



PIAD
Plan Integral de Alzheimer
y otras Demencias



PLAN INTEGRAL DE ALZHEIMER Y OTRAS DEMENCIAS EN ANDALUCÍA



PLAN integral de Alzheimer y otras demencias en Andalucía [Recurso electrónico] / [Dirección Carmen María Lama Herrera; Coordinación Eva Cuartero Rodríguez]. -- [Sevilla] : Consejería de Salud y Consumo, 2023.

Texto electrónico (pdf), 130 p. : gráf. + Anexo I

1. Enfermedad de Alzheimer. 2. Demencias.
3. Planes y programas de salud. 4. Andalucía.
I. Lama Herrera, Carmen. II. Andalucía. Consejería de Salud y Consumo.

WT 155



Esta obra está bajo una licencia Creative Commons

[Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)

Título: Plan integral de Alzheimer y otras demencias de Andalucía.

Edita: Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. 2023

Consejería de Salud y Consumo:

<https://juntadeandalucia.es/organismos/saludyconsumo.html>

Repositorio Institucional de Salud de Andalucía: www.repositoriosalud.es

> DIRECCIÓN

- **Carmen María Lama Herrera.**
Subdirectora de Estrategias, Planes y Procesos.

> COORDINACIÓN

- **Eva Cuartero Rodríguez.**
Unidad de Demencia y Trastornos de la Conducta. Hospital Universitario de Valme.

> GRUPO TÉCNICO

Consejería de Salud y Consumo

Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo

- **Juan Javier Cerezo Espinosa de los Monteros.** Jefe de Servicio de Estrategias y Planes de Salud
- **Soledad Jiménez González.** Jefa de Servicio de Atención Sociosanitaria
- **Leticia Reyes Alarcón.** Servicio de Estrategias y Planes de Salud

Centro de Emergencias Sanitarias 061

- **Manuel González Guzmán.**

Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad

Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada

- **Carmen Carrizosa Muñoz.** Servicio de Personas Mayores

Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía

Ana García Muñiz. Coordinación de la Dependencia

> EQUIPO REDACTOR

- **Eva Cuartero Rodríguez.** Unidad de Demencia y Trastornos de la Conducta
Hospital Universitario de Valme
- **Sandra Pinzón Pulido.** Escuela Andaluza de Salud Pública
- **Bibiana Navarro Matillas.** Escuela Andaluza de Salud Pública
- **Syra Borrás Pruneda.** Servicio de Planes Integrales. Servicio Andaluz de Salud
- **Susana Rodríguez Gómez.** Estrategia de Cuidados de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud
- **Juan Javier Cerezo Espinosa de los Monteros.** Servicio de Estrategias y Planes de Salud.
Consejería de Salud y Consumo
- **Leticia Reyes Alarcón.** Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Consejería de Salud y Consumo
- **María Mateos Díaz.** Servicio de Estrategias y Planes de Salud. Consejería de Salud y Consumo
- **Ángela García Cañete.** Confederación Andaluza de Alzheimer y otras Demencias
- **Antonio Sagués Amadó .** Confederación Andaluza de Alzheimer y otras Demencias
- **María Bascón Morales.** Confederación Andaluza de Alzheimer y otras Demencias

PARTICIPANTES DE LOS GRUPOS DE DISCUSIÓN

- Abel Catela Huertas
- Adela Martín Ruiz
- Ana Monge Medina
- Ana Baquero Ramírez
- Ana M^a Téllez Delgado
- Ángela Limón Fernández
- Antonio Jesús Aguirre Sánchez
- Camelia García Fernández
- Carmen Eugenia López Rubio
- Desirée Calasanz Fernández
- Dolores Gema Fernández del Águila
- Eduardo Pérez Razquin
- Enrique Ojeda García
- Eva Rodríguez Salamanca
- Eva Enamorado Ridao
- Felisa Gálvez Ramírez
- Fernando Miguel Gamboa Antiñolo
- Francisca Palenzuela Sánchez
- Francisco Javier Sánchez Fernández
- Francisco Javier Rodríguez Neira
- Gabriel Gómez Estrella
- Guadalupe Acción Navarro
- Humberto Kessel Sardiñas
- Isabel Cabrera Carro
- Jesús Álvarez Suero
- Jesús Romero Imbroda
- Jesús Vargas Cruz
- Joaquín Zúñiga Guerrero
- Joaquina García del Moral
- José Ramos Guzmán
- José Labrador Freire
- José Antonio García García
- José Antonio Cordón Castellero
- José Manuel Reina Galán
- José María Cano Rojas
- Lourdes Ramos Fernández
- Lucía Martín Rufo
- Lucía Checa Gozálviz
- Manuel Benítez Feijó
- Manuel Jesús Cepeda Bernal
- María Macías Sánchez
- María Dolores Fernández Román
- María Dolores Franco Fernández
- María Dolores Martínez Herrera
- María Eva Martos Fidalgo
- María Inmaculada Requena Díaz
- María Josefa Iglesias González
- Mariela Irene Grana Costa
- Marta Sené Aliaga
- Miguel Ángel Rosa Beltrán
- Paloma Ramos Guzmán
- Patricia Gómez Gómez
- Patricio Jesús Fuentes Maltés
- Pedro Andrés Padilla Pérez
- Purificación Polo Moyano
- Rafael Castro Jiménez
- Raúl Gómez Romero
- Roberto Suárez Canal
- Rosa Acensa Barrio
- Sergio Capilla Diaz
- Silvia Escalada Segura

La elaboración del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía ha contado con la financiación de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España, según el Acuerdo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud de 28.07.2021.

TABLA DE CONTENIDOS

6	PRESENTACIÓN
8	INTRODUCCIÓN
15	GOBERNANZA
18	DEFINICIONES
	19 • Deterioro cognitivo ligero
	20 • Demencia
	22 • Enfermedad de Alzheimer
	25 • Demencia con cuerpos de Lewy
	26 • Demencia frontotemporal
	27 • Demencia vascular
	28 • Enfermedad de Parkinson
29	ANÁLISIS DE SITUACIÓN
	30 • Contexto político y estratégico
	33 • Situación sociodemográfica
	38 • Situación epidemiológica
	64 • Organización y recursos
	78 • Detección problemas, necesidades y expectativas
91	DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO
	92 • Retos
	95 • Prioridades
96	OBJETIVOS ESTRATÉGICOS
99	LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES
	100 • Línea 1. Sensibilización, concienciación y adaptación de la sociedad
	102 • Línea 2. Promoción de la salud cognitiva, prevención, diagnóstico precoz y atención a la persona con demencia
	108 • Línea 3. Derechos, ética y dignidad de las personas afectadas, familias y personas cuidadoras
	111 • Línea 4. Formación, investigación, innovación y sistemas de información
115	SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN
	116 • Periodicidad
	117 • Herramientas
	117 • Sistema de indicadores
124	REFERENCIAS
132	ANEXO

PRESENTACIÓN

La Consejería de Salud y Consumo, la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad y la Confederación Andaluza de Alzheimer y otras Demencias presentan el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía. Este incluye datos y propuestas de intervención para la Enfermedad de Alzheimer, demencia con cuerpos de Lewy, demencia frontotemporal, demencia vascular y demencia asociada a la Enfermedad de Parkinson.

La demencia supone un grave problema de salud pública debido al importante efecto sobre las personas que la padecen y la sobrecarga que suponen las tareas del cuidado. Se espera que su incidencia y prevalencia sigan aumentando en los próximos años, debido al progresivo envejecimiento de la población y la ausencia de un tratamiento preventivo o modificador del curso de la enfermedad.

En este marco, el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía contempla propuestas de actuación para avanzar hacia un modelo de excelencia en la atención a las demencias, apostando por la mejora en el abordaje sanitario y social de estas enfermedades y buscando incrementar la calidad de vida de los andaluces y andaluzas que las padecen y sus familias. Las actuaciones planteadas se dirigen a toda la historia natural de la enfermedad, teniendo en cuenta desde aspectos relacionados con la promoción de la salud cognitiva y la prevención del deterioro cognitivo, hasta su detección precoz, el uso adecuado de terapias farmacológicas y no farmacológicas, la preservación de las capacidades de las personas y la permanencia en su entorno más cercano el mayor tiempo posible. Además, se tienen en cuenta aspectos transversales relacionados con la organización de la atención y su calidad, la humanización de la asistencia, la formación, la investigación, la cooperación con otras Estrategias y Planes de las Consejerías implicadas junto con el movimiento asociativo, la coordinación sociosanitaria y la participación de la ciudadanía.

El Plan pretende optimizar la calidad en la práctica clínica y de las intervenciones sociosanitarias, la satisfacción y el bienestar de profesionales, pacientes y familiares, y mejorar los resultados en salud, el uso de los recursos y el soporte social y familiar. Está alineado con la misión de las Consejerías, que trabajan para proteger la salud de la ciudadanía en Andalucía y para ofrecer una atención de calidad centrada en la persona, reduciendo las desigualdades en salud y sociales, y facilitando la acción de la sociedad para alcanzar mayores niveles de salud y bienestar.

Sus líneas de actuación tienen en cuenta los valores que el Sistema Sanitario Público de Andalucía y el Sistema Público de Servicios Sociales utilizan como guía y promueven en sus actuaciones: equidad, transparencia, dignidad de la persona enferma, calidad de la atención, corresponsabilidad en la búsqueda de la salud, el bienestar social y participación.

Además, trata de recoger aspectos innovadores demandados por la propia ciudadanía y por los profesionales. Parte de un amplio análisis de la situación inicial, y posee coherencia interna con los objetivos y las medidas que se plantean para mejorar la situación de partida. Asimismo, cuenta con un sistema de seguimiento y evaluación que permitirá conocer de manera continua sus avances.

Es importante subrayar la importancia que en este Plan tiene la colaboración y coordinación con otros Planes y Estrategias, creando sinergias que contribuyan al logro de los objetivos marcados de la manera más eficiente y sostenible posible. Debe destacarse especialmente la necesaria relación con las actuaciones que se establezcan en materia de coordinación sociosanitaria, con la Estrategia de Humanización del Sistema Sanitario Público de Andalucía y el Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía.

Por último, nuestro agradecimiento a todos los profesionales que han participado en la elaboración de este Plan Integral por su esfuerzo y compromiso, y al equipo de trabajo que velará por su desarrollo y seguimiento, poniendo así de manifiesto la implicación y el compromiso de la Administración Andaluza con sus profesionales y con la mejora de la salud y la calidad de vida de la ciudadanía andaluza.

Catalina García Carrasco
Consejera de Salud y Consumo

Loles López Gabarro
Consejera de Inclusión Social,
Juventud, Familias e Igualdad

Ángela García Cañete
Presidenta de la
Confederación Andaluza de
Alzheimer y otras Demencias

The background is a solid dark blue color with a pattern of lighter blue, swirling brushstrokes that create a sense of motion and depth. The strokes are of varying lengths and directions, some curving around the central text.

INTRODUCCIÓN

INTRODUCCIÓN



El aumento de la esperanza de vida y el consiguiente envejecimiento de la población, hacen que sea cada vez mayor el número de personas afectadas por deterioro cognitivo o demencia. Sin un tratamiento preventivo o modificador del curso de la enfermedad, se estima que cada 20 años se duplicará el número de personas afectadas. Por ello, la demencia constituye una prioridad sanitaria global que ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a recomendar la elaboración de planes nacionales de actuación frente a sus causas más prevalentes: la enfermedad de Alzheimer y otras demencias neurodegenerativas¹.

La demencia es un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, por lo general, con una naturaleza crónica o progresiva, en la que pueden aparecer una variedad de perturbaciones de las funciones corticales superiores

incluyendo:





El concepto de demencia conlleva la pérdida de funciones cognitivas en tal grado que afecta la capacidad funcional limitando la independencia de la persona en la realización de las actividades de la vida diaria³. Esta pérdida cognitiva y funcional con frecuencia se acompaña de síntomas psicológicos y conductuales que reducen de forma significativa la autonomía personal⁴. La demencia acarrea una alta carga de sufrimiento para la persona afectada y su entorno, por las importantes limitaciones en las actividades cotidianas, las restricciones a la participación social y familiar y la sobrecarga y riesgo de claudicación de las personas que cuidan⁵.

La demencia es además un factor predictor de morbilidad, mortalidad, discapacidad y dependencia, con una importante disminución de la calidad de vida y la supervivencia de la persona afectada. Estudios recientes muestran que el 80% de las personas con demencia recibe cuidados en su propio entorno familiar y que las familias asumen de media el 87% del coste total. El impacto económico de la demencia es enorme, así como su evaluación muy compleja, por la importancia de los costes sanitarios y no sanitarios, directos e indirectos que conlleva⁶.

Si bien los datos epidemiológicos varían según la fuente consultada, se estima que actualmente viven en España 800.000 personas con demencia, 120.000 de las cuales residen en Andalucía⁷.

Las estimaciones de incidencia de demencia en España⁸⁻¹² son similares a las de otros países europeos, con un claro incremento con la edad. Se estiman 5 a 10 casos nuevos por 1.000 personas/año en el grupo de 64 a 69 años de edad y hasta 40 a 60 casos por 1.000 personas/año en el grupo de 80 a 84 años, con un progresivo incremento de la incidencia hasta los 100 años o más¹³.

En los últimos años, algunos estudios epidemiológicos que han evaluado la incidencia a lo largo del tiempo sugieren una tendencia a la reducción de las tasas de incidencia de demencia específicas por edad en países occidentales como Suecia¹⁴, Holanda¹⁵, Reino Unido¹⁶ y Estados Unidos¹⁷. Esta reducción, aunque modesta, podría deberse al control de los factores de riesgo vascular, a la mejora de los hábitos de salud y dieta y al incremento del nivel educativo documentado en estos países en los últimos años. A pesar de esta disminución de las tasas de incidencia, es probable que aumente el número global de casos de demencia en la mayoría de los países por el incremento de la esperanza de vida¹⁸.

La edad es también el principal determinante de la prevalencia de la demencia que se sitúa por debajo del 2% en el grupo de edad entre 65 y 69 años, sube al 17% en el grupo de 80 a 84 años y alcanza valores del 30% en las personas de 90 años o más¹⁹⁻²³. En España diversos estudios han encontrado valores de prevalencia global que oscilan entre el 4% y el 9% en población mayor de 65 años²⁴⁻²⁸. La prevalencia es mayor en mujeres para casi todos los grupos de edad^{23,29}.

Entre las diferentes etiologías que pueden ocasionar el deterioro cognitivo y la demencia, la enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente, siendo responsable de entre el 60% y el 80% de los casos de demencia. En segundo lugar, se encuentra la demencia vascular, asociada o no a enfermedad de Alzheimer, que constituye entre el 20% y el 30% del total de los casos de demencia. En un tercer grupo aparecen otras enfermedades neurodegenerativas, como la demencia con cuerpos de Lewy, la demencia asociada a la enfermedad de Parkinson o la demencia frontotemporal. Cuando la demencia de origen degenerativo presenta un inicio precoz o presenil, la enfermedad de Alzheimer continua siendo la etiología más frecuente (42,4%), seguido de la demencia vascular y la demencia frontotemporal³⁰.

En las personas con demencia es frecuente encontrar un mayor número de comorbilidades entre las que destaca la alta prevalencia de factores de riesgo vascular³¹, un mayor riesgo de caídas, ingresos hospitalarios, susceptibilidad a infecciones y iatrogenia por polifarmacia y graves consecuencias derivadas de la pérdida de movilidad y postración en sus estadios finales³².

Los síntomas depresivos son frecuentes en las personas con demencia. La incidencia de la depresión es del 30% entre las personas con demencia vascular y en aquellas con diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, alcanzando a más del 40% de las personas con demencias asociadas a las enfermedades de Parkinson y Huntington³³.

La demencia es una de las principales causas de institucionalización³⁴. Un 20% de las personas con demencia son institucionalizadas durante el primer año tras el diagnóstico y un 50% a los 5 años³⁵. La prevalencia de demencia en centros residenciales alcanza el 61,7% de la población institucionalizada y sólo el 18,8% recibe tratamiento específico³⁶.

Por todo lo anterior, la demencia es un claro exponente del concepto de enfermedad sociosanitaria, en el que están incluidas la persona afectada, las personas que cuidan y las instituciones sanitarias y sociales, públicas o privadas, implicadas en su atención y cuidados^{27,37}.

Por otra parte, Organizaciones internacionales como Alzheimer's Disease International³⁸, Alzheimer Europe³⁹, el Parlamento Europeo⁴⁰, el Consejo Europeo⁴¹ y la Organización Mundial de la Salud¹, ponen especial énfasis en la necesidad de reducir el riesgo de demencia y prevenir las enfermedades neurodegenerativas contemplando dos niveles de intervención: **1)** la prevención primaria que incluye las medidas de reducción del riesgo y la potenciación de los factores protectores y **2)** la prevención secundaria que se aplica a personas con un deterioro cognitivo incipiente o con evidencia de enfermedad preclínica. En estas últimas, se requiere un diagnóstico temprano de la enfermedad, un diagnóstico de deterioro cognitivo pre-demencia o prodrómico de demencia y una investigación constante sobre la eficacia de las terapias específicas dirigidas contra los mecanismos de la enfermedad⁴².

Existe un amplio consenso y evidencia sobre la hipótesis que establece que determinadas medidas de control de factores de riesgo modificables pueden traducirse a largo plazo en un envejecimiento activo y saludable y una mejor salud cognitiva.

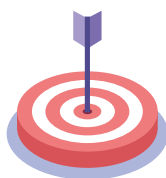
Entre los factores de riesgo modificables están:



En todos los estadios de la demencia, especialmente en las fases más avanzadas, es imprescindible la protección de las necesidades básicas de autonomía, bienestar, dignidad, interacción social y derechos fundamentales, teniendo en cuenta que la persona con demencia posee la capacidad de experimentar sensaciones y de sentirse amada y cuidada⁴³.

Otro elemento esencial en la atención a la demencia es la identificación de las personas en riesgo de desarrollar las enfermedades neurodegenerativas que la causan. En este ámbito, los estudios recientes se centran en el deterioro cognitivo ligero y en el diseño de técnicas coste-efectivas y no invasivas como los perfiles cognitivos y biomarcadores que contribuyan al diagnóstico y seguimiento de la progresión de la enfermedad⁴⁵.

PROPOSITO



En este contexto, el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía tiene como propósito **orientar las políticas públicas de prevención, detección precoz, diagnóstico, atención social y sanitaria y seguimiento de las personas con deterioro cognitivo y demencias de origen neurodegenerativo.**

El Plan apuesta por la intervención interdisciplinar, la coordinación interadministrativa, la cooperación intersectorial y la participación del sector público y privado en la prestación de los servicios, cuidados y apoyos necesarios para acompañar los proyectos de vida de las personas afectadas y las personas que cuidan.

El Plan está alineado con la Estrategia de Alzheimer de Andalucía y la Estrategia de Coordinación Sociosanitaria y prevé un seguimiento continuo y una evaluación participativa, que genere un informe público disponible para la ciudadanía a través de los medios y en los términos que establece la legislación sobre transparencia de las Administraciones Públicas.

Sus objetivos y actuaciones se articulan en 4 líneas estratégicas:

1

Sensibilización, concienciación y adaptación de la sociedad a las demencias.



Esta línea pretende impulsar un cambio cultural de percepción, respeto y consideración hacia las personas con deterioro cognitivo y demencia y sus familias.

Este cambio cultural involucra al conjunto de la sociedad y busca favorecer la permanencia de las personas con demencia en su entorno cercano y natural el mayor tiempo y con la mayor autonomía y calidad de vida posible. Se trata de luchar contra las situaciones de estigma, rechazo y trabajar para conseguir entornos amigables, integradores y accesibles que ofrezcan las mejores oportunidades de participación a las personas con demencia como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.



2

Promoción de la salud cognitiva, prevención, diagnóstico precoz y atención a la persona con demencia

Esta línea está orientada a la mejora de la atención integral, la coordinación y continuidad asistencial a la persona con deterioro cognitivo y demencia,



con un enfoque de Atención Centrada en la Persona y una doble mirada a la persona afectada y la persona cuidadora.

3

Derechos, ética y dignidad de las personas afectadas, familias y personas cuidadoras.



Esta línea fomenta el reconocimiento y consideración de la sociedad hacia la labor de las personas cuidadoras.

Así mismo, esta línea busca fomentar la incorporación de la ética y la humanización en todas las actuaciones que se realicen desde los servicios sanitarios y sociales, las asociaciones y las entidades locales. Desde este enfoque, se busca promover el buen trato y el respeto a las decisiones de las personas con deterioro cognitivo y demencia, sus familias y personas cuidadoras.



4

Formación, investigación, innovación y sistemas de información.

Esta línea pretende contribuir al desarrollo de competencias profesionales específicas para el abordaje de la atención a personas con demencias



abarcando todas las etapas formativas (grado, post-grado y formación continuada), perfiles profesionales y personas cuidadoras. Por otro lado, la complejidad y heterogeneidad de las demencias en su patogénesis, carga epidemiológica, búsqueda de nuevas dianas de tratamiento y nuevas herramientas de valoración y su infradiagnóstico abre un enorme campo de trabajo en investigación, innovación y sistemas de información que se abordan desde esta línea estratégica.

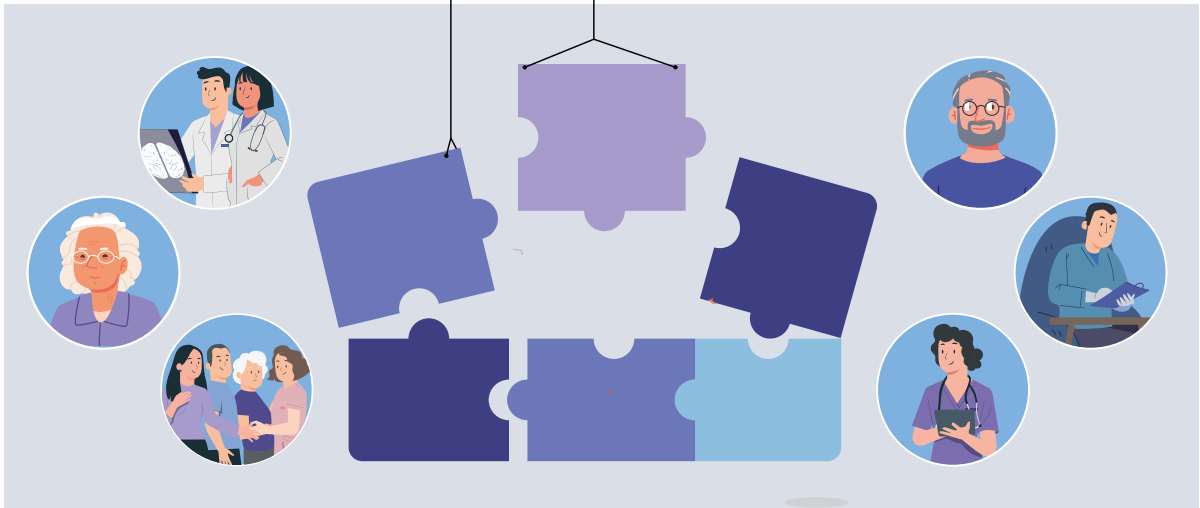
The background of the image consists of a dark blue field filled with numerous overlapping, wavy, brushstroke-like patterns in various shades of blue, ranging from light to dark. These patterns create a sense of movement and depth, resembling water ripples or abstract waves.

GOVERNANZA

GOBERNANZA

16

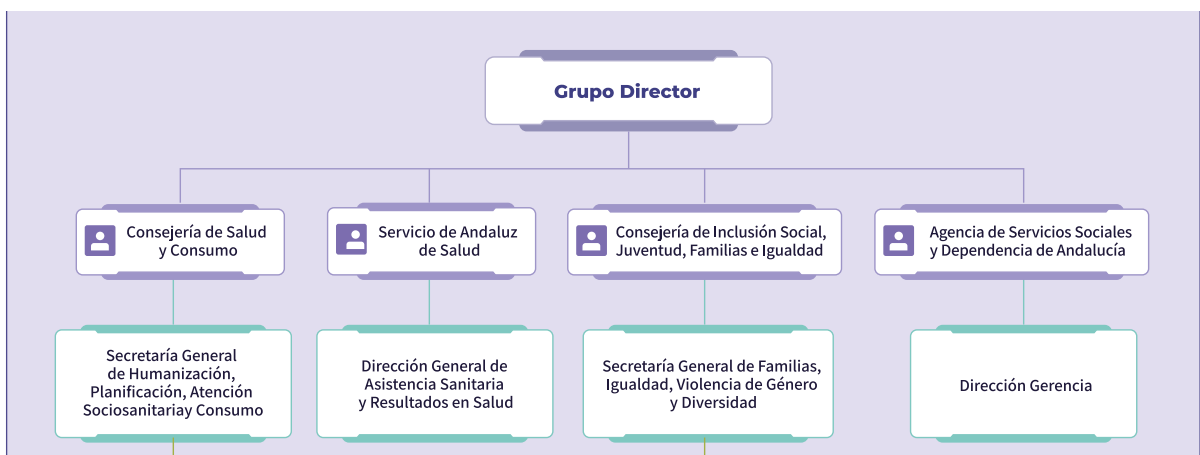
Gobernanza



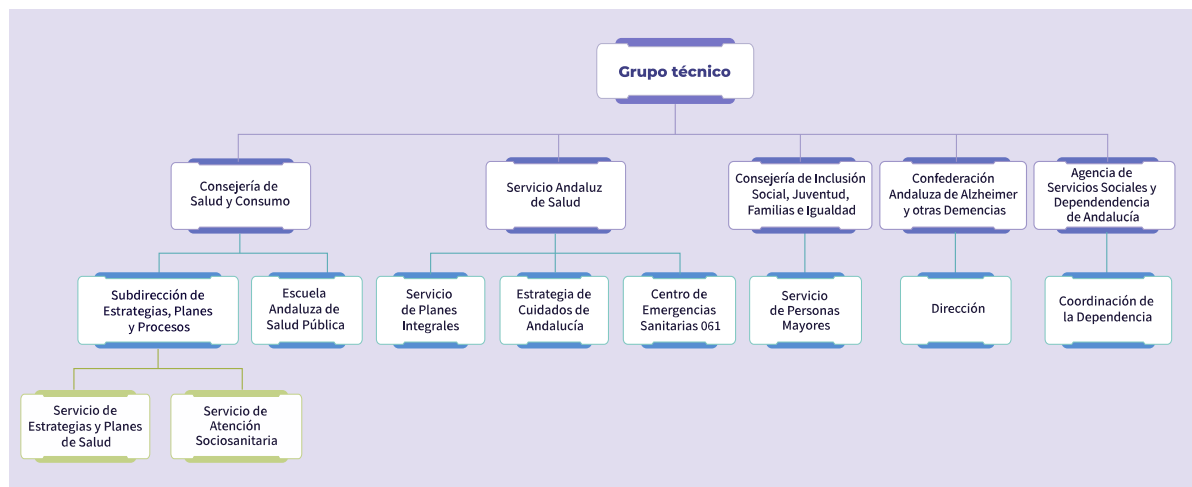
El diseño del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía se formuló bajo un modelo de gobernanza basado en el compromiso de todos los agentes involucrados en la atención a personas con deterioro cognitivo y demencias e incorporó mecanismos de transparencia y rendición de cuentas.

Para hacer efectiva la gobernanza participativa en el proceso de diseño, el Plan dispuso distintos órganos y mecanismos de participación para involucrar activamente a todas las personas interesadas, especialmente las personas afectadas, las familias, las personas cuidadoras y los equipos profesionales implicados en su atención y cuidados.

Se constituyó un grupo director cuya principal función fue el liderazgo en el proceso de diseño, el establecimiento de prioridades estratégicas y la aprobación del borrador del Plan. En el grupo director participaron la Consejería de Salud y Consumo y la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad.



Se constituyó un grupo técnico responsable de consensuar los enfoques en la fase de diagnóstico, definir los objetivos y las acciones en las que se articuló el Plan y proponer los indicadores para su seguimiento.



Se convocaron 11 grupos de discusión cuyo propósito fue dar voz a los principales agentes involucrados para la identificación de problemas, necesidades y retos a abordar en el Plan

1. Personas con deterioro cognitivo o demencias de origen neurodegenerativo.
2. Familiares y personas cuidadoras en entorno familiar.
3. Representantes de asociaciones de familiares y personas afectadas.
4. Profesionales de servicios sociales comunitarios y servicios de ayuda a domicilio.
5. Profesionales de Atención Primaria de Salud.
6. Profesionales de Atención Hospitalaria.
7. Representantes de sociedades científicas.
8. Profesionales que aplican terapias no farmacológicas.
9. Profesionales de entornos comunitarios para la detección precoz.
10. Responsables de dirección de centros de día y centros residenciales.
11. Representantes de asociaciones de personas con diversidad funcional y vulnerabilidad social.

Contribuyeron al análisis de situación:

- La Escuela Andaluza de Salud Pública a través del análisis de los datos de la Encuesta Andaluza de Salud y la Encuesta de Hábitos y Condiciones de Vida de la Población Andaluza durante el Estado de Alarma; el análisis del contexto estratégico y normativo, la situación sociodemográfica y epidemiológica, la organización y los recursos sociales y sanitarios y la síntesis de problemas, necesidades y retos identificados a partir de los grupos de discusión.
- La Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información del Servicio Andaluz de Salud con la estimación de prevalencias de los distintos tipos de demencia y de la prescripción farmacéutica a las personas afectadas, a través de la Base Poblacional de Salud.
- El Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía proporcionando las proyecciones de población y los datos de la Encuesta de Condiciones de Vida.

The background of the page is a solid dark blue color, overlaid with numerous light blue, wavy, brushstroke-like patterns that create a sense of movement and depth. The word "DEFINICIONES" is centered in the middle of the page.

DEFINICIONES

DEFINICIONES



Deterioro cognitivo ligero

19

Definiciones



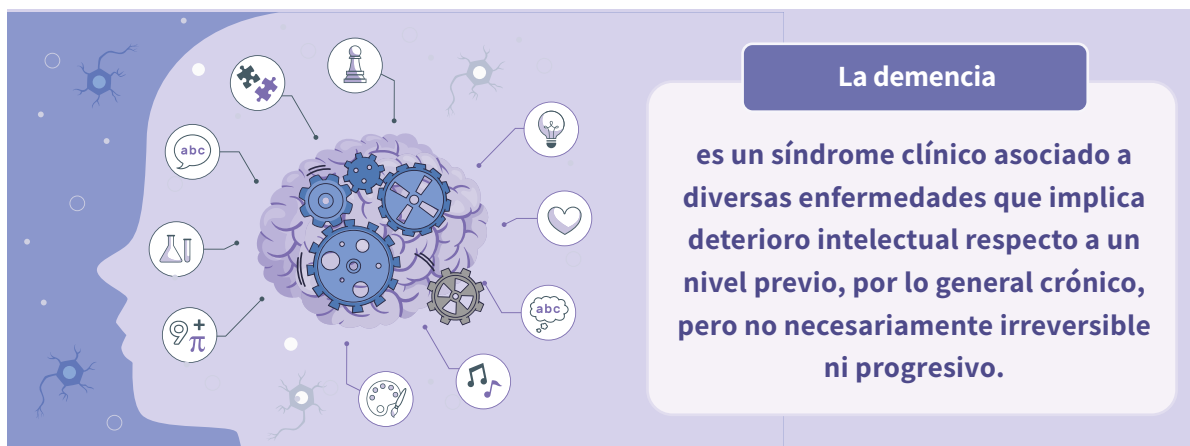
El deterioro cognitivo ligero puede preceder a la demencia, aunque también se define como un estado de incertidumbre clínica. Dependiendo de los criterios utilizados, hasta el 50% de las personas con deterioro cognitivo ligero pueden permanecer estables o incluso mejorar su función cognitiva⁴⁷.



Por este motivo, el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo ligero se considera una oportunidad para la intervención temprana más que un predictor concluyente de la demencia⁴⁶.



Demencia



Este deterioro afecta a las funciones cerebrales superiores (memoria, lenguaje, orientación, juicio, cálculo o percepción espacial, entre otras) ocasionando una pérdida de la autonomía funcional de la persona afectada con detrimento de sus actividades cotidianas en el ámbito sociofamiliar, laboral y de ocio, así como alteraciones conductuales y psicológicas⁴⁶ (Tabla 1).

Tabla 1. Alteraciones cognitivas, conductuales, psicológicas y en la autonomía funcional de la persona con demencia

DEMENCIA					
ALTERACIONES COGNITIVAS			ALTERACIONES CONDUCTUALES Y PSICOLÓGICAS		
Memoria	Lenguaje	Gnosias	Afectividad	Percepción y pensamiento	Personalidad y comportamiento
Atención/ Concentración	Praxias	Funciones visuoespaciales y ejecutivas			
ALTERACIONES EN LA AUTONOMÍA FUNCIONAL					
Alteraciones en las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)					
Alteraciones en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)					
Alteraciones en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD)					

Fuente: Guía de Práctica Clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut de Catalunya; 2010.

La demencia puede ser la manifestación clínica predominante como sucede en la enfermedad de Alzheimer, o formar parte del cuadro clínico sin ser la predominante, como en la enfermedad de Parkinson⁴⁸.

Se reconocen diferentes subtipos de demencia atendiendo al perfil del deterioro cognitivo, funcional y psicológico-conductual; al comportamiento estructural (tomografía o resonancia magnética cerebral) y funcional de las neuroimágenes (resonancia magnética cerebral funcional, tomografía por emisión de fotón único o tomografía por emisión de positrones) y a la evaluación de ciertos biomarcadores⁴⁹.

La mayoría de las demencias neurodegenerativas aparecen en edades avanzadas. No obstante, en casi todas ellas existen formas hereditarias y formas de inicio precoz⁴⁸.

Para establecer el grado de evolución de la demencia se utilizan dos escalas: la escala GDS de Reisberg (Global Deterioration Scale) que define la evolución de la enfermedad en 7 fases y la escala FAST (Functional Assessment Staging) que aporta a la escala GDS una división de las fases 6 y 7 reflejando la progresiva incapacidad de la persona afectada para el mantenimiento de las actividades básicas de la vida diaria (Tabla 2).

Tabla 2. Diferencias entre la Escala GDS y la Escala FAST

Fase	Escala GDS	Escala FAST	Grado clínico
1	Sin pérdida alguna.	Sin pérdida alguna.	Normalidad
2	Alteración cognitiva subjetiva. Quejas de memoria o de otras funciones cognitivas.	Déficit subjetivo en evocación de palabras o localización de objetos.	Deterioro cognitivo subjetivo
3	Déficits de memoria o cognitivos sutiles, observables por terceros.	Déficits percibidos en contextos demandantes (como el trabajo, por ejemplo).	Deterioro cognitivo leve
4	Déficits claros en el examen clínico. Deterioro cognitivo moderado.	Asistencia en tareas complejas, como gestión de finanzas o planificar la comida de una celebración.	Demencia leve
5	Deterioro cognitivo moderadamente grave. Dificultad en el recuerdo de detalles personales importantes.	Asistencia en la elección apropiada de la ropa.	Demencia moderada
6	Gran incapacidad para verbalizar episodios recientes de su vida. Puede olvidar el nombre del cónyuge. Frecuentes alteraciones conductuales. Deterioro cognitivo grave.	FAST 6a: Asistencia para vestirse.	Demencia moderadamente grave
		FAST 6b: Asistencia para ducharse.	
		FAST 6c: Asistencia para el uso adecuado del inodoro (tirar de la cadena, limpiarse...).	
		FAST 6d: Incontinencia urinaria.	
		FAST 6e: Incontinencia fecal.	
7	Pocas palabras inteligibles o incompetencia verbal. Deterioro cognitivo y motor muy grave.	FAST 7a: Habla limitada a una media docena de palabras.	Demencia grave
		FAST 7b: Habla inteligible limitada a una palabra.	
		FAST 7c: Pérdida de la capacidad de andar.	
		FAST 7d: Pérdida de la capacidad de mantenerse sentado.	
		FAST 7e: Pérdida de la capacidad de sonreír.	
		FAST 7f: Pérdida de la capacidad de sostener la cabeza.	

