
- Los métodos para la prevención de la encefalopatía son casi tan numerosos como las causas subyacentes, sin embargo, algunos casos de encefalopatía no se pueden prevenir, como la congénita o la encefalopatía traumática accidental.

Por todo ello concluimos ante este diagnóstico, ***queda justificada la aplicación de la Escala DI/EM o Alt. Percep.Cognit. en las personas con encefalopatía, en aquellos casos en los que el personal valorador constata afectación del funcionamiento mental, dicha elección se fundamenta en Criterio de diagnósticos médicos recogidos en el informe de condiciones de salud, codificados en otros procesos distintos al capítulo V de la CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento.***

Así mismo, se podrá contemplar, a criterio técnico, la necesidad de nueva valoración por posible mejoría y/o restitución de su funcionalidad, es decir se promoverá revisión de la situación de dependencia según criterios de provisionalidad establecidos en RD 174/2011, de 11 de febrero.

5.3. PARÁLISIS CEREBRAL. CIE-10 (G80-G83)

No hay una **parálisis cerebral (PC)** típica. Los síntomas de PC difieren en el tipo y la gravedad de una persona a otra, y hasta pueden cambiar en un individuo con el tiempo.

Algunas personas con PC también tienen otros trastornos médicos, como retraso mental, convulsiones, visión o audición deteriorada, y sensaciones o percepciones físicas anormales.

La PC no siempre causa incapacidades profundas, no obstante, actualmente es la causa más frecuente de discapacidad física, que puede ir o no acompañada de deficiencias intelectuales y/o sensoriales, dependiendo de la región cerebral afectada.

Al no poder recoger toda la casuística de la PC, aun sabiendo que se está simplificando mucho, a continuación se recoge: Concepto, etología y principales clasificaciones, así como los principales trastornos asociados cuando se presenta déficit intelectual (**De la guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con parálisis cerebral del IMSERSO 2012**) con el objetivo de facilitar la determinación de la escala a aplicar (DIEM o DF) en la Valoración de la Dependencia en personas con PC.

5.3.1 Parálisis cerebral: Concepto, etiología y clasificación.

5.3.1.2. *Concepto.*

La parálisis cerebral describe un grupo de trastornos del desarrollo psicomotor, que causan una limitación de la actividad de la persona, atribuida a problemas en el desarrollo cerebral del feto o del niño. Los desórdenes psicomotrices de la parálisis cerebral están a menudo acompañados de problemas sensitivos, cognitivos, de comunicación y percepción, y en algunas ocasiones, de trastornos del comportamiento.

Bax, et al., (2002), describe la PC como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura causantes de limitación en la actividad. Dichos trastornos no progresivos ocurren en el cerebro prenatal o natal. Los trastornos motores se acompañan a menudo de trastornos sensoriales, cognitivos, de la comunicación, perceptivos, de conducta, y/o por un trastorno convulsivo.

La Confederación ASPACE, define La Parálisis Cerebral (PC), como un trastorno global de la persona consistente en un desorden permanente y no inmutable del tono muscular, la postura y el movimiento, debido a una lesión no progresiva en el cerebro antes de que su desarrollo y crecimiento sean completos. Esta lesión puede generar la alteración de otras funciones superiores e interferir en el desarrollo del Sistema Nervioso Central (González, et. al. 2002).

El diagnóstico de la PC se realiza más allá del período neonatal, y el daño neurológico se manifiesta con la presencia de una agrupación de signos neurológicos conocida como encefalopatía neonatal (Badawi, et al., 2005).

El déficit motor debe estar presente a los 2 o 3 años de edad para que se considere una PC (Taft, 1995), aunque para otros autores el límite está en los 5 años, momento en el cual el cerebro debe haber completado el 95% de su crecimiento (Robaina, Riesgo y Robaina, 2007).

En la PC lo fundamental es el trastorno neuromotor, que da lugar a una alteración de:

- **El tono muscular**
- **La postura**
- **Y los patrones de movimiento**

5.3.1.3. Etiología.

La etiología de la PC está relacionada con el periodo de desarrollo del cerebro:

- Periodo Pre-natal en el que se producen el 70% de los casos. Siendo las causas más comunes las infecciones intrauterinas (rubéola, toxoplasmosis, etc.), malformaciones cerebrales, retraso en el crecimiento intrauterino, anomalías genéticas, accidentes cerebrovasculares y teratógenos.
- Periodo Peri-natal (20% de los casos). Las causas más frecuentes son asfixia, infección del sistema nervioso central, alteraciones metabólicas y accidentes cerebrovasculares.
- Periodo Post-natal que se extiende hasta los dos años de vida (10% de los casos). Las infecciones (meningitis, encefalitis, etc.) y los traumatismos craneoencefálicos son las causas más comunes en este periodo.

5.3.1.4. Clasificación de la Parálisis Cerebral

La PC se puede clasificar siguiendo dos criterios: Según el trastorno motor dominante y según la localización de la afección (clasificación topográfica).

Clasificación en función de tipo del trastorno motor dominante.

En función del tipo de perturbación en el movimiento se distinguen cuatro formas de parálisis cerebral:

- **Espástica:** Afecta al 70-80% de los casos. Se caracteriza por un aumento excesivo del tono muscular (hipertonía e hiperreflexia), acompañado de un elevado grado de rigidez muscular (espasticidad), que provoca movimientos exagerados y poco coordinados o armoniosos, especialmente en las piernas, los brazos y/o la espalda. Cuando la espasticidad afecta a las piernas, éstas pueden encorvarse y cruzarse en las rodillas, dando la apariencia de unas tijeras, lo que puede dificultar el andar. Algunas personas, experimentan temblores y sacudidas incontrolables en uno de los lados del cuerpo que, si son severas, interfieren en la realización de los movimientos. **La PC espástica es la que mayor comorbilidad tiene con una discapacidad intelectual.**

• **Atetósica o Discinética.** Se da en un 10-20% de los casos. Afecta, principalmente, al tono muscular, pasando de estados de hipertonía (elevado tono muscular) a hipotonía (bajo tono muscular). Las alteraciones del tono muscular provocan descoordinación y falta de control de los movimientos, que son retorcidos y lentos. Estas alteraciones desaparecen durante el sueño. En la PC discinética se producen problemas en el movimiento de las manos y los brazos, las piernas y los pies, lo que dificulta la postura al sentarse y caminar. En algunos casos, también afecta a los músculos de la cara y la lengua, lo que explica las muecas involuntarias y el babeo de algunas de estas personas. La descoordinación también puede afectar a los músculos del habla, dificultando la articulación de las palabras (disartria). En las situaciones de estrés emocional, disminuye la capacidad para controlar los movimientos. **La inteligencia es normal en el 78% de los casos.**

• **Atáxica.** Afecta a menos de un 15%. Se caracteriza por una marcha defectuosa, con problemas del equilibrio, y por la descoordinación de la motricidad fina, que dificultan los movimientos rápidos y precisos (por ejemplo, abrocharse un botón). Caminan de forma inestable, separando mucho los pies por aumento de la base de sustentación. Las personas pueden sufrir *temblores de intención*, es decir, al comenzar algún movimiento voluntario, como coger un libro, se produce un temblor en la parte del cuerpo implicada, en este caso la mano. El temblor empeora a medida que se acerca al objeto deseado.

• **PC Mixta.** Lo más frecuente es que las personas con parálisis cerebral presenten una combinación de algunos de los tres tipos anteriores, especialmente, de la espástica y la atetósica.

Clasificación topográfica:

Tetraplejía: afecta al tronco y las cuatro extremidades, con predominio de afectación en miembros superiores.

Diplejía: Afectación de las cuatro extremidades con predominio de las inferiores.

Hemiplejía: afectado un solo lado del cuerpo, predominando la afectación del miembro superior.

Doble hemiplejía: afectación de las cuatro extremidades, predominando más en un hemicuerpo.

Según la CIE 10:

- (G80) Parálisis cerebral
- (G80.0) Parálisis cerebral tetrapléjica espástica
- (G80.1) Parálisis cerebral dipléjica espástica
- (G80.2) Parálisis cerebral hemipléjica espástica
- (G80.3) Parálisis cerebral discinética
- (G80.4) Parálisis cerebral atáxica
- (G80.8) Otras parálisis cerebrales
- (G80.9) Parálisis cerebral sin especificar

5.3.1.5. Trastornos asociados.

Es muy raro que la PC tenga únicamente manifestaciones de tipo motor, la mayoría de las personas presenta por lo menos un trastorno asociado. Estos trastornos pueden ser: **Déficit intelectual, entre un 50-70% de los casos según diferentes autores (Malagon, 2007; Moreno, Galiano y Valero, 2001)**, epilepsia, problemas del lenguaje, de deglución, trastornos visuales (problemas de agudeza visual, estrabismo y, hemianopsia), problemas urinarios (40% de los casos presentan incontinencia urinaria o urgencia urinaria), **agnosia, hipoacusia, y trastornos del comportamiento.**

Por último y como consecuencia de la afectación motora y de la parálisis muscular, se producen deformaciones músculo-esqueléticas asociadas.

Déficit intelectual.

Los déficits de las funciones cognitivas son probablemente los trastornos más frecuentes en las personas con PC. Dichos trastornos van desde el retraso mental a trastornos específicos de algunas funciones como la atención, y las ya mencionadas como el lenguaje, o la función viso-perceptiva. Aproximadamente un tercio del total de las personas con PC tiene un déficit intelectual moderado o grave, otro tercio, una deficiencia leve y el resto presenta una inteligencia normal.

El retraso mental y los problemas de aprendizaje se caracterizan por un funcionamiento intelectual inferior a la media, que tiene lugar junto a limitaciones asociadas en dos o más de las siguientes áreas de habilidades adaptativas: comunicación, cuidado personal, vida en el hogar, habilidades sociales, utilización de la comunidad, autogobierno, salud y seguridad, habilidades académicas funcionales, ocio y trabajo.

Como hemos indicado al principio nos hemos remitido exclusivamente a **la guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en personas con parálisis cerebral del IMSERSO 2012**, por tratar el tema específicamente, no obstante, a continuación indicamos otras consultas realizadas que nos ratifican que no siempre hay afectación del funcionamiento mental con este diagnóstico:

¿Qué otras afecciones están asociadas con la parálisis cerebral?

Muchos individuos con parálisis cerebral no tienen trastornos médicos adicionales.

Sin embargo, debido a que la parálisis cerebral implica el cerebro y que éste controla tantas funciones del cuerpo, la parálisis cerebral también puede causar convulsiones, desarrollo intelectual deteriorado, y afectar la visión, la audición y la conducta. Enfrentar estas incapacidades puede ser más desafiante que enfrentar los deterioros motores de la parálisis cerebral.

Estas enfermedades adicionales son:

Retraso mental. Dos tercios de los individuos con parálisis cerebral tendrán un daño intelectual. El deterioro mental es más común entre aquellos con cuadriplejía espástica que en aquellos con otros tipos de parálisis cerebral, y los niños que tienen epilepsia y un electroencefalograma (EEG) o un IRM anormal también tienen más probabilidades de tener retraso mental.

- Cuando habla de **Retraso del crecimiento y desarrollo.** Hace referencia a desarrollo físico, no mental, intelectual y /o cognitivo: “ La falla de crecimiento es un término general que usan los médicos para describir a los niños que se retrasan en el crecimiento y desarrollo. En los bebés este retraso generalmente toma la forma de muy poco aumento de peso. En los niños pequeños puede aparecer como baja estatura anormal, y en los adolescentes puede aparecer como una combinación de baja estatura y falta de desarrollo sexual.

Además, los músculos y miembros afectados por la parálisis cerebral tienden a ser más pequeños que lo normal. Esto se nota especialmente en los niños con hemiplejía espástica debido a que los miembros del lado afectado del cuerpo pueden no crecer tan rápido o tan largos como los del lado normal.

Déficit Intelectual: **La PC no tiene porqué ir asociada a un nivel de inteligencia inferior.**³ Tradicionalmente, se pensaba que las personas con parálisis cerebral, que no controlaban sus movimientos o no podían hablar, tenían un déficit intelectual. Sin embargo, hoy en día se estima que entre estas personas, aproximadamente un tercio tiene un déficit mental moderado o grave, otro tercio, una deficiencia leve y el resto presenta una inteligencia normal.

DEFINICIÓN⁴ **PARÁLISIS CEREBRAL**

La parálisis cerebral (PC) es un cuadro de síndromes neurológicos producidos por una lesión en el encéfalo, acaecida durante el desarrollo del cerebro en el periodo prenatal, perinatal o postnatal (hasta los 3 años).

Su manifestación es sobre todo a nivel motor (afecta la tono, postura y movimiento). También hay afectación sensorial, psíquica, cognitiva y social. Los síntomas de este trastorno, se van agravando con el tiempo.

Es frecuente que aparte la PC tenga otros trastornos asociados, como trastornos de movimientos oculares, alteración en la articulación del lenguaje, alteración en el de aprendizaje etc...

La capacidad intelectual puede verse o no afectada, existen niños con un cociente intelectual superior a la media, normal, o inferior. Cuanto más temprano sea el diagnóstico y la intervención, mayor evolución en positivo podremos conseguir, a parte será mejor su adaptación y aprendizaje escolar.