Fuente: Reisberg, B., Ferris, S. H., de Leon, M. J., & Crook, T. (1982). Global Deterioration Scale [Database record]. APA PsycTests. y Reisberg, B. (1988). Functional Assessment Staging (FAST). *Psychopharmacology Bulletin*, 24(4), 653–659.



Enfermedad de Alzheimer



La Enfermedad de Alzheimer

El concepto de la enfermedad de Alzheimer ha evolucionado en la última década desde una entidad anatomo-clínica a una entidad clínico-biológica, donde los síntomas clínicos se relacionan con ciertas alteraciones de proteínas cerebrales (amiloide y tau) evidenciadas a través de neuroimágenes o en líquido cefalorraquídeo, poniendo de manifiesto su naturaleza degenerativa y curso progresivo.

Tras un largo periodo asintomático, el inicio del deterioro cognitivo determina el comienzo de un continuum clínico que, ante la carencia de un tratamiento modificador del curso de la enfermedad, terminará inexorablemente en una demencia.

Morfopatológicamente, la enfermedad de Alzheimer se define por la presencia de acumulaciones anómalas intraneuronales de proteína tau (ovillos neurofibrilares) y acúmulos extra e intraneuronales de proteína beta amiloide (placas neuríticas o seniles)⁴⁸. En 2018, el National Institute on Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) presentaron una nueva conceptualización de la enfermedad de Alzheimer como entidad clínico-biológica donde los biomarcadores reflejan su anatomía-patológica⁴⁹.

Dentro del continuum evolutivo de la enfermedad de Alzheimer, es posible detectar el acúmulo de beta-amiloide y de proteína Tau desde su fase presintomática, mediante la determinación de biomarcadores, como la concentración del péptido A β 1-42 o de la Tau total y Tau fosforilada en el líquido cefalorraquídeo o el depósito de amiloide cerebral mediante la tomografía con emisión de positrones (PET-amiloide)⁵⁰.

En la fase prodrómica, la persona afectada o sus familiares expresan las primeras quejas cognitivas, habitualmente referidas a fallos amnésicos, aunque sin el grado de afectación funcional suficiente como para cumplir el criterio de demencia. El uso de biomarcadores en esta fase, bien de imagen o de líquido cefalorraquídeo (LCR), o pruebas psicométricas como la evaluación de la memoria episódica, permiten caracterizar a estas personas como un subgrupo dentro del concepto de deterioro cognitivo ligero, con un riesgo mucho mayor de progresión a enfermedad de Alzheimer en los cinco años posteriores.

Llegado el momento de disponer de un tratamiento modificador del curso de la enfermedad, este sería el periodo idóneo para comenzarlo, por lo que en un futuro próximo los esfuerzos clínicos deben encaminarse al diagnóstico en la fase prodrómica.

En la fase demencial, la enfermedad tiene una repercusión clara sobre la capacidad funcional de la persona. Esta fase de la enfermedad tiene una duración media de 10 a 15 años.

El síntoma inicial cognitivo más característico de la demencia por enfermedad de Alzheimer es la pérdida de memoria para hechos recientes (episódica), al afectarse precozmente los circuitos límbicos de la memoria. Posteriormente, las lesiones se extienden a áreas asociativas temporoparietales posteriores, manifestándose con trastornos apráxicos, afásicos, agnósicos y afectación de las habilidades visuoespaciales y de las funciones ejecutivas.

En el estadio moderado suelen aparecer síntomas psicológicos y conductuales que originan un importante sufrimiento para la persona afectada y sobrecarga en las personas responsables de su cuidado. La disrupción y gravedad de estos síntomas condiciona en gran medida la institucionalización temprana y aumenta el riesgo de morbilidad.



Existen formas infrecuentes de inicio atípico de la enfermedad de Alzheimer en las que el deterioro de la memoria no es el síntoma inicial o predominante. Su debut suele implicar manifestaciones concordantes con un síndrome conductual frontal, un cuadro de afasia progresiva de predominio logopéxico, una apraxia progresiva o un síndrome agnóstico visual por atrofia cortical posterior. Estas formas suelen aparecer en formas de inicio presenil de la enfermedad.

Aunque la mayoría de las personas afectadas presentan síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia, solo los criterios NIA-AA⁵¹ consensuados en 2011 incluyen estos síntomas dentro de sus criterios diagnósticos. Las alteraciones psicológicas y conductuales más frecuentes y precoces son la apatía, la depresión, la ansiedad, la irritabilidad y las ideas delirantes.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer ha evolucionado desde su carácter eminentemente clínico atendiendo a la aplicación de criterios diagnósticos, al apoyo de biomarcadores que permiten el estudio in vivo de los cambios estructurales y moleculares relacionados con su proceso patológico. Su determinación aumenta la precisión del diagnóstico clínico, lo que resulta útil tanto en el ámbito de la investigación como en la práctica asistencial diaria.

La historia clínica debe confirmar la pérdida cognitiva y funcional, así como recoger datos sobre las alteraciones psicológicas y conductuales, obteniendo esta información tanto de la persona afectada como de familiares y personas allegadas. A partir de esta información se realizan las exploraciones y pruebas complementarias que confirman el diagnóstico de enfermedad de Alzheimer, así como una exploración cognitiva personalizada que detecte el grado de afectación de los dominios cognitivos.



Debido a que la presencia de amiloide cerebral es una condición necesaria pero no suficiente para el diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer, la PET-amiloide tiene su utilidad diagnóstica mayor para excluir la posibilidad de enfermedad cuando el resultado es negativo. La tasa de PET-amiloide positiva aumenta con la edad, llegando a ser positiva hasta en un 35 % de sujetos mayores de 65 años cognitivamente sanos.

Estudios recientes ponen de manifiesto que las personas cognitivamente normales con amiloide positivo en la PET muestran un riesgo elevado de desarrollar la enfermedad de Alzheimer en comparación con los amiloides negativos, pero más del 80% no llega a desarrollar un deterioro cognitivo en un plazo clínicamente relevante. Es decir, la mayoría de las personas con amiloide positivo sin otros marcadores no han desarrollado la demencia de la enfermedad de Alzheimer durante su vida. Las imágenes PET son muy costosas y, aunque se utilizan en algunos entornos clínicos, siguen siendo objeto de investigación para comprender su utilidad en poblaciones más amplias.

Los biomarcadores fluidos, actualmente mediante análisis de líquido cefalorraquídeo (LCR), se han convertido en el foco de interés más práctico para medir proteínas específicas asociadas a las neuropatologías de la enfermedad de Alzheimer. El estudio del líquido cefalorraquídeo obtenido mediante punción lumbar ha demostrado ser una técnica, aunque invasiva, bien tolerada con baja frecuencia de complicaciones. El patrón de A β 1-42 bajo y T-tau y P-tau elevadas es característico de la enfermedad de Alzheimer.

La sensibilidad y especificidad de estos biomarcadores licuorales principales para enfermedad de Alzheimer es mayor del 85 %, tanto en el estadio de demencia como de deterioro cognitivo ligero que progresará a demencia.

Con la ayuda de los biomarcadores, se puede identificar precozmente la presencia de patofisiología de la enfermedad de Alzheimer que permita establecer un diagnóstico de mayor probabilidad en los casos atípicos de la enfermedad, así como descartarla permitiendo un diagnóstico precoz de posibles causas tratables de demencia rápidamente progresiva, como son las demencias por procesos autoinmunes, entre otras.



Demencia con cuerpos de Lewy



Este tipo de demencia se caracteriza por la presencia de cuerpos de Lewy y neuritas de Lewy en la corteza cerebral y por su asociación con el deterioro cognitivo fluctuante, con predominio del déficit de atención y visuoespacial, el parkinsonismo y los síntomas psicóticos⁴⁸.

El deterioro cognitivo es un hallazgo esencial para el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy y la forma de presentación clínica más frecuente. Suele manifestarse como episodios recurrentes de confusión sobre un fondo de deterioro cognitivo progresivo.

Las personas afectadas muestran una marcada alteración de la atención, la memoria de trabajo, la función ejecutiva y las funciones visuoespaciales; un trastorno amnésico que puede no ser muy evidente al inicio, con una menor alteración de la memoria episódica que en la enfermedad de Alzheimer; alteraciones en el nivel de alerta (somnolencia, desconexión del entorno, mirada ausente); habla desorganizada y alucinaciones visuales recurrentes que suelen ser precoces y persistentes.

Otras manifestaciones psiquiátricas de la demencia con cuerpos de Lewy son la depresión, la apatía, las alucinaciones auditivas, las ideas delirantes y las identificaciones erróneas.

El diagnóstico es clínico utilizando los criterios de consenso de McKeith^{52,53}, tras realizar una amplia evaluación neuropsicológica que permita detectar el patrón característico de la demencia con cuerpos de Lewy, con predominio del trastorno visuoespacial, atencional y ejecutivo, a diferencia del patrón amnésico de la enfermedad de Alzheimer.

El requisito esencial para el diagnóstico de demencia con cuerpos de Lewy es el declive cognitivo progresivo de suficiente magnitud para interferir con el funcionamiento normal social y ocupacional de la persona afectada, es decir, con sus actividades de la vida diaria. Las características clínicas nucleares (la fluctuación en la cognición, las alucinaciones visuales recurrentes y las características espontáneas de parkinsonismo) se presentan en estadios tempranos y pueden persistir a lo largo del curso de la enfermedad. Los biomarcadores sugestivos a considerar en su diagnóstico son la disminución de la captación de transportadores de dopamina (DAT) en los ganglios basales, demostrado por imágenes cerebrales en SPECT o PET; la disminución de la captación de 123I-metayodobenzilguanidina (123I-MIBG) en la gammagrafía miocárdica y la confirmación del sueño REM sin atonía (DCSREM) en la polisomnografía (PSG).



Demencia frontotemporal



Hay tres subtipos clínicos claramente diferenciados según síntomas clínicos y el patrón regional de atrofia cerebral. En el primer subtipo predominan los síntomas conductuales, por lo que recibe el nombre de demencia frontotemporal variante conductual; los otros dos subtipos se caracterizan por el predominio del compromiso del lenguaje.

El subtipo más frecuente es la variante conductual de la demencia frontotemporal. Suele tener un inicio presenil en torno a los 60 años de edad, con trastornos conductuales tempranos como desinhibición, mostrando una conducta social inapropiada; apatía; pérdida de la empatía e interés social; inflexibilidad y rigidez mental; hiperoralidad, con cambios en la conducta alimentaria, consumo excesivo de alcohol/cigarrillos; conducta perseverante, estereotipada, ritualista/compulsiva; deterioro en el cuidado y abandono en el aseo personal.

El perfil neuropsicológico muestra una preservación inicial de las funciones de memoria y visuoespaciales, así como un deterioro precoz de la atención mantenida. Con la progresión de la enfermedad, la persona afectada suele presentar otras alteraciones cognitivas como el lenguaje estereotipado con pérdida de la espontaneidad, la ecolalia, la perseveración y el mutismo tardío. A los síntomas cognitivo-conductuales a menudo se añaden síntomas motores parkinsonianos o de enfermedad de la motoneurona, frecuentemente de predominio bulbar.

Un segundo subtipo corresponde a la afasia progresiva primaria variante semántica. Se caracteriza por la pérdida del significado de las palabras y de la comprensión de órdenes, con anomia y parafasias semánticas y la relativa preservación de los aspectos fonológicos y sintácticos del lenguaje. Dicha afectación está relacionada con la atrofia focal de la corteza temporal lateral y anterior del hemisferio izquierdo dominante. De forma menos frecuente, la enfermedad afecta al lado derecho presentando el paciente un trastorno de la percepción caracterizado por la dificultad para reconocer los rostros de personas conocidas, así como agnosia asociativa. En este subtipo no aparecen otras alteraciones neuropsicológicas, como la apraxia, los trastornos visuoespaciales y la alteración de la memoria episódica hasta fases avanzadas.

El tercer subtipo de demencia frontotemporal es la afasia progresiva primaria variante no fluente. Se caracteriza por una alteración del lenguaje expresivo, manteniéndose normales o relativamente preservadas las demás funciones cognitivas. Las personas con afasia progresiva primaria no fluente presentan un lenguaje con fluencia disminuida acompañada de agramatismo, parafasias fonéticas y anomia. En algunas personas puede existir apraxia oral. En ocasiones, la sintomatología evoluciona a un síndrome clínico de degeneración cortico basal o parálisis supranuclear progresiva. De forma infrecuente puede mostrar signos de enfermedad de la motoneurona a lo largo de su evolución.



Demencia vascular



Entre las demencias vasculares se encuentran la demencia post-ictus, la demencia multiinfarto, la demencia subcortical isquémica (Síndrome de Binswangen), el infarto estratégico, la hipoperfusión (encefalopatía anóxica-isquémica difusa, vulnerabilidad selectiva e infartos fronterizos) y la demencia hemorrágica mixta y el deterioro cognitivo ligero vascular.

La demencia vascular puede tener un inicio agudo, si la desencadena un infarto estratégico y una evolución escalonada en la que se alternarán periodos de estabilidad con reagudizaciones, que coincidirán con la aparición de nuevos infartos.

En otras ocasiones, el daño de origen vascular coexiste con un componente degenerativo tipo Alzheimer, dando lugar a formas mixtas de curso insidioso en las que domina la alteración de la memoria de recuperación, la disminución de la velocidad de procesamiento de la información, la disartria y, con el tiempo, la aparición de disfagia neurógena, síntomas parkinsonianos con bradicinesia, rigidez axial y trastorno de la marcha.

La exploración neuroradiológica es un imperativo para el diagnóstico de la demencia vascular. No hay datos que permitan establecer una correlación directa entre el deterioro cognitivo y la enfermedad vascular cerebral sobre la única base de la localización o el volumen de las lesiones isquémicas. El diagnóstico se basa en la correlación entre el grado de carga vascular y los datos clínicos y neuropsicológicos.



Enfermedad de Parkinson



En su fase inicial la persona afectada puede sentir temblor ligero, apreciar que ha disminuido el tono de su voz, referir cambios de hábito intestinal, pérdida del olfato, trastornos del sueño, o que su escritura se ha vuelto lenta y dificultosa. En la esfera cognitivo-conductual puede presentar dificultad para mantener la atención, mostrar enlentecimiento en la velocidad de procesamiento de la información, o sentirse cansada, irritable o deprimida sin una razón aparente. Este período temprano puede preceder en años al inicio de los síntomas motores más obvios de la enfermedad.

En una fase posterior aparece la triada característica de temblor de reposo, rigidez y bradicinesia, que suelen tener una presentación inicial unilateral, seguida de alteración de los reflejos posturales y de la marcha, así como pérdida de equilibrio con alto riesgo de caídas a medida que evoluciona la enfermedad.

Con frecuencia en las fases avanzadas aparece un deterioro cognitivo de carácter subcortical, con olvidos fáciles por la pérdida de memoria, la apatía, los trastornos del ánimo y la dificultad para manejar información previamente adquirida. La pérdida de memoria para hechos antiguos no es tanto para el contenido como para el momento en que sucedieron. La alteración del lenguaje se manifiesta con disartria (dificultad para articular las palabras), lentitud en el discurso, pérdida de la entonación y pobreza en la construcción de las frases. También pueden aparecer alucinaciones visuales, con característica conciencia de irrealidad y autocrítica.

En los últimos años se ha dado especial importancia a la detección precoz y abordaje de síntomas no motores de la enfermedad de Parkinson, como los trastornos del sueño, el déficit cognitivo y los trastornos del estado de ánimo. Entre los síntomas no motores más frecuentes y con mayor impacto en la calidad de vida de la persona afectada están los trastornos del sueño, principalmente el sueño fragmentado y la nicturia y los trastornos del ánimo, fundamentalmente la depresión⁵⁴. Entre los síntomas motores están la presencia de inestabilidad, los trastornos de la marcha y las complicaciones motoras en forma de fluctuaciones⁵⁵.

The background of the image is a dark blue color, overlaid with numerous thick, expressive brushstrokes in various shades of blue and purple. These strokes are curved and layered, creating a sense of movement and depth. The overall effect is a dynamic, artistic composition.

ANÁLISIS DE SITUACIÓN

ANÁLISIS DE SITUACIÓN



CONTEXTO ESTRATÉGICO

En 2010

CONTEXTO INTERNACIONAL

El Parlamento Europeo consideró que la enfermedad de Alzheimer afectaba a 6,1 millones de europeos y que las proyecciones indicaban que esta cifra se duplicaría o triplicaría en 2050 por el acelerado envejecimiento de la población. Ante este panorama, el Parlamento pidió al Consejo Europeo, a la Comisión Europea y a los Gobiernos de los Estados miembros que reconocieran la enfermedad de Alzheimer como una prioridad en materia de salud pública y establecieran planes de acción orientados a la investigación, la mejora de la detección precoz y la simplificación de los procedimientos para acceder al tratamiento y a los cuidados⁵⁶.

En 2017

La Organización Mundial de la Salud se propuso avanzar en la prevención de la demencia y en la articulación de los servicios para la atención y el apoyo a las personas afectadas y sus cuidadoras para que pudieran vivir con dignidad, respeto, autonomía e igualdad⁵⁷.

En 2018

En esta misma línea, las organizaciones Alzheimer's Association y Centers for Disease Control and Prevention de Estados Unidos elaboraron una serie de hojas de ruta en el marco de la Iniciativa "Healthy Brain" para promover la salud cognitiva como un componente integral de la salud pública⁵⁸.

En 2012

CONTEXTO NACIONAL

En el ámbito estatal, la atención a las personas con deterioro cognitivo y demencia se ha acometido desde distintas estrategias en la última década. En 2012, la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud centró sus esfuerzos en la reorientación de la organización de los servicios para dar respuesta a las necesidades de las personas con enfermedades crónicas, especialmente las personas con pluripatología, comorbilidad o en situaciones de especial complejidad. Esta estrategia propuso un importante cambio del enfoque centrado en la enfermedad a la atención centrada en la persona, poniendo énfasis en la continuidad en los cuidados y la promoción de la autonomía⁵⁹.

En 2014

La Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud propuso planes de prevención y seguimiento individualizado para la mejora de la salud y la prevención de la fragilidad en personas mayores de 75 años, con la finalidad de mantener el mayor nivel de independencia y autonomía durante el máximo tiempo posible. Entre las poblaciones que prioriza esta estrategia están las personas con demencia⁶⁰.

En 2016

El Ministerio de Sanidad estableció compromisos con las Comunidades Autónomas para contribuir a la mejora de la atención a las personas con enfermedades neurodegenerativas, a sus cuidadoras y familiares. Estos compromisos se formalizaron en la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud que abordó la prevención, la detección precoz, la atención sanitaria y social, la coordinación sociosanitaria, la autonomía de la persona afectada, la participación ciudadana, la formación continuada y la investigación⁴⁸.

En 2019

En 2019, el Ministerio de Sanidad articuló el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023 en 4 ejes para que abordan la sensibilización y concienciación social, la atención social y sanitaria a las personas afectadas, los derechos de las personas que cuidan y la investigación e innovación en este campo. A través de 20 objetivos y 82 líneas de actuación, el Plan se propuso diseñar políticas de promoción de un envejecimiento activo y saludable; mejorar el diagnóstico precoz; mantener a la persona afectada en su entorno natural el mayor tiempo posible; involucrar a todos los agentes y al conjunto de la sociedad en la respuesta a los retos que plantea la enfermedad; desarrollar respuestas sociales y sanitarias adecuadas, innovadoras y sostenibles; avanzar en las respuestas de otros sistemas en el apoyo a las personas que cuidan; frenar el impacto económico y social de la demencia; mejorar el conocimiento sobre las necesidades de las personas con demencia y las personas que cuidan; y, fomentar la investigación biomédica, social y sanitaria y la innovación en soluciones y respuestas a sus necesidades⁶¹.

En las últimas dos décadas, en el ámbito autonómico la atención a las personas con demencia se ha abordado desde las Consejerías responsables de salud y servicios sociales con una importante participación del sector asociativo. El primer Plan Andaluz de Alzheimer fue presentado por la Consejería de Salud en 2002. Este plan tuvo como propósito crear nuevos marcos de apoyo a las personas afectadas y sus familiares en los centros de salud, canales de coordinación entre profesionales de distintas organizaciones implicadas en su atención y sus cuidados, e incentivar acciones formativas y asesoramiento a las asociaciones de familiares de personas afectadas por Alzheimer y otras demencias⁶².

En 2003

CONTEXTU AUTUNÓMICU

En 2003, el Plan Andaluz de Servicios Sociales para Alzheimer se propuso atender las necesidades sociales de las personas afectadas y potenciar el apoyo a las familias facilitando la conciliación entre la vida familiar y laboral de las personas que cuidan, prevenir y retrasar la institucionalización, preservar la autonomía de la persona afectada, potenciar los servicios de apoyo en el hogar y priorizar la atención personalizada y el trabajo en red, entre otros⁶⁴.

En 2007

En 2007, se presentó un nuevo Plan Andaluz de Alzheimer concebido como un plan de apoyo a las Asociaciones de Familiares, basado en la participación y el consenso para la detección y definición conjunta de actividades y programas. Entre sus líneas

estratégicas el plan abordó la atención integral a las personas afectadas; la información, formación, ayuda y asesoramiento a las personas afectadas, familias, personas que cuidan, asociaciones y profesionales; la sensibilización de la opinión pública, instituciones, entidades y medios de comunicación; la adecuación de los recursos sanitarios y sociales; el establecimiento de protocolos y procedimientos conjuntos; el uso de soluciones tecnológicas para la estimulación cognitiva; el desarrollo de un sistema de censo, catalogación y acreditación de asociaciones; los programas de voluntariado; el establecimiento de un sistema de evaluación; y, la promoción de la investigación⁶⁴.

En 2017

En 2017, la Estrategia de Alzheimer de Andalucía determinó la magnitud creciente del problema en términos epidemiológicos, advirtiendo la falta de registros para una estimación más precisa de la incidencia y prevalencia de estas enfermedades. En el análisis de situación realizado estimó el coste asociado a estas enfermedades y el gasto medio anual directamente soportado por las personas afectadas y sus familias. La estrategia abordó la atención integral a las personas afectadas y apoyo a las personas que cuidan; la información, formación y asesoramiento a personas afectadas, cuidadoras y profesionales; la sensibilización de la opinión pública, instituciones, entidades y medios de comunicación; la adecuación de los recursos sanitarios y sociales a las necesidades de las personas afectadas y sus cuidadoras; el establecimiento de protocolos y procedimientos conjuntos de actuación; la promoción del voluntariado y fomento del asociacionismo; y la promoción e impulso de líneas de investigación e intervención⁷.

En 2020

En 2020, se publicó el I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía. Este plan incorporó las orientaciones recogidas por el Consejo de Europa respecto a la importancia de la participación de las personas mayores en la sociedad, la necesidad de fomentar la salud desde la prevención y la trascendencia de contar con un sistema de pensiones que contribuya a reducir el número de personas mayores en riesgo de pobreza. En el análisis de situación, este plan destacó la prevalencia de demencia en las personas mayores y la vulnerabilidad derivada de las situaciones de precariedad económica, soledad y asilamiento social. Las actuaciones de este plan se articularon en 5 líneas estratégicas para abordar la prevención y atención a las personas en situación de dependencia, la atención a personas mayores en situación de exclusión social, el respeto a la diversidad sexual, el fomento del buen trato a las personas mayores y la lucha contra la soledad no deseada⁶⁶. En este contexto estratégico, la Consejería de Salud y Consumo, la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad y la Confederación de Alzheimer y otras Demencias abordaron el nuevo Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía con el objetivo de consolidar las líneas de actuación emprendidas desde los distintos planes y estrategias de ámbito autonómico, estatal e internacional, así como impulsar nuevas líneas de actuación que contribuyan a mejorar la salud y el bienestar de las personas con demencia y sus cuidadoras. La elaboración del Plan ha contado con la financiación de la Estrategia de Enfermedades Neurodegenerativas del Ministerio de Sanidad del Gobierno de España.

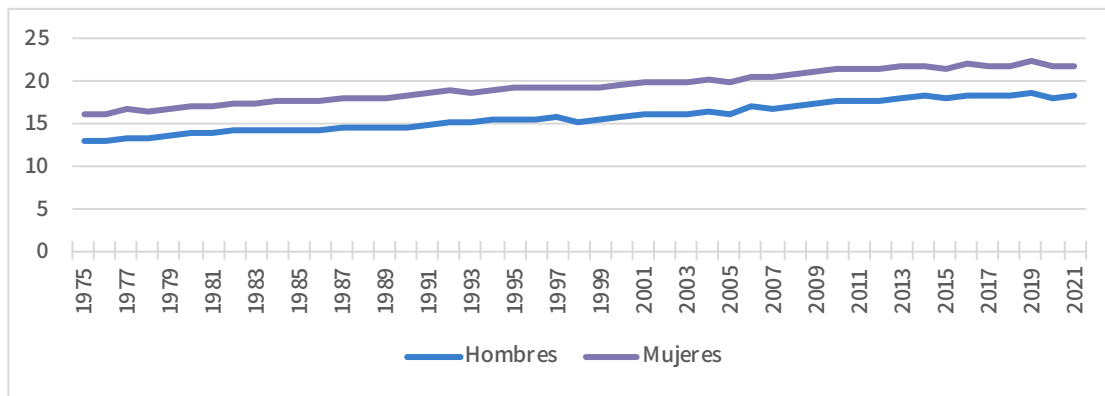


Envejecimiento de la población

En 2018, las proyecciones de población mundial mostraban a España en 2040 con la mayor esperanza de vida del mundo⁶⁸ con un crecimiento sin precedentes de la población octogenaria, nonagenaria y centenaria, especialmente entre las mujeres⁶⁸.

La esperanza de vida a los 65 años en Andalucía en 2021 alcanzaba los 21,6 años para las mujeres y los 18 años para los hombres (Imagen 1).

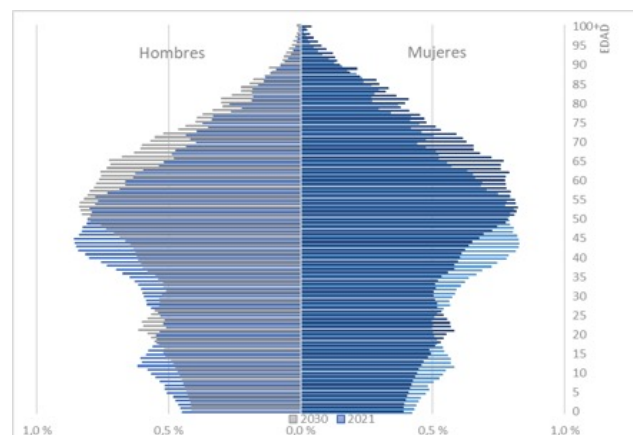
Imagen 1. Esperanza de vida a los 65 años en Andalucía 1975-2021



Fuente: Población de 50 años o más. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla, 2021

Andalucía muestra un progresivo envejecimiento de su población desde hace décadas. En 2021, con una población total de 8.472.407 habitantes, el 17,8% tenían más de 65 años y un 29% de ellas, 80 años o más. De acuerdo con los datos proporcionados por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía (IECA), en 2030 cerca de un tercio de la población habrá superado los 65 años (28,6%) y vivirán en nuestra CCAA, 710.195 personas con más de 80 años (Imagen 2).

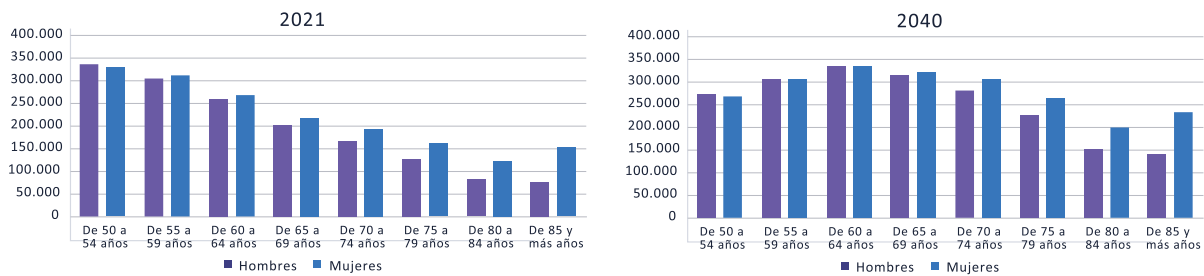
Imagen 2. Pirámide de población. Andalucía 2021 - 2030



Fuente: Pirámides de población. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla, 2021

Debido a la mayor esperanza de vida en las mujeres, Andalucía presenta una importante feminización en el grupo de personas mayores. A partir de los 70 años, las mujeres representan una mayor proporción en todos los tramos de edad. Según las proyecciones de población, en 2040 más del 60% de las personas mayores de 80 años serán mujeres (Imagen 3).

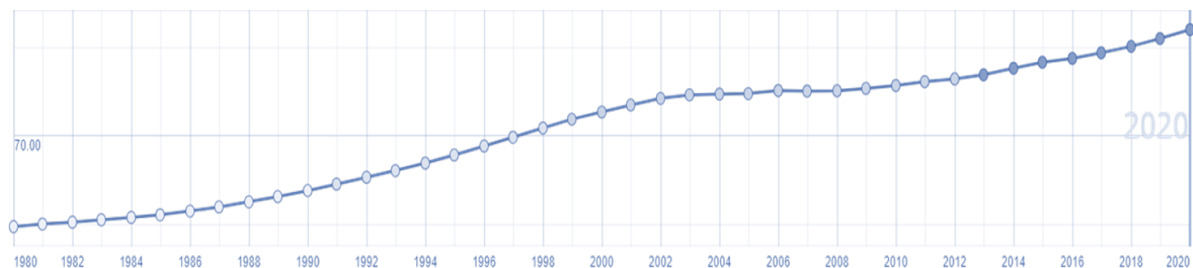
Imagen 3. Hombres y mujeres por grupos de edad. Andalucía 2021 - 2040



Fuente: Índice de envejecimiento. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla, 2021

El índice de envejecimiento de la población andaluza prácticamente se ha triplicado en los últimos años, pasando de 34,11 personas mayores de 65 años por cada 100 menores de 15 años en 1980 a 111,66 en 2020 (Imagen 4).

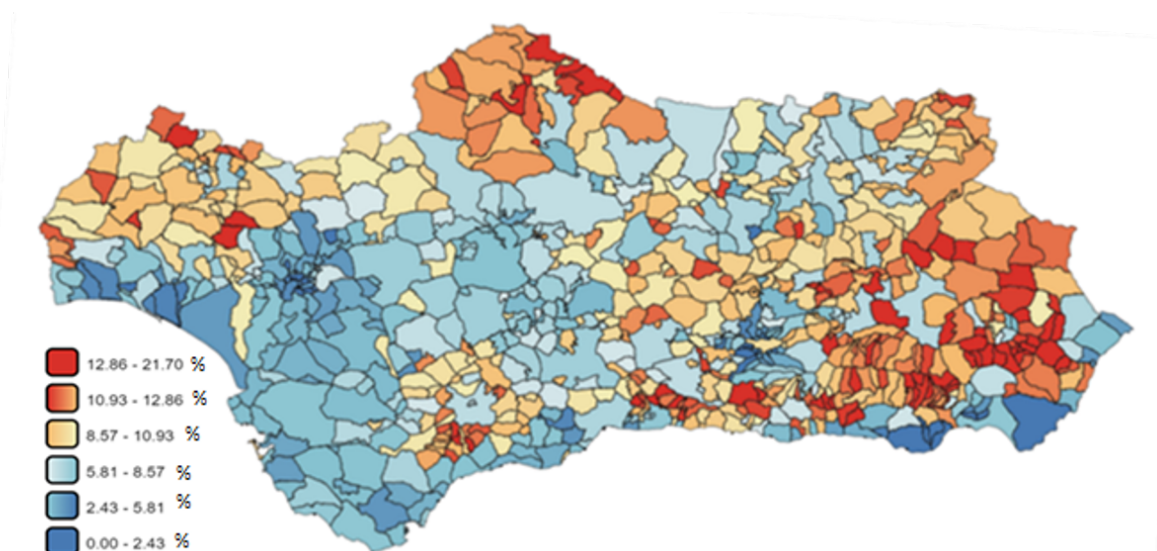
Imagen 4. Índice de envejecimiento. Andalucía 1980-2020



Fuente: Índice de envejecimiento. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla, 2021

Los núcleos de población con mayor proporción de personas de 65 años o más se concentran geográficamente en las zonas de sierra y de interior (Imagen 5).

Imagen 5. Porcentaje de población de 65 años o más por municipio



Fuente: Población de 65 años o más. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla, 2018



En términos generales, más de tres cuartas partes de las personas que requieren cuidados los reciben casi exclusivamente de las mujeres de su entorno doméstico⁶⁹. El cuidado en este contexto suele ser invisible y estar infravalorado socialmente⁷⁰.

El impacto emocional, familiar y social del cuidado sobre las personas que cuidan ha sido ampliamente documentado y se relaciona con el estrés que se produce cuando la persona evalúa sus recursos disponibles como insuficientes para satisfacer las demandas de la persona con demencia^{71,72}. Estudios recientes ponen de manifiesto el carácter cambiante de la enfermedad y la evolución que hacen las personas que cuidan para ajustarse a dichos cambios⁷³.

En Andalucía, el 76,6% de las personas cuidadoras de personas con demencia son mujeres, en su mayoría hijas de la persona afectada (60,8%), con una edad media de 57 años, sin educación formal (55,9%) o con educación primaria (9,9%), que conviven con la persona con demencia (70,3%), están jubiladas (27,8%) o mantienen un empleo remunerado (34,2%)⁷⁴.

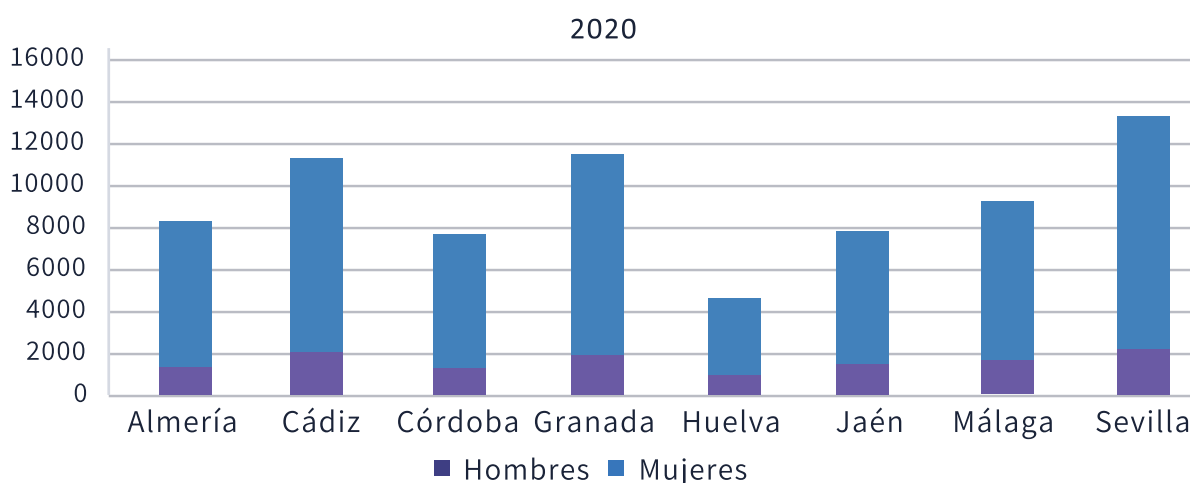
La crisis de los cuidados está relacionada con los cambios en los modelos familiares, la disminución de familias numerosas, el retraso en la edad del matrimonio, la separación geográfica de la familia, el incremento de familias monoparentales y hogares unipersonales y la radical transformación del rol social de las mujeres⁷⁵.