Por todo ello concluimos ante este diagnóstico, **queda justificada la aplicación de la Escala DI/EM o Alt. Percep.Cognit. en las personas con Parálisis Cerebral, en aquellos casos en los que el personal valorador constate afectación del funcionamiento mental, dicha elección se fundamenta en Criterio de diagnósticos médicos recogidos en el informe de condiciones de salud, codificados en otros procesos distintos al capítulo V de la CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento.**

Así mismo, se podrá contemplar, a criterio técnico, la necesidad de nueva valoración por posible mejoría y/o restitución de su funcionalidad, es decir se promoverá revisión de la situación de dependencia según criterios de provisionalidad establecidos en RD 174/2011, de 11 de febrero.

5.4. FIBROMIALGIA. CIE10 (M79.7)

Según la Fundación INECO cuya misión es promover la investigación científica en neurociencias, la formación académica de profesionales y la educación y concientización en la comunidad acerca del funcionamiento cerebral y las enfermedades neurológicas y psiquiátricas. La Fibromialgia "es una entidad clínica caracterizada por un cuadro de dolor musculoesquelético crónico y generalizado de origen desconocido, donde no existen otras enfermedades o alteraciones que lo expliquen".

La Fibromialgia es una enfermedad reconocida por todas las organizaciones médicas internacionales y por la OMS desde 1992. Está clasificada en el capítulo 13 con el código M79.7 de la clasificación internacional de las enfermedades (CIE-10) como una **ENFERMEDAD DE REUMATISMO NO ARTICULAR.**

Según la Fundación Española de Reumatología "en términos generales podemos decir que la Fibromialgia consiste en una anomalía en la percepción del dolor, de manera que se perciben como dolorosos estímulos que habitualmente no lo son. Además de dolor, la Fibromialgia puede ocasionar rigidez generalizada, sobre todo al levantarse por las mañanas, sensación de inflamación mal delimitada en manos y pies. También pueden notarse hormigueos poco definidos que afectan de forma difusa sobre todo a las manos."

"No se conoce la causa de esta alteración, pero se piensa que hay muchos factores implicados. Hay personas que la desarrollan sin causa aparente y en otras comienza después de procesos identificables como puede ser una infección bacteriana o viral, un accidente, u otras enfermedades tales como artritis reumatoide, lupus eritematoso..."

"La Fibromialgia se reconoce como un síndrome, lo que significa que el reumatólogo la identifica cuando encuentra en una persona determinadas alteraciones que concuerdan con las que han sido previamente fijadas por expertos para su diagnóstico"

"Involucra cuatro cuadrantes del cuerpo y el esqueleto axial. Las regiones más frecuentes son la lumbar, cervical, hombros, rodillas, muslos y brazos. El dolor suele empeorar con el frío, infecciones, estrés y falta de sueño. Otro de los síntomas que se muestran típicamente asociados al dolor, es el agotamiento o fatiga crónica, sin causa que lo justifique. Oscila durante el día, de intensidad moderada a severa. También es frecuente encontrar los trastornos del sueño, problemas para conciliar el sueño o interrupciones frecuentes de este durante la noche siendo un sueño no reparador.

Otros síntomas asociados: síndrome del colon irritable, síndrome de vejiga irritable, rigidez del cuerpo, generalmente matutina, cefaleas, malestar abdominal, parestesias, entumecimiento y mareos." (fundación INECO)

La Fibromialgia no tiene curación definitiva, el tratamiento consiste en mejorar el dolor y los síntomas acompañantes, para conseguir una mejoría en la calidad de vida de estos pacientes y a pesar de tener un carácter benigno, porque no produce secuelas físicas, no destruye las articulaciones, no ocasiona lesiones irreversibles ni deformidades, ni influye en la supervivencia del paciente, el impacto que origina en la calidad de vida de quien la padece es muy variable de unas personas a otras.

El doctor D. Miguel Bixquert Jiménez nos presenta en su trabajo "se habla de Fibromialgia" la variabilidad de los síntomas, los agravantes, el papel de la persona que la padece y dejando claro **que no es una enfermedad mental porque las manifestaciones Ansioso-depresivas son consecuencia del malestar generalizado, NO SU CAUSA U ORIGEN**

Aunque la Fibromialgia no es una enfermedad mental el 30% aproximadamente de los enfermos cursan con cuadros como ansiedad o depresión de forma preexistente, o muchas veces secundaria a la enfermedad.

Historia de la Fibromialgia

- En 1975 Dr. Kahler Hench utiliza el término fibromialgia para describir el dolor muscular sin inflamación.
- En 1990 el Colegio Americano de Reumatología (CAR) establece los criterios para la clasificación de la fibromialgia.
- En 1993, la OMS reconoce a la fibromialgia como una enfermedad y la tipifica con el código M79.7 en el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10).
- En 1994 la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) la reconoce y clasifica con el código X33.X8a.

La evolución de la enfermedad es crónica, pero el pronóstico puede mejorar con un diagnóstico precoz, información correcta, y un enfoque terapéutico acertado. No existe un tratamiento curativo hasta el momento, pero si hay evidencia de resultados con tratamientos interdisciplinarios.

Dentro de las opciones de tratamiento se recomiendan programas de ejercicios aeróbicos, ejercicios de fortalecimiento muscular y de estiramiento o flexibilidad, técnicas de relajación para ali-

viar la tensión muscular y la ansiedad, y programas educativos que le ayuden a comprender y controlar la fibromialgia. Así mismo existen tratamientos farmacológicos para tratar el dolor

Aplicando los criterios consensuados, fibromialgia esta codificada en el CIE 10 capítulo XIII de enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo. Por tanto, al considerarse una patología física, no se justifica el uso de la escala específica DI/EM y/o Alt. Percep. Cognit. del BVD, para aplicar dicha escala debe estar asociada a otras condiciones de salud contenidas en el Cap. V del CIE-10.

5.5. ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA

En la CIE 10 encontramos la ESCLEROSIS LATERAL AMIOTRÓFICA (G12.21) EN EL GRUPO DE "ENFERMEDAD DE LAS NEURONAS MOTORAS" G12.2 (G12 ATROFIA MUSCULAR ESPINAL Y SÍNDROMES RELACIONADOS).

En la nota que aparece al consultar ELA en CIE 10, en "Manual de Diagnósticos. 2º Edición. Enero 2018" encontramos⁵:

"6.2.2 ATAXIAS Y ATROFIAS NEUROMUSCULARES.

Trastorno caracterizado por la disminución de la capacidad de coordinación de los movimientos. Tal definición puede utilizarse indistintamente para referirse a los signos clínicos de una coordinación defectuosa del movimiento muscular (**R25-R29**) o para nombrar una enfermedad degenerativa concreta del SN (**G12-G13**).

Las Ataxias se recogen en la categoría **G11**; pueden ser hereditarias como la Ataxia de Friedreich, o la Enfermedad de Machado-Joseph (**G11.1**) o adquiridas como las provocadas por accidentes cerebrovasculares, esclerosis múltiple, tumores, deficiencias vitamínicas (codificando en estos casos, en primer lugar, la patología o enfermedad subyacente)."

SOBRE LA AFECTACIÓN DE TIPO MENTAL EN ELA:

Hemos tomando como referencia la "**Guía de orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia en las personas con esclerosis lateral amiotrófica y otras enfermedades neuromusculares raras**" del IMSERSO.

En la página 7 explica que las enfermedades neuromusculares (ENM) son un conjunto de más de 150 enfermedades neurológicas hereditarias o adquiridas que afectan a la musculatura y al sistema nervioso, pudiendo estar afectados:

- El músculo.
- La unión neuromuscular (donde se junta el nervio con el músculo).
- El nervio periférico (en brazos, piernas, cuello y cara).
- La motoneurona espinal (células nerviosas que controlan la acción de los músculos).
- Bulbo Raquídeo y Corteza cerebral.

Se encuentran dentro del grupo de las denominadas enfermedades raras y son enfermedades poco conocidas. Su aparición puede producirse en cualquier etapa de la vida, tanto en el nacimiento como en la adolescencia o en la edad adulta.

En la página 9 refiere que las enfermedades neuromusculares tienen en común la sintomatología clínica que se caracteriza por la pérdida progresiva de fuerza muscular y la degeneración del conjunto de los músculos y de los nervios que los controlan.

Encontramos referencias a afectación de tipo mental al hablar de distrofias musculares, en la página 10 **Distrofia muscular de Duchenne (G71.0), entre sus síntomas e) "y posible retardo mental que no empeora con el tiempo"**.

En la página 11 **Distrofia muscular de Becker (G71.0), entre sus síntomas a) "problemas cognitivos que no empeoran con el tiempo"**.

El apartado 3 de la guía se dedica a ELA, en su página 15 la describe como una enfermedad degenerativa de tipo neuromuscular por la cual las células del sistema nervioso llamadas motoneuronas disminuyen gradualmente su funcionamiento y mueren, provocando una parálisis muscular progresiva de pronóstico mortal, que en sus etapas avanzadas da lugar a parálisis total que se acompaña de una exaltación de los reflejos tendinosos.

Es la más grave del grupo de las enfermedades de las motoneuronas. En la ELA, las funciones cerebrales no relacionadas con la actividad motora, esto es, la sensibilidad y la inteligencia, se mantienen inalteradas. Sin embargo, recientes publicaciones muestran una relación entre demencias frontotemporales y casos de ELA. En todos los casos, existe una clínica afectiva importante que requiere de la intervención de psiquiatría y psicología.

Entre las variantes clínicas se menciona en la página 17 la **Variante plus: esclerosis lateral amiotrófica + demencia frontotemporal**: variante de la enfermedad en que a la sintomatología propia de la ELA se asocia una disfunción frontotemporal.

En la página 18 en el apartado 3.1.6 "**DISFUNCIÓN FRONTO-TEMPORAL**" señala lo siguiente:

La ELA presenta con una frecuencia del 30% -según información de necropsias disfunción frontotemporal, por lo que, a efectos de intervención, en el análisis de la limitación en la actividad de la persona debemos considerar los signos y síntomas que se detallan a continuación con especial atención:

- **Trastorno conductual:** de comienzo mal definido y lenta evolución con pérdida precoz de la introspección. Signos de irritabilidad, estereotipias, desinhibición, “rigidez mental”, hiperoralidad, conductas de utilización, falta de atención marcada.
- **Trastorno del habla.**
- Síntomas físicos.
- **Síntomas afectivos:** Inicialmente estos síntomas de inicio poco preciso son ansiedad, depresión, hipocondría, cierta agresividad emocional, hiponimia, apatía y dificultad para poder empatizar con situaciones ajenas.

El punto 3.2.1. de la guía lo dedica a los **"SÍNTOMAS Y SIGNOS QUE SURGEN DURANTE LA EVOLUCIÓN"** y en la página 23 refleja en **"otros síntomas"**: Depresión-ansiedad, Problemas de atención, de la memoria y de la concentración, Trastornos alimentarios, Alteraciones en el sueño, secundarias a intranquilidad, nerviosismo, agitación, cansancio, cefaleas, etc.

En el punto 3.3 **"ASPECTOS Y LIMITACIONES FUNCIONALES DE LA ELA"**

a) Área motora.

b) **Área del lenguaje y la comunicación.**

c) **ÁREA COGNITIVO-PSICOLOGICA (página 27)**

- Problemas de depresión y apatía.
- Labilidad emocional y cambios en el estado de ánimo.
- Aumento de la irritabilidad.
- Problemas de atención y de memoria.
- Problemas de concentración.
- Problemas para aprender cosas nuevas.
- Alteraciones del sueño.
- Ansiedad y nerviosismo.

Por todo ello concluimos ante este diagnóstico, ***queda justificada la aplicación de la Escala DI/EM o Alt. Percep.Cognit. en las personas con ELA, en aquellos casos en los que el personal valorador constate afectación del funcionamiento mental , dicha elección se fundamenta en Criterio de diagnósticos médicos recogidos en el informe de condiciones de salud, codificados en otros procesos distintos al capítulo V de la CIE-10 frecuentemente asociados con trastornos mentales y del comportamiento.***

5.6. ICTUS, INFARTOS LACUNARES, AIT,...(DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO)

“No existe daño cerebral demasiado leve para ser ignorado, ni demasiado severo para perder la esperanza”

Hipócrates 440 aC-370 aC

1. Daño Cerebral Adquirido.
2. Fases evolutivas del daño cerebral adquirido.
3. Factores pronósticos en Daño Cerebral Adquirido.
4. Situaciones no valorables y criterios de Provisionalidad
5. Deficiencias asociadas al daño cerebral que justifican el uso de escala DIEM:
 - 5.1. Trastornos de la comunicación.
 - 5.2. Alteraciones Conductuales.
 - 5.3. Alteraciones Cognitivas.

1. DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO.

Según la Guía de Orientación en la Práctica Profesional de la Valoración Reglamentaria de la Situación de Dependencia en Personas con Daño Cerebral Adquirido, en adelante (GOV-DDCA), elaborada por el IMSERSO, el término “*daño cerebral adquirido* (DCA) hace referencia a **cualquier lesión adquirida sobre un cerebro previamente desarrollado, con independencia del origen causal: traumático, vascular, tumoral, infeccioso, anóxico, etc.**”. No es propiamente una enfermedad⁶ sino un conjunto de secuelas en múltiples áreas funcionales, desde la movilidad a los aspectos cognitivos, como consecuencia de lesiones cerebrales.