La escasa disponibilidad de cuidadoras en el entorno familiar se suple con la contratación de personas cuidadoras formales, en muchos casos sin la formación adecuada y sin experiencia en la provisión de cuidados. En los hogares con rentas bajas, continúan siendo las mujeres de la familia las que prestan los cuidados dada la escasez de servicios públicos y los altos precios de los servicios privados⁴⁴.

Como apoyo a las personas que cuidan, la Tarjeta +Cuidados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, establece medidas de discriminación positiva para mejorar la atención y la accesibilidad al sistema sanitario de las personas con gran discapacidad, las personas con demencia y las personas que cuidan. Esta tarjeta contempla una mayor personalización y mejor acceso a los servicios sanitarios, así como una respuesta específica a las personas y personas cuidadoras a las que se les asigna, incluyendo el acompañamiento familiar en consultas, pruebas y hospitalización y la prevención del Síndrome Confusional en urgencias.

En 2020, estaban identificadas con la Tarjeta +Cuidados 74.944 personas cuidadoras, de las que el 83,3% eran mujeres y 52,2% cuidaban a personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (Imagen 6).

Imagen 6. Distribución territorial de las Tarjetas +Cuidados en Andalucía por sexo (Nº)



Fuente: Plataforma +Cuidados a 31 de diciembre de 2019 y 2020. Consejería de Salud y Consumo. Sevilla, 2021

Los costes asociados al cuidado suponen una importante preocupación para las personas afectadas, las familias y los sistemas de protección. Entre estos costes, están los directos que incluyen pagos a cargo de la familia (productos sanitarios o servicios no financiados por los sistemas de protección) y los copagos de los servicios públicos (teleasistencia, centros de día, atención residencial). Se consideran costes indirectos los que implican tiempo de dedicación al cuidado por parte de la familia, reducción del tiempo de ocio y de trabajo y los costes de oportunidad para la persona cuidadora⁷⁵. Según datos recientemente publicados, la media del total de costes directos anuales supera para cada persona afectada los 10.000 euros, de los cuales, más del 55% de los costes directos son asumidos por la familia. Estos costes directos aumentan de forma proporcional al empeoramiento clínico de la demencia. Respecto a los costes indirectos, son las mujeres las que soportan el mayor coste de oportunidad que asimismo se incrementa conforme avanza la enfermedad y, cuando el cuidador es hombre, los costes son mayores, probablemente porque buscan con más frecuencia el apoyo externo, ya que su tendencia al cuidado es menos acusada, y su tasa de empleo y nivel educativo, mayor (Tabla 3).

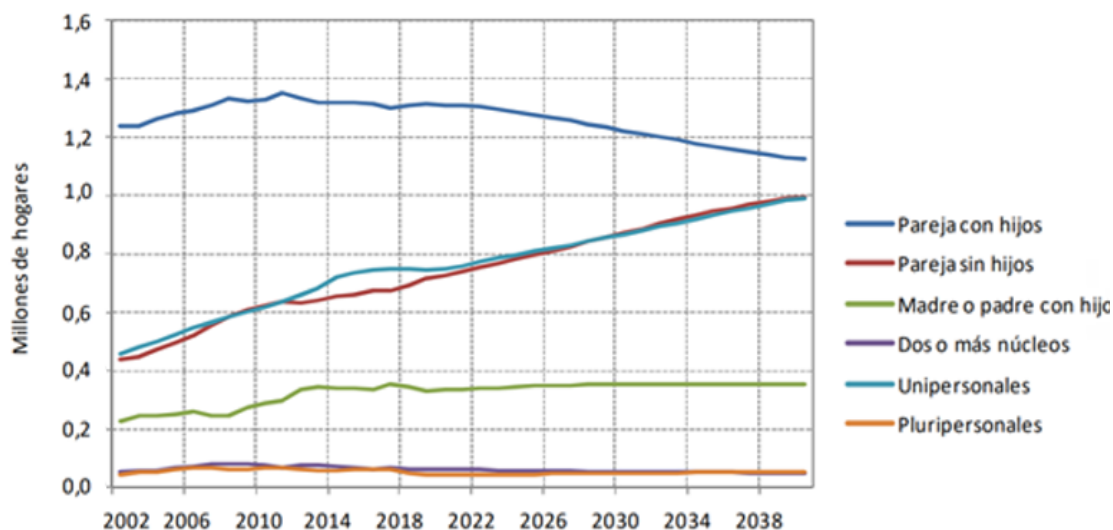
Tabla 3. Costes privados y asumidos por el Estado según evolución de la enfermedad

Fase según escala Global Deterioration Scale (GDS)	HOMBRES				MUJERES				Total costes directos			
	nº	Costes privados		Costes asumidos por el Estado		nº	Costes privados				Costes asumidos por el Estado	
		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar		Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar	Media	Desviación estándar
Deterioro cognitivo GDS 2-3	15	3.393,98 €	3.609,91 €	3.528,02 €	3.941,20 €	15	3.600,39 €	3.699,39 €	1.749,23 €	3.292,59 €	5.652,08 €	5.073,38 €
Demencia leve a moderada GDS 4-5	70	6.540,29 €	6.215,61 €	4.535,32 €	4.294,02 €	70	4.673,21 €	5.403,17 €	3.944,99 €	4.593,72 €	9.211,27 €	7.246,71 €
Demencia grave GDS 6-7	97	8.114,55 €	8.562,39 €	6.298,48 €	5.681,41 €	97	5.785,93 €	6.424,55 €	5.054,96 €	5.837,53 €	11.685,93 €	9.002,70 €
Total	182	7.120,01 €	7.512,09 €	5.392,00 €	5.134,46 €	182	5.144,12 €	5.862,23 €	4.295,82 €	5.272,65 €	10.158,60 €	8.267,43 €

Fuente: Ruiz M, Correa M, Burton K. The opportunity costs of caring for people with dementia in Southern Spain. Gaceta Sanitaria, 2019; 33(1): 17-23

El número de personas de 65 años o más que viven solas en Andalucía ha pasado de 261.000 en 2002 a 318.500 en 2019 y llegará a 522.000 en 2035 (70% mujeres), debido al envejecimiento poblacional, la emancipación de hijos e hijas y la viudedad, aumentando el número de hogares unipersonales y de parejas sin hijos (Imagen 7).

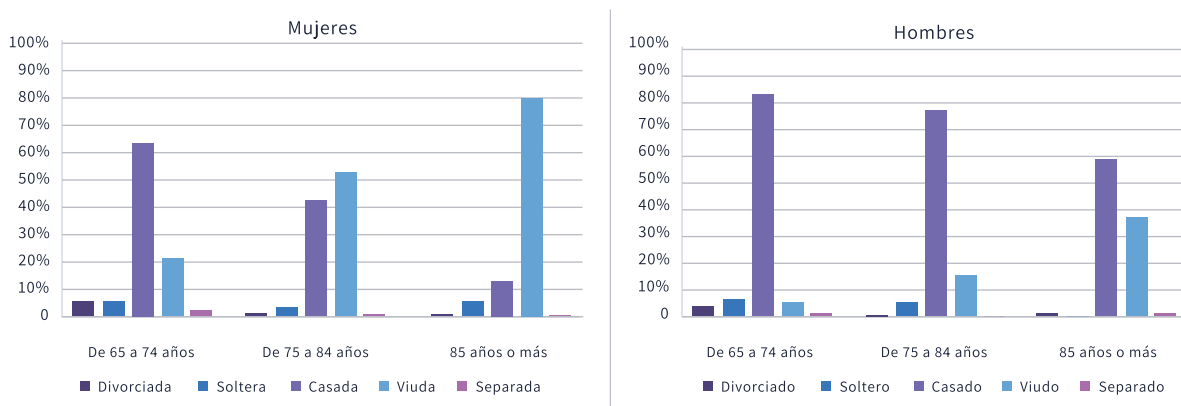
Imagen 7. Evolución y proyección del número de hogares según tipo. Andalucía 2002-2040



Fuente: Proyección de los hogares de Andalucía 2018-2040. Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Sevilla, 2019

Las proyecciones muestran un incremento importante de los hogares unipersonales formados por mujeres de edad avanzada. Mientras que la mayor parte de los hombres conviven con su pareja hasta su defunción, en el caso de las mujeres, con una esperanza de vida más alta, es más frecuente que terminen viviendo solas (Imagen 8).

Imagen 8. Estado civil. Población andaluza ≥ 65 años, por sexo y grupo de edad (%)

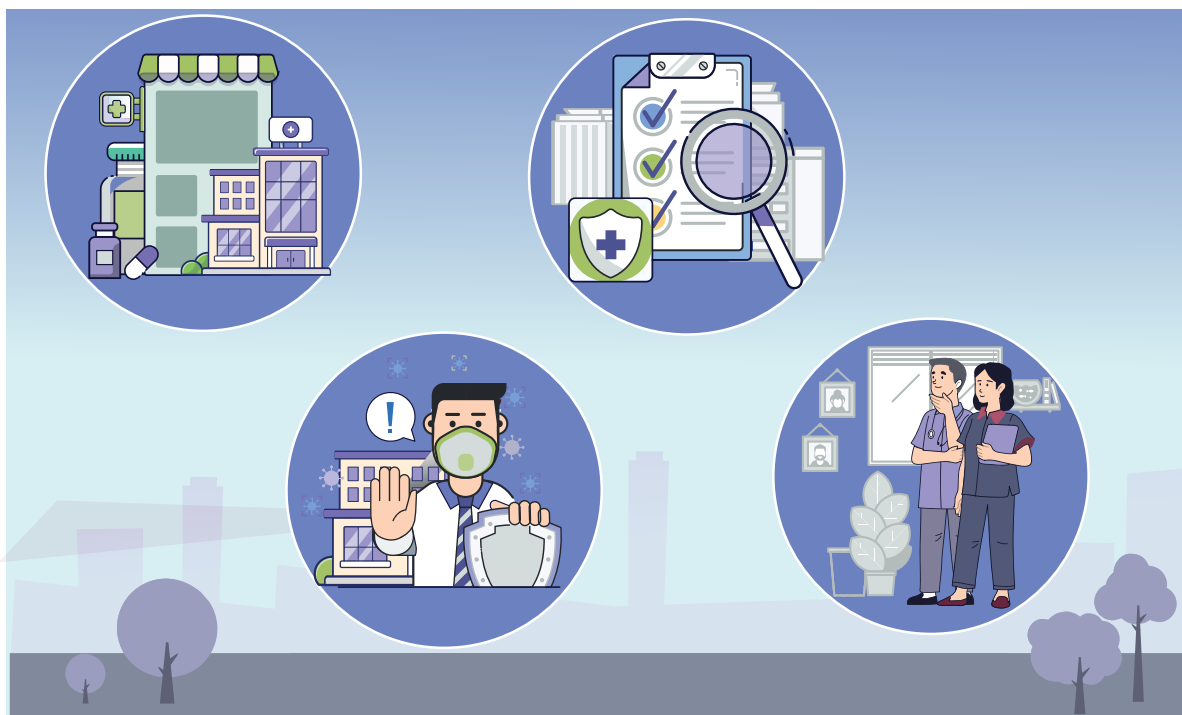


Fuente: INE. Encuesta Continua de Hogares (ECH). Datos 2019



SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Promoción de la salud cognitiva



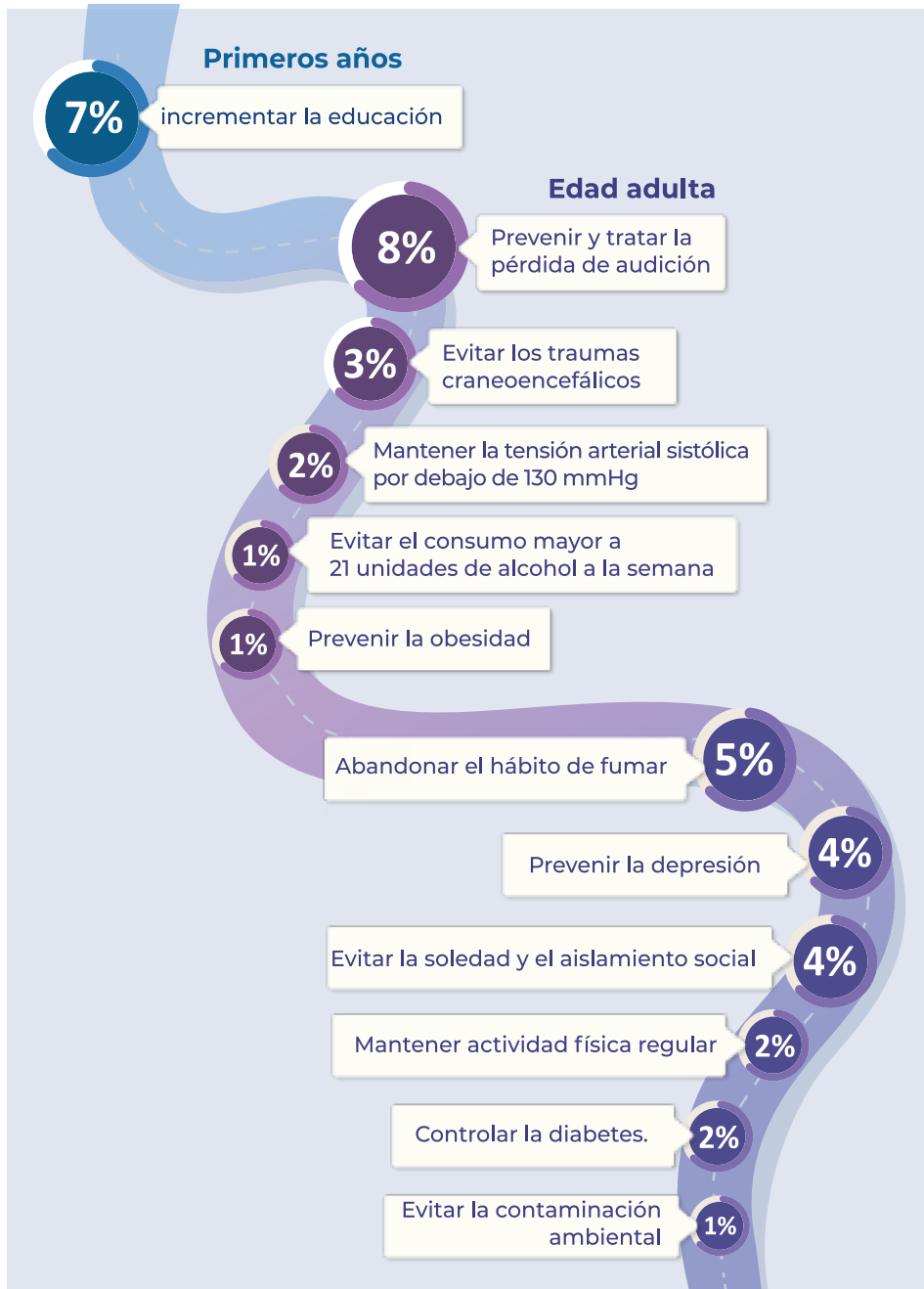
Según la Cátedra Internacional de Salud Cognitiva el sistema cognitivo es responsable de nuestras decisiones, sentimientos y pensamientos. Hablar, aprender, conducir y todas las demás acciones humanas tienen en sus raíces la cognición. Se entiende entonces la salud cognitiva como el compendio de actuaciones que investigan, preservan, potencian o rehabilitan el correcto funcionamiento cerebral.

En la actualidad, el elevado número de personas con demencia hace que cobre aún más importancia el control de determinados factores de riesgo en la población general, con la finalidad de disminuir la incidencia de la demencia, o bien retrasar su aparición. Por ello, la promoción de la salud cognitiva cobra especial relevancia.

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha elaborado en 2019 unas directrices para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia⁷⁶. Entre estas se encuentran practicar ejercicio físico de forma regular, no fumar, evitar el uso nocivo del alcohol, controlar el peso corporal, seguir una dieta sana, mantener la presión arterial, controlar el nivel de glucemia y de colesterol, realizar entrenamiento cognitivo, promover la actividad social y proporcionar tratamiento para la depresión y la hipoacusia.

Basándose en la mejor evidencia científica disponible, la Comisión Lancet presentó en 2020 un informe sobre los 12 factores de riesgo potencialmente modificables de la demencia. Estos 12 factores de riesgo modificables son responsables de alrededor del 40% de las demencias en el mundo y tienen un alto potencial de prevención. Los riesgos en personas menores de 45 años afectan a la reserva cognitiva. A partir de esa edad, los riesgos influyen en el desencadenamiento de la neuropatología (Imagen 9).

Imagen 9. Factores de riesgo potencialmente modificables para la demencia



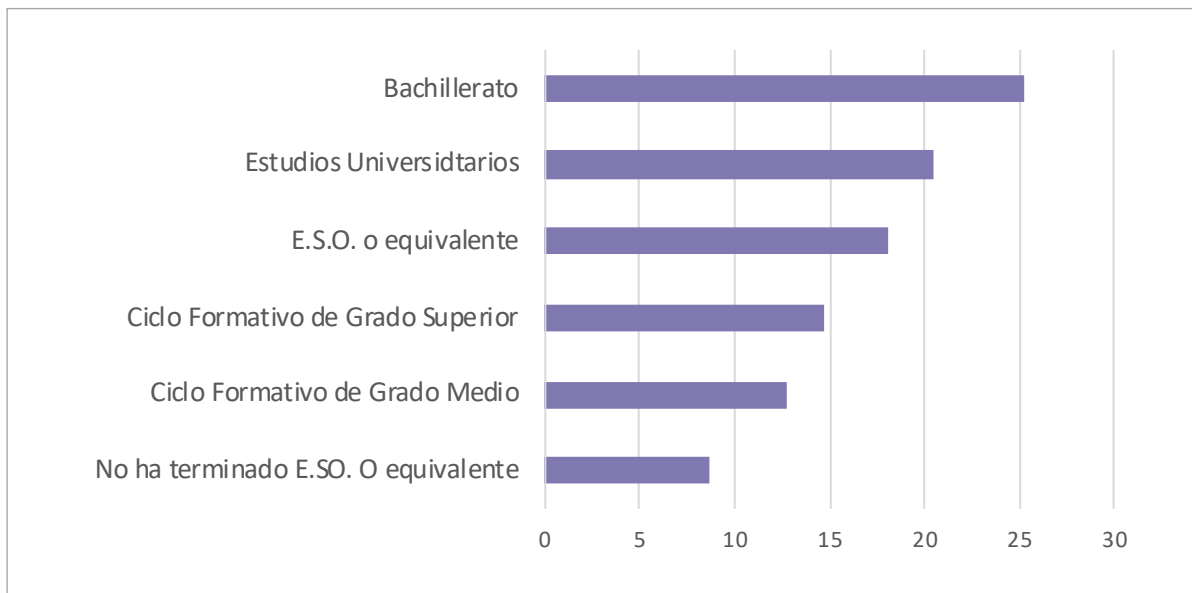
Fuente: Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. The Lancet Commissions, 2020; 396(10248):413-446

● Nivel educativo

Aunque las cifras muestran una clara tendencia a mejorar el nivel de educación de la población, en Andalucía aún persisten tasas de analfabetismo y bajo nivel de estudios. Según los datos publicados por el Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía, en 1974, el 12 % de la población andaluza era analfabeta total y un 37% tenía apenas bases para leer y escribir. En 2021 la situación muestra unas tasas de analfabetismo notablemente inferiores, con solo un 1,9% en hombres y un 2,85% de las mujeres.

En cuanto al nivel de estudios, la última Encuesta de Educación y Transiciones al Mercado Laboral de Andalucía de 2018 muestra que, entre la población con 18 años cumplidos, el 8,7% no terminó la Educación Secundaria Obligatoria (Imagen 10).

Imagen 10. Nivel educativo alcanzado en jóvenes nacidos en 1994 (%)



Fuente: Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía. Encuesta de Educación y Transiciones al Mercado Laboral de Andalucía de 2018

● Hábitos de vida

De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Salud del 2017, en Andalucía persisten en la población adulta factores de riesgo relacionados con la obesidad, tabaquismo, consumo intensivo de alcohol y sedentarismo (Tabla 4).

En hombres, se observan altas tasas de obesidad (22,5%), tabaquismo (26,13%), consumo intensivo de alcohol (24,72%) y sedentarismo (39,37%).

En mujeres, se observan unas tasas elevadas aunque ligeramente menores que en hombres respecto a obesidad (19,54%), tabaquismo (19,34%) y sedentarismo (31,68%).

Tabla 4. Factores de riesgo de deterioro cognitivo en población andaluza (%)

FACTOR DE RIESGO	Hombres %	Mujeres %
OBESIDAD		
Sobrepeso y obesidad (>18 años) según IMC		
Sobrepeso (25 Kg/M2 <= IMC < 30 Kg/M2)	43,36	31,80
Obesidad (IMC >=30 Kg/M2)	22,50	19,54
SEDENTARISMO		
Actividad física en actividad diaria (>15 años)		
Sentado/a la mayor parte del día	39,37	31,68
De pie la mayor parte del día sin desplazamientos	32,77	53,94
Caminando con desplazamientos frecuentes	19,97	10,94
Realizando tareas con gran esfuerzo físico	7,89	2,43
Sedentarismo en tiempo de ocio (>0 años)	33,87	44,94
Nivel de actividad física (15-69 años)		
Alto	26,94	13,46
Moderado	33,46	40,45
Bajo	39,60	46,09
TABAQUISMO Y EXPOSICIÓN PASIVA A TABACO		
Tabaquismo (>15 años)		
Fumador diario	26,13	19,34
Ocasional	2,90	2,45
Ex fumador	30,13	18,23
Nunca ha fumado	40,84	59,98
Exposición al humo de tabaco en lugares cerrados (>0 años)		
Nunca o casi nunca	78,95	80,23
<1 hora/día	8,17	8,13
1-5 horas/día	9,31	8,00
>5 horas/día	3,58	3,63
CONSUMO DE ALCOHOL		
Consumo de bebidas alcohólicas (>15 años)		
Diario	24,72	7,99
Semanal	26,81	18,00
Mensual	13,80	12,21
Menos de 1 vez/mes	10,07	16,99
No en el último año	14,40	18,27
Nunca	10,21	26,54
Consumo intensivo de alcohol en los últimos 12 meses (>15 años)		
Al menos 1 vez/semana	4,80	1,65
Al menos 1 vez/mes	6,91	2,36
Menos de 1 vez/mes	22,99	6,95
No en el último año	47,33	44,43
Nunca	17,97	44,61

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Datos Andalucía, 2017

Contaminación ambiental

Respecto a la contaminación ambiental, más del 8% de la ciudadanía, refiere una percepción de exposición a aire contaminado por distintas causas (Tabla 5)

Tabla 5. Percepción de contaminación ambiental en población andaluza (%)

FATOR DE RIESGO	Hombres %	Mujeres %
CONTAMINACIÓN AMBIENTAL		
Contaminación ambiental por industria cercana		
Mucho	3,70	3,43
Algo	5,18	5,11
Nada	91,12	91,46

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Datos Andalucía, 2017

Condiciones de salud

Respecto a las condiciones de salud, la población andaluza muestra una alta prevalencia de enfermedades crónicas auto declaradas. Entre las enfermedades crónicas diagnosticadas por profesionales de medicina, se recoge una prevalencia de hipertensión arterial cercana al 20% en hombres y mujeres, diabetes con una prevalencia del 8% y la prevalencia de depresión mayor en mujeres (10,91%). Por otra parte, cerca de un 20% de la población manifiesta dificultad para oír (Tabla 6).

Tabla 6. Enfermedades crónicas auto declaradas en población andaluza (%)

FATOR DE RIESGO	Hombres %	Mujeres %
ENFERMEDADES CRÓNICAS (>15 AÑOS)		
Población con alguna enfermedad crónica auto declarada	59,04	69,07
Población con enfermedades crónicas con diagnóstico médico		
Hipertensión arterial	18,75	19,19
Diabetes	8,84	7,68
Depresión	4,85	10,91

Fuente: Encuesta Nacional de Salud. Datos Andalucía, 2017

Soledad y aislamiento social

De acuerdo con los datos publicados en el 2020, en el Estudio de la soledad no deseada en personas mayores de 55 años en Andalucía, el 47% se encuentra en situación de soledad, de las que el 15% está en riesgo de aislamiento social. Aunque la soledad se encuentra presente en todas las edades, se incrementa con la edad, alcanzando el 66% en las personas de más de 80 años, de forma más acusada en las mujeres⁷⁷.

La soledad emocional es más frecuente en mujeres y personas viudas, mientras que la soledad social es más frecuente en hombres y personas solteras. Tanto la soledad emocional como la soledad social son más frecuentes entre personas con menor nivel educativo (Tabla 7).

Tabla 7. Prevalencia de soledad en población andaluza de 55 años o más (%)

Características de la población		Soledad general			Soledad emocional		Soledad social	
		No solo	Moderada	Severa	solo	No solo	Solo	No solo
Sexo	Hombres	54,79	38,47	6,74	18,76	81,24	27,45	72,55
	Mujeres	51,01	41,09	7,90	29,73	70,27	24,58	75,42
Edad	55-64	52,25	35,04	12,71	21,48	78,52	22,89	77,11
	65-79	55,21	37,57	7,22	22,03	77,97	25,25	74,75
	80+	31,74	57,89	10,37	39,33	60,67	35,37	64,63
Estado civil	Casado/a	60,42	34,08	5,50	17,08	82,92	22,22	77,78
	Viudo/a	29,86	61,48	8,66	46,97	53,03	33,10	66,90
	Divorciado/a o separado/a	46,91	43,61	9,48	31,09	68,91	30,51	69,49
	Soltero/a, cohabita	51,15	42,05	6,80	21,61	78,39	24,91	75,09
	Soltero/a, no cohabita	46,03	34,02	19,95	33,59	66,41	38,37	61,63
Nivel educativo	Analfabeto/a o sin estudios	38,39	51,39	10,22	36,38	63,62	32,99	67,01
	Primarios	53,18	37,01	9,81	28,28	71,72	26,13	73,87
	Secundarios	57,07	37,17	5,76	21,10	78,90	23,40	76,60
	Superiores	57,98	37,17	4,85	17,00	83,00	23,13	76,87
Hábitat	Rural	48,27	44,08	7,65	25,38	74,62	29,84	70,16
	Urbano	53,97	38,74	7,29	24,47	75,53	24,84	75,16
	Sierra	52,19	42,23	5,58	23,17	76,83	23,46	76,54
	Costa	58,50	35,20	6,30	20,14	79,86	24,06	75,94
	Resto	51,32	40,81	7,87	26,04	73,96	26,70	73,30

Fuente: García-González JM, Grande R, Monero I, Águila J, Rivera P. Estudio sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla, 2020

El aislamiento social y de amistades es más frecuente en mujeres, en edades avanzadas y en personas solteras. Las personas analfabetas y en el ámbito rural muestran una mayor prevalencia de aislamiento de amistades (Tabla 8).

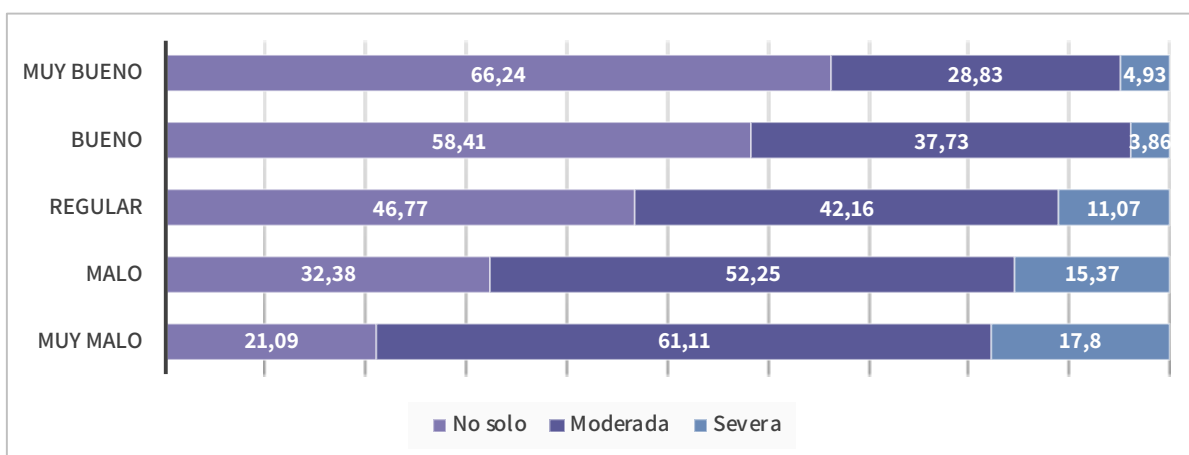
Tabla 8. Prevalencia de aislamiento social en población andaluza de 55 años o más (%)

Características de la población		Aislamiento social		Aislamiento familiar		Aislamiento de amistades	
		Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sexo	Hombres	13,82	86,18	6,67	93,33	29,98	70,02
	Mujeres	15,04	84,96	4,03	95,97	32,83	67,17
Edad	55-64	9,07	90,93	5,30	94,70	22,43	77,57
	65-79	15,08	84,92	4,21	95,79	34,16	65,84
	80+	26,51	73,49	7,73	92,27	47,62	52,38
Estado civil	Casado/a	9,81	90,19	1,72	98,28	28,14	71,86
	Viudo/a	24,39	75,61	8,08	91,92	43,41	56,59
	Divorciado/a o separado/a	19,71	80,29	15,02	84,98	24,21	75,79
	Soltero/a, cohabita	27,34	72,66	22,31	77,69	34,98	65,02
	Soltero/a, no cohabita	23,00	77,00	16,64	83,36	35,90	64,10
Nivel educativo	Analfabeto/a o sin estudios	27,84	72,16	8,08	91,92	51,13	48,87
	Primarios	13,73	86,27	4,26	95,74	30,94	69,06
	Secundarios	8,53	91,47	4,43	95,57	23,11	76,89
	Superiores	12,20	87,80	5,09	94,91	27,46	72,54
Hábitat	Rural	14,58	85,42	6,03	93,97	33,08	66,92
	Urbano	14,45	85,55	5,04	94,96	31,09	68,91
	Sierra	14,96	85,04	5,45	94,55	28,36	71,64
	Costa	15,04	84,96	5,08	94,92	33,92	66,08
	Resto	14,26	85,74	5,27	94,73	31,28	68,72

Fuente: García-González JM, Grande R, Monero I, Águila J, Rivera P. Estudio sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla, 2020

Una peor percepción del estado de salud está relacionada con una mayor sensación de soledad, con una diferencia de más de 20 puntos entre quienes manifiestan tener un mal o regular estado de salud y las que declaran tener un estado de salud bueno o muy bueno. La soledad y el aislamiento social se relacionan con los síntomas depresivos, deterioro de la capacidad funcional, deterioro cognitivo e incremento de la discapacidad y de la dependencia (Imagen 11).

Imagen 11. Intensidad de la sensación de soledad según estado de salud en población andaluza de 55 años o más (%)



Fuente: García-González JM, Grande R, Monero I, Águila J, Rivera P. Estudio sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla, 2020

🕒 Detección precoz

Las principales organizaciones internacionales como Alzheimer's Disease International (ADI), Alzheimer Europe, el Parlamento Europeo, el Consejo Europeo, la Organización Mundial de la Salud y la Estrategia Nacional de Enfermedades Neurodegenerativas, han puesto especial énfasis en la necesidad de abordar la detección precoz del deterioro cognitivo para facilitar la intervención temprana.

En esta línea, uno de los principales retos identificados en el actual Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023)⁶¹ es evitar el retraso del diagnóstico y el infradiagnóstico de las demencias.

Según queda recogido en el citado Plan, más del 50% de los casos detectados en los estudios poblacionales están sin diagnosticar en los sistemas de salud, cifras que ascienden hasta el 70% en un estudio poblacional nacional⁷⁸. Estas cifras preocupantes coinciden con las publicadas en otras series europeas (58%)⁷⁹ y norteamericanas (65%)⁸⁰.

Este porcentaje de infradiagnóstico puede llegar a ser hasta del 95% en las formas más leves de demencia, puesto que se ha evidenciado como la proporción de demencias no diagnosticadas está íntimamente relacionada con la gravedad de los síntomas. El mayor porcentaje de demencias diagnosticadas se evidencia durante las fases más graves de la enfermedad con el 64% de los casos diagnosticados.

Aunque no se dispone en la actualidad de un tratamiento preventivo o modificador del curso de la demencia neurodegenerativa, la importancia del diagnóstico precoz radica no solo en la disponibilidad de un tratamiento farmacológico eficaz o el abordaje terapéutico no farmacológico temprano a través de la estimulación y el entrenamiento cognitivo, la programación de la intervención psicosocial más adecuada; la reducción del riesgo de accidentes de tráfico, o la realización de acciones de prevención secundaria y terciaria. El diagnóstico precoz tiene importantes implicaciones personales, familiares y sociales, ya que permite a la persona afectada la posibilidad de tomar decisiones cuando todavía es capaz de hacerlo, al tiempo que favorece la planificación y previsión de cuidados y sus costes, facilitando la organización de la familia y el núcleo cuidador.

El retraso e infradiagnóstico están relacionados tanto con características de las personas afectadas, como de los profesionales y de la propia organización (Tabla 9).

Tabla 9. Factores relacionados con el retraso del diagnóstico y el infradiagnóstico

Personas afectadas
» Falta información y educación sanitaria de la ciudadanía sobre las características e importancia de los primeros síntomas.
» Excesiva tendencia a interpretar los primeros síntomas como cambios propios de la edad más que como manifestaciones de enfermedad.
» Estigmatización asociada a la enfermedad.
» Falta de información sobre las alternativas de intervención terapéutica.
Profesionales
» Inicio insidioso y devenir lento de la enfermedad que retrasa la confirmación del deterioro cognitivo y la relación con eventos transitorios (fármacos, ingresos, depresión, etc.) que puedan provocar síntomas similares.
» Interpretación de los primeros síntomas de la enfermedad como manifestaciones del envejecimiento irrelevantes como para iniciar un proceso diagnóstico
» Falta de herramientas de diagnóstico o herramientas disponibles poco eficaces*.
Organización
» Escasa existencia de unidades especializadas y gran heterogeneidad respecto a la existencia de consultas monográficas y equipos con especial dedicación al diagnóstico y manejo terapéutico del deterioro cognitivo.
» Actitud respecto a la ausencia de intervenciones terapéuticas eficaces y a los posibles efectos perjudiciales que podría acarrear el diagnóstico.
» Lista de espera para las citas de atención especializada y la realización de pruebas complementarias.

* El acceso a este tipo de pruebas es limitado y parece depender de si la persona es atendida por un equipo especializado en deterioro cognitivo y demencias, en el contexto de una consulta monográfica o una unidad especializada.

De lo anterior se deduce que es necesario actuar sobre los tres ámbitos, siendo una tarea prioritaria mejorar la información a la población general sobre la enfermedad y sus síntomas de alarma; concienciar a los estamentos sanitarios del beneficio del diagnóstico precoz; realizar las mejoras organizativas e instrumentales precisas; formar a los equipos profesionales de atención primaria y hospitalaria; y, dotar con el número necesario de unidades especializadas en diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo y la demencia para los casos que lo precisen.

En 2011, el National Institute of Aging y la Alzheimer's Association (NIA-AA) publicó una actualización de los criterios diagnósticos de deterioro cognitivo ligero y de los estadios preclínicos de la enfermedad de Alzheimer, estableciendo una nueva clasificación, así como criterios de uso de los biomarcadores como herramientas de apoyo al diagnóstico clínico precoz.