Las principales etiologías del del Daño Cerebral Adquirido (DCA), son los accidentes cerebrovasculares (ACV), también conocidos como ICTUS, y los traumatismos craneoencefálicos (TCE). Existen otras enfermedades que también pueden provocarlo, las agnosias cerebrales (provocadas por paradas cardiacas, ahogamientos, o intoxicaciones), los tumores cerebrales con perspectiva de supervivencia y las infecciones.

2. FASES EVOLUTIVAS DEL DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO Y VALORACIÓN DE DEPENDENCIA.

Siguiendo la citada guía se pueden establecer diferentes fases clínicas tomando como criterio la plasticidad cerebral en rehabilitación y son:

- **Fase Aguda:** corresponde con el momento más próximo al establecimiento del daño cerebral y generalmente la persona está hospitalizada en unidades de vigilancia intensiva. En esta fase se diferencian dos periodos; el crítico y el agudo, si bien en ambos la persona precisa atención hospitalaria y suele durar alrededor de cuatro meses.
- **Fase Subaguda:** en la que suele suceder una regresión de las lesiones y una recuperación funcional. Se encuentra estabilizada y trasladada normalmente a unidad de neurorrehabilitación o en su domicilio si están preparados para ello.
- **Fase Post-aguda:** Fase en la que la persona ya no requiere cuidados médicos o de enfermería continuados y su estado clínico puede ser abordado desde el domicilio.
La fase subaguda y post-aguda en conjunto es de aproximadamente 6 meses.
- **Fase Crónica.** En la que las personas con DCA solo tienen necesidades de mantenimiento y se cuentan con estabilidad neurológica y funcional pero que aún pueden beneficiarse del tratamiento en algunos aspectos en los que la deficiencia le es más discapacitante.

3. FACTORES PRONÓSTICOS EN DAÑO CEREBRAL ADQUIRIDO:

3.1. VARIABLES QUE DETERMINAN LA GRAVEDAD:

- **La gravedad de la lesión** que va a depender de la cantidad de tejido neuronal dañado y la reversibilidad del daño.
- **El perfil de afectación**, es decir, según funciones afectadas o pérdidas y las funciones preservadas o intactas ligadas a la lesión cerebral y localización de la misma, ya que diferentes áreas cerebrales controlan diferentes funciones, existiendo interdependencia entre las mismas.
- **Variables relacionadas con la persona**, como son la edad, situación física, emocional y cognitiva previa van a condicionar la evolución en el proceso de recuperación de las lesiones.
- **Características del programa de rehabilitación**, factores como el inicio del mismo, posibilidades de acceso, entre otros van a condicionar la recuperación funcional.

3.2. CURSO TEMPORAL DE LA RECUPERACIÓN:

Va a depender de la severidad de las deficiencias neurológicas y funcionales de inicio. Dentro de los tres periodos evolutivos, anteriormente expuestos se puede distinguir entre periodos,

- **Recuperación neurológica:** entre el 1º y el 3º mes se produce la mayor recuperación, pudiendo proseguir ésta a un ritmo más lento hasta el 6º mes. Un 5% de las personas continúan la recuperación hasta el año. Por lo que se observa una desaceleración con el tiempo.
- **Recuperación funcional o adaptativa** (capacidad de realizar actividades a pesar de las limitaciones) pueden extenderse en un periodo de tiempo más largo después de la recuperación neurológica, y ésta va a depender de las variables anteriormente expuestas.

4. SITUACIONES NO VALORABLES Y CRITERIOS DE PROVISIONALIDAD.

Tiene aquí especial significación lo establecido en el R.D.174/2011 de 11 de febrero, por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la situación de Dependencia establecido por la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de Dependencia, en lo que a situaciones no valorables se refiere, por tratarse de situaciones no permanentes (Manual de Valoración, pág. 96-97).

Así, son situaciones transitorias no valorables, quedando pendiente su valoración de la evaluación clínica, entre otras las *“Personas en tratamiento rehabilitador: con carácter general se valorarán una vez finalizado el tratamiento y alcanzada la máxima recuperación funcional antes de solicitar la valoración. En los casos de personas en tratamiento rehabilitador de larga duración (traumatismos craneoencefálicos, lesionados medulares, politraumatismos, enfermedad mental...), se podrá solicitar la valoración transcurridos como mínimo 6 meses desde el inicio del mismo”* [...].

“Excepcionalmente, en personas mayores, podrán admitirse a trámite las solicitudes de valoración, siempre que se justifique desde el diagnóstico y/o el inicio del tratamiento un plazo de 2 meses en edades de 80 y más años y de 3 meses entre 65 y 79 años. Si en los informes de salud las situaciones no están estabilizadas y se constatan deficiencias previas que pueden suponer ya una interferencia importante en la capacidad de realizar las actividades del BVD, no procedería el aplazamiento de la valoración y se admitiría a trámite la solicitud. En estos casos, la valoración se deberá realizar siempre con un carácter provisional ...” (Anexo III, ap. 8).

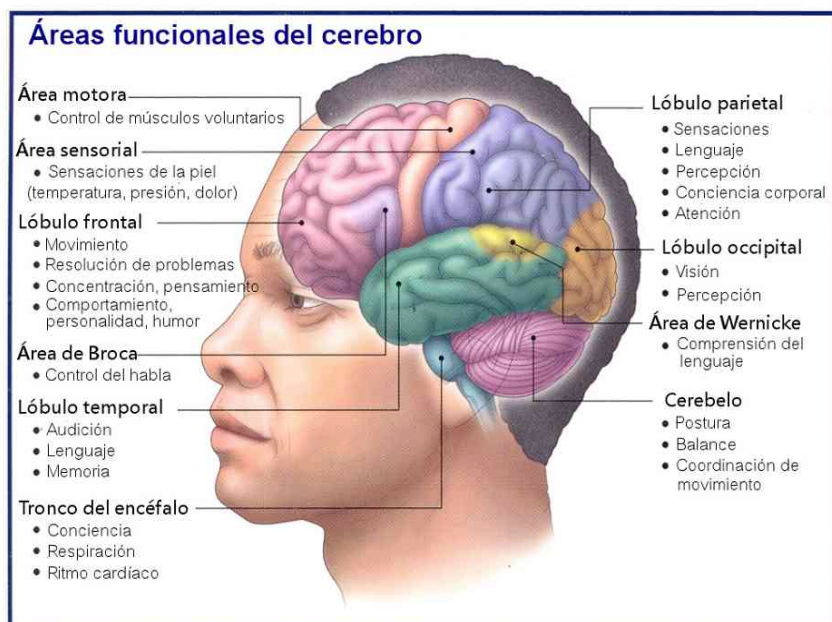
Por tanto se ha de tener en cuenta que no se puede valorar una persona con daño cerebral adquirido hasta tanto no se encuentre en la fase crónica y al menos hayan transcurrido 6 meses del inicio del tratamiento rehabilitador, salvo que cuente con patologías de base que afecten gravemente al desarrollo de las ABVD y en los casos anteriormente citados de personas mayores

de 65 años, que excepcionalmente se podrá considerar necesaria la valoración teniendo en cuenta los plazos establecidos según edad.