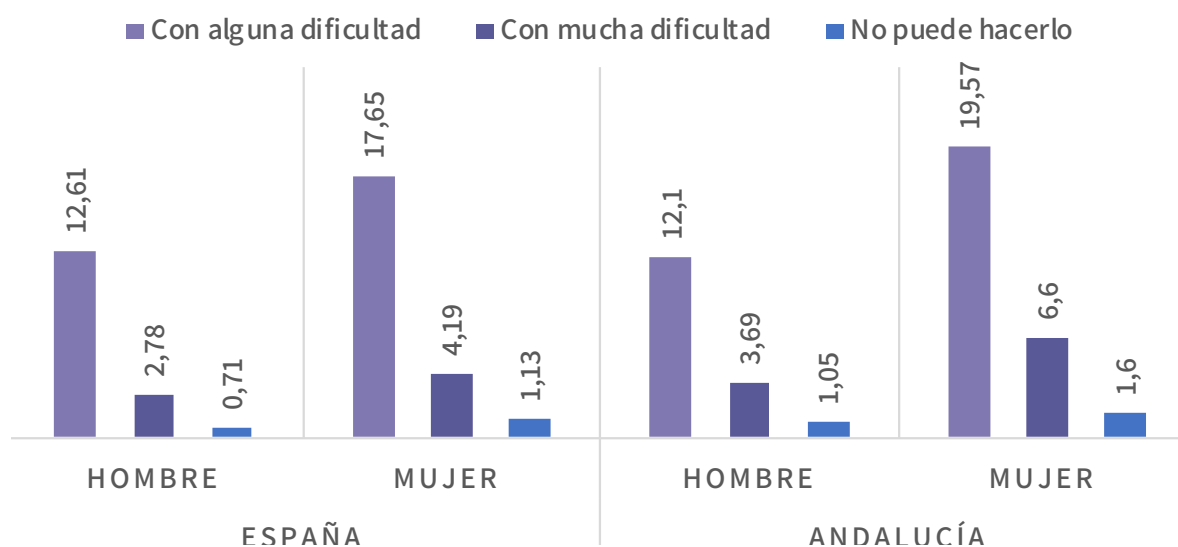
En la actualidad, el acceso a pruebas de diagnóstico específico con biomarcadores es limitado y parece depender de si la persona afectada tiene la oportunidad de ser evaluada por un equipo especializado en deterioro cognitivo y demencias, en el contexto de una consulta monográfica o una unidad especializada, acceso, por otra parte, frecuentemente dirigido a su inclusión en ensayos clínicos. Destaca, asimismo, la escasa existencia de unidades especializadas y la gran heterogeneidad y desigualdad entre distintas áreas sanitarias respecto a la accesibilidad a estas consultas monográficas y a equipos con especial dedicación al diagnóstico y manejo terapéutico del deterioro cognitivo.

En la última década, diversos estudios han evaluado la utilidad de los principales biomarcadores en la detección precoz de la enfermedad de Alzheimer en la práctica clínica habitual. El reciente consenso de la Alzheimer's Biomarkers Standardization Initiative⁸¹ apoya su utilidad para disminuir la incertidumbre diagnóstica ante el inicio de una demencia presenil (menores de 65 años de edad) y ante la sospecha clínica de formas atípicas de enfermedad de Alzheimer, procesos ambos que plantean un diagnóstico diferencial complejo. Al no contar en la actualidad con un tratamiento modificador del curso de la enfermedad no se recomienda su determinación para apoyar el diagnóstico en las personas afectadas por demencia por enfermedad de Alzheimer típica. Estas directrices en el uso de biomarcadores para la detección precoz y certera de la enfermedad de Alzheimer, basadas en la evidencia científica y presentes en las guías internacionales más actualizadas (NICE, 2018)⁸², han orientado las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado (PAI) Deterioro Cognitivo actualizado de la Consejería de Salud y Consumo.

● Deterioro cognitivo

Según la Encuesta Nacional de Salud (2017), un 16,10% de los hombres y un 22,97% de las mujeres de la población española de 45 y más años refieren dificultad para recordar o para concentrarse, que se puede considerar como deterioro cognitivo subjetivo. Este porcentaje aumenta al 16,84% de los hombres y 27,77% de las mujeres en la población andaluza (Imagen 12).

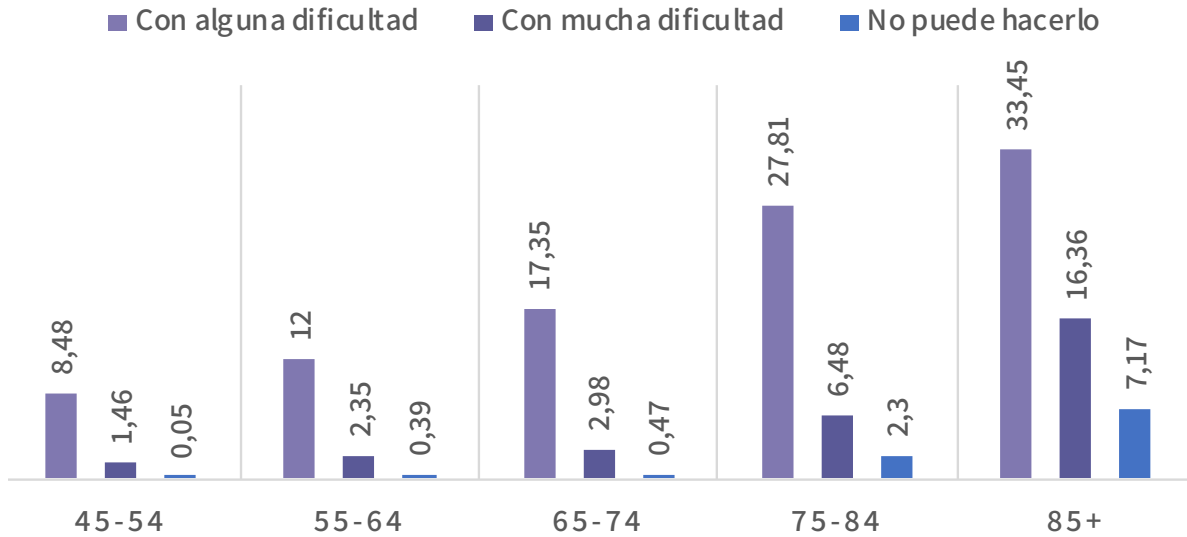
Imagen 12. Prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo en población española y andaluza de 45 años o más por sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos de la Encuesta Nacional de Salud, 2017.

La queja cognitiva aumenta con la edad. Un 14,74 % de la población de 55 a 64 años refiere dificultad para recordar o concentrarse, aumentando la misma a 20,80%; 36,59% y 56,98% en las poblaciones de personas de 65 a 74 años, 75 a 84 años y de 85 y más años, respectivamente (Imagen 13).

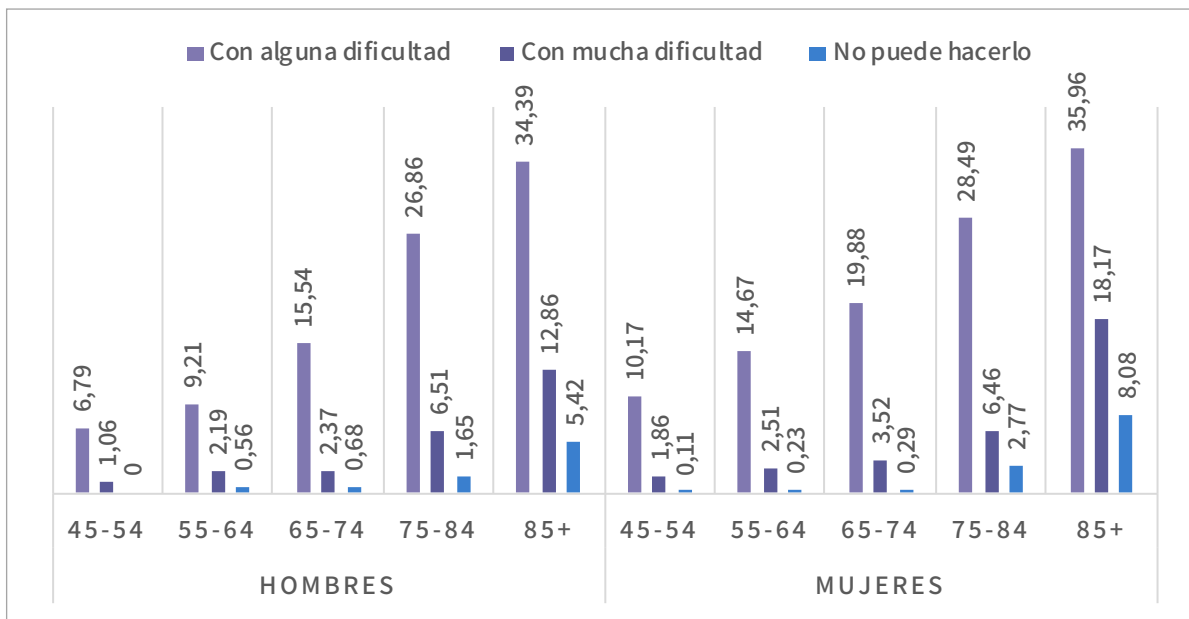
Imagen 13. Prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo por grupos de edad (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos a nivel nacional de la Encuesta Nacional de Salud, 2017.

- El **57%** de la población de **85 y más años refiere deterioro cognitivo**. Un 7,17 % de las personas de este grupo de edad refieren no poder recordar o concentrarse, un 16,36% lo hace con mucha dificultad y un 33,45% con alguna dificultad.
- En el grupo de personas de **75 a 84 años**, un **36,59%** presenta **queja cognitiva**. El 2,30% refiere que no puede recordar o concentrarse, un 6,48% presenta mucha dificultad y el 27,81% alguna dificultad.
- Las personas de **65 a 74 años**, presentan **queja cognitiva** en un **20,80%** (con alguna dificultad 17,35%, con mucha dificultad 2,98% y no puede hacerlo, solo en un 0,47%).
- En los grupos de edad de **45 a 54 años y de 55 a 64 años**, la queja cognitiva es mayoritariamente **ligera** (con alguna dificultad), 8,48% y 12% respectivamente.
- Si se desagrega por sexo, se observa que el **deterioro cognitivo subjetivo afecta a las mujeres más precozmente** y es más frecuente en ellas en todas las edades, aunque las mayores diferencias por sexo se declaran en los grados más leves y tienden a igualarse a partir de los 75 años (Imagen 14).

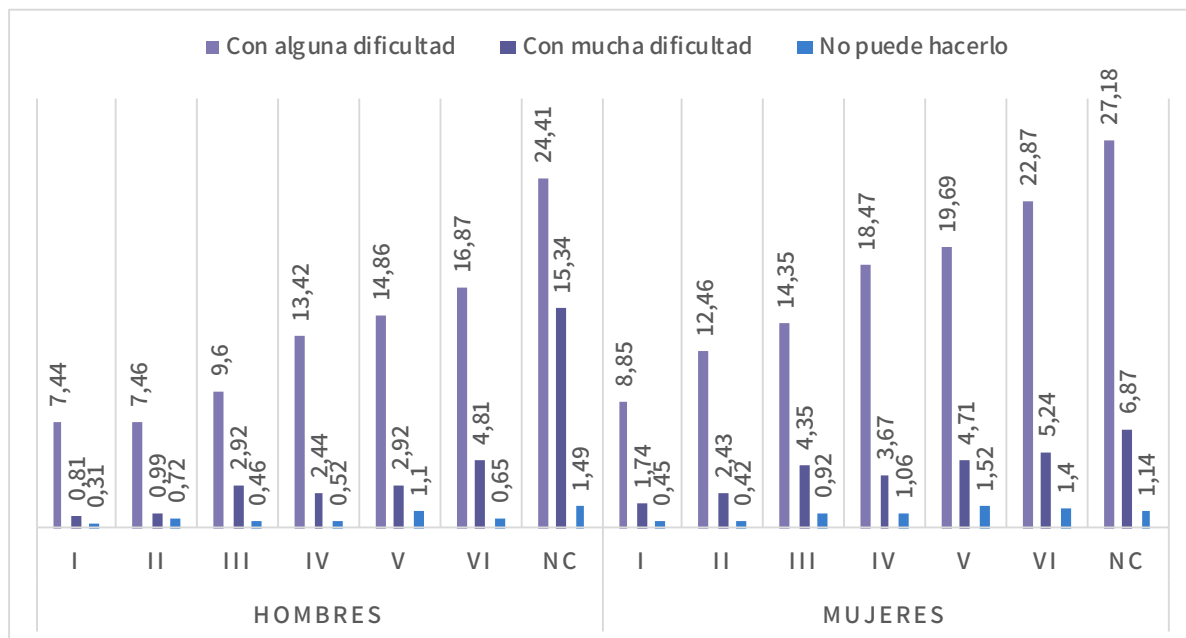
Imagen 14. Prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo por grupos de edad y sexo (%)



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos a nivel nacional de la Encuesta Nacional de Salud, 2017

Se observa una mayor prevalencia de queja cognitiva en las clases sociales más desfavorecidas tanto en hombres (16,9% en clase VI vs. 7,4% en clase I) como en mujeres (22,9% vs. 8,9% respectivamente)¹(Imagen 15).

Imagen 15. Prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo según clase social y sexo

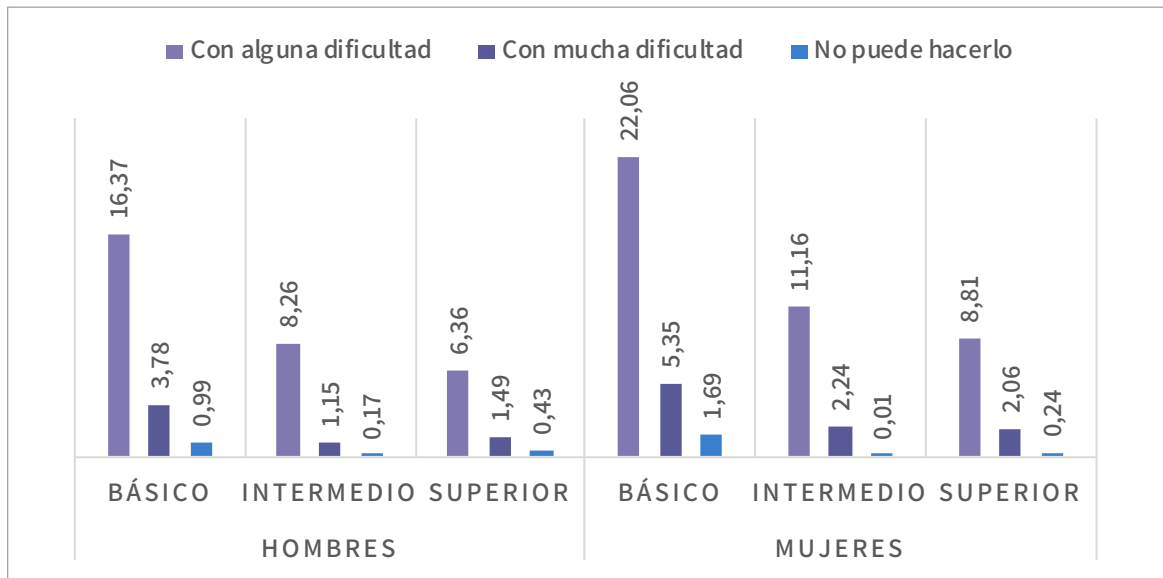


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos a nivel nacional de la Encuesta Nacional de Salud, 2017

¹ Grupo de Trabajo de la Sociedad Española de Epidemiología. La medición de la clase social en ciencias de la salud. Barcelona: SG Editores: 1995.

El deterioro cognitivo referido es mayor en las personas con estudios básicos tanto en hombres (21,1%) como en mujeres (29,1%) comparado con las personas con estudios intermedios (9,6 % en hombres y 13,4% en mujeres) y superiores (8,28% y 11,11% respectivamente) (Imagen 16).

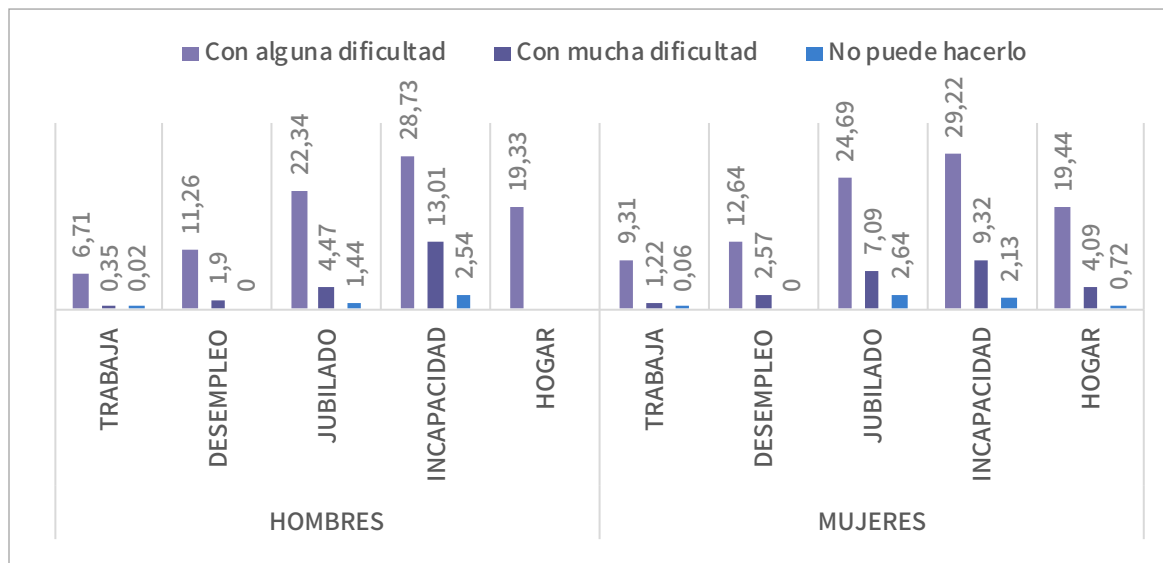
Imagen 16. Prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo según nivel educativo y sexo



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos a nivel nacional de la Encuesta Nacional de Salud, 2017.

El deterioro cognitivo referido es más frecuente en las personas que están incapacitadas para trabajar (42,6%), seguido de las personas jubiladas o prejubiladas (30,1%), las personas que se dedican a las labores del hogar (24,1%), las personas en desempleo (13,5%) y las personas trabajadoras (7,5%) (Imagen 17).

Imagen 17. Prevalencia de deterioro cognitivo subjetivo según actividad económica y sexo

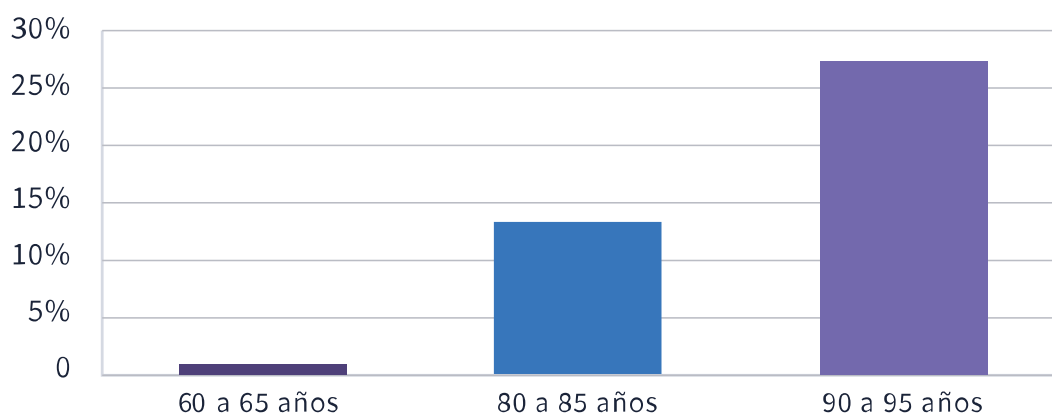


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos a nivel nacional de la Encuesta Nacional de Salud, 2017.

Demencia

La prevalencia de demencia en población europea se sitúa entre el 5,9 y el 9,4% en personas mayores de 65 años con un claro aumento en función de la edad (Imagen 18), convirtiéndose en una de las principales causas de discapacidad y dependencia en este grupo de población^{46,48}.

Imagen 18. Prevalencia de demencias en población europea de 65 años o más



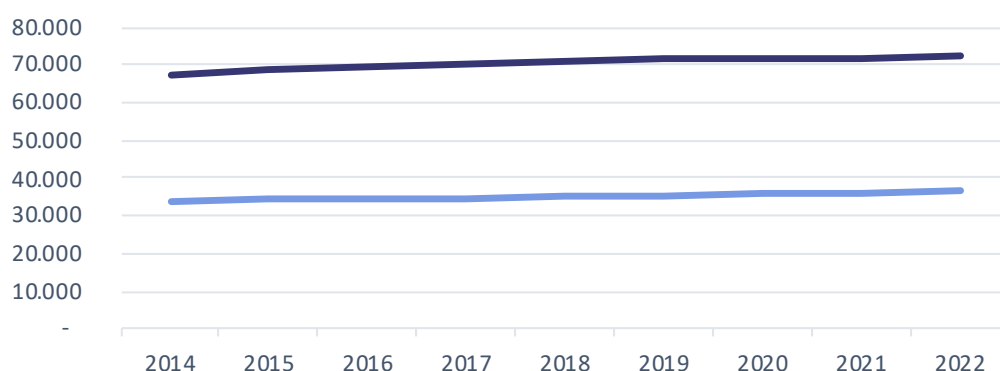
Fuente: Rodríguez J, Del Moral J, García-Ramos R, Matías-Guiu J, Gómez I, Martín T, Carrasco L, Mayor A. Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del SNS. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid, 2016.

El incremento en el número de personas con demencia en España para el período 2019-2050 se ha estimado en un 83%, pasando de 826.868 a 1.516.523 personas⁸³. La demencia originada por la enfermedad de Alzheimer representa aproximadamente el 60-80% de los casos, siendo el tipo más común de demencia, seguida de la demencia vascular que representa aproximadamente el 20-30%⁸⁴.

■ Epidemiología de la demencia en población general

Según los datos de la Base Poblacional de Salud, el registro de personas con demencia en la historia clínica general en la última década ha sido ascendente, situándose las cifras de 2022 bastante cerca de las prevalencias estimadas de la demencia publicadas en artículos científicos (Imagen 19).

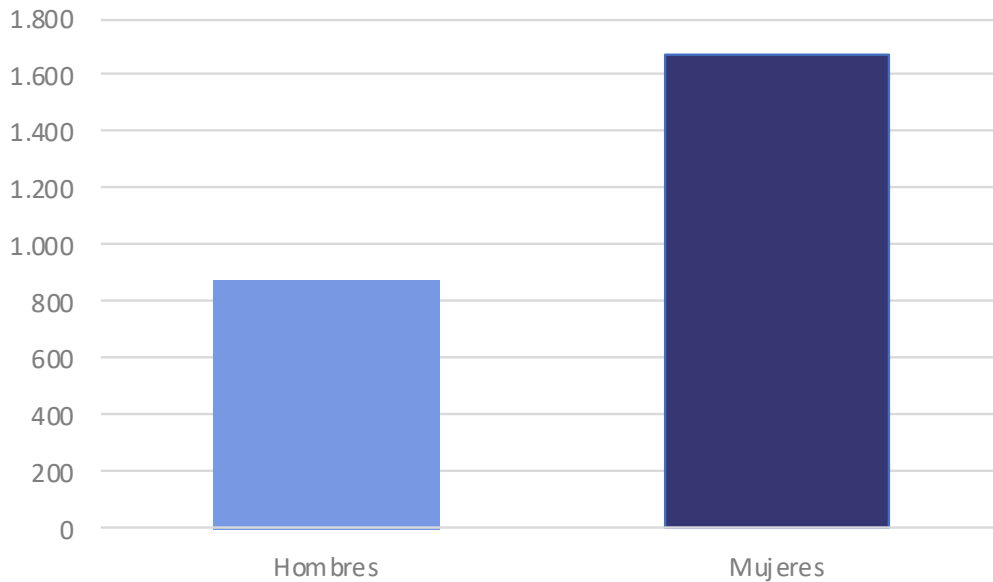
Imagen 19. Evolución de las personas con demencia. Años 2014-2022



Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2014-2023

En 2022, viven en Andalucía 109.095 personas con demencia, con un claro predominio de las 72.485 mujeres (66,3%) frente a los 63.610 hombres (36,7%). Esto supone una tasa de 874,2 por 100.000 habitantes en hombres y de 1.672,4 por 100.000 habitantes en mujeres (Imagen 20).

Imagen 20. Tasa de demencia por 100.000 habitantes por sexo.



Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2022

Los datos muestran en número absolutos una clara relación entre la edad y el diagnóstico de demencia, siendo siempre más frecuente en las mujeres, sobre todo a partir de los 75 años (Tabla 10).

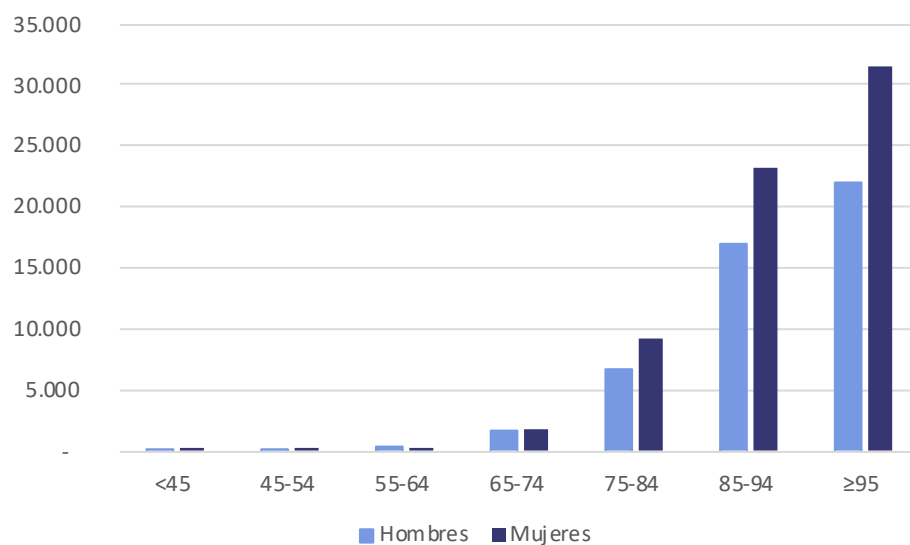
Tabla 10. Número de personas con diagnóstico de demencia por sexo y edad.

Edad	Hombres	Mujeres
<45 años	599	629
45-54 años	672	737
55-64 años	2.095	2.123
65-74 años	6.024	7.882
75-84 años	14.390	26.413
85-94 años	11.896	30.963
≥95	934	3.738

Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2022

Las tasas de demencia por 100.000 habitantes muestran el incremento de la prevalencia a partir de los 65 años y el predominio de las mujeres en cada uno de los grupos de edad (Imagen 21).

Imagen 21. Tasa de demencia por 100.000 habitantes por grupos de edad y sexo.



Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2022

El análisis territorial muestra un mayor número de casos en la provincia de Jaén en ambos sexos, probablemente por ser la provincia más envejecida de Andalucía, mientras que la provincia con una menor tasa de demencia es Cádiz, también en ambos sexos (Tabla 11).

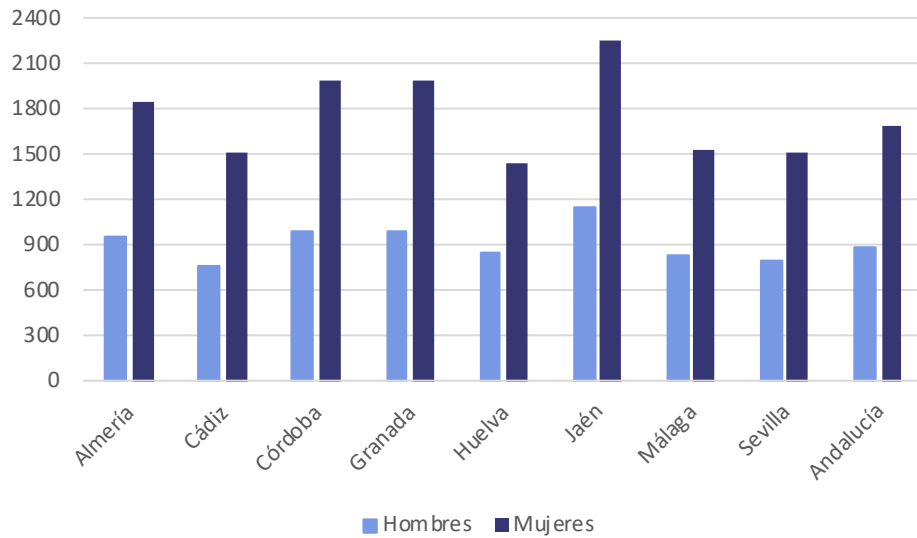
Tabla 11. Número de personas con diagnóstico de demencia por sexo y provincia.

Provincia	Casos			% Mujeres
	Hombres	Mujeres	Total	
Almería	3.629	6.656	10.285	64,7
Cádiz	4.703	9.505	14.208	66,9
Córdoba	3.755	7.779	11.534	67,4
Granada	4.489	9.292	13.781	67,4
Huelva	1.984	3.837	5.821	65,9
Jaén	3.518	7.072	10.590	66,8
Málaga	7.009	13.290	20.299	65,5
Sevilla	7.523	15.054	22.577	66,7
Total	36.610	72.485	109.095	66,4

Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2022

La mayor prevalencia de demencia en las mujeres se mantiene en todas las provincias y se sitúan por encima de la media andaluza las provincias de Almería, Córdoba, Granada y Jaén, tanto en hombres como en mujeres (Imagen 22).

Imagen 22. Tasa de demencia por 100.000 habitantes por provincia.



Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2022

■ Epidemiología del deterioro cognitivo y de la demencia en centros residenciales de personas mayores

En 2023, viven 39.380 personas en centros residenciales, 12.740 son hombres (32,4%) y 26.640 mujeres (67,6%), con una distribución porcentual por sexo diferente según la edad de la persona, siendo mayor el número de hombres en las edades más jóvenes hasta los 74 años (Tabla 12).

Tabla 12. Número de personas mayores que viven en centros residenciales por grupos de edad y sexo.

Edad	Hombres	Mujeres	% Mujeres
60-65 años	1.358	1.017	42,8
65-74 años	2.796	2.386	46,0
75-84 años	3.860	7.685	66,6
≥ 85 años	4.671	15.453	76,8
Sin datos	55	98	64,1
Total	12.740	26.640	67,6

Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos actualizados a 7 de agosto de 2023.

Un 14,7% de las personas mayores que viven en centros residenciales tiene registrado un diagnóstico de demencia (5.776 personas), con un 16,7% en mujeres (4.458 casos) y un 10,3% en hombres (1.318 casos) (Tabla 13).

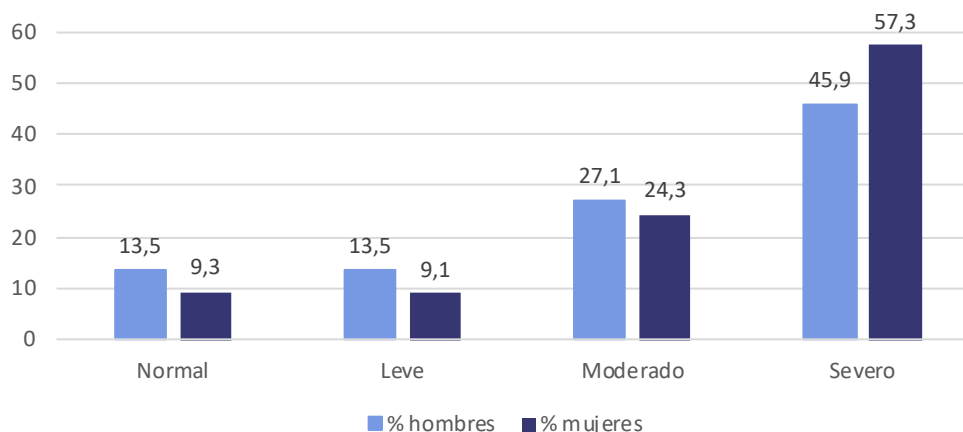
Tabla 13. Número de personas mayores que viven en centros residenciales con diagnóstico de demencia por grado de deterioro cognitivo según la escala de Pfeiffer.

Grado de deterioro cognitivo	Hombres	Mujeres
Valoración cognitiva normal	153	368
Deterioro cognitivo leve	154	361
Deterioro cognitivo moderado	308	962
Deterioro cognitivo severo	522	2270

Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos actualizados a 7 de agosto de 2023.

El 88,9% de las mujeres y el 86,3% de los hombres con diagnóstico de demencia registrado tienen realizada una valoración mediante la escala de Pfeiffer. De acuerdo con esta escala, el 45,6% de los hombres y el 57,3% de las mujeres tienen un deterioro cognitivo severo (Imagen 23).

Imagen 23. Porcentaje de personas mayores con diagnóstico de demencia que viven en centros residenciales por grado de deterioro cognitivo según la escala de Pfeiffer y sexo.



Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos actualizados a 7 de agosto de 2023.

El número de personas con diagnóstico de demencia es inferior al número de personas con deterioro cognitivo según los resultados de la valoración mediante la escala de Pfeiffer en las personas que viven en centros residenciales. Mientras que los resultados de esta valoración muestran a 5.978 (59,1%) hombres y 16.156 (72,1%) mujeres con algún grado de deterioro cognitivo, es en los registros de 1.318 hombres y 4.458 mujeres en los que consta un diagnóstico de demencia.

Andalucía no es ajena a las dificultades de retraso en el diagnóstico, infradiagnóstico y subregistro que afecta tanto a las personas mayores que viven en comunidad o en centros residenciales, como se puede comprobar en los datos extraídos de la Base Poblacional de Salud. De acuerdo con los datos de 2020, la prevalencia de demencia en población general es del 1,13% (Tabla 14).

Tabla 14. Prevalencia de demencia en Andalucía.

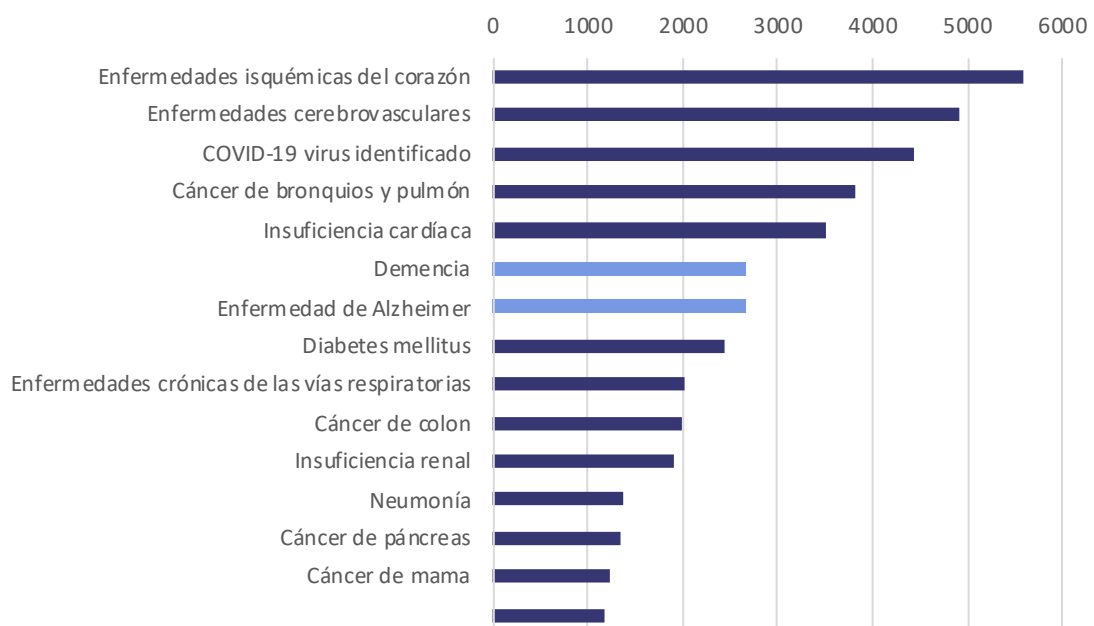
Tipo de demencia	Hombres	Mujeres	Total
Demencia	0,75	1,51	1,13
Enfermedad de Alzheimer	0,28	0,69	0,49
Demencia vascular	0,08	0,11	0,10
Demencia frontotemporal	0,02	0,02	0,02
Demencia con cuerpos de Lewy	0,03	0,04	0,04

Fuente: Base Poblacional de Salud. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2020.

■ Mortalidad y demencia

Según los últimos datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística (INE), la mortalidad por demencia y enfermedad de Alzheimer registradas entre los años 2018 y 2022 se ha mantenido estable con una media aproximada de 36.000 fallecimientos anuales. En Andalucía, se han registrado 5.333 fallecimientos por ambas causas en 2022 (Imagen 24).

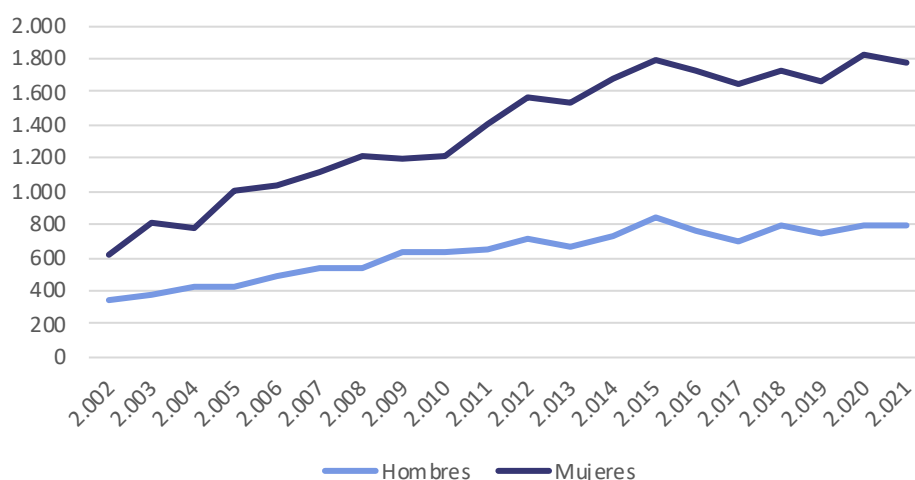
Imagen 24. Número de defunciones por causa de muerte en Andalucía



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Datos 2022.

Las defunciones por Enfermedad de Alzheimer se han incrementado en las últimas dos décadas pasando de 337 fallecimientos por esta causa en hombres en 2002 a 797 en 2022 y de 617 mujeres en 2002 a 1.774 en 2022 (Imagen 25).

Imagen 25. Número de defunciones debidas a la Enfermedad de Alzheimer por año.



Fuente: Instituto Nacional de Estadística. Datos 2002-2021.

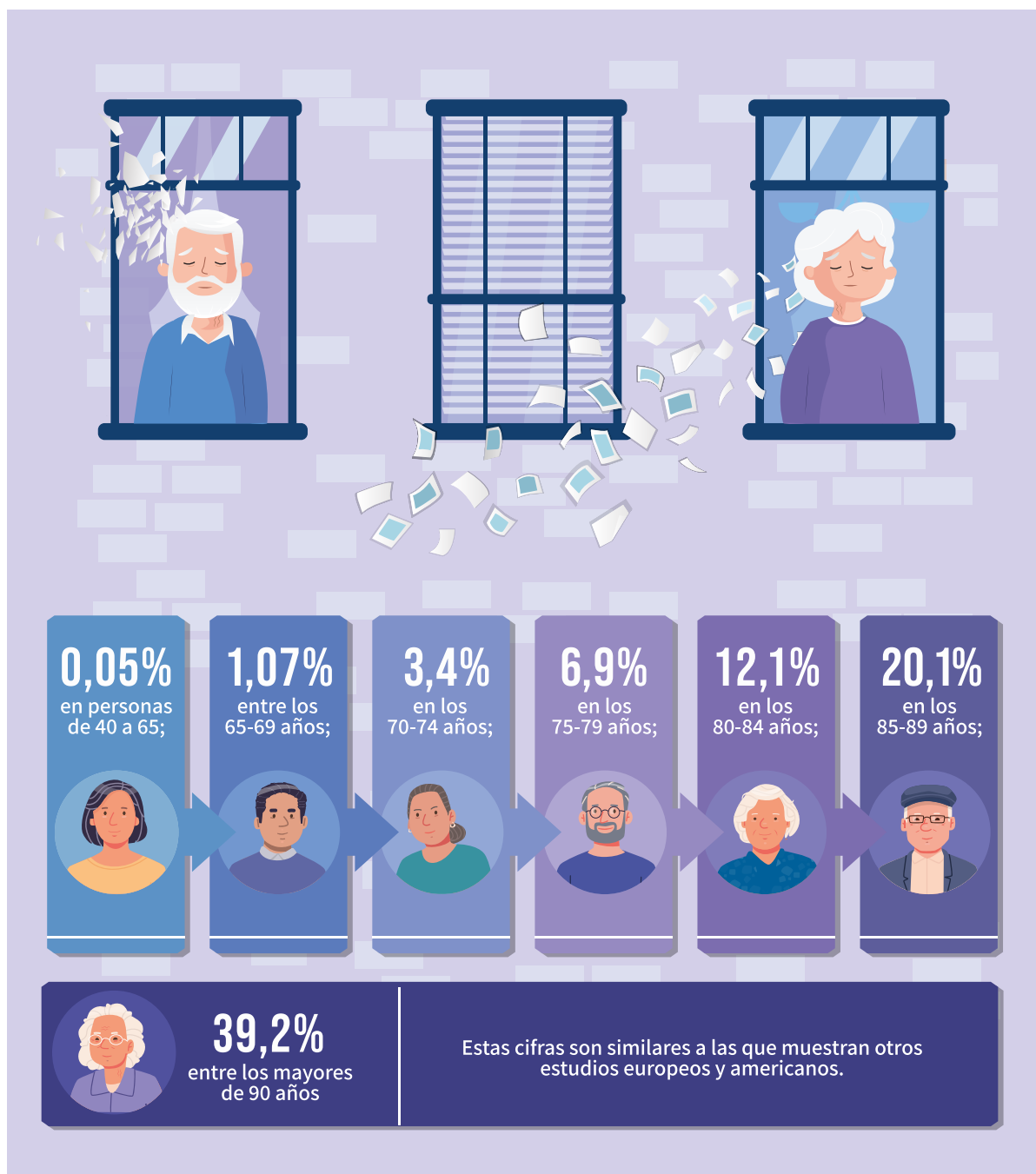
Exceptuando la mortalidad por COVID-19, que ha sido la causa de mortalidad más frecuente en 2021 y 2022, la demencia constituye la segunda causa de muerte en las mujeres (54.0 por cada 100.000 mujeres) tras las enfermedades cerebro vasculares (57.4) (Tabla 15).

Tabla 15. Defunciones según las causas de muerte más frecuentes en Andalucía.

Causa de muerte	Hombres	Mujeres	Total
Covid-10 virus identificad	22.449	16.995	39.444
Enfermedades isquémicas del corazón	17.147	11.105	28.252
Enfermedades cerebrovasculares	11.004	13.854	24.858
Cáncer de bronquios y pulmón	16.754	5.659	22.413
Insuficiencia cardíaca	7.739	12.434	20.173
Demencia	6.606	13.044	19.650
Enfermedad hipertensiva	4.678	9.471	14.149
Enfermedad de Alzheimer	3.835	9.210	13.045
Enfermedades crónicas de vías respiratorias inferiores	8.100	3.195	11.295
Cáncer de colon	6.419	4.602	11.021
Diabetes mellitus	4.848	5.900	10.748
Cáncer de páncreas	3.921	3.742	7.663
Insuficiencia renal	3.350	4.211	7.561
Neumonía	3.831	2.968	6.799
Cáncer de mama	86	6.528	6.614

Fuente: Defunciones según causa de muerte. Año 2021 (datos definitivos) y primer semestre de 2022 (datos provisionales). Instituto Nacional de Estadística. Nota de prensa. 19 de diciembre de 2022.

Enfermedad de Alzheimer



Los datos de la Base Poblacional de Salud de Andalucía en 2020 muestran una prevalencia en hombres de 0,28% y en mujeres de 0,69%. En hombres la prevalencia en el grupo de 65 a 69 años oscila entre el 0,17% de la provincia de Córdoba y el 0,42% de la provincia de Almería. Entre los hombres de 80 años y más, la prevalencia se sitúa entre el 2,93% y el 6,93% de las mismas provincias.

En las mujeres de 65 a 69 años la prevalencia más baja se encuentra también en la provincia de Córdoba (0,31%) y la más alta en la provincia de Almería (0,61%), mientras que en mujeres de 80 años o más, la prevalencia supera el 5,72% de la provincia de Córdoba y alcanza el 11,35% en la provincia de Almería (Imagen 26).

Imagen 26. Prevalencia de enfermedad de Alzheimer por provincia, sexo y grupo de edad (%)



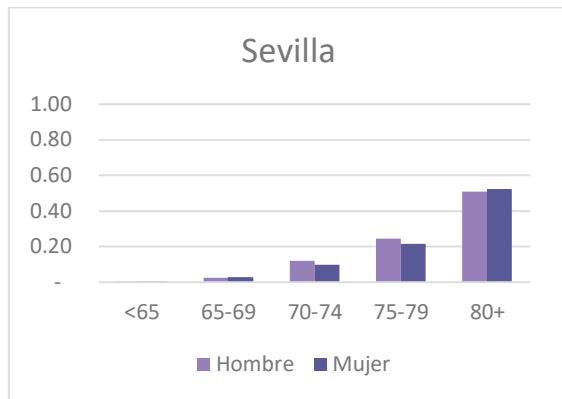
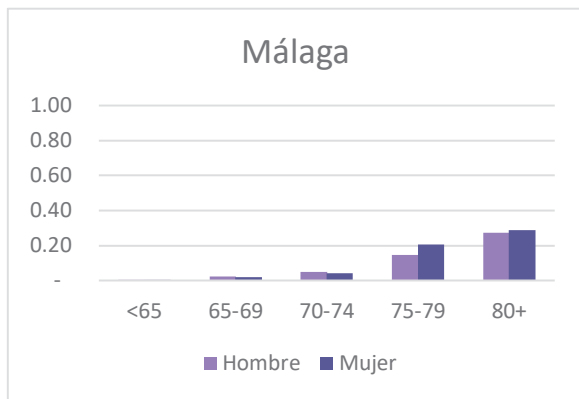
Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2020

Demencia con cuerpos de Lewy

La prevalencia de demencia con cuerpos de Lewy muestra un comportamiento similar a las otras demencias de origen neurodegenerativo. Se observa una mayor prevalencia en mujeres (0,04%) que en hombres (0,03%) y la prevalencia aumenta con la edad, pasando de un 0,01% a 0,06% en el grupo de 65 a 69 años a un 0,27% y 0,67% en el grupo de 80 años y más, tanto en hombres como en mujeres (Imagen 27).

Imagen 27. Prevalencia de demencia con cuerpos de Lewy por provincia, sexo y grupo de edad (%)





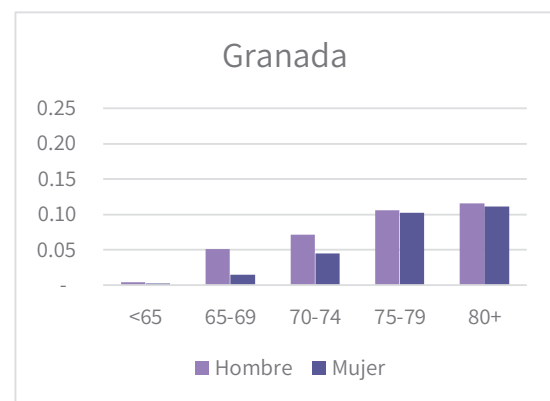
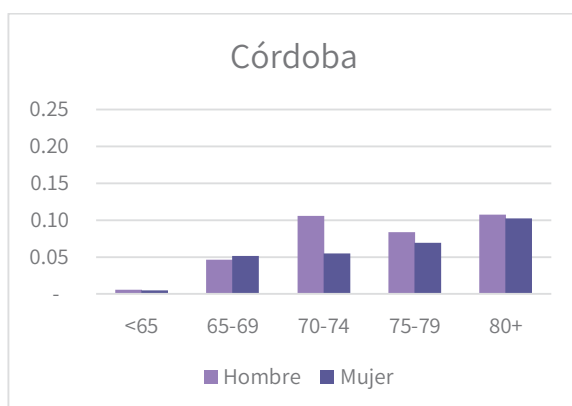
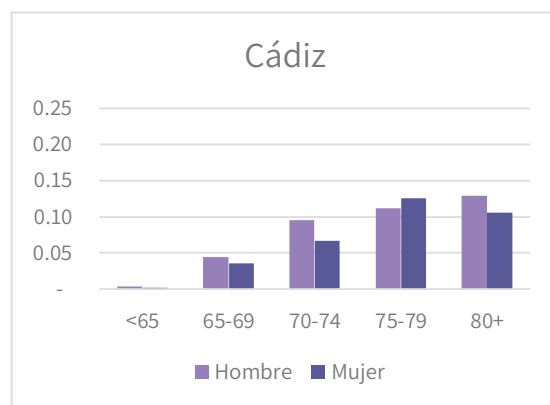
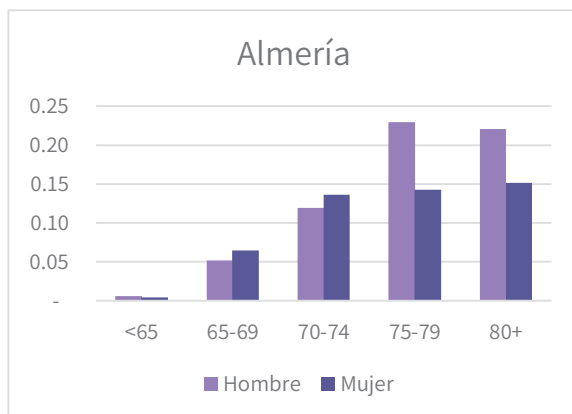
Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2020

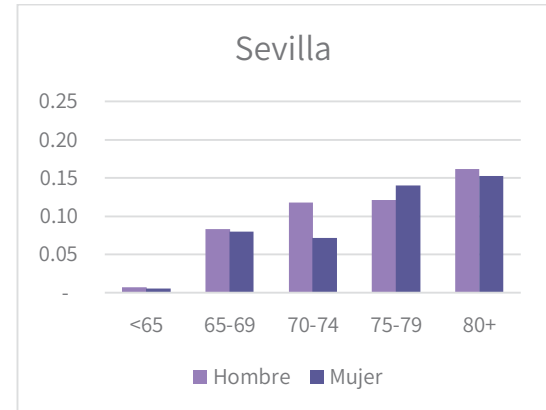
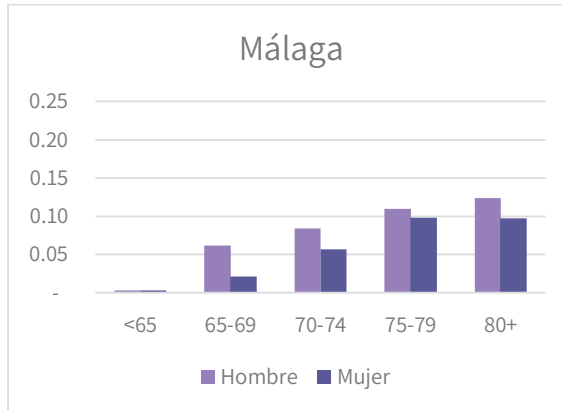
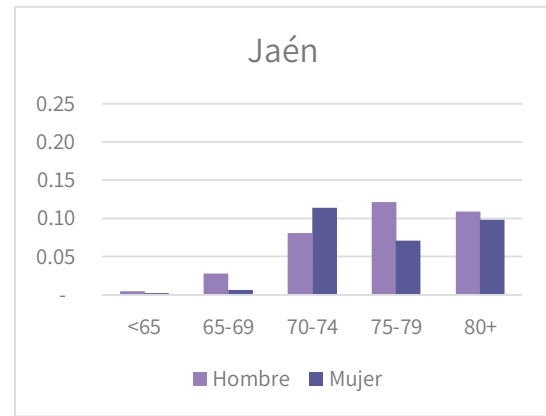
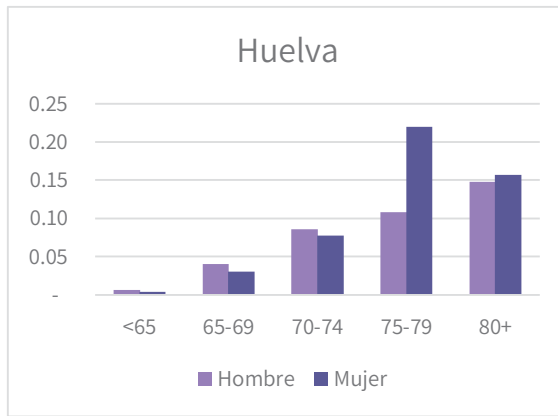
Demencia frontotemporal

La prevalencia de demencia frontotemporal registrada en la Base Poblacional de Salud es de 0,02% en hombres y en mujeres. Aumenta también en función de la edad, aunque con patrón menos claro que en la demencia por enfermedad de Alzheimer o la demencia con cuerpos de Lewy. La prevalencia de demencia frontotemporal en hombres menores de 65 años es del 0,01% en Almería, Córdoba, Huelva y Sevilla. En mujeres, en este grupo de edad, la prevalencia es del 0% en todas las provincias.

Este subtipo de demencia es más prevalente en hombres que en mujeres, excepto en el grupo de 70 a 74 años en la provincia de Jaén, de 75 a 79 años en la provincia de Sevilla y en los grupos de 75 a 79 años y 80 años y más en la provincia de Huelva (Imagen 28).

Imagen 28. Prevalencia de demencia frontotemporal por provincia, sexo y grupo de edad (%)



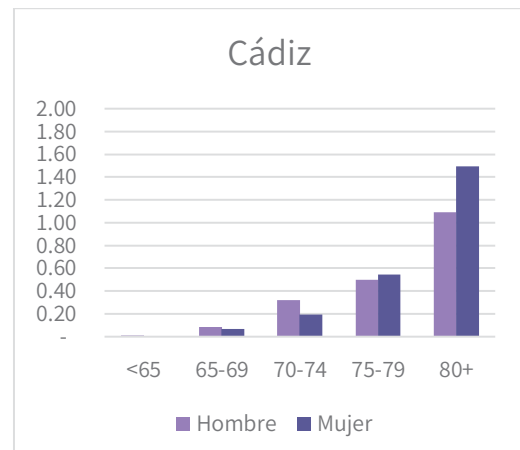
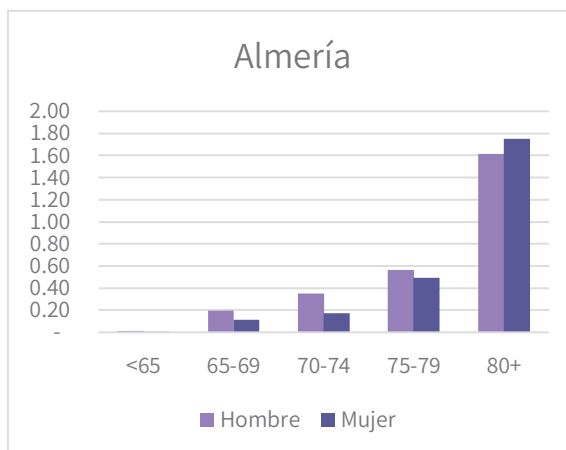


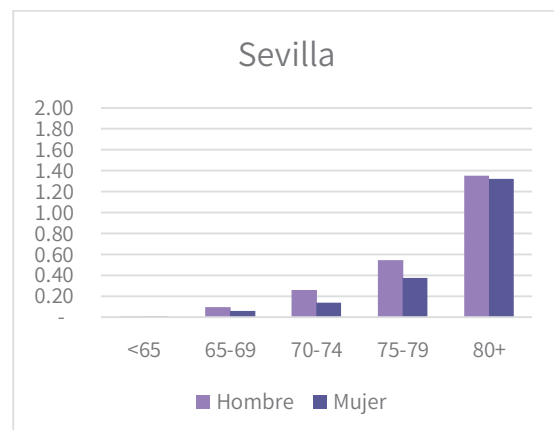
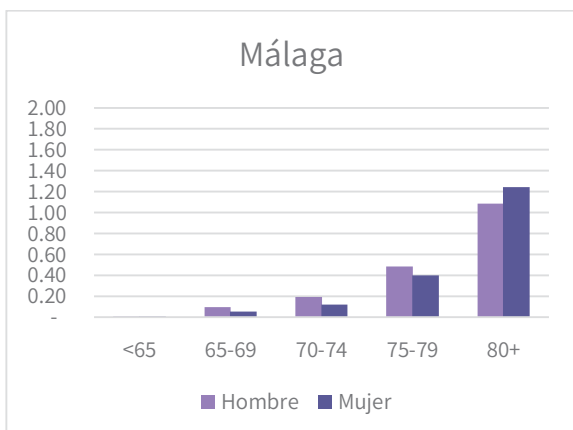
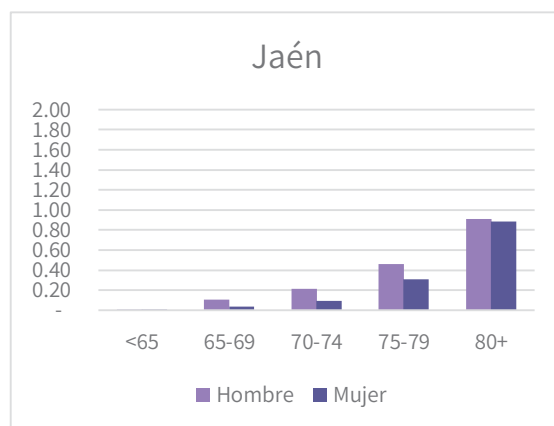
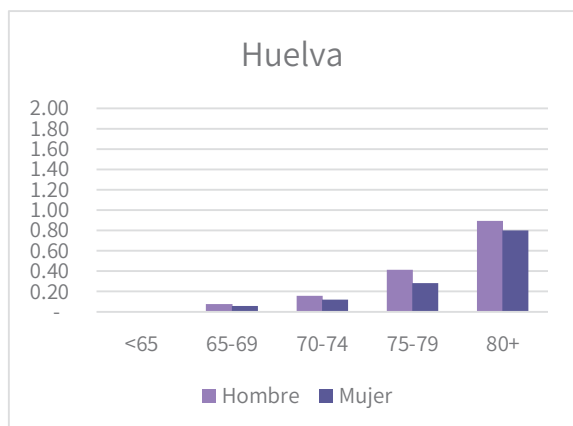
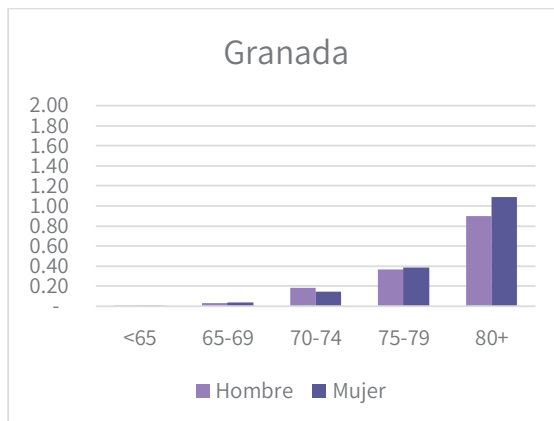
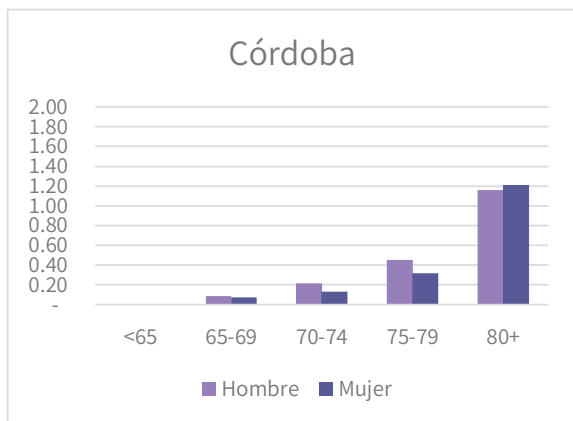
Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2020

Demencia vascular

De acuerdo con los datos registrados en la Base Poblacional de Salud, la prevalencia de la demencia vascular es de 0,08% en hombres y 0,11% en mujeres y aumenta en función de la edad, tanto en hombres como en mujeres. En el grupo de 65 a 69 años, la prevalencia en hombres oscila entre el 0,03% en la provincia de Granada y el 0,20% en la provincia de Almería. En el grupo de hombres de 80 años o más la prevalencia se sitúa entre el 0,90% en las provincias de Granada y Huelva y el 1,62% en la provincia de Almería (Imagen 29).

Imagen 29. Prevalencia de demencia vascular por provincia, sexo y grupo de edad (%)





Fuente: Base Poblacional de Salud de Andalucía. Servicio Andaluz de Salud. Datos 2020

Enfermedad de Parkinson

Se estima que puede afectar a más de 7 millones de personas en todo el mundo; 160.000 en España y unas 25.000 en Andalucía.

Aunque tradicionalmente esta enfermedad está asociada a personas mayores (más del 80% son personas de más de 60 años), según la estimación de la Sociedad Española de Neurología (SEN), el 15% de los nuevos casos que se diagnostican cada año corresponden a personas menores de 50 años. Actualmente existe un incremento del número de personas diagnosticadas por esta patología entre los 40-50 años, siendo cada vez más frecuentes los casos de Parkinson juvenil. Lo que hace necesario un cambio de paradigma en cuanto al enfoque de intervención de las personas afectadas.



ORGANIZACIÓN Y RECURSOS

En la atención y cuidados a personas con deterioro cognitivo y demencia intervienen múltiples actores. En este apartado se describe la organización y recursos que se proveen desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía, el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía y el sector asociativo, representado por la Confederación de Alzheimer y otras Demencias (ConFEAFA).

Sistema Sanitario Público de Andalucía

○ Unidades de neurología, consultas monográficas y atención primaria



Según lo recogido en el proyecto MaPEA, Andalucía contaba en 2018 con 13 recursos específicos para el abordaje integral del deterioro cognitivo y la demencia en los Servicios de Neurología de la comunidad autónoma⁸⁵.

Las Unidades Especializadas en Neurología de la Conducta y Demencias representan estructuras con dedicación exclusiva al diagnóstico específico, tratamiento, abordaje terapéutico y seguimiento de personas afectadas por deterioro cognitivo y demencia, además de incluir actividades de investigación y docencia. Están constituidas por un equipo profesional multidisciplinar que incluye diferentes perfiles profesionales del ámbito de la neurología, psicología clínica experto en cognición, enfermería, trabajo social, y administración, contando al menos a tiempo parcial con profesionales de psiquiatría.

Las consultas monográficas de deterioro cognitivo y demencias son aquellas dedicadas al diagnóstico y seguimiento de las personas afectadas contando con la dedicación parcial de un o una profesional especialista en neurología o medicina interna, sin disponer de una estructura de gestión específica.

● Proceso Asistencial Integrado Demencia



En 2002, se publicó el primer Proceso Asistencial Integrado Demencia en Andalucía. Su puerta de entrada estaba marcada por la sospecha, queja fundada o detección de una demencia ante la aparición de una alteración cognitiva y/o de la conducta.

Este proceso asistencial incluía la evaluación integral, el diagnóstico sindrómico, etiológico y evolutivo, así como el seguimiento coordinado y continuo que garantiza un tratamiento individualizado y actuación global sobre las necesidades de la persona, de su persona cuidadora principal, su familia y su entorno social.

En 2021, se llevó a cabo una auditoría sobre una muestra de 600 personas mayores incluidas en este proceso asistencial en 2019, con el propósito de valorar el grado de aplicación de dicho proceso asistencial a las personas con demencia que reciben atención en los centros de salud y hospitales de referencia. La auditoría se llevó a cabo en los centros de salud de 10 Distritos Sanitarios y 10 Áreas de Gestión Sanitaria de las provincias de Almería, Cádiz, Granada, Huelva, Jaén y Sevilla.

Entre las variables evaluadas por la Inspección de Servicios Sanitarios, se encuentran algunas relacionadas con la aplicación de las recomendaciones de calidad del proceso, tales como la correcta realización de la anamnesis, exposición a posibles factores de riesgo y antecedentes personales y familiares, la presencia de síntomas cognitivos y conductuales, la aplicación de tests y la realización de pruebas diagnósticas, la identificación de las personas cuidadoras y la valoración de su posible sobrecarga. También, variables relacionadas con la tipificación de la enfermedad, el grado de deterioro cognitivo, la identificación de comorbilidad, la información proporcionada al paciente y sus familiares y el plan de atención ([Anexo I](#)).

Los resultados de la evaluación muestran un espacio importante para la mejora de la implantación de las recomendaciones del proceso, y un alto grado de variabilidad en su aplicación. Esto sugiere la necesidad de actualizar el proceso para que pueda incluir recomendaciones que tengan en cuenta las últimas evidencias científicas disponibles, y poner énfasis en la correcta implantación de mismo.

● Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo

El Proceso Asistencial Integrado (PAI) Deterioro Cognitivo está actualmente en proceso de diseño. Este proceso se articula en torno a 3 ejes:

- 1) Garantizar la atención centrada en la persona.
- 2) Abordar el deterioro cognitivo incorporando la perspectiva interdisciplinar.
- 3) Incluir la mejor evidencia científica disponible.

El proceso asistencial se inicia con el cribado positivo en el Examen de Salud de Mayores de 65 años, la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) del Plan de Acción Personalizado (PAP) para la atención de personas con pluripatología o con necesidades complejas de salud, o ante la sospecha de deterioro cognitivo en una persona adulta.

El proceso asistencial aborda en primer lugar, el diagnóstico desde una perspectiva transversal para toda la organización, definiendo las evaluaciones clínicas y pruebas diagnósticas requeridas, en un proceso escalonado que abarca desde los test cognitivos breves y las pruebas específicas de memoria hasta la exploración neuropsicológica extensa, incorporando biomarcadores diagnósticos específicos para las distintas enfermedades.

En segundo lugar, incide en la provisión de información a la persona afectada y a la persona cuidadora para favorecer la planificación anticipada de las decisiones respecto a los cuidados. Establece en Atención Primaria una evaluación posterior al diagnóstico que incluye el abordaje integrado, la evaluación de la autonomía de la persona afectada y la evaluación de la persona que cuida.

En tercer lugar, este proceso asistencial pretende mejorar la conexión entre atención primaria y atención hospitalaria, mejorando el seguimiento de la persona afectada en atención primaria y el acceso flexible a atención hospitalaria.

● Prescripción farmacéutica

Atendiendo a la evidencia científica y al uso racional del medicamento, las personas con Enfermedad de Alzheimer, Demencia con cuerpos de Lewy y Enfermedad de Parkinson podrán recibir terapia farmacológica específica para dichos procesos adaptada a los diferentes estadios clínicos de la demencia que ocasionan:

Los fármacos inhibidores de la acetilcolinesterasa -IACE (Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina) están autorizados por visado durante las fases de demencia por Enfermedad de Alzheimer leve (GDS 4), moderada (GDS 5) y moderadamente grave (GDS 6), así como durante el curso del deterioro cognitivo de demencias con cuerpos de Lewy o Enfermedad de Parkinson, aunque en estas patologías no está estipulado por fases.

El número de personas tratadas con este grupo de fármacos IACE ha pasado de 32.533 en 2018 a 34.434 en 2020, con un claro incremento en función de la edad y un mayor número de mujeres (Imagen 30).

Imagen 30. Número de personas con prescripción de fármacos IACE por sexo, grupo de edad y año

	HOMBRE				MUJER			
	GRUPO DE EDAD	DONEPEZILO CLORHIDRATO	GALANTAMINA	RIVASTIGMINA	GRUPO DE EDAD	DONEPEZILO CLORHIDRATO	GALANTAMINA	RIVASTIGMINA
2018	65-	211	31	100	65-	184	11	86
	65-69	234	45	180	65-69	278	23	166
	70-74	558	89	401	70-74	751	70	437
	75-79	1.106	165	784	75-79	1.851	173	1.109
	80-84	1.632	206	1.118	80-84	3.237	266	1.929
	85+	2.592	372	1.859	85+	5.740	620	3.919
	Total	6.333	908	4.442	Total	12.041	1.163	7.646
2019	65-	265	44	140	65-	226	11	104
	65-69	293	45	234	65-69	366	38	211
	70-74	726	88	474	70-74	942	84	574
	75-79	1.305	185	890	75-79	2.257	177	1.250
	80-84	1.792	213	1.164	80-84	3.558	282	2.147
	85+	2.355	288	1.642	85+	5.472	534	3.610
	Total	6.706	863	4.544	Total	12.821	1.126	7.896
2020	65-	320	55	178	65-	257	11	131
	65-69	332	47	258	65-69	427	44	271
	70-74	809	104	563	70-74	1.098	87	693
	75-79	1.462	187	1.050	75-79	2.586	189	1.524
	80-84	1.825	197	1.233	80-84	3.631	272	2.257
	85+	2.072	231	1.419	85+	4.907	439	3.267
	Total	6.820	821	4.701	Total	12.906	1.042	8.143

Fuente: Base Poblacional de Salud. Datos 2018-2020

La Memantina está autorizada por visado durante la fase moderada a grave (GDS-FAST 5 a 7) de la Enfermedad de Alzheimer. En este caso, el número de personas tratadas ha pasado de 10.179 en 2018 a 10.807 en 2020 (Imagen 31).

Imagen 31. Número de personas con prescripción de Memantina por sexo, grupo de edad y año

	HOMBRE		MUJER	
	GRUPO DE EDAD	MEMANTINA	GRUPO DE EDAD	DONEPEZILO CLORHIDRATO
2018	65-	99	65-	86
	65-69	101	65-69	104
	70-74	231	70-74	263
	75-79	459	75-79	662
	80-84	714	80-84	1.507
	85+	1.616	85+	4.337
	Total	3.220	Total	6.959
2019	65-	115	65-	84
	65-69	122	65-69	130
	70-74	251	70-74	353
	75-79	548	75-79	831
	80-84	800	80-84	1.729
	85+	1.511	85+	4.083
	Total	3.347	Total	7.210
2020	65-	129	65-	110
	65-69	129	65-69	170
	70-74	296	70-74	421
	75-79	635	75-79	1.023
	80-84	902	80-84	1.891
	85+	1.346	85+	3.755
	Total	3.437	Total	7.370

Fuente: Base Poblacional de Salud. Datos 2018-2020

La terapia combinada con IACE+ Memantina está autorizada por visado durante fase moderada a moderadamente grave de la demencia (GDS 5 y 6). La terapia combinada ha pasado de 8.302 en 2018 a 8.434 en 2020. En los tres grupos farmacológicos se evidencia un mayor número de mujeres tratadas, así como un incremento en función de la edad y un aumento en el número de casos en el período 2018-2020 (Imagen 32).