Teniendo en cuenta las características individuales, del entorno y la variabilidad de situaciones que influyen en el proceso evolutivo de las capacidades de la persona afectada por daño cerebral se podrá contemplar, a criterio técnico, la necesidad de nueva valoración por posible mejoría y/o restitución de su funcionalidad, es decir se promoverá revisión de la situación de dependencia según criterios de provisionalidad establecidos en RD 174/2011, de 11 de febrero.

5 DEFICIENCIAS ASOCIADOS AL DAÑO CEREBRAL QUE JUSTIFICAN EL USO DE LA ESCALA DI/EM

Siguiendo la GOVDDCA, las secuelas del daño cerebral son múltiples y comprenden una variedad de áreas que van desde los aspectos físicos y de movilidad, a los cognitivos, emocionales y conductuales, así como el habla y la comunicación. Pueden predominar unos u otros en distinta combinación, se puede producir desde una hemiplejía (parálisis de un miembro o un hemicuerpo) a situaciones como estados vegetativos persistentes o trastornos de la personalidad. Por ello, de gran importancia identificar el conjunto de signos y síntomas que semiológicamente se correlacionan con cada estructura anatómica cerebral y permita reconocer la posible afectación en el desempeño de la toma de decisiones dentro del contexto del baremo de valoración de la situación de dependencia.



<https://www.partesdel.com/wp-content/uploads/partes-del-cerebro.jpg>

En la imagen anterior se identifican las características principales de los hemisferios cerebrales, cada hemisferio es especialista en unas funciones determinadas, perciben la realidad a su forma y complementándose entre sí, y, por ende, si se produce una lesión en alguna área del cerebro va a condicionar el funcionamiento del resto, la gravedad va a depender de la severidad y los factores anteriormente descritos (edad, patologías de base...).

Cada uno de los hemisferios está especializado en funciones y conductas diferentes, siendo ambos fundamentales para el ser humano, y con una relación inversa respecto a nuestro cuerpo: el hemisferio izquierdo coordina el movimiento de la derecha del cuerpo, mientras que el hemisferio derecho coordina la zona izquierda. Para que exista una conexión continua entre ambos hemisferios existe una estructura llamada cuerpo caloso que va a permitir a través de millones de fibras nerviosas la transmisión de mensajes entre ambas partes.

Principales Características de ambos hemisferios	
Hemisferio Izquierdo	Hemisferio Derecho
Lógico, analítico y explicativo, detallista	Holístico e intuitivo y descriptivo, global
Abstracto, teórico	Concreto, operativo
Secuencial	Global, múltiple, creativo
Lineal, racional	Aleatorio
Realista, formal	Fantástico, lúdico
Verbal	No verbal
Temporal, diferencial	Atemporal, existencial
Literal	Simbólico
Cuantitativo	Cualitativo
Lógico	Analógico, metafórico
Objetivo	Subjetivo
Intelectual	Sentimental
Deduce	Imagina
Explícito	Implícito, tácito.
Convergente, continuo	Divergente, discontinuo
Pensamiento vertical	Pensamiento horizontal
Sucesivo	Simultáneo
Intelecto	Intuición
Secuencial	Múltiple

https://farm8.staticflickr.com/7018/6427552335_9346828ba8.jpg

5.1. TRASTORNOS DE LA COMUNICACIÓN, TRASTORNOS DEL HABLA.

Es normal que la comunicación a través del lenguaje verbal o escrito se ve afectada si se producen lesiones en el hemisferio dominante (por lo general, el izquierdo). Las alteraciones del lenguaje pueden presentarse de múltiples formas como la **afasia, disartria, lentitud, lenguaje telegráfico, lenguaje vago o vacío, circunloquios, anomia...** pudiendo manifestarse por dificultades tanto en la emisión como en la comprensión del lenguaje.

Los trastornos del lenguaje no suelen presentarse aislados, sino que lo hacen asociados. en algunos casos predominan los **problemas de comprensión** y en otros los de **expresión**.

Es importante distinguir las alteraciones del lenguaje como función cognitiva superior (afasia: pérdida de la capacidad de utilizar símbolos para comunicarse), de las del habla (alteración motora), en las que puede haber una limitación para comunicarse oralmente, pero puede hacerlo a través de la escritura u otros símbolos (p.ej. lengua de signos).

5.2. ALTERACIONES CONDUCTUALES

Entre los trastornos emocionales y conductuales más frecuentes están los siguientes, los cuales pueden darse de forma combinada, aislada y en distinto grado: **Agitación intensa acompañada de alteraciones emocionales**; **Deambulación** en la cual la persona deambule como respuesta relacionada con la desorientación severa en la que la persona camina sin rumbo fijo, posiblemente respondiendo a un instinto básico de orientación; **Labilidad emocional**, dificultad en regular sus emociones así como modular la expresión de las mismas, es frecuente que la emoción expresada pueda no estar en concordancia con el contexto en el que se da, así como la rápida alternancia entre expresiones emocionales (pasar de la risa al llanto o del enfado a la alegría rápidamente); **Irritabilidad y agresividad**: que se van a manifestar verbal, físicamente y/o hacia la persona/s, existe un inadecuado manejo de la frustración; **Conducta desinhibida**: dificultades en el control de los impulsos pueden provocar conductas poco apropiadas en las que la persona realiza acciones que no son adecuadas de acuerdo a las normas sociales establecidas para un contexto concreto sin importar las consecuencias que sus acciones puedan tener; **Depresión**: que puede provocar síntomas emocionales (tristeza, falta de confianza en el futuro...), físicos (trastornos del sueño, fatiga...) y cognitivos (problemas de atención, de memoria...) que pueden interferir en la funcionalidad de la persona tanto en vida social, familiar y laboral; **Apatía**: dificultad en la programación y regulación de una actividad, tienen escasa motivación para realizar incluso las que antes disfrutaban. No inician acciones si no se les proponen, aparece retraimiento social y conducta letárgica; **Egocentrismo**: Se comportan como si tuvieran derecho a todo, les cuesta empatizar con las otras personas y adoptar su punto de vista.