Imagen 32. Número de personas con prescripción de fármacos IACE con Memantina por sexo, grupo de edad y año

		HOMBRE				MUJER			
		GRUPO DE EDAD	DONEPEZILO CLORHIDRATO	GALANTAMINA	RIVASTIGMINA	GRUPO DE EDAD	DONEPEZILO CLORHIDRATO	GALANTAMINA	RIVASTIGMINA
2018	65-		65	12	29	65-	61	10	39
	65-69		69	13	56	65-69	107	11	57
	70-74		113	31	96	70-74	218	37	167
	75-79		259	47	180	75-79	486	57	352
	80-84		353	65	251	80-84	776	113	535
	85+		548	97	386	85+	1.343	217	1.046
	Total		1.407	265	998	Total	2.991	445	2.196
2019	65-		83	8	40	65-	88	10	54
	65-69		79	6	62	65-69	119	16	72
	70-74		161	32	113	70-74	294	41	178
	75-79		320	49	206	75-79	615	70	408
	80-84		410	57	257	80-84	893	105	582
	85+		508	69	313	85+	1.247	173	874
	Total		1.561	221	991	Total	3.256	415	2.168
2020	65-		91	9	49	65-	105	10	55
	65-69		90	9	67	65-69	144	10	89
	70-74		196	29	130	70-74	340	50	216
	75-79		333	45	214	75-79	683	72	425
	80-84		390	47	239	80-84	974	92	567
	85+		401	51	267	85+	1.073	146	726
	Total		1.501	190	966	Total	3.319	380	2.078

Fuente: Base Poblacional de Salud. Datos 2018-2020

Los sistemas de información sanitarios

La historia clínica electrónica andaluza (Diraya) es un conjunto de aplicaciones integradas entre sí, utilizada en todos los centros sanitarios del Servicio Andaluz de Salud (SAS). Integra toda la información de salud de la ciudadanía permitiendo que esté disponible en el lugar y momento en que sea necesaria la atención sanitaria.

ClicSalud+ y 'Salud Andalucía' son las aplicaciones de referencia a nivel institucional para todas las personas usuarias del Servicio Andaluz de Salud. Permiten la realización de los trámites más habituales, como la gestión de citas o la consulta de la historia clínica electrónica.

'Salud Andalucía' tiene como objetivo centralizar todas las aplicaciones móviles institucionales de la sanidad pública andaluza, siendo una de las herramientas tecnológicas dirigidas a mejorar la atención a las personas usuarias. Está previsto que gradualmente se vayan incluyendo más servicios (por ejemplo, información sobre donaciones de sangre o revisión de las prescripciones farmacológicas). Desde 'Salud Andalucía' se puede configurar la aplicación para recibir y almacenar las notificaciones personalizadas dirigidas a la persona registrada, para facilitar el acceso a la información de interés.

Durante la pandemia por COVID-19, se puso en marcha un Programa de Evaluación de las Residencias de Mayores y Centros Sociosanitarios. Tras el análisis de los resultados se ha llevado a cabo un cambio en el modelo de organización de los servicios de atención primaria que se prestan a los centros residenciales de personas mayores.



El objetivo es mejorar la salud de las personas que viven en centros residenciales, a través de una organización homogénea de la atención sanitaria desde el SSPA, maximizando la eficiencia, garantizando las prestaciones y mejorando las condiciones de seguridad clínica y la calidad percibida por las personas residentes, familias y profesionales sanitarios.



El núcleo de la atención sanitaria en este modelo organizativo se basa en la asignación de un equipo único de profesionales de medicina y enfermería del centro de salud de referencia a las personas que viven en el centro residencial, con independencia de la existencia o no de profesionales sanitarios propios del centro residencial. Además, este modelo, facilita la continuidad asistencial con los servicios correspondientes del hospital de referencia de cada centro residencial.

Entre las principales actuaciones contempladas en el modelo de organización de la atención sanitaria en centros residenciales y de especial interés para las personas con demencia, están:

- **La adaptación de las recomendaciones** definidas en Planes Integrales y Procesos Asistenciales que afectan con mayor prevalencia en las personas que viven en los centros residenciales (Deterioro Cognitivo, Demencias, Cuidados Paliativos).
- **La identificación proactiva y clasificación de las personas residentes según capacidad funcional y cognitiva** en personas autónomas, personas frágiles y personas en situación de dependencia.
- **Adaptación de intervenciones** a la capacidad funcional y cognitiva de la persona residente en colaboración con los equipos profesionales de los centros residenciales.
- **Organización de las derivaciones** a especialistas hospitalarios, potenciando la Teleconsulta.
- **Control de calidad y eficiencia de la prescripción**, incorporando el Servicio de Farmacia del Distrito o Área Sanitaria en coordinación con el resto de profesionales que prestan asistencia en los centros residenciales.
- **Definición de un sistema de consultoría**, oferta de formación y realización de sesiones clínicas conjuntas con los profesionales de las residencias.
- **Promoción de la innovación e investigación conjunta.**
- **Impulso de la ética de la atención** a personas residentes, mediante la formación e información a profesionales y familiares de las personas residentes para el fomento del Registro de Voluntades Vitales Anticipadas, aspectos éticos del cuidado y eliminación de contenciones.

El interés de este modelo organizativo para el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía se debe al perfil de las personas que viven en centros residenciales, que presentan una alta prevalencia de demencia.

Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía

🕒 Atención Centrada en la Persona



Al mismo tiempo que el Servicio Andaluz de Salud aborda el cambio de modelo organizativo para la atención sanitaria en centros residenciales, la Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada de la Consejería de Inclusión Social, Juventud, Familias e Igualdad ha abordado la implantación del enfoque de Atención Centrada en la Persona en estos centros.

Este cambio de modelo obedece en primer lugar a la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, que establece que la Atención Centrada en la Persona es uno de sus principios rectores, es el modelo básico de intervención y es la forma de desarrollar la labor profesional en los servicios sociales⁸⁶. Este enfoque de atención es además el que mejor responde a las necesidades de atención de las personas con demencia que constituyen el 61,7% de las personas mayores que viven en los centros residenciales^{36,87}.

La implantación de este modelo supone un profundo cambio en la cultura y el modo de ver y entender el acompañamiento y los cuidados a personas con deterioro cognitivo y demencia. Su implantación requiere cambios ambientales, organizativos y de prácticas profesionales que garanticen el respeto a la dignidad de las personas y promuevan su autonomía y su bienestar⁸⁸.

En este sentido, la Dirección General de Personas Mayores, Participación Activa y Soledad no Deseada avanza en la implantación de protocolos que abordan procesos prevalentes en los centros residenciales, todos ellos orientados a garantizar la dignidad de la persona y promover su autonomía y su bienestar bajo el enfoque de la Atención Centrada en la Persona. Los protocolos establecen orientaciones prácticas para los procesos de acogida, valoración Integral y elaboración del Programa de Atención Individual; fomento de la participación de las personas mayores en la toma de decisiones; establecimiento de medidas de apoyo a la discapacidad legal o de hecho; higiene personal; dieta e ingesta; promoción del buen trato y actuación ante el trato inadecuado y el maltrato; prevención y retirada de sujeciones físicas y farmacológicas; prevención y actuación ante la violencia de género; prevención del suicidio; actuación ante conductas problemáticas; respeto a la diversidad sexual y de género; alta programada o derivación; acompañamiento al final de la vida; prevención y actuación ante una caída; prevención de la polimedicación; adquisición, administración y control del suministro de la medicación; derivación a atención primaria y hospitalaria; y, declaración de brote o emergencia sanitaria.

● Abuso, maltrato y violencia de género



La dignidad es un derecho fundamental, innato, inviolable e intangible de la persona, que implica su reconocimiento como ser único y el respeto a sus propios valores y preferencias. En este marco, el maltrato se entiende como un daño inmoral y una falta de respeto a la dignidad de la persona⁸⁹.

La demencia está considerada como uno de los principales factores de riesgo para el maltrato a las personas mayores, especialmente cuando aparecen las alteraciones conductuales en la persona afectada^{90,91}.

En el ámbito residencial, adquiere especial relevancia la apuesta por los centros completamente libres de sujeciones. Esta apuesta se sustenta en la Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en centros residenciales de personas mayores, que advierte que una contención prolongada en el tiempo equivale a malos tratos, e indica que las medidas de sujeción solo pueden durar minutos y deben ser objeto de supervisión a fin de evitar efectos colaterales perjudiciales⁹².

Las contenciones en centros residenciales se utilizan exclusivamente en personas con demencia. Su aplicación se sustenta en argumentos que han sido cuestionados en su totalidad por la evidencia científica más reciente. Al contrario de evitar el riesgo de caídas o disminuir los síntomas conductuales, el uso de sujeciones los incrementa y empeora el estado de salud física, psicológica y emocional de la persona⁹³, al mismo tiempo que vulnera derechos fundamentales como la dignidad y la libertad recogidos en la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea⁹⁴.

Por otra parte, durante la pandemia por COVID-19, se constató un considerable aumento en los casos de abuso y maltrato a las personas mayores, e incidentes de violencia intrafamiliar⁹⁵. Así mismo, publicaciones de ámbito nacional alertaron sobre situaciones de vulneración de derechos especialmente en personas con demencia que viven en sus domicilios y en centros residenciales⁹⁶.

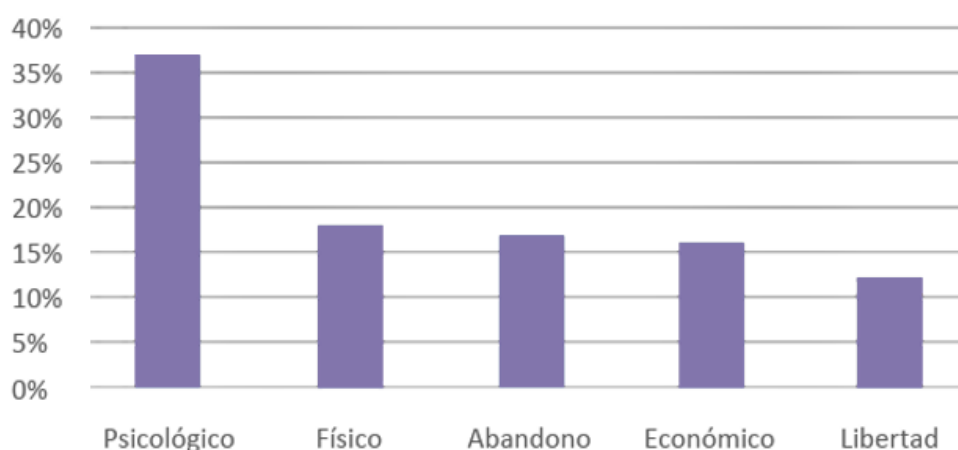
En Andalucía, la notificación de las situaciones de abuso y maltrato a las personas mayores se puede realizar a través del Teléfono de Atención a las Personas Mayores. En 2020, se atendieron a través de este teléfono 5.621 llamadas, un 41,65% de las cuales fueron notificaciones de situaciones de riesgo de maltrato o abandono a una persona mayor.

El 80% de las notificaciones de riesgo de abuso o maltrato referían situaciones ocurridas en el entorno familiar y el 20% restante, en los centros residenciales o centros de día de personas mayores. Un 40,2% fueron casos de negligencia o abandono y un 22,7% situaciones de maltrato psicológico. En los casos de maltrato en entorno familiar, el 75,4% las víctimas eran mujeres, mientras que en el ámbito institucional, los casos de maltrato a mujeres representaban el 59,1%. En el 52% de los casos de abuso o maltrato la víctima era una persona de 80 o más años.

Otro recurso para la notificación de estas situaciones es el Teléfono contra el Abuso y Maltrato a las Personas Mayores de la Confederación Estatal de Mayores Activos (CONFEMAC). A través de este teléfono se registraron en 2021 a nivel nacional 491 casos de maltrato, el 60,7% en mujeres, 76,7% en entorno familiar y 36,9% maltrato de tipo psicológico (Imagen 33).



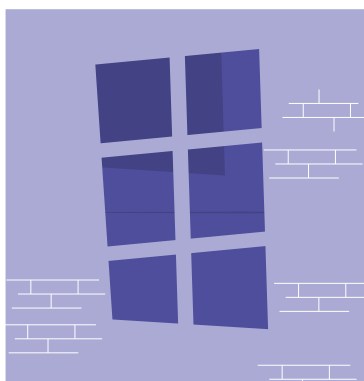
Imagen 33. Casos atendidos en el teléfono contra el abuso y maltrato a las personas mayores por tipo de maltrato



Fuente: Pérez V, Leal E, Pinzón S, Navarro B. Estudio de las causas implicadas en las actuaciones de maltrato a las personas mayores y propuestas de actuación. CONFEMAC, 2021

Por otra parte, en 2019 el Ministerio de la Presidencia, Relación con las Cortes e Igualdad presentó el estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género⁹⁷. Sin embargo, no se disponen aun de datos de la relación entre demencia y violencia de género, siendo este un tema emergente de investigación.

🕒 Prestaciones económicas y servicios de atención a la dependencia



El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia busca la permanencia de las personas en situación de dependencia en su entorno habitual el mayor tiempo posible, en coherencia con sus necesidades y preferencias. Entre la población beneficiaria de estas prestaciones se encuentran las personas con demencia.

Según los datos del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, en 2021 fueron beneficiarias de prestaciones económicas 82.833 personas, de las que el 51,4% son mujeres.

Entre las prestaciones económicas otorgadas se encuentran:

1. La prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a personas cuidadoras no profesionales (PECEF) se reconoce, con carácter excepcional, con el fin de contribuir a la cobertura de los gastos derivados de la atención prestada, cuando una persona en situación de dependencia está siendo atendida por alguna persona de su entorno familiar o afectivo y lleva haciéndolo de forma continuada en el tiempo. Además, han de reunirse determinados requisitos de acceso a la prestación, que afectan a la vivienda y a la persona que cuida. La prestación tiene carácter excepcional, por lo que únicamente se reconoce cuando no es posible la prestación de un servicio adecuado, debido a la inexistencia de recursos públicos o privados acreditados. En 2021 recibieron esta prestación 78.485 personas.

2. La prestación económica vinculada al servicio (PEVS), que se reconoce únicamente cuando no es posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado, de la que son beneficiarias 4.334 personas.
3. La prestación económica de asistencia personal (PEAP), con la finalidad de contribuir a la promoción de la autonomía de la persona, facilitando el acceso a la educación y al trabajo, así como a una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria. Esta prestación la reciben 14 personas (Tabla 16).

Tabla 16. Prestaciones económicas para personas en situación de dependencia en 2021

Provincia	Cuidado en entorno familiar				Vinculada al servicio				Asistente personal			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Almería	3.371	52%	3.103	48%	93	33%	186	67%	0	0%	0	0%
Cádiz	5.828	51%	5.655	49%	48	18%	218	82%	0	0%	0	0%
Córdoba	3.333	51%	3.256	49%	81	21%	304	79%	1	50%	1	50%
Granada	3.687	52%	3.397	48%	237	23%	784	77%	1	50%	1	50%
Huelva	2.906	52%	2.691	48%	46	42%	63	58%	0	0%	0	0%
Jaén	3.587	45%	4.384	55%	267	28%	682	72%	0	0%	0	0%
Málaga	7.665	49%	7.964	51%	168	20%	675	80%	2	50%	2	50%
Sevilla	8.824	50%	8.835	50%	102	21%	380	79%	2	33%	4	67%
Andalucía	39.201		39.285		1.042		3.292		6		8	

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2022

En cuanto a los servicios:

El Servicio de Teleasistencia Avanzada consiste en la atención directa y personalizada ante situaciones de emergencia, inseguridad, soledad o aislamiento, a través de profesionales especializados que proporcionan los apoyos necesarios, movilizandolos recursos más adecuados para cada caso. En 2021, recibieron Servicios de Teleasistencia Avanzada 11.484 personas, 81,7% mujeres (Tabla 17).

El Servicio de Ayuda a Domicilio incluye actuaciones preventivas, educativas, rehabilitadoras y de atención a las personas con dificultades para permanecer o desenvolverse en su medio habitual, mediante personal cualificado y supervisado. En 2021 recibieron Servicios de Ayuda a Domicilio para personas en situación de dependencia en Andalucía 123.373 personas, 72,3% mujeres.

Los servicios de centro de día que ofrecen una atención integral a las personas en situación de dependencia mediante servicios de manutención, apoyo a las actividades de la vida diaria y acompañamiento a personas mayores y personas con discapacidad. En 2021, recibieron Servicios de Centro de Día 12.722 personas en Andalucía, 52,2% mujeres.

Tabla 17. Servicios para personas en situación de dependencia en 2021

Provincia	Teleasistencia			
	Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%
Almería	141	21%	544	79%
Cádiz	209	15%	1.148	85%
Córdoba	187	17%	890	83%
Granada	390	22%	1.395	78%
Huelva	108	20%	443	80%
Jaén	302	21%	1.160	79%
Málaga	357	19%	1.552	81%
Sevilla	403	15%	2.255	85%
Andalucía	2.097		9.387	

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2022

Los servicios de atención residencial dan cobertura a las necesidades de atención continuada de las personas en situación de dependencia. Uno de los principales retos del sector está en el cambio de orientación del modelo asistencial hacia la Atención Centrada en la Persona. En 2021, recibieron Servicios de Atención Residencial en Andalucía 25.784 personas, 60,7% mujeres (Tabla 18).

Tabla 18. Servicios para personas en situación de dependencia en 2021

Provincia	Ayuda a domicilio				Centro de día				Atención residencial			
	Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres		Hombres		Mujeres	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Almería	2.961	29%	7.316	71%	480	45%	578	55%	964	37%	1.634	63%
Cádiz	3.195	27%	8.663	73%	1.131	50%	1.128	50%	1.424	41%	2.036	59%
Córdoba	4.324	29%	10.633	71%	621	49%	646	51%	1.326	39%	2.091	61%
Granada	5.715	29%	13.687	71%	885	43%	1.183	57%	1.258	42%	1.765	58%
Huelva	2.925	27%	8.020	73%	294	44%	368	56%	761	41%	1.083	59%
Jaén	4.569	28%	11.535	72%	441	45%	540	55%	1.127	38%	1.801	62%
Málaga	4.517	27%	12.449	73%	900	50%	892	50%	1.411	40%	2.081	60%
Sevilla	5.992	26%	16.872	74%	1.328	50%	1.307	50%	1.862	37%	3.160	63%
Andalucía	34.198		89.175		6.080		6.642		10.133		15.651	

Fuente: Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía, 2022

🕒 Reconocimiento de la discapacidad

En Andalucía, 13.355 personas con diagnóstico de demencia tienen el reconocimiento de discapacidad. El 93% de ellas tienen diagnóstico de enfermedad de Alzheimer (4.058 hombres y 8.374 mujeres) y el 17% tiene diagnóstico de otras demencias (543 hombres y 380 mujeres).

El 93% de las personas con discapacidad reconocida derivada de las demencias tiene 65 años o más. El 73,6% de ellas tiene reconocido un grado de discapacidad superior al 75%. El 65,6% son mujeres (67,4% en enfermedad de Alzheimer y 41,2% en otras demencias). El mayor número de personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias con discapacidad reconocida tienen su domicilio en las provincias de Sevilla (3.624 personas) y Cádiz (2.435).

Confederación Andaluza de Alzheimer y otras Demencias

Las Asociaciones de Alzheimer y otras Demencias, son una iniciativa de familiares y personas que han tenido la experiencia de cuidar a personas con enfermedad de Alzheimer que se unen para apoyar a otras personas que están en situación similar.

Desde el año 2002 la Junta de Andalucía impulsó en el marco del Decreto 137/2002, de Apoyo a las Familias Andaluzas, el Plan Andaluz de Alzheimer, que tiene continuidad en los años siguientes bajo diferentes formatos, pero siempre contando con la participación y colaboración del movimiento asociativo Alzheimer, primero como Federación y, finalmente, como Confederación. En 2017, se realizó una evaluación y una adenda, donde se plantean una serie de retos de futuro, que constituyen las bases y orientaciones fundamentales para el desarrollo de la Estrategia Alzheimer hasta el año 2020.

Las Asociaciones de Familiares en Andalucía desarrollan un papel imprescindible en la divulgación, apoyo y sensibilización sobre esta enfermedad. Además, mantienen un contacto directo con las personas afectadas, familiares y personas que cuidan, convirtiéndose en interlocutores idóneos para canalizar y orientar a las Administraciones públicas acerca de cómo ofertar servicios sociales y sanitarios que den respuesta a sus necesidades.

La Confederación Andaluza de Alzheimer y otras Demencias está formada por 124 asociaciones de familiares, 85,4% de las cuales son centros sanitarios, con 20.576 personas asociadas (69% mujeres), estableciendo una extensa red de movimiento asociativo por todo el territorio andaluz. A través de cada persona asociada reciben información, formación y asesoramiento al menos 4 familiares que de forma indirecta están siendo atendidos. En 2022 fueron atendidas 82.344 personas. Desempeñan su labor en las Asociaciones de Familiares 1.576 profesionales (82,2% mujeres) y colaboran de manera voluntaria otras 1.739 personas (74,5% mujeres).

Según los servicios que ofrecen se catalogan en tres tipos de asociaciones, siendo considerados centros sanitarios los tipo II y I:

- **Tipo I**, además de los servicios de las tipo II, ofrecen unidades de estancia diurna, programas de respiro, estancia temporal y atención residencial.
- **Tipo II**, además de los servicios de las tipo III, ofrecen servicios de atención psicológica y social individual, formación y, opcionalmente, ayudas técnicas y servicios de ayuda a domicilio.

- **Tipo III**, ofrecen servicios de información y asesoramiento y cuentan con servicios de divulgación y sensibilización. Como servicios opcionales, algunas cuentan con grupos de ayuda mutua, habitualmente dirigidos por las propias personas familiares o profesionales voluntarios.

Una de las actuaciones más innovadoras de la Confederación es la implantación del protocolo de estimulación cognitiva apoyado en tecnologías de la información y la comunicación. En este programa, la valoración reglada de la función cognitiva y la consecuente prescripción personalizada de un entrenamiento cognitivo intensivo para el abordaje no farmacológico de los déficits cognitivos y/o funcionales. Dicha terapia es realizada y supervisada por equipos de profesionales con formación en psicología experta en cognición y/o neuropsicología.

Para garantizar la accesibilidad al entrenamiento cognitivo en zonas rurales y municipios de menos de 10.000 habitantes, desde el año 2021 se ha extendido el ámbito de actuación de las asociaciones a aquellas poblaciones que carecen de sede, mediante la formación para el tutelaje de profesionales de los centros Vuela Guadalinfo bajo supervisión de los profesionales de las asociaciones más cercanas.

Desde noviembre de 2020 y hasta la finalización del año 2022, 3.712 personas se habían beneficiado del entrenamiento cognitivo.

Otra de sus actuaciones aborda el grave problema de las desapariciones de las personas con demencia. La intervención de la Confederación en este campo impulsa la intervención interinstitucional y de ámbito local, con la participación de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, los servicios de Emergencia y Protección Civil y los equipos profesionales de Atención Primaria, Servicios Sociales Comunitarios y Servicios de Ayuda a Domicilio.

Federación Andaluza de Asociaciones Síndrome de Down (Down Andalucía)

La Federación se constituye para aunar los esfuerzos de todas las Asociaciones para el Síndrome de Down, presentes en todas las provincias andaluzas, aglutina a 17 asociaciones.

Estudios de los últimos años han indicado la mayor probabilidad de las personas con Síndrome de Down de desarrollar un envejecimiento prematuro, con un alto riesgo de predisposición a la Enfermedad de Alzheimer debido, entre otras causas, a razones de naturaleza neurobiológica. Se ha indicado que una de cada tres personas con Síndrome de Down mayores de 40 años podría tener un deterioro cognitivo añadido a la Discapacidad Intelectual.

En 2022 se comenzó a implantar el programa de estimulación cognitiva por ordenador a las personas con Síndrome Down adultas en riesgo de presentar formas preseniles de Enfermedad de Alzheimer. La evaluación cognitiva reglada inicial, en estas asociaciones, se ha realizado con la “Prueba de Exploración Cambridge para la Valoración de los Trastornos Mentales en Adultos con Síndrome de Down o con Discapacidad Intelectual-CAMDEX-DS” para Adultos con Síndrome de Down mayores de 35 años.



DETECCIÓN PROBLEMAS, NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

Los problemas, necesidades y expectativas de las personas afectadas, familiares, personas que cuidan, profesionales de los servicios sociales y sanitarios y representantes de otros sectores se recogieron a través de 11 grupos de discusión en los que participaron 61 personas.

Las reuniones de estos grupos fueron grabadas, previo consentimiento por parte de las personas participantes, transcritas y analizadas para identificar los problemas, necesidades y propuestas de acción desde la perspectiva de cada una de las personas participantes.



GRUPO 1.

PERSONAS CON DETERIORO COGNITIVO O DEMENCIA

La queja cognitiva es un elemento clave en la detección precoz de la enfermedad. Las personas afectadas reconocen los signos de alarma y acuden a atención primaria para dar inicio al proceso asistencial. En ese momento se enfrentan al primer problema: **el retraso en el diagnóstico.**

La necesidad de información acerca de los recursos disponibles y del propio proceso asistencial es un elemento clave y muy relevante para las personas afectadas y sus familias. Una vez realizado el diagnóstico y la prescripción farmacológica correspondiente, aparece la necesidad de un seguimiento personalizado, que en ocasiones no se tiene.

Señalan además la falta de coordinación entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, así como entre estos profesionales y los equipos de servicios sociales.

También se identifican las dificultades de financiación que tienen las asociaciones y la repercusión económica que supone su atención. Otro problema importante que surge en el discurso de las personas afectadas es el estigma social que tiene la enfermedad.

Finalmente, hacen referencia a la **necesidad de investigación** en este campo.



GRUPO 2.

FAMILIARES Y PERSONAS QUE CUIDAN

Uno de los principales problemas de las personas cuidadoras es la **falta de información**. En su discurso, las personas cuidadoras hacen explícita la necesidad de **comprender** el curso de la enfermedad, **aprender** a cuidar y **recibir apoyos** en cada una de sus fases.

Refieren la necesidad de la detección precoz y la posibilidad de realizarla en los centros de personas mayores, no solo en las consultas de Atención Primaria. En este sentido, uno de los problemas más importantes que identifican es el retraso en el diagnóstico y la falta de profesionales de neurología que puedan realizarlo.

Expresan la falta de claridad respecto al proceso asistencial, tanto en Atención Primaria como en las derivaciones a Neurología y la falta de seguimiento.

Según las personas cuidadoras, los recursos actualmente disponibles no son suficientes para cubrir las necesidades asistenciales de las personas con demencia. Las familias se ven obligadas a aportar económicamente y gestionar los apoyos de forma particular.

Las personas cuidadoras no consideran que la alternativa sea la institucionalización, pero sí reconocen la ayuda que suponen los centros de día.

Respecto a las voluntades anticipadas, las personas cuidadoras ponen énfasis en la dificultad de su tramitación y hacen explícita la necesidad de apoyo por parte de las asociaciones.

Ponen especial énfasis en el estigma asociado a la enfermedad que condiciona el trato que reciben en la propia consulta.



GRUPO 3.

REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES

El discurso de las asociaciones pone especial atención a la necesidad de mejorar la **prevención y la detección precoz** del deterioro cognitivo en atención primaria y **evitar el edadismo.**

El principal problema identificado por las asociaciones es el **retraso en el diagnóstico** y la necesidad de **formación específica** de los equipos profesionales en atención primaria para la detección precoz del deterioro cognitivo.

Se pone en evidencia la falta de unificación de criterios y el complejo recorrido que hace la persona antes de llegar al diagnóstico. Existen desigualdades territoriales en el acceso a pruebas diagnósticas y a la consulta de neuropsicología.

Describen la importancia de un entrenamiento cognitivo que realmente sea efectivo y la importancia de la figura de Enfermería Gestora de Casos para facilitar el proceso asistencial y contribuir al seguimiento y continuidad de la atención sanitaria.

Dejan claro el papel de las asociaciones, aunque reconocen las limitaciones que tienen y la necesidad de una fuerte coordinación con atención primaria.

Refieren la necesidad de abordar de forma integral las necesidades de la persona, no solo las exclusivamente sanitarias y la falta de recursos para dar respuesta a estas necesidades. También la necesidad de seguimiento interdisciplinar en el que se pueda compartir la información recogida en las asociaciones con los profesionales referentes en atención primaria.

Destacan las necesidades de cuidado que tienen las personas cuidadoras, los problemas que tienen para recibir atención y el trabajo coordinado que se puede hacer entre atención primaria y las asociaciones.

Otro elemento que surge en el discurso de las asociaciones es la necesidad de promover estilos de vida saludable para prevenir los factores de riesgo y desarrollar campañas para que la sociedad conozca el curso de la enfermedad y se elimine el estigma asociado.



GRUPO 4.

SERVICIOS SOCIALES COMUNITARIOS Y SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

Desde las Entidades Locales se reconoce que los recursos de apoyo a las personas con demencia y sus familias son insuficientes, que el personal auxiliar de los servicios de ayuda a domicilio **necesita formación y reconocimiento** de la importancia de su labor profesional.

Uno de los problemas que identifican es la **falta de un modelo de atención en los servicios de ayuda a domicilio** que dé respuesta a las necesidades de cuidado y apoyo a las personas afectadas y sus familias.

Defienden los beneficios de mantener a las personas afectadas en sus propios domicilios, pero reconocen la necesidad de adecuar el domicilio para conseguir un ambiente seguro y de apostar por los servicios de apoyo en este entorno.

Muestran la necesidad de una coordinación efectiva entre los servicios sociales y los servicios de atención primaria y hospitalaria. En este sentido, identifican a la Enfermería Gestora de Casos con un papel relevante.

Uno de los principales problemas que identifican las entidades locales es el retraso en la tramitación de las ayudas a la dependencia.

En su discurso reconocen las dificultades que tienen las familias para hacerse cargo del cuidado que necesita la persona afectada y sus necesidades de formación.

Respecto al diagnóstico, desde las Entidades Locales se reconoce que se podría hacer una detección precoz aprovechando los espacios de encuentro con personas mayores y los propios servicios de ayuda a domicilio.

Hacen referencia a la oportunidad que ofrecen los centros de día para prevenir la institucionalización, la necesidad de contar con servicios de ayuda a domicilio en tanto se tramita una plaza residencial.

Así mismo, destacan la oportunidad de contar con centros de participación activa para el abordaje de la prevención del deterioro cognitivo y la demencia.



GRUPO 5.

PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Una de las preocupaciones que manifiestan los profesionales de atención primaria es el **escaso soporte** que recibe la familia para el cuidado de la persona con demencia. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia tiene un **retraso importante para la concesión de las ayudas** que se suma al retraso en el diagnóstico.

La detección precoz se identifica como uno de los principales retos en este ámbito. Serán necesarias campañas de concienciación sobre la importancia de la salud cognitiva, la valoración y atención desde las fases iniciales del deterioro cognitivo y tener en cuenta el tiempo que requiere que la persona esté en disposición de aceptar el diagnóstico.

La atención integral de la persona con demencia desde la queja cognitiva hasta los cuidados paliativos va a estar contemplado dentro del Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo. Sin embargo, las terapias no farmacológicas como el entrenamiento cognitivo siguen sin estar contempladas en la cartera de servicios públicos.

Otro de los problemas en el proceso asistencial a personas con demencia está en la falta de instrumentos para el cribado y la detección precoz de la enfermedad, así como de conocer la capacidad real que Atención Primaria puede tener para realizar estos procedimientos.

Destacan la importancia de un seguimiento protocolizado que incluya la revisión periódica de la medicación ya que en fases avanzadas es necesaria la deprescripción de fármacos que no están indicados para estas fases.

Es importante igualmente el manejo de fármacos ante la presencia de síntomas conductuales y la implicación de la familia y de la persona que cuida en estos aspectos.

Expresan con claridad la escasa coordinación sociosanitaria y la falta de contacto directo entre los equipos de atención hospitalaria, atención primaria, atención residencial, centros de día y servicios sociales comunitarios. A esta falta de coordinación se añade la falta de formación específica a estos equipos profesionales sobre deterioro cognitivo, demencia y síntomas conductuales y psicológicos asociados.



GRUPO 6.

PROFESIONALES DE ATENCIÓN HOSPITALARIA

El primer problema que refiere este grupo es el **retraso en el diagnóstico** de la demencia y la posibilidad de contribuir al diagnóstico precoz desde los equipos de salud mental. Sin embargo, evidencian una **falta de concreción del papel de Atención Primaria y de cada una de las especialidades hospitalarias en el diagnóstico, tratamiento y seguimiento** de la persona con demencia.

Parece indispensable un cribado inicial que favorezca una derivación más adaptada a la complejidad en el diagnóstico y en el proceso asistencial.

La propuesta de creación de unidades funcionales es controvertida. En el grupo surge como una alternativa, pero la experiencia previa ha mostrado que puede resultar con las mismas demoras que la derivación a especialistas.

Se pone énfasis en la necesidad de disponer de recursos básicos para garantizar la atención a las necesidades reales de la persona con demencia y de su familia, accesibles de forma equitativa en todo el territorio andaluz.

Otro elemento clave para mejorar la atención a las personas con demencia es la coordinación entre niveles asistenciales (atención primaria y hospitalaria) y con los centros residenciales para un adecuado seguimiento de las personas con demencia institucionalizadas.

Respecto a la valoración de la dependencia, el problema está en que ésta se centra en la pérdida de la capacidad funcional y no detecta las necesidades de apoyo de las personas con deterioro cognitivo que no haya afectado a las funciones ejecutivas.

Surge en este grupo la importancia de formar e informar a la familia sobre el proceso asistencial y sobre los recursos disponibles para la atención y el cuidado de la persona con demencia.

Reivindican también la necesidad de formación de los propios equipos profesionales para una atención más integral a las necesidades de la persona y de la familia y la formación específica en abordaje de la demencia para las especialidades hospitalarias involucradas en la atención.



GRUPO 7.

REPRESENTANTES DE SOCIEDADES CIENTÍFICAS

En este grupo se identifica claramente la **necesidad de coordinación** entre **atención primaria y atención hospitalaria**, por la complejidad de los cuidados que requieren las personas con demencia.

Destacan también el importante papel que desempeñan profesionales de enfermería en el diagnóstico precoz y en la **coordinación intersectorial e interniveles asistenciales** y la necesidad de un **plan de cuidados específico** para el ámbito hospitalario y que se facilite la coordinación entre distintas unidades asistenciales.

Se pone especial énfasis en la falta de tratamientos eficaces para modificar el curso de la enfermedad, la necesidad del diagnóstico precoz y certero de los distintos tipos de demencia y la necesidad de homogeneizar la atención que se presta tanto en el ámbito sanitario como en el social. Un aspecto clave en el proceso asistencial es el diagnóstico que tiene actualmente un retraso de dos años.

Otro elemento importante en el proceso asistencial es el seguimiento que requiere un enfoque multidisciplinar, especialmente en personas que tienen otras comorbilidades que deben ser atendidas de forma integral.

Para mejorar el seguimiento se propone la creación de unidades de referencia que agrupen las distintas especialidades relacionadas con el proceso asistencial, incluida neurología, geriatría, medicina interna, psiquiatría y atención primaria.

La teleconsulta se propone en estos casos como una forma de comunicación entre niveles asistenciales que puede disminuir las demoras, y agilizar la revisión y el seguimiento de la farmacoterapia, lo que resulta de especial interés en zonas rurales remotas. También puede ser una buena herramienta para la comunicación entre profesionales de atención primaria y atención hospitalaria, favoreciendo un enfoque integral del proceso asistencial.

Se destaca la importancia de la prevención del deterioro cognitivo a través del control de los factores de riesgo vascular y la necesidad de asegurar las transferencias entre niveles asistenciales y recursos sociosanitarios y de incluir un enfoque paliativo en los objetivos terapéuticos que garantice la planificación anticipada de decisiones.

Sobre la necesidad de revisión periódica de la medicación se ha puesto especial atención ya que en las fases más avanzadas de la demencia no solo no son eficaces los fármacos, sino que además tienen efectos que pueden empeorar la situación clínica de la persona.

La atención social a la persona con demencia es esencial para evitar la claudicación del cuidado tanto en el entorno familiar como cuando se requiere una atención residencial.



En la etapa de final vida, al igual que en otras etapas del curso de la enfermedad, las personas con demencia necesitan una atención integral y multidisciplinar en la que la coordinación y la comunicación interprofesional es esencial. Sin embargo, faltan recursos y mecanismos para conseguir este tipo de atención. Es importante definir los criterios de inclusión en cuidados paliativos para las personas con demencia.