5.3. ALTERACIONES COGNITIVAS:

La cognición nos ayuda a analizar todos los que nos rodea. Es la capacidad de aprender, reflexionar o tomar decisiones de acuerdo a un razonamiento. Es, por tanto, la atención, la concentración, la orientación, la memoria... y tiene numerosos usos: desde tareas sencillas como descifrar un mensaje hasta otras más complejas como organizar un viaje.

Los problemas de cognición pueden ser transitorios y reversibles, o pueden condicionar la autonomía de la persona de forma permanente.

Dentro de las alteraciones cognitivas más frecuentes vamos a encontrar las que afectan a la **Orientación** (espacial, temporal, personal); **Atención; Funciones cognitivas superiores:** encargadas de guiar nuestra conducta hacia un objetivo, planificar los pasos necesarios, seleccionar las estrategias a utilizar y plantear alternativas cuando ocurren imprevistos. Simultáneamente van supervisando que cada paso se ajuste al plan previsto y se acerque al objetivo propuesto; **Lenguaje; Aprendizaje y memoria; Funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas:** Tras el Daño Cerebral puede estar alterada la capacidad de percibir las distintas características del estímulo visual (tamaño, color, forma, etc.). Por otro lado, la capacidad para percibir la orientación de los estímulos en el espacio o en relación al sujeto, también puede verse limitada. La alteración de las funciones visoconstructivas consiste en la dificultad de representar gráficamente o a través de figuras determinados modelos; **Gnosias y praxias:** Agnosia (visual, auditiva o táctil) se define como la alteración del reconocimiento; **Apraxia** consiste en no poder realizar la secuencia de movimientos necesarios para la consecución de una acción, sin que exista alteración de la movilidad; **Pensamiento:** es frecuente observar pérdida de abstracción y de pensamiento complejo. Pueden aparecer dificultades en la categorización y el razonamiento lógico-deductivo. El pensamiento puede restringirse al nivel concreto, perdiendo profundidad.

Concretadas las posibles deficiencias que pueden interferir en la funcionalidad de la vida diaria de una persona con Daño Cerebral, cabe destacar que nos podemos encontrar ante lesiones cerebrales que afectan a más de un lóbulo, están mal delimitados o son bilaterales.

Así mismo, **en personas de edad avanzada que presentan infartos lacunares³⁵accidentes isquémicos transitorios (AIT)** que aún no presentado secuelas graves si va a condicionar su funcionamiento, es decir puede ser un agravante teniendo en cuenta que en numerosos personas presentan pluripatología y/o al mismo proceso de envejecimiento en el que se encuentran, por tanto es importante el análisis riguroso de las deficiencias anteriormente citadas para determinar el uso del baremo específico que contempla la valoración de la toma de decisiones, a continuación se señalan aspectos relevantes que nos van a facilitar la decisión al respecto:

- Atención y concentración disminuidas
- Adquisición lenta de habilidades, de información nueva.
- Problemas de memoria
- Dificultades en el lenguaje y comunicación
- Alteraciones en las funciones ejecutivas: Adaptación a situaciones nuevas, detección y corrección de errores; Establecimiento de prioridades y organización de tareas; Planificación de actividades cotidianas

³⁵El infarto lacunar hace referencia a un tipo de accidente cerebrovascular en el cual **una de las arterias que irrigan sangre en las estructuras internas del cerebro se obstruye**, dejando al cerebro sin el suministro de oxígeno y nutrientes necesarios para que funcione. Las arterias susceptibles de sufrir daños en un infarto lacunar son más pequeñas y por lo tanto más frágiles que el resto, estas proceden directamente de una arteria principal la cual transporta la sangre con mucha presión. Cuando una persona sufre un infarto lacunar, **las células de una zona relativamente limitada del cerebro comienzan a dañarse o morir** por falta de oxígeno. Teniendo en cuenta que un gran número de las estructuras cerebrales internas cooperan en la comunicación y coordinación de los movimientos corporales, un infarto lacunar puede suponer un riesgo significativo de acarrear una discapacidad.

- Habilidades de interrelación: cambios en las relaciones interpersonales, inadecuado manejo de las emociones, fluctuaciones en el estado de ánimo, proyecto vital racional.

La variabilidad en casuística va a determinar la posibilidad en el uso de una escala u otra en función de la sintomatología en la persona a valorar, dicha opción se justificará debidamente en el informe técnico de valoración ajustándose al procedimiento exigido en normativa vigente.

Por tanto, queda justificada la aplicación de la Escala DI/EM o Alt. Percep.Cognit. en las personas con Daño Cerebral, en aquellos casos en los que el personal valorador constate afectación del funcionamiento mental, así mismo, se podrá contemplar, a criterio técnico, la necesidad de nueva valoración por posible mejoría y/o restitución de su funcionalidad, es decir se promoverá revisión de la situación de dependencia según criterios de provisionalidad establecidos en RD 174/2011, de 11 de febrero.

5.7. ANCIANO FRÁGIL:

La incorporación de esta nueva definición clínica "Anciano Frágil" modifica el enfoque médico de los pacientes adultos mayores

No todos asimilamos el paso del tiempo de la misma manera. Resulta cotidiano estar frente a dos personas de la misma edad en la que una parece significativamente mayor que la otra. Esto se debe a que la edad cronológica y la biológica no siempre son iguales.

La edad cronológica es la que estrictamente se refiere al tiempo transcurrido desde nuestro nacimiento. En cambio, la edad biológica es un término fisiológico, que hace referencia a cómo ha impactado el paso de tiempo en nuestro organismo. Es el resultado de nuestra carga genética y ambiental.

En los últimos años en colaboración con la incorporación de la Geriátrica como especialidad médica, se comenzó a desarrollar este concepto que cada vez tiene más repercusión.

Es bien sabido que los pacientes adultos mayores revisten una mayor complejidad a la hora de la valoración médica, por múltiples factores. Entre los más importantes se puede considerar: la polifarmacia, los antecedentes médicos acumulados, las alteraciones nutricionales, etc. Pero como se desprende del primer párrafo, el enfoque médico no deber ser el mismo para dos personas de la misma edad si, por ejemplo, su edad biológica no es la misma.

Es por ello que la medicina clínica intenta incorporar el concepto de "anciano frágil", para hacer referencia a las personas adultas mayores con ciertas características que le permiten ser susceptibles a distintas situaciones tales como: aumento de tiempo de hospitalización, presentación de caídas, etc.

¿Qué es ser un Anciano Frágil?

Se debería intentar dar una definición a este concepto. El problema radica en que no existe una definición única. Como consecuencia, los criterios diagnósticos son variados.

Podríamos decir que el anciano frágil es aquel que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y un mayor riesgo de declinar, lo que lo sitúa en una situación de mayor vulnerabilidad (Le-sende). Esto condiciona no sólo a la persona sino a su entorno. El hecho de presentar fragilidad hace que sea más factible la dependencia de terceros y esto obliga a una reestructuración familiar.

¿Cómo puedo saber si un familiar es un anciano frágil?

Una de las formas propuestas para pesquisarlo es a través de la detección de factores de riesgo. Entre ellos se consideran:

- La edad mayor a 80 años.
- Vive solo. Pérdida reciente de su pareja (menos de 1 año). - Haber presentado hospitalizaciones recientes (en el último año).
- Patología crónica invalidante. Fundamentalmente: ACV Cardiopatía isquémica Enfermedad de Parkinson O.C.F.A. Artrosis o Enfermedad osteoarticular avanzada Déficit auditivo o visual importantes.
- Demencia u otro deterioro cognitivo o depresión.
- Presentar caídas a repetición. - Condicionantes sociales adversos (pobreza, soledad, incomunicación, etc.) Deficiencia económica. -Insuficiente soporte social. - Debilidad muscular y poco ejercicio.- Comorbilidad osteomuscular, cardiológica o mental.- Polifarmacia.

¿Por qué resulta importante saber quién es un anciano frágil?

Una vez establecido el diagnóstico, se intenta lograr intervenciones médicas que permitan prevenir ciertos trastornos que se consideran asociables a ser un anciano frágil. Principalmente el enfoque médico debe estar orientado a:

Mejorar el estado nutricional: Una incorrecta alimentación hace que el paciente presente mayor posibilidad de presentar debilidad y fatiga. A la vez la persona se torna más susceptible a contraer enfermedades infecciosas y presentar peor respuesta a las mismas.

Fomentar una actividad física adecuada: La realización de actividad física mejora el sistema cardiovascular, muchas veces condiciona a una mayor sociabilización y fortalece grupos musculares mejorando la marcha de las personas. Revisión periódica de la polifarmacia: Las múltiples medicaciones que presentan los pacientes obliga al médico a revisarlas continuamente. Muchas de ellas hay que modificarlas por las interacciones con nuevas drogas recibidas o por modifica-

ciones en el organismo que pueden obligar a cambiar dosis de medicación que ya se venía tomando. Muchas veces estos simples métodos de intervención son los que generan una diferencia entre mejor y peor calidad de vida. Permiten a los adultos mayores lograr más autonomía, previenen caídas y las complicaciones de las mismas, logran mejor respuesta a los tratamientos y se generan menos reestructuraciones familiares condicionada por la pérdida de autonomía de los adultos mayores

Los beneficios obtenidos como resultado de la utilización de la Evaluación Geriátrica son los siguientes:

- Mayor precisión diagnóstica
- Disminuye el número de hospitalizaciones por procesos agudos
- Reduce el número de ancianos institucionalizados
- Mejora las decisiones sobre la ubicación óptima del paciente
- Mejora el estado funcional
- Mejora la situación cognitiva y afectiva
- Disminuye el número de prescripciones medicamentosas y de reacciones adversas
- Disminución del coste asistencial Aumento de la supervivencia.
- Como contrapartida, se incrementa la utilización de servicios de atención domiciliaria.

Queda reflejado que "anciano frágil" es una persona con necesidad de ayuda para el desempeño adecuado de las Actividades Básicas de la Vida Diaria, en la Comunidad Práctica hemos intentado tener una visión más amplia del concepto, y se considera oportuno la aplicación del baremo específico, valorando el desempeño de las distintas tareas de la toma de decisiones y no centrándolo únicamente a nivel físico.

BIBLIOGRAFÍA:

- Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF), 2001, OMS.
- Resolución WHA 54/21; 54 Asamblea Mundial de la Salud, realizada el 22 de mayo de 2001.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención de personas en Situación de Dependencia, Boletín Oficial del Estado, núm.299, págs.44142-44156.
- *Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*, (BOE nº 42 de 18 de febrero de 2011).
- *Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas*. Boletín Oficial del Estado núm. 236, de 02 de octubre de 2015.
- Resolución 4 febrero 2010 de la Secretaría General de Política Social y Consumo por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema SAAD en materia de Órganos y procedimientos de valoración de la situación de dependencia, Boletín Oficial del Estado, núm. 62, de 10 de marzo de 2010, págs.24967-24973.
- Orden SSI/2371/2013, de 12 de diciembre por la que se regula el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, Boletín Oficial de Estado, núm.302 de 18 de diciembre de 2013, págs.100833-100843.
- Guías de Orientación en la Práctica Profesional de la Valoración Reglamentaria de la Situación de Dependencia de colectivos específicos.
- Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD); http://www.dependencia.imsero.es/dependencia_01/index.htm
- <https://www.cognifit.com/es/cognicion>
- www.med.nyu.edu
- www.encefalopatia.net
- www.saludigestivo.es
- www.salusplay.com/blog/diagnosticos-enfermeros-nanda-2017/
- www.enfermeriaactual.com/listado-de-diagnosticos-nanda/
- González Lechuga, R.(3 oct. 2013). PARÁLISIS CEREBRAL – estimulacioncognitiva . Recuperado de <https://www.estimulacioncognitiva.info/2013/10/03/par%C3%A1lisis-cerebral/>

- Madrigal Muñoz, Ana (2004). La Parálisis Cerebral, Observatorio de la Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO). Pág 7.
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (NINDS). Publicación de NIH 07-159s. Septiembre, 2007. Parálisis cerebral: Esperanza en la investigación. Revisado diciembre 21, 2016. Recuperado de: <https://espanol.ninds.nih.gov/trastornos/paraliscerebral.htm?css=print>
- Cuidate plus. Última actualización: Martes 02 de Abril de 2019 - a las 17:15h. ELA (esclerosis lateral amiotrófica) Recuperado de <http://PáginaWeb> : <https://cuidateplus.marca.com/enfermedades/neurologicas/ela.html>
- Lillo,P., Matamala,JM., Valenzuela,D., Verdugo,R., Castillo,JL., Ibáñez,A., Slachevsky,A. (Julio; 2014) . Manifestaciones neuropsiquiátricas y cognitivas en demencia frontotemporal y esclerosis lateral amiotrófica: dos polos de una entidad común [artículo de revisión]. Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872014000700007_4/14
- <https://www.hear-it.org>
- Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbea A, Gómez Pavón J, Baztan Cortes JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP.
- Ignacio Aladro, Director Provincial de Información en Salud, dependiente del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
- F. Veiga Fernández Servicio de Geriátría. Hospital Universitario Lucus Augusti, Lugo.
- J. Ribera Casado Catedrático Emérito de Geriátría. Universidad Complutense. Madrid.
- Curso "Atención al anciano frágil". Colegio oficial de Farmacéuticos de Bizkaia. "Bizkaiko Farmazilarien Ekargo Ofiziala".
- World Health Organization. (2000). Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. Madrid : Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