Respecto a la formación, se ha puesto de manifiesto la necesidad de actividades prácticas en el nivel local, orientadas al desarrollo competencial no solo en la gestión de la enfermedad, sino además en el ámbito de los cuidados cotidianos a la persona con demencia. Hacen falta también acciones de sensibilización profesional para que el manejo de la patología para que sea de interés para las distintas especialidades implicadas.

El manejo de los síntomas conductuales y psicológicos y la farmacoterapia son dos de las temáticas de mayor interés para los distintos perfiles profesionales que prestan cuidados y atienden a las personas con demencia.

En ese sentido, destaca la necesidad de formación de especialistas internos residentes para que puedan comprender la complejidad y la interdisciplinariedad de la atención a las personas con demencia.

Las sociedades científicas pueden además aportar buenas prácticas y difundirlas entre sus asociados para contribuir a la mejora de la atención integral de las personas con demencia y a la coordinación interprofesional e intersectorial.



GRUPO 8.

ENTRENAMIENTO COGNITIVO EN ASOCIACIONES Y CENTROS GUADALINFO

El primer problema que se pone de manifiesto en este grupo es la **falta de tiempo** y la **falta de recursos económicos** para la aplicación de las terapias no farmacológicas, entre ellas el entrenamiento y la estimulación cognitiva.

La escasa financiación disponible para la aplicación de este tipo de terapias obliga a la aportación por parte de la persona afectada o la familia y limita el alcance de esta intervención terapéutica. Las asociaciones cuentan con profesionales formados pero las subvenciones y contribuciones de las familias no son suficientes para contratar las horas de trabajo necesarias para una intervención efectiva.

Las terapias de estimulación cognitiva se deben planificar a partir de la historia de vida de cada persona y aprovechar las actividades cotidianas con sentido para el mantenimiento o la recuperación de las funciones cognitivas. La falta de tiempo hace que sea difícil conocer a la persona en profundidad para diseñar intervenciones personalizadas.

Refieren que actividades de estimulación y entrenamiento cognitivo son completamente heterogéneas entre las distintas asociaciones y que no todas las terapias no farmacológicas utilizadas cuentan con una evaluación de su efectividad.

Se pone en evidencia el retraso en el diagnóstico y la necesidad de coordinación con atención hospitalaria y atención primaria para un diagnóstico certero.

Destacan la formación como un elemento esencial para que el equipo profesional de las asociaciones pueda contribuir a la detección precoz y la intervención temprana. Proponen incluir la planificación de actividades cotidianas con sentido con una orientación terapéutica para el mantenimiento o la recuperación de funciones cognitivas que han sido valoradas previamente.



GRUPO 9.

ENTORNOS COMUNITARIOS PARA LA DETECCIÓN PRECOZ

Este grupo pone especial énfasis en el retraso en el diagnóstico, las **dificultades para la gestión de las ayudas** a la dependencia y las repercusiones que estos problemas tienen sobre la propia persona y su familia y la oportunidad de contar con otros recursos comunitarios para la detección precoz.

En los Centros de Participación Activa se identifica el potencial de detección precoz del deterioro cognitivo por la relación personal, de confianza y frecuente que establecen con las personas mayores. En ocasiones son las propias familias las que consultan en estos centros para iniciar el proceso asistencial.

Este grupo puso especial énfasis en:

- El retraso en el diagnóstico.
- Las dificultades para la gestión de las ayudas a la dependencia.
- Las repercusiones que estos problemas tienen sobre la propia persona y su familia.
- La oportunidad de contar con otros recursos comunitarios para la detección precoz.

Desde los Centros de Participación Activa se dispone de un servicio de catering a domicilio, que se reparte a personas mayores que viven solas. A través de este servicio se podría considerar un mayor campo para el cribado de deterioro cognitivo en entornos comunitarios, para lo que sería necesaria una formación específica del personal.

Los Centros Vuela Guadalinfo se muestran también como un recurso para la detección precoz del deterioro cognitivo en entorno comunitario, siempre que el personal reciba una formación específica y disponga de los instrumentos necesarios para llevarlo a cabo.

Estos centros disponen de talleres y actividades dirigidas a las personas mayores en los entornos más rurales donde no disponen de asociaciones ni otros recursos. A través de estos talleres se puede potenciar la detección precoz y, como ya se viene haciendo, el entrenamiento cognitivo dirigido desde asociaciones.

Otro punto de acceso frecuente es la farmacia comunitaria donde se detecta con facilidad el deterioro cognitivo y los cambios en la conducta de las personas usuarias habituales.



La farmacia comunitaria es un punto de atención sanitaria habitual en donde además de la dispensación de medicamentos se prestan servicios farmacéuticos y pruebas de cribado validadas.

Uno de estos servicios farmacéuticos es la revisión de la adecuación de la medicación en personas con demencia, la detección de alertas y la promoción del adecuado cumplimiento terapéutico a través de consejos y recomendaciones.

Ante la oportunidad de disponer de Centros de Participación Activa, Centros Vuela Guadalinfo y Farmacias Comunitarias como puntos de detección precoz del deterioro cognitivo en entorno comunitario, surge la necesidad de determinar claramente el proceso y los mecanismos de coordinación y comunicación entre los distintos profesionales implicados.

Lo más importante es disponer de un canal de comunicación efectivo que permita que los servicios que se presten en el entorno comunitario aporten valor al proceso asistencial y se hagan en comunicación con los equipos profesionales de Atención Primaria.

Desde estos mismos puntos de detección precoz en entorno comunitario se podrían realizar actividades preventivas y jugar un papel importante en el apoyo en el proceso asistencial, siempre de acuerdo a un protocolo claro de actuación y derivación.

Las Farmacias Comunitarias pueden participar del cribado, intervenir en la revisión de la adecuación del tratamiento prescrito y generar alertas.

Los Centros Vuela Guadalinfo pueden apoyar las sesiones de entrenamiento cognitivo con NeuronUp y los Centros de Participación Activa tienen un gran potencial de intervención aún por desarrollar, que podría iniciarse tanto con el apoyo al cribado como con el entrenamiento cognitivo.



GRUPO 10.

RESPONSABLES DE DIRECCIÓN DE CENTROS DE DÍA Y CENTROS RESIDENCIALES

Un aspecto importante que ha surgido en el discurso de este grupo es la necesidad de **prevención de la institucionalización** y de una coordinación sociosanitaria real. Se destacan los problemas que llevan al retraso en el diagnóstico desde la queja cognitiva y especialmente **el tiempo que se tarda desde la derivación hasta la primera consulta de neurología.**

Una gran dificultad está en los **retrasos derivados del concierto de plazas** con el sector público y en el ingreso, cuando la persona no ingresa voluntariamente.

Otro aspecto esencial es la diversidad de necesidades y perfiles de personas usuarias, especialmente en las fases más tempranas del deterioro cognitivo y por ello, la necesidad de contar con criterios unificados de intervención a lo largo del curso de la enfermedad.

Se pone especial énfasis en la necesidad de aplicar el enfoque de Atención Centrada en la Persona como modelo de atención en los centros residenciales y los centros de día. En ese sentido, destaca el uso de un instrumento como la historia de vida para el diseño del plan de atención y vida de la persona en un centro residencial.

La escasez de profesionales para el sector residencial y de centros de día es un problema que se ha agravado en los últimos años. Además de la escasez de profesionales, hacen falta perfiles esenciales que actualmente no están contemplados en las ratios de personal como neuropsicología, psicología, fisioterapia, terapia ocupacional. A esto se suma que las ratios de personal son claramente insuficientes para la atención a las personas con demencia si se comparan con las ratios aplicadas a personas con discapacidad. Y que todo el personal desde las direcciones de los centros, equipos técnicos, personal de atención directa y personal de soporte necesita formación para el abordaje de las demencias.

La financiación de los servicios en el sector no lucrativo sufre la escasez de subvenciones que le permitan ofertar servicios de calidad para la atención a las personas con demencia. Se defiende la necesidad de dignificar el sector de los cuidados mejorando las condiciones laborales y salariales del personal que desempeña su actividad profesional en este sector.



GRUPO 11.

REPRESENTANTES DE ASOCIACIONES DE PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL Y VULNERABILIDAD SOCIAL

Uno de los problemas que se ponen de manifiesto en este grupo es la **escasa visibilidad social y la falta de recursos para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento** de las personas con deterioro cognitivo y demencia en estos grupos de población especialmente vulnerables, condiciones muy prevalentes en esta población.

En estos subgrupos de población pueden encontrarse diversas dificultades a la hora de recibir una atención sanitaria adecuada. Algunos ejemplos pueden ser la falta de tarjeta sanitaria; la falta de seguimiento a largo plazo de patologías crónicas atendidas únicamente en los Servicios de Urgencias; la dificultad para las personas sin hogar de mantener la medicación en condiciones apropiadas; y dificultades similares en personas con adicciones, discapacidad o problemas de salud mental, entre otras.

Se ponen de manifiesto los problemas de atención que tienen las personas con patología dual que son derivadas de un servicio de salud mental a uno de adicciones sin conseguir una atención integral a su situación de salud. Al final hay un factor común que es la dificultad de la atención a personas con trastornos de conducta, discapacidad intelectual, adicciones y otras condiciones individuales para las que el personal de salud no está formado.

El deterioro cognitivo en personas con discapacidad intelectual es difícil de diagnosticar. Las pruebas de diagnóstico habituales no están adaptadas para abordar la gran diversidad de capacidades intelectuales, funcionales, cognitivas y adicciones. Se destaca la necesidad de equipos interdisciplinares, la necesidad de coordinación sociosanitaria y de formación para comprender los síntomas, signos y necesidades de las personas que tienen otras patologías y condiciones que aportan una mayor complejidad a su situación y necesidades de atención.

No hay protocolos estandarizados para hacer prevención, diagnóstico, tratamiento y seguimiento del deterioro cognitivo en estas patologías y condiciones previas.

Un reto que se pone de manifiesto en este grupo es el necesario cambio de modelo asistencial, la necesidad de promover la desinstitucionalización y la importancia de evaluar las intervenciones que se realizan para generar evidencia.

Otro problema que manifiestan es el de la financiación de la atención que lleva a cabo el tercer sector que no permite la flexibilidad necesaria para adecuar las intervenciones a las necesidades reales de las personas.

Finalmente, el grupo destaca la necesidad de hacer realidad la participación de las personas con demencia en todos los aspectos relacionados con su atención y cuidados, desde la planificación de las acciones a la evaluación.



DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

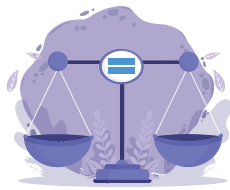
DIAGNÓSTICO ESTRATÉGICO

92



RETOS

De acuerdo con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, la Carta Social Europea, la Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea y la normativa estatal y autonómica relacionada, la demencia no puede servir de excusa para la vulneración de derechos fundamentales como:



La dignidad:

entendida como reconocimiento de la persona como un ser único, con su propia historia y proyecto de vida que debe ser respetado siempre, con independencia del grado de avance de la demencia o del entorno en el que recibe los cuidados.



La vida:

la demencia no solo destruye la calidad de vida de las personas afectadas, es además la tercera causa de mortalidad en personas mayores de 65 años, después de las enfermedades del aparato circulatorio y el cáncer. Los tratamientos farmacológicos en las etapas más avanzadas y las medidas de contención pueden convertirse en factores de riesgo de mortalidad.



La libertad:

limitada por el uso de sujeciones físicas y farmacológicas, los horarios de visita en los centros residenciales y las limitaciones de movilidad derivadas de la propia enfermedad.



La seguridad:

evitando las situaciones de abuso, maltrato, negligencia y explotación de la persona con demencia, la prevención de las desapariciones y la adaptación de los entornos para que sean seguros.

Existe una falta de conocimiento, conciencia y comprensión sobre las demencias y un déficit de participación de la propia persona afectada. Las personas con demencia siguen siendo miembros de pleno derecho de la sociedad a lo largo de toda su vida y necesitan recursos y apoyos específicos para poder seguir ejerciendo este derecho.

Las personas con demencia deben elegir libremente su estilo de vida y sus decisiones deben ser respetadas por sus familiares y quienes les prestan apoyo y cuidados. En todas las circunstancias, las personas tienen derecho a participar en las decisiones que les afectan.

En personas con demencia y especialmente en sus fases más avanzadas, el aseguramiento de los derechos requiere el establecimiento de mecanismos que permitan anticipar sus decisiones y prestar el acompañamiento, los cuidados y la atención social y sanitaria necesaria de acuerdo con sus propios valores, creencias y preferencias.

Derivados del contexto político y estratégico

La demencia supone un grave problema de salud pública porque tiene un efecto devastador sobre las personas que la padecen, afecta de forma muy importante a su entorno más cercano por la sobrecarga y la pérdida económica que suponen las tareas del cuidado y comporta una enorme carga económica para los sistemas de protección social.

La atención a la demencia supone un gasto medio anual inasumible para la persona cuidadora, quien además suele tener una importante pérdida económica por la reducción de la jornada laboral necesaria para ocuparse del cuidado.

La investigación en demencia es primordial para determinar las causas, avanzar en la prevención, la detección precoz y el tratamiento.

Derivados de la situación sociodemográfica

La incidencia y la prevalencia de la demencia seguirán aumentando debido al progresivo envejecimiento de la población. Al mismo tiempo que aumenta la demanda de cuidados de larga duración disminuye la población en disposición de cuidar.

Asociado al envejecimiento poblacional, la emancipación de los hijos y la viudedad, los hogares unipersonales y los hogares de parejas sin hijos continúan aumentando. En consecuencia, aumenta el número de personas mayores solas, de las que 7 de cada 10 son mujeres.

Derivados de la situación epidemiológica

La demencia está infradiagnosticada y se diagnostica habitualmente en fases avanzadas.

La intervención sobre los 12 factores de riesgo potencialmente modificables (traumatismo craneoencefálico, problemas de audición, diabetes mellitus, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, depresión, sedentarismo, aislamiento social, contaminación atmosférica y bajo nivel educativo) es una de las alternativas más eficaces para la prevención de la demencia y la reducción de su incidencia.

Derivados de la organización y los recursos

La respuesta a las necesidades de las personas con demencia conlleva una reorientación de los servicios y un cambio de enfoque de los sistemas de salud y de servicios sociales centrados en la enfermedad y en las necesidades organizativas para orientarlos hacia las personas.

Es fundamental avanzar hacia la progresiva implantación de modelos de Atención Centrada en la Persona y los mecanismos que favorezcan el aseguramiento de los derechos y el buen trato hacia las personas con demencia.

La atención a la demencia requiere la participación de equipos interdisciplinarios formados para la prevención y el abordaje específico del deterioro cognitivo y la demencia.

El Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo puede ser un instrumento útil para disminuir la importante variabilidad encontrada en la atención a las personas con deterioro cognitivo y demencia.

Este proceso asistencial contempla desde la valoración inicial en personas con sospecha de deterioro cognitivo, la valoración clínica, neurológica, funcional y social de la persona afectada y la persona que cuida, hasta el plan de cuidados y el tratamiento en el ámbito sanitario.

Los procesos asistenciales para la atención a las personas con demencia que se articulan desde el ámbito sanitario se deben articular con los protocolos y actuaciones específicas en los ámbitos de servicios sociales comunitarios y especializados, el sector asociativo y el ámbito comunitario, así como con los planes de cuidados paliativos.

No están estandarizados instrumentos, guías y protocolos basados en la evidencia para la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento de personas con demencia en los ámbitos de actuación de los servicios sociales: servicios de ayuda a domicilio, servicios sociales comunitarios, centros de participación activa, centros de día y centros residenciales.

Es necesario incrementar y actualizar, en su caso, la documentación relativa a guías y protocolos para el diagnóstico y la atención a las personas sin hogar, personas con discapacidad intelectual, adicciones, enfermedad mental, trastornos de conducta y otras demencias, dado que estas circunstancias pueden aumentar la complejidad asistencial.



PRIORIDADES

A partir del análisis de situación y del análisis de los problemas y necesidades identificados surgen las siguientes prioridades estratégicas:

- 1 Es necesario impulsar un cambio cultural que involucre al conjunto de la sociedad y permita a las personas con deterioro cognitivo y demencia alcanzar las máximas oportunidades de participación en los asuntos de su interés como ciudadanía activa de pleno derecho.
- 2 Es imprescindible un cambio en el modelo de atención a las personas con deterioro cognitivo y demencia articulado sobre la base de una sólida coordinación sociosanitaria que sea efectiva a través de los recursos asistenciales sanitarios y de servicios sociales.
- 3 La prevención del deterioro cognitivo requiere una intervención individual y comunitaria que actúe sobre los factores de riesgo y favorezca la permanencia de las personas en su entorno habitual.
- 4 Es urgente disponer de un procedimiento de detección precoz del deterioro cognitivo que pueda ser utilizado en Atención Primaria y en el ámbito comunitario a través de los Centros de Participación Activa, Centros Vuela Guadalinfo y Farmacias Comunitarias.
- 5 Es preciso resolver los problemas que conducen al retraso en el diagnóstico y al infradiagnóstico, a la vez que establecer protocolos claros que garanticen el registro de los casos, la integración de la salud digital y la información a la persona afectada y a su familia.
- 6 Es primordial facilitar el acceso a las terapias no farmacológicas que han demostrado su eficacia en el mantenimiento y la recuperación de funciones cognitivas, mejorando los recursos asistenciales disponibles en centros de servicios sociales y sector asociativo.
- 7 Es indispensable la implantación del Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo que garantice el abordaje del deterioro cognitivo y la demencia adaptado a las necesidades y preferencias de cada persona y basado en la mejor evidencia científica disponible.
- 8 El aseguramiento de los derechos y el buen trato a las personas con demencia en centros de día y centros residenciales necesita un profundo cambio de modelo bajo el enfoque de Atención Centrada en la Persona articulado en unidades de convivencia y con ratios de personal ajustados a sus necesidades.
- 9 Las personas con diversidad funcional y en situación de vulnerabilidad social necesitan procesos asistenciales diferenciados en los que se tenga en cuenta la complejidad sociosanitaria derivada de sus condiciones específicas.
- 10 La atención a las personas con deterioro cognitivo y demencia requiere un importante esfuerzo de formación de las propias personas afectadas, las personas que cuidan y los equipos profesionales que desde el ámbito social y sanitario les prestan cuidados.

The background is a deep blue color with numerous abstract, brushstroke-like shapes in various shades of blue and purple. These shapes are scattered across the page, creating a dynamic and textured effect. The central text is white with a dark blue outline, making it stand out prominently.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

objetivo 1

Impulsar un **cambio cultural** que involucre al conjunto de la sociedad, que permita a las personas con demencia alcanzar las máximas oportunidades de **participación como ciudadanía activa de pleno derecho**.

objetivo 2

Establecer los mecanismos necesarios para una **coordinación socio-sanitaria efectiva que garantice** la continuidad asistencial y la mejor atención en los centros de servicios sociales y sanitarios.

objetivo 3

Diseñar intervenciones individuales y comunitarias para la promoción de la salud cognitiva y a la prevención del deterioro cognitivo que actúen sobre los factores de riesgo identificados.

objetivo 4

Impulsar la **investigación y la innovación en técnicas de detección precoz** para hacerlas accesibles a todas las personas a través de dispositivos y recursos comunitarios.

objetivo 5

Definir e implantar un **proceso asistencial** frente al deterioro cognitivo y la demencia **adaptado a las necesidades y preferencias de cada persona** y basado en la mejor evidencia científica, que integre la protección, prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, e involucre al sector social, al sector sanitario, a los recursos comunitarios y al sector asociativo.

OBJETIVOS ESTRATÉGICOS

98

objetivo 6

Facilitar el acceso a las terapias no farmacológicas que han demostrado su eficacia en el mantenimiento y la recuperación de funciones cognitivas, mejorando los recursos asistenciales disponibles en centros de servicios sociales y sector asociativo.

objetivo 7

Avanzar en el cambio de modelo de atención y cuidados en el ámbito residencial y de centros de día bajo un **enfoque de Atención Centrada en la Persona** que favorezca el aseguramiento de los derechos y el buen trato a las personas con demencia

objetivo 8

Formar a profesionales de los servicios sociales y sanitarios en el abordaje integral del deterioro cognitivo y la demencia respetando la dignidad de la persona y promoviendo su autonomía y su bienestar.

objetivo 9


Formar a profesionales, familiares y personas que cuidan, sobre los aspectos clave del cuidado a personas con demencia, **promover su salud y su bienestar** y establecer mecanismos que permitan **dignificar el cuidado**.

objetivo 10

Promover la investigación y la innovación en la generación de servicios adaptados a las necesidades de las **personas con diversidad funcional y en situación de vulnerabilidad social** que tienen deterioro cognitivo o demencia.

objetivo 11

Integrar la salud digital como **motor de transformación e innovación** en el modelo de atención a las personas con Alzheimer y otras demencias.

The background features a dynamic, abstract pattern of brushstrokes in various shades of blue and purple, creating a sense of movement and depth. The strokes are thick and expressive, overlapping to form a complex, organic texture.

LÍNEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES

LÍNEA 1



Sensibilización, concienciación y adaptación de la sociedad a las demencias

Esta línea pretende impulsar un cambio cultural de percepción, respeto y consideración hacia las personas con deterioro cognitivo y demencia y sus familias. Este cambio cultural involucra al conjunto de la sociedad y busca favorecer la permanencia de las personas con demencia en su entorno cercano y natural el mayor tiempo y con la mayor autonomía y calidad de vida posible. Se trata de luchar contra las situaciones de estigma, rechazo y trabajar para conseguir entornos amigables, integradores y accesibles que ofrezcan las mejores oportunidades de participación a las personas con demencia como ciudadanos y ciudadanas de pleno derecho.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO1	1 Sensibilizar e informar a la población sobre el deterioro cognitivo y la demencia, evitando prejuicios, estigmatización y estereotipos.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Campaña de sensibilización a la población y a agentes sociales y profesionales sobre deterioro cognitivo y demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de centros de servicios sociales y sanitarios, asociaciones y centros comunitarios que participan en las campañas de sensibilización. » Número de personas que reciben mensajes de promoción de la salud cognitiva a través de las plataformas y redes sociales.
EO1	2 Fomentar la participación activa de las personas con deterioro cognitivo y demencia en su entorno.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de los mecanismos de participación para las personas afectadas. ○ Promoción e impulso del Panel de Expertos de Personas con Alzheimer (PEPA). 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de acciones emprendidas desde los servicios sociales, sanitarios y del sector asociativo que implica a las personas afectadas. » Número de acciones emprendidas desde los servicios sociales, sanitarios y del sector asociativo que implica a las personas incluidas en el PEPA.
EO1	3 Impulsar el voluntariado y fomentar el asociacionismo de ayuda mutua.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Campaña de promoción del voluntariado y el asociacionismo de ayuda mutua. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de centros que incorpora el voluntariado en centros de atención primaria, centros de participación activa, centros de día y centros residenciales
EO1	4 Promover entornos amigables para las personas con demencia en el ámbito domiciliario, comunitario y residencial.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de guías y protocolos para la promoción de entornos amigables para las personas con demencia. ○ Campaña de promoción de entornos amigables para las personas con demencia. ○ Distintivo de entornos amigables de personas con demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de guías y protocolos diseñados para la promoción de los entornos amigables para las personas con demencia. » Número de distintivos de entornos amigables de las personas con demencia otorgados.

LÍNEA 2



Promoción de la salud cognitiva, prevención, diagnóstico precoz y atención a la persona con demencia

Esta línea está orientada a la mejora de la atención integral, la coordinación y continuidad asistencial a la persona con deterioro cognitivo y demencia, con un enfoque de Atención Centrada en la Persona y una doble mirada a la persona afectada y la persona cuidadora.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO3 EO11	5 Promocionar estilos de vida saludables e integrar la mejor evidencia disponible sobre la salud cognitiva en todas las etapas de la vida.	<ul style="list-style-type: none"> ● Campaña de promoción de estilos de vida saludable y prevención del deterioro cognitivo. ● Actividades informativas de promoción de estilos de vida saludable en todas las etapas de la vida. ● Inclusión de la prescripción de activos en salud para las personas con Alzheimer y otras demencias en el proyecto de prescripción única dentro de los fondos del programa de sostenibilidad, mejora de la eficiencia y acceso equitativo al Sistema Nacional de Salud. 	<ul style="list-style-type: none"> » Realización de campaña de promoción de estilos de vida saludable y prevención del deterioro cognitivo. » Número de personas que reciben mensajes de promoción de la salud cognitiva a través de las plataformas y redes sociales. » Número de prescripciones de activos de salud realizadas.
EO3	6 Diseñar políticas de promoción del envejecimiento activo y saludable donde se refleje la salud cognitiva como parte esencial del proceso.	<ul style="list-style-type: none"> ● Campaña de promoción de la salud cognitiva. ● Reconocimiento a las mejores prácticas relacionadas con la salud cognitiva. ● Campaña de promoción de la prescripción de la web Alzheimer Andalucía y el teléfono Alzheimer 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de centros de servicios sociales y sanitarios, asociaciones y centros comunitarios que participan en las campañas de sensibilización. » Número de personas que reciben mensajes de promoción de la salud cognitiva a través de las plataformas y redes sociales.
EO3	7 Incorporar la prevención primaria de los factores de riesgo modificables para deterioro cognitivo en planes y estrategias de salud.	<ul style="list-style-type: none"> ● Actuaciones para disminuir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia en planes y estrategias de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de planes y estrategias en los que se ha incorporado la reducción del riesgo de deterioro cognitivo y demencia.
EO4	8 Incrementar la detección e intervención sobre los factores de riesgo modificables no vasculares del deterioro cognitivo y la demencia.	<ul style="list-style-type: none"> ● Inclusión de la detección e intervención sobre los factores de riesgo de deterioro cognitivo y demencia modificables no vasculares en los programas de envejecimiento saludable. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de instrumentos de detección e intervención sobre los factores de riesgo de deterioro cognitivo y demencia modificables no vasculares incluidos en los programas de envejecimiento saludable.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
E03	9 Identificar y difundir buenas prácticas en la prevención del deterioro cognitivo.	<ul style="list-style-type: none"> Creación y difusión de un catálogo de Buenas Prácticas en prevención del deterioro cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de buenas prácticas de prevención del deterioro cognitivo incluidas en el catálogo.
E05 E011	10 Implementar el Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo ² .	<ul style="list-style-type: none"> Aprobación del Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo. Diseño de un cuadro de mando para la monitorización de la implantación del proceso. Designación de un referente de unidad o centro para el seguimiento de indicadores definidos en el cuadro de mandos. Aplicación de la gobernanza en el diseño, el desarrollo e implantación de las soluciones de las tecnologías de la relación, la información y la comunicación (TRIC). 	<ul style="list-style-type: none"> » Aprobación del Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo. » Diseño de un cuadro de mando para la monitorización de la implantación del proceso. » Número de centros sanitarios que han designado un referente para la implementación y el seguimiento del Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo. » Porcentaje de soluciones TRIC implementadas por el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía incluidas en el plan director de sistemas de información.
E05	11 Asegurar la disponibilidad de la información necesaria que permita diseñar un Plan de Acción Personalizado (PAP)	<ul style="list-style-type: none"> Incluir a la persona con deterioro cognitivo y demencia en la identificación de paciente crónico complejo para la realización de la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) y el Plan de Acción Personalizado (PAP). 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de personas con deterioro cognitivo y demencias incluidos en la identificación de paciente crónico complejo, a los que se realiza la Valoración Integral Exhaustiva (VIE) y el Plan de Acción Personalizado (PAP).
E02	12 Promover la coordinación de los equipos profesionales de los servicios sociales y sanitarios para la gestión de la complejidad asistencial de las personas con demencia.	<ul style="list-style-type: none"> Diseñar planes de intervención conjunta entre los profesionales de referencia de los servicios sociales y sanitarios que dé respuesta a las necesidades de las personas afectadas y sus familias. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de personas con demencia que cuentan con un plan de intervención conjunta diseñado entre profesionales de referencia de los servicios sociales y sanitarios.

² Incidiendo especialmente en el diagnóstico precoz y certero en fases tempranas de la enfermedad, el abordaje terapéutico farmacológico y no farmacológico, la coordinación interniveles e intersectorial y el registro de enfermedades que ocasionan el deterioro cognitivo atendiendo a la Clasificación Internacional de Enfermedades.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
<p>EO6</p> <p>EO11</p>	<p>13</p> <p>Promover el uso de las tecnologías de la relación, la información y la comunicación (TRIC) para la atención a las personas con demencia y personas que cuidan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Seguimiento del programa de estimulación cognitiva en las entidades participantes. ○ Creación, activación y difusión de una línea telefónica de asesoramiento y atención disponible 24 horas todos los días del año. ○ Incorporación de soluciones de salud digital para mejorar la atención a las personas con deterioro cognitivo y demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de personas incluidas en los programas de estimulación cognitiva. » Número de llamadas atendidas. » Número de soluciones de salud digital disponibles para mejorar la atención de las personas con demencia.
<p>EO2</p>	<p>14</p> <p>Identificar las necesidades específicas de las personas con deterioro cognitivo y demencia y sus cuidadoras en otros planes y estrategias de salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Incorporación de medidas para identificar las necesidades de las personas afectadas y sus cuidadoras en otros planes y estrategias de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de planes y estrategias de salud en los que se han incorporado medidas para detectar necesidades de las personas afectadas y sus cuidadoras
<p>EO7</p>	<p>15</p> <p>Incorporar las necesidades de las personas con deterioro cognitivo y demencias en el modelo de atención sanitaria en centros residenciales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realización de la Valoración Integral Exhaustiva y Plan de Acción Personalizado a personas con deterioro cognitivo y demencia institucionalizadas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de personas mayores con deterioro cognitivo y demencia en centros residenciales con Valoración Integral Exhaustiva y Plan de Acción Personalizado.
<p>EO2</p> <p>EO7</p>	<p>16</p> <p>Mejorar la coordinación entre los servicios sanitarios y sociales, entidades locales y movimiento asociativo de su área de referencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Establecer acuerdos de coordinación específicos para la atención a personas con demencia entre los servicios sociales, sanitarios y el sector asociativo según la Estrategia de Coordinación Sociosanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de acuerdos establecidos para la coordinación en el desarrollo de intervenciones específicas en personas con demencia

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
<p>E04</p> <p>E07</p>	<p>17</p> <p>Impulsar la detección precoz y entrenamiento cognitivo a través de asociaciones y centros de servicios sociales y comunitarios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo de programas de detección precoz y entrenamiento cognitivo en asociaciones y centros de servicios sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de asociaciones y centros de servicios sociales que desarrollan programas de detección precoz y entrenamiento cognitivo. » Número de personas mayores que reciben entrenamiento cognitivo.
<p>E02</p> <p>E09</p>	<p>18</p> <p>Reforzar los programas orientados a la mejora de la salud y el bienestar de las personas que cuidan, familiares y profesionales de personas con demencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Desarrollo de programas de salud y bienestar para personas que cuidan. ○ Promoción de la Tarjeta + Cuidados en personas que cuidan de personas con demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de programas de salud y bienestar para personas que cuidan a personas con demencia. » Número de personas inscritas en los programas de mejora de la salud y el bienestar de las personas que cuidan a personas con demencia. » Número de personas afectadas y personas que cuidan a personas con demencia que disponen de la Tarjeta +Cuidados.
<p>E03</p> <p>E09</p>	<p>19</p> <p>Diseñar intervenciones para la prevención, detección precoz y atención de la sobrecarga de las personas que cuidan.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ Realización de intervenciones individuales o grupales para la prevención de la sobrecarga en las personas que cuidan. ○ Detección y abordaje de la sospecha de sobrecarga según el Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de intervenciones individuales o grupales dirigidas a la prevención de sobrecarga en las personas que cuidan. » Número de personas que cuidan con detección y plan de intervención de sobrecarga del cuidado.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO8	20 Trabajar de forma conjunta con el Plan de Cuidados Paliativos de Andalucía, para garantizar la continuidad de cuidados en fases avanzadas de las demencias.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diseño de los criterios de inclusión en cuidados paliativos en personas en fase avanzada de demencia y su aplicación en los centros residenciales y en el domicilio. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de centros residenciales que aplican de intervenciones paliativas en personas en fase avanzada de demencia según los criterios establecidos. » Número de personas con demencia con cuidados paliativos atendidas en el domicilio.
EO6	21 Promover el uso racional del medicamento y el abordaje no farmacológico en la atención a personas con deterioro cognitivo y demencia.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Aplicación de las recomendaciones establecidas en el documento de referencia para el uso racional del medicamento en el tratamiento específico para personas con demencia. ○ Indicación de tratamiento no farmacológico en personas con deterioro cognitivo y demencia. ○ Actividades de revisión supervisada y retirada de medicación en fases avanzadas promoviendo decisiones compartidas con la persona cuidadora. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de personas con deterioro cognitivo y demencia a las que se ha indicado un abordaje no farmacológico. » Porcentaje de personas con deterioro cognitivo y demencia en las que se ha revisado y retirado la medicación específica según el documento de referencia sobre uso racional del medicamento.
EO4	22 Promover el uso adecuado de biomarcadores para el diagnóstico temprano de la enfermedad de Alzheimer.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Inclusión de recomendaciones para el uso adecuado de biomarcadores en el Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo. ○ Disponibilidad de biomarcadores en todas las consultas y unidades especializadas según las recomendaciones del Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de consultas monográficas y unidades especializadas de neurología que disponen de biomarcadores. » Porcentaje de personas incluido en el Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo con realización de biomarcadores de manera adecuada.
EO2	23 Diseñar una organización de la atención sanitaria orientada a las personas con demencia.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de Unidades Funcionales de Atención a la Demencia en todos los hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con Servicio de Neurología. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de hospitales del Sistema Sanitario Público de Andalucía con Servicio de Neurología que han creado la Unidades Funcionales de Atención a la Demencia.

LÍNEA 3



Derechos, ética y dignidad de las personas afectadas, familias y personas que cuidan

Esta línea fomenta el reconocimiento y consideración de la sociedad hacia la labor de las personas que cuidan. Así mismo, esta línea busca fomentar la incorporación de la ética y la humanización en todas las actuaciones que se realicen desde los servicios sanitarios y sociales, las asociaciones y las entidades locales. Desde este enfoque, se busca promover el buen trato y el respeto a las decisiones de las personas con deterioro cognitivo y demencia, sus familias y personas que cuidan.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO6	24 Promover la disminución del uso de sujeciones físicas y farmacológicas a las personas con demencia.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades de promoción para la disminución del uso de sujeciones físicas y farmacológicas a las personas con demencia en domicilios, centros de día y centros residenciales. ○ Implantación de programas de eliminación de sujeciones en los centros residenciales. ○ Certificación de “Centro Libre de Sujeciones”. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de centros de día y centros residenciales que tienen en marcha programas de eliminación de sujeciones. » Número de centros residenciales acreditadas como centros libres de sujeciones.
EO1 EO2 EO7 EO9	25 Favorecer medidas orientadas a la humanización de la atención sanitaria a las personas con demencia y personas que cuidan ³ .	<ul style="list-style-type: none"> ○ Diseño de la Carta Andaluza de Derechos para personas con demencias que recoja las medidas necesarias para lograr el respeto y cumplimiento de derechos a dichos pacientes y familiares en el entorno asistencial. ○ Actividades de implantación a profesionales sanitarios y no sanitarios en humanización de la atención de las personas con demencias y personas que cuidan ○ Diseño y aplicación de instrumentos de valoración de la percepción de trato digno adaptados a personas con deterioro cognitivo y demencia 	<ul style="list-style-type: none"> » Publicación de la Carta Andaluza de Derechos para personas con demencias. » Percepción de trato digno de personas con demencia atendidas y personas que cuidan en entornos de urgencias, hospitalización y centros residenciales. » Cumplimiento de indicadores de trato digno en el Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo.
EO5 EO8	26 Implantar las recomendaciones sobre aspectos de humanización y ética en el proceso de atención.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptar, difundir e implantar contando con las personas con deterioro cognitivo y demencia las herramientas de Registro de Voluntad Vital Anticipada (VVA), la Planificación Anticipada de las Decisiones (PAD) y el catálogo de Formularios de Consentimientos Informados. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de personas con deterioro cognitivo y demencia que acceden al registro adaptado de Planificación Anticipada de Decisiones. » Número de personas con deterioro cognitivo y demencia que acceden al registro adaptado de Voluntades Vitales Anticipadas. » Número de formularios de consentimiento informado adaptados a las personas con deterioro cognitivo y demencia. » Número de centros disponibles para el asesoramiento en la cumplimentación del registro adaptado de Planificación Anticipada de Decisiones y la Voluntad Vital

3 Especialmente en entornos de urgencias, hospitalización y centros residenciales y en el Proceso Asistencial Integrado Deterioro Cognitivo.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO1	27 Crear protocolo de colaboración para la prevención y el abordaje de las desapariciones.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de un grupo de trabajo intersectorial para el diseño de un protocolo de colaboración para la prevención y el abordaje de las desapariciones. 	<ul style="list-style-type: none"> » Porcentaje de casos resueltos mediante una actuación coordinada entre los agentes implicados.
EO2	28 Elaborar e implantar un protocolo de colaboración para la promoción del buen trato y prevención del mal trato.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Creación de un grupo de trabajo intersectorial para la promoción del buen trato, la notificación e intervención en situaciones de abuso, maltrato o abandono de personas con demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de casos de abuso, maltrato y abandono en personas con deterioro cognitivo y demencia notificados. » Número de casos de abuso, maltrato y abandono atendidos mediante una actuación coordinada entre los agentes implicados. » Elaboración de un protocolo de colaboración para la promoción del buen trato y prevención del mal trato.
EO2	29 Promover la coordinación intersectorial para evitar la soledad no deseada en personas con deterioro cognitivo y demencia	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptación del protocolo de detección de personas en situación de soledad no deseada a las necesidades de las personas con deterioro cognitivo y demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Adaptación del protocolo de detección existente. » Porcentaje de centros sanitarios, sociales y del sector asociativo en donde se ha implantado el protocolo.

LÍNEA 4



Formación, investigación, innovación y sistemas de información

Esta línea pretende contribuir al desarrollo de competencias profesionales específicas para el abordaje de la atención a personas con demencias abarcando todas las etapas formativas (grado, postgrado y formación continuada), perfiles profesionales y personas que cuidan. Por otro lado, la complejidad y heterogeneidad de las demencias en su patogénesis, carga epidemiológica, búsqueda de nuevas dianas de tratamiento y nuevas herramientas de valoración y su infradiagnóstico abre un enorme campo de trabajo en investigación, innovación y sistemas de información que se abordan desde esta línea estratégica.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO8	30 Capacitar a los profesionales de la salud y de los servicios sociales en el abordaje integral de las personas con deterioro cognitivo y con demencia ⁴ .	<ul style="list-style-type: none"> Actividades formativas dirigidas a profesionales de la salud y de los servicios sociales sobre el abordaje integral de las personas con deterioro cognitivo y con demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de actividades formativas impartidas » Número de profesionales formados
EO8	31 Capacitar a las personas que cuidan en el abordaje integral de las personas con deterioro cognitivo y con demencia.	<ul style="list-style-type: none"> Actividades formativas dirigidas personas que cuidan sobre el abordaje integral de las personas con deterioro cognitivo y con demencia 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de actividades formativas impartidas » Número de profesionales y personas que cuidan formadas
EO8	32 Impulsar el desarrollo de competencias profesionales para el abordaje de las demencias en los programas de grado y la formación de Especialistas Internos Residentes.	<ul style="list-style-type: none"> Inclusión de competencias específicas para el abordaje de las demencias en los programas de grado y de Especialistas Internos Residentes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de grados en los que se han incluido competencias específicas para el abordaje del deterioro cognitivo y las demencias por universidad. » Número de acciones formativas para Especialistas Internos Residentes que incluyen competencias específicas para el abordaje del deterioro cognitivo y las demencias.
EO5	33 Apoyar estudios de efectividad de las intervenciones en cuidados para la mejora de la calidad de la atención a personas con demencias	<ul style="list-style-type: none"> Priorización de líneas específicas sobre efectividad de intervenciones para la mejora de la calidad de la atención a las personas con demencia en las convocatorias de financiación de investigación e innovación promovidas por la Consejería de Salud. Difundir buenas prácticas a partir de los resultados de la investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de convocatorias que han priorizado la investigación en efectividad de intervenciones para la mejora de la calidad de la atención a las personas con demencia. » Número de centros que implantan buenas prácticas a partir de los resultados de la investigación.

⁴ Incluyendo signos de alerta; diagnóstico precoz; uso racional del medicamento; terapias no farmacológicas; abordaje de comorbilidades y síntomas psicológicas y conductuales de la demencia; humanización de la atención; derechos y ética de las personas con demencia; comunicación de la noticia; cuidados; apoyo a la toma de decisiones; planificación eficaz de los cuidados, asesoramiento e implicación de personas que cuidan en la gestión de los cuidados

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO10	34 Apoyar la investigación de grupos básicos traslacionales y de grupos de investigación clínica sobre las causas, prevención y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Financiación a grupos básicos traslacionales sobre las causas, prevención y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. ○ Registro de nuevos grupos en Investiga+ 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de grupos de investigación activos. » Número de proyectos de investigación financiados. » Número de publicaciones científicas realizadas. » Número de grupos registrados en Investiga+.
EO10	35 Apoyar la participación de profesionales asistenciales y profesionales del sector asociativo en las redes de investigación ya existentes.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difusión sistemática de estudios de investigación en grupos de investigación existentes. ○ Registro de manifestaciones de interés de participación de profesionales asistenciales y del movimiento asociativo en grupos existentes. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de profesionales que se integran en las redes de investigación existentes. » Numero de acuerdos con el sector asociativo para su participación en los grupos de investigación existentes.
EO10	36 Fomentar la captación de recursos (públicos y privados) para la financiación de proyectos de investigación, optimizando los recursos disponibles atendiendo a criterios de calidad y racionalidad.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Identificación y difusión de fuentes de financiación específicas para la investigación en Alzheimer y otras demencias. ○ Apoyo a los grupos de investigación para la búsqueda de financiación. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de proyectos de investigación financiados. » Número de publicaciones realizadas.
EO10	37 Apoyar la investigación social sobre la repercusión de la demencia ⁵ .	<ul style="list-style-type: none"> ○ Establecimiento de mecanismos de coordinación con el Plan de Investigación e Innovación en Servicios Sociales. ○ Registro de grupos de investigación social en la plataforma de gestión de la I+D+i del Sistema Sanitario Público de Andalucía. ○ Financiación de proyectos a través de las convocatorias y fuentes disponibles. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de grupos de investigación activos. » Número de proyectos de investigación financiados. » Número de publicaciones científicas realizadas. » Número de grupos de investigación social incluidos en la plataforma.
EO10	38 Promover la donación de muestras biológicas neurológicas en biobancos ⁶ .	<ul style="list-style-type: none"> ○ Actividades de promoción de la donación, recogida, categorización, almacenamiento y preservación de muestras biológicas neurológicas en biobancos. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de muestras biológicas neurológicas recogidas. » Número de nodos de biobancos que promueven la donación, recogida, categorización, almacenamiento y preservación de muestras biológicas neurológicas.

5 en la persona afectada, la persona cuidadora y la sociedad, así como en la efectividad de los nuevos modelos asistenciales y de cuidados

6 Incluye la recogida, categorización, almacenamiento y preservación de muestras biológicas neurológicas en biobancos.

Objetivo Estratégico	Objetivo Específico	Acciones	Indicadores de resultado
EO10	39 Fomentar el diseño de instrumentos e intervenciones para abordar el deterioro cognitivo y la demencia en personas con diversidad funcional, problemas de salud mental, adicciones y/o vulnerabilidad social	<ul style="list-style-type: none"> ○ Adaptación de instrumentos e intervenciones en personas con deterioro cognitivo y demencia y diversidad funcional, problemas de salud mental, adicciones y/o vulnerabilidad social. ○ Formar a profesionales sanitarios, del ámbito social y de las asociaciones que atienden a personas con diversidad funcional, problemas de salud mental, adicciones y/o vulnerabilidad social en el uso de los instrumentos e intervenciones diseñadas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de instrumentos de diagnóstico e intervención adaptados a personas diversidad funcional, problemas de salud mental, adicciones y/o vulnerabilidad social. » Número de actividades formativas impartidas. » Número de profesionales formados.
EO10	40 Divulgar resultados de las líneas de investigación priorizadas entre los profesionales del Sistema Sanitario Público (SSPA) y el Sistema Público de Servicios Sociales de Andalucía (SPSSA).	<ul style="list-style-type: none"> ○ Difusión de resultados de investigación a través de la Biblioteca Virtual del Sistema Sanitario Público de Andalucía. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de publicaciones con resultados de investigación difundidas en el SSPA y el SPSSA.
EO6 EO10	41 Generar evidencia sobre la efectividad de las soluciones tecnológicas para la estimulación, el entrenamiento y la rehabilitación cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Evaluación del entrenamiento cognitivo asistido por ordenador y otras soluciones tecnológicas. ○ Realización de un estudio de efectividad del entrenamiento cognitivo asistido por ordenador y otras soluciones tecnológicas. 	<ul style="list-style-type: none"> » Número de programas de estimulación cognitiva disponibles en centros de día, centros residenciales y asociaciones. » Número de personas en entrenamiento cognitivo asistido por ordenador y otras soluciones tecnológicas. » Efectividad del entrenamiento cognitivo asistido por ordenador realizado en centros de día, centros residenciales y asociaciones.
EO10	42 Mejorar el registro de casos de personas con deterioro cognitivo y demencia y personas que cuidan.	<ul style="list-style-type: none"> ○ Promoción del registro de personas que cuidan en Centros Guadalinfo, centros de día y servicios de ayuda a domicilio. ○ Desarrollo de un censo de personas con deterioro cognitivo y personas que cuidan en atención primaria, con la colaboración del sector social que atiende a estas personas en diferentes dispositivos o centros. ○ Estimación de prevalencia e incidencia de factores de riesgo, deterioro cognitivo y demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> » Actualización de censos en atención primaria, con la colaboración del sector social. » Prevalencia de factores de riesgo de deterioro cognitivo o demencia. » Prevalencia e incidencia de deterioro cognitivo. » Prevalencia e incidencia de demencia por tipología.

The background of the image is a dark blue color, overlaid with numerous abstract, brushstroke-like shapes in various shades of blue and purple. These shapes are scattered across the entire page, creating a dynamic and textured effect. The central text is white with a dark blue outline, making it stand out prominently against the busy background.

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN

El seguimiento y la evaluación del Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias en Andalucía se enmarcan en el enfoque de gobernanza en las políticas públicas andaluzas y tiene como propósito principal establecer los mecanismos necesarios para determinar la importancia y cumplimiento de los objetivos estratégicos y de las acciones propuestas.

Se propone una evaluación participativa a través de la cual consolidar los mecanismos de coordinación y cooperación entre los distintos sectores y actores que prestan servicios a las personas con deterioro cognitivo y demencia en Andalucía.

El análisis de los datos se hará desagregado por sexo y grupos de edad para identificar las diferencias y diseñar intervenciones ajustadas a las necesidades específicas.



PERIODICIDAD

El seguimiento y la evaluación de este Plan se realizará de forma periódica en el transcurso de su implementación y se plasmará en los siguientes informes:

- **Informes de seguimiento anual:** en el primer trimestre de cada año, se realizará un informe sobre el desarrollo del Plan del año natural anterior, donde se recogerán las acciones desarrolladas y las dificultades encontradas para el desarrollo del Plan, así como las propuestas de modificación y mejora del mismo.
- **Informe de evaluación final:** durante el último trimestre cada cuatro años, comenzará una fase de evaluación, que se plasmará en un informe final que servirá de base para el diseño de posteriores planes en este ámbito.

El propósito último de la evaluación del Plan será la medición de resultados e impactos en términos de autonomía, dignidad y bienestar de las personas con demencia y personas cuidadoras, así como la efectividad de las actuaciones en su capacitación y empoderamiento para reducir su vulnerabilidad individual y social.

Así mismo, el seguimiento y la evaluación medirá el desarrollo de los equipos profesionales involucrados en la implantación de un modelo de atención integral centrada en la persona, de acción comunitaria y con un enfoque preventivo, que garantice la participación directa de las personas con demencia en las decisiones relativas a su propio proyecto de vida.

Finalmente, la evaluación aportará evidencias sobre los avances en investigación e innovación orientadas a la mejora de la atención y los cuidados que se prestan a las personas con demencia.



HERRAMIENTAS

Durante la puesta en marcha del Plan se diseñarán y pondrán en funcionamiento:

- **Instrumentos y mecanismos efectivos** que garanticen la comunicación entre los diferentes agentes implicados en el desarrollo del plan.
- **Sistemas que garanticen la recogida de información para el seguimiento del plan**, procurando que el mayor número de ellos sea de forma informatizada y automática.
- **Espacios estables de encuentro** entre los agentes involucrados en la atención a las personas con demencia.



SISTEMA DE INDICADORES

Los indicadores representan la principal fuente de información en los procesos de seguimiento y en el diseño de la evaluación del presente Plan.

Los indicadores del Plan se estructuran en dos niveles:

<p>NIVEL 1 INDICADORES DE EJECUCIÓN asociados a las acciones propuestas</p>	<p>NIVEL 2 INDICADORES DE IMPACTO asociado a los objetivos estratégicos</p>
<ul style="list-style-type: none"> » Los indicadores de ejecución están asociados a las 74 acciones y descritos en el apartado de Líneas Estratégicas y acciones establecidas para el Plan. » La recopilación de la información y cuantificación de estos indicadores se llevará a cabo por los distintos agentes implicados en el desarrollo de las acciones, quienes trasladarán la información para su evaluación periódica. 	<ul style="list-style-type: none"> » Los indicadores de impacto están asociados a los objetivos estratégicos y pueden requerir en algún caso la creación de fuentes de información específicas debido al profundo cambio de enfoque que incorpora el Plan. » Los indicadores de impacto siempre serán desagregados por sexo y por los tramos de edad que se determinen en cada caso. » Los indicadores de impacto se medirán al inicio del despliegue del Plan para fijar la línea base y a los cuatro años de su desarrollo.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 1

Impulsar un cambio cultural que involucre al conjunto de la sociedad, que permita a las personas con demencia alcanzar las máximas oportunidades de participación como ciudadanía activa de pleno derecho.

INDICADOR 1**Percepción social de las personas con deterioro cognitivo y demencia**

Fuente: Estudio sobre la imagen social del deterioro cognitivo y la demencia.

Línea base: Estudio cualitativo a desarrollar en el primer semestre tras la aprobación del Plan.

Responsable de la información: Secretaria General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

Establecer los mecanismos necesarios para garantizar una coordinación sociosanitaria efectiva que garantice la continuidad asistencial y la mejor atención en los centros y servicios sociales y sanitarios.

INDICADOR 2**Protocolos de derivación y seguimiento consensuados entre atención primaria, atención hospitalaria, centros de día, centros residenciales y sector asociativo**

Fuente: Encuesta a centros a través de los Servicios de Inspección.

Línea base: A estimar según respuesta a las preguntas sobre existencia de protocolos, mecanismos y canales de derivación y seguimiento consensuado entre sectores y niveles asistenciales.

Responsable de la información: Subdirección de Inspección de Servicios Sanitarios e Inspección de Servicios Sociales.

Periodicidad: 4 años.

Diseñar intervenciones individuales y comunitarias para la promoción de la salud cognitiva y la prevención del deterioro cognitivo que actúen sobre los factores de riesgo identificados.

INDICADOR 3

Prevalencia de factores de riesgo en población adulta en Andalucía

Fuente: Encuesta Nacional de Salud – Datos Andalucía.

Línea base:

Provincia	Hombres	Mujeres
Obesidad*	22,5%	19,5%
Prevalencia de tabaquismo*	29,3%	21,8
Prevalencia de exposición al tabaco*	21,1%	19,8%
Prevalencia de consumo semanal intensivo de alcohol*	4,8%	1,65%
Prevalencia de sedentarismo	33,9%	44,9%
Prevalencia de exposición a contaminación ambiental*	8,9%	8,5%
Prevalencia de soledad no deseada y aislamiento social en personas de 55 años o más**	Soledad moderada 38,5% Soledad severa 6,7% Aislamiento social 13,8%	Soledad moderada 41,1% Soledad severa 7,9% Aislamiento social 15%

Fuente: *Encuesta Nacional de Salud 2017; ** Estudio sobre soledad no deseada en personas de 55 años o más de la DG Personas Mayores.

Responsable de la información: Secretaria General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 4

Impulsar la investigación y la innovación en técnicas de detección precoz para hacerlas accesibles a todas las personas a través de dispositivos y recursos comunitarios.

INDICADOR 4

Porcentaje de personas con detección precoz de deterioro cognitivo y demencia a través del Examen de Salud 65+, Valoración Integral Exhaustiva o los servicios comunitarios

Fuente: Base Poblacional de Salud.

Línea base: A estimar a partir de la estandarización de pruebas de detección precoz.

Responsable de la información: Secretaria General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 5

Definir e implantar un proceso asistencial frente al deterioro cognitivo y la demencia adaptado a las necesidades y preferencias de cada persona y basado en la mejor evidencia científica, que integre la prevención, detección precoz, diagnóstico, tratamiento y seguimiento, e involucre al sector social, al sector sanitario, a los recursos comunitarios y al sector asociativo.

INDICADOR 5

Calidad de vida relacionada con la salud de las personas con deterioro cognitivo y demencia

Fuente: Encuesta a personas con deterioro cognitivo y demencia.

Línea base: A estimar según los datos de la encuesta durante el primer año de vigencia del PIAD.

Responsable de la información: Secretaría General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 6

Facilitar el acceso a las terapias no farmacológicas que han demostrado su eficacia en el mantenimiento y la recuperación de funciones cognitivas, mejorando los recursos asistenciales disponibles en centros de servicios sociales y sector asociativo.

INDICADOR 6

Efectividad del entrenamiento cognitivo realizado a través de las Asociaciones de Familiares de Personas con Alzheimer y otras Demencias

Fuente: Historia clínica Electrónica del Servicio Andaluz de Salud (DIRAYA)

Línea base: A estimar de acuerdo a la valoración inicial registrada en DIRAYA.

Responsable de la información: Subdirección Técnica Asesora de Gestión de la Información del Servicio Andaluz de Salud.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 7

Avanzar en el cambio de modelo de atención y cuidados en el ámbito residencial y de centros de día bajo el enfoque de Atención Centrada en la Persona que favorezca el aseguramiento de derechos y el buen trato a las personas con demencia.

INDICADOR 7

Percepción de bienestar y trato digno en personas con deterioro cognitivo y demencia en centros de día y centros residenciales

Fuente: Inspección anual de centros residenciales de personas mayores.

Línea base: A estimar según los datos de la inspección del primer año de vigencia del PIAD.

Responsable de la información: Inspección de Servicios Sociales.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 8

Formar a profesionales de los servicios sociales y sanitarios en el abordaje integral del deterioro cognitivo y la demencia respetando la dignidad de la persona y promoviendo su autonomía y su bienestar.

INDICADOR 8**Transferencia de la formación al puesto de trabajo**

Fuente: Sistema de Información de Gestión Académica EASP, SAS, IAVANTE e IAAP.

Línea base: A estimar de acuerdo a la valoración inicial registrada en los sistemas de información.

Responsable de la información: Escuela Andaluza de Salud Pública-Servicio Andaluz de Salud, IAVANTE e Instituto Andaluz de Administración Pública.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 9

Formar e informar a las personas cuidadoras familiares y profesionales en el cuidado a personas con demencia, su propia salud y bienestar, así como establecer mecanismos que permitan dignificar el cuidado.

INDICADOR 9**Percepción de salud de las personas cuidadoras**

Fuente: Encuesta ad hoc a personas cuidadoras registradas en la Tarjeta +Cuidados.

Línea base: A estimar de acuerdo a la valoración inicial registrada en los sistemas de información.

Responsable de la información: Secretaria General de Humanización, Planificación, Atención Sociosanitaria y Consumo.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 10

Promover la investigación y la innovación en la generación de servicios adaptados a las necesidades de las personas con diversidad funcional y en situación de vulnerabilidad social que tienen deterioro cognitivo o demencia.

INDICADOR 10

Número de personas con diversidad funcional y/o en situación de vulnerabilidad social valoradas que reciben atención social y sanitaria ajustada a sus necesidades

Fuente: Encuesta ad hoc a las asociaciones que atienden a personas con diversidad funcional y/o vulnerabilidad social.

Línea base: A estimar de acuerdo a la valoración inicial registrada en los sistemas de información.

Responsable de la información: Dirección General de Cuidados Sociosanitarios.

Periodicidad: 4 años.

OBJETIVO ESTRATÉGICO 11

Integrar la salud digital como motor de transformación e innovación en el modelo de atención al Alzheimer y otras demencias.

INDICADOR 11

Grado de satisfacción de profesionales sanitarios con las aplicaciones TICs que se desarrollen

Fuente: Encuesta ad hoc a profesionales sanitarios.

Línea base: A estimar según los datos de la encuesta durante el primer año tras la implementación de las aplicaciones desarrolladas.

Responsable de la información: Subdirección de Tecnologías de la Información y Comunicaciones. Servicio Andaluz de Salud.

Periodicidad: 4 años.

The background of the page is a vibrant, abstract pattern of wavy, brushstroke-like lines in various shades of blue and purple. The lines are thick and expressive, creating a sense of movement and depth. The colors range from deep, dark blues to lighter, almost white purples, with many intermediate tones. The overall effect is a dynamic and textured visual field.

REFERENCIAS

- ¹ World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025. Geneva: WHO; 2017.
- ² Organización Panamericana de la Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. Washington, DC: OPS; 2013.
- ³ García AM, Hueso PV, Méndez LT, Tao PA. Necesidades de cuidado en los pacientes con demencia y/o alzheimer: una revisión integrativa. *Rev Cuid.* 2019; 10(3): e813.
- ⁴ Reverté S, Zaragoza J, Matamoros C, Inglada E, Escalante S, Forcadell E, Esteve P. Intervención terapéutico-cognitiva individual de los síntomas psicológicos y conductuales de pacientes con demencia (estudio PRESTA). *Rev Cient Soc Esp Enferm Neurol.* 2020; 52: 7-18.
- ⁵ Parra MA, Sanchís G. Salud cognitiva y física de los cuidadores informales de personas mayores con demencia: una revisión narrativa. *Rev Psicología de la Salud.* 2021; 10(1): 81-89.
- ⁶ Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina AM, Winblad B, et al. The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010. *Alzheimer's Dement* 2017; 13: 1-7.
- ⁷ Sagués-Amadó A, Pérez-Lucena A, García-Cañete A, Espinosa-Almendro JM, Velasco-Rivas A, Bascón-Morales M, et al. Estrategia Alzheimer Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud; 2017.
- ⁸ Niua H, Álvarez I, Guillén F, Aguinaga I. Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología.* 2017;32(8):523-532.
- ⁹ Perera G, Pedersen L, Ansel D, Alexander M, Arrighi HM, Avillach P, et al. Dementia prevalence and incidence in a federation of European Electronic Health Record databases: the European Medical Informatics Framework resource. *Alzheimers Dement* 2018; 14: 130-139.
- ¹⁰ Prince M, Wimo A, Guerchet M, Ali GC, Wu YT, Prina M. World Alzheimer Report 2015. The Global Impact of Dementia. An analysis of prevalence, incidence, cost and trends. London: Alzheimer's Disease International; 2015.
- ¹¹ López-Pousa S, Vilalta-Franch J, Llinàs-Regla J, Garre-Olmo J, Román GC. Incidence of dementia in a rural community in Spain: The Girona cohort study. *Neuroepidemiology.* 2004; 23: 170-177.
- ¹² Bermejo-Pareja F, Benito-León J, Vega S, Medrano MJ, Román GC. Neurological disorders in central Spain (NEDICES) study group Incidence and subtypes of dementia in three elderly populations of central Spain. *J Neurol Sci.* 2008; 264: 63-72.
- ¹³ Ponjoan A, Garre-Olmo J, Blanch J, Fages E, Alves-Cabrato L, Martí-Lluch R, et al. Epidemiology of dementia: prevalence and incidence estimates using validated electronic health records from primary care. *Clinical Epidemiology.* 2019; 11: 217-228.
- ¹⁴ Ding, M, Qiu, C, Rizzuto, D, Grande, G, Fratiglioni, L. Tracing temporal trends in dementia incidence over 25 years in central Stockholm, Sweden. *Alzheimer's Dement.* 2020; 16: 770– 778.

- 15 Brück, C.C., Wolters, F.J., Ikram, M. et al. Projected prevalence and incidence of dementia accounting for secular trends and birth cohort effects: a population-based microsimulation study. *Eur J Epidemiol.* 2022; 37: 807–814.
- 16 Hallam B, Petersen I, Cooper C, Avgerinou Ch, Walters K. Time Trends in Incidence of Reported Memory Concerns and Cognitive Decline: A Cohort Study in UK Primary Care. *Clinical Epidemiology.* 2022; 14: 395-408.
- 17 Farina MP, Zhang YS, Kim JK, Hayward MD, Crimmins E. Trends in Dementia Prevalence, Incidence, and Mortality in the United States (2000–2016). *J. Aging Health.* 2022; 34(1): 100–108.
- 18 Wolters FJ, Chibnik LB, Waziry R, Anderson R, Berr C, Beiser A, et al. Twenty-seven-year time trends in dementia incidence in Europe and the United States: the Alzheimer Cohorts Consortium. *Neurology.* 2020; 95: e519-e531.
- 19 Qinga C, Chen-Chenb T, Weib X, Haob H, Xi-Pengc C, Qiangd D, et al. The Prevalence of dementia: a systematic review and meta-analysis. *J Alzheimers Dis.* 2020; 73(3): 1157-1166.
- 20 Linda G, Bjørn Heinea S, Sverrea B, Tomg B, Annea B, Knuta E, et al. Current and future prevalence estimates of mild cognitive impairment, dementia, and its subtypes in a population-based sample of people 70 years and older in Norway: The HUNT Study. *J Azheimers Dis.* 2021; 79(3): 1213-1226.
- 21 Overton M, Pihlsgård M, Elmståhl S. Prevalence and incidence of mild cognitive impairment across subtypes, age, and sex. *Dement Geriatr Cogn Disord.* 2019;47: 219-232.
- 22 Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *The Lancet.* 2005; 366(9503): 2112-2117.
- 23 Carrillo Alcalá ME, Bermejo Pareja F. Demencia en nonagenarios. Revisión sistemática de estudios poblacionales con datos de España. *Rev Neurol.* 2008; 47(7): 347-354.
- 24 De Hoyos Alonso MC, Bonis J, Tapias-Merino E, Castell MV, Otero A. Estimación de la prevalencia de demencia a partir del análisis de bases de datos sobre uso de fármacos. La situación en la Comunidad de Madrid (España). *Neurología.* 2016; 31(1): 1-8.
- 25 Fernández M, Castro-Flores J, Pérez de las Heras,S, Mandaluniz-Lekumberri A, Gordejuela M, Zarranz J. Prevalencia de la demencia en mayores de 65 años en una comarca del País Vasco. *Rev. Neurol.* 2008; 46(2): 89-96.
- 26 Bufill E, Zapater E, Pérez R, Roura P, Bartés A, Moral A, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 80 años: estudio COGMANLLEU. *Neurología.* 2009; 24(2): 102-107.
- 27 Villarejo Galende A, Eimil Ortiz M, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Neurología.* 2021; 36(1): 39-49.
- 28 Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa M, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología.* 2018; 33(8): 491-498.

- ²⁹ Garre Olmo J. Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias. *Rev Neurol*. 2018; 66(11): 377-386.
- ³⁰ Vieira RT, Caixeta L, Machado S, Silva AC, Nardi AE, Arias-Carrión O, Carta MG. Epidemiology of early-onset dementia: a review of the literature. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*. 2013; 14(9): 88-95.
- ³¹ Bunn F, Burn AM, Goodman C, Rait G, Norton S, Robinson L, et al. Comorbidity and dementia: a scoping review of the literature. *BMC Med*. 2014; 12: 192.
- ³² Browne B, Kupeli N, Moore KJ, Sampson EL, Davie N. Defining end of life in dementia: A systematic review. *Palliative Medicine*. 2021; 35(10): 1733–1746.
- ³³ Kitching D. Depression in dementia. *Aust Prescr*. 2015;38(6): 209-2011.
- ³⁴ Toot S, Swinson T, Devine M, Challis D, Orrell M. Causes of nursing home placement for older people with dementia: A systematic review and meta-analysis. *Int Psychogeriatr*. 2017; 29(2): 195-208.
- ³⁵ López J, Losada A, Romero-Moreno R, Márquez-González M, Martínez-Martín P. Factores asociados a la consideración de ingresar a un familiar con demencia en una residencia. *Neurología*. 2012; 27(2): 83-89.
- ³⁶ López Mongil R, López Trigo JA, Castrodeza Sanz JF, Tamames Gómez S, León Colombo T. Prevalencia de demencia en pacientes institucionalizados: estudio RESYDEM. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44(1): 5-11.
- ³⁷ Domínguez Orozco ME. Coordinación sociosanitaria y evaluación integral en demencias: el rol de las asociaciones de familiares de enfermos de Alzheimer. *Papeles del Psicólogo*. 2013; 34(2): 123-131.
- ³⁸ Alzheimer's Disease International. Risk factors and risk reduction. [Citado 10/01/2023] Recuperado a partir de: <https://www.alzint.org/about/risk-factors-risk-reduction/>
- ³⁹ Alzheimer Europe. Publications. [Citado 10/01/2023] Recuperado a partir de: <https://www.alzheimer-europe.org/our-work/publications>
- ⁴⁰ Parlamento Europeo. Propuesta de resolución sobre la demencia- B8-0486/2017.
- ⁴¹ Conclusiones del Consejo sobre el apoyo a las personas con demencia: la mejora de las políticas y de las prácticas de asistencia. (2015/C 418/04).
- ⁴² Frisoni GB, Altomare D, Ribaldi F, Villain N, Brayne C, Mukadam N, et al. Dementia prevention in memory clinics: recommendations from the European task force for brain health services. *The Lancet Regional Health – Europe*. 2023: 100576
- ⁴³ Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, del Ser T, Muñoz R. Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dement Geriatr Cogn Disord*. 2010; 30(2): 161–178.
- ⁴⁴ Livingston G, Huntley J, Sommerlad A, Ames D, Ballard C, Banerjee S et al. Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet Commissions*, 2020; 396(10248): 413-446.

- ⁴⁵ Mora-Simón S, García-García R, Perea-Bartolomé MV, LaderaFernández V, Unzueta-Arce J, Patino-Alonso MC, et al. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev Neurol*. 2012; 54: 303-310.
- ⁴⁶ Lanzi AM, Ellison JM, Cohen ML. The “Counseling+” roles of the speech-language pathologist serving older adults with mild cognitive impairment and dementia from Alzheimer’s Disease. *Perspectives of the ASHA Special Interest Groups*, 2021; 6: 987–1002.
- ⁴⁷ Duff K. Mild cognitive impairment and dementia: definitions, diagnosis, and treatment. *Arch Clin Neuropsychol*. 2014;29(7):691–692.
- ⁴⁸ Rodríguez J, Del Moral J, García-Ramos R, Matías-Guiu J, Gómez I, Martín T, Carrasco L, Mayor A. Estrategia en enfermedades neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2016.
- ⁴⁹ Dubois B, Hampel H, Feldman HH, Scheltens P, Aisen P, Andrieu S, et al. Pre-clinical Alzheimer’s disease: definition, natural history and diagnostic criteria. *Alzheimer’s Dement*. 2016; 12: 292-323.
- ⁵⁰ Jack CR Jr, Bennett DA, Blennow K, Carrillo MC, Dunn B, Haeberlein SB, Holtzman DM, Jagust W, Jessen F, Karlawish J, Liu E, Molinuevo JL, Montine T, Phelps C, Rankin KP, Rowe CC, Scheltens P, Siemers E, Snyder HM, Sperling R; Contributors. NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer’s disease. *Alzheimers Dement*. 2018 Apr;14(4):535-562.
- ⁵¹ McKhann GM, Knopman DS, Chertkow H, Hyman BT, Jack CR Jr, Kawas CH, et al. The diagnosis of dementia due to Alzheimer’s disease: recommendations from the National Institute of Aging and the Alzheimer’s Association workgroup. *Alzheimers Dement* 2011; 7: 263-269.
- ⁵² McKeith IG, Fairbairn AF, Bothwell RA, Moore PB, Ferrier IN, Thompson P, et al. An evaluation of the predictive validity and inter-rater reliability of clinical diagnostic criteria for senile dementia of Lewy body type. *Neurology*. 1994 May;44(5): 872-877.
- ⁵³ McKeith IG, Galasko D, Kosaka K, et al. Consensus guidelines for the clinical and pathological diagnosis of Dementia with Lewy bodies (DLB): report on the consortium on DLB international workshop. *Neurology* 1996; 47: 1113-24.
- ⁵⁴ Gómez-Esteban JC, Tijero B, Somme J, Ciordia R, Berganzo K, Rouco I, et al. Impact of psychiatric symptoms and sleep disorders on the quality of life of patients with Parkinson’s disease. *J Neurol*. 2011; 258: 494-499.
- ⁵⁵ Gómez-Esteban JC, Zarranz JJ, Lezcano E, Tijero B, Luna A, Velasco F, et al. Influence of motor symptoms upon the quality of life of patients with Parkinson’s disease. *Eur Neurol*. 2007; 57: 161-165.
- ⁵⁶ Declaración del Parlamento Europeo sobre las prioridades en la lucha contra la enfermedad de Alzheimer (2010/C 76 E/17).
- ⁵⁷ Organización Mundial de la Salud. Proyecto de plan de acción mundial sobre la respuesta de salud pública a la demencia: informe de la Directora General. (EB140/28. 140.ª reunión 23 de diciembre de 2016).

- ⁵⁸ Alzheimer's Association and Centers for Disease Control and Prevention. Healthy Brain Initiative, State and Local Public Health Partnerships to Address Dementia: The 2018-2023 Road Map. Chicago, IL: Alzheimer's Association; 2018.
- ⁵⁹ Ferrer C, Orozco D, Román P. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012.
- ⁶⁰ Camarelles F, Carrión T, García A, Hernández I, Hernando P, Macías JF, Martínez O, et al. Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
- ⁶¹ González MI, Vicente F, Martínez-Lage P, Rodrigo J, Lleó A. (Coord). Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias 2019-2023. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2019.
- ⁶² Plan Andaluz de Alzheimer 2002-2007. Sevilla: Consejería de Salud y Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias; 2002.
- ⁶³ Plan Andaluz de servicios sociales para Alzheimer 2003-2006. Sevilla: Consejería de Igualdad y Bienestar Social; 2003.
- ⁶⁴ Sagués A, García JM, Suárez R, Espinosa JM, Balbuena EM, Ruíz I, et al. Plan Andaluz de Alzheimer 2007-2010. Sevilla: Consejería de Salud y Consejería para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía; 2007.
- ⁶⁵ Sagués A, Pérez A, García A, Espinosa JM, Velasco A, Bascón M, Sánchez F. Estrategia de Alzheimer de Andalucía. Sevilla: Consejería de Salud, Consejería de Igualdad y Políticas Sociales y Confederación Andaluza de Federaciones de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias; 2017.
- ⁶⁶ Acuerdo de 4 de noviembre de 2020, del Consejo de Gobierno, por el que se aprueba el I Plan Estratégico Integral para Personas Mayores en Andalucía 2020-2023. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Boletín número 221 de 16/11/2020.
- ⁶⁷ Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016–40 for 195 countries and territories. *The Lancet*, 2018; 392:2052–2090.
- ⁶⁸ García JM, Grande R. El reto de la longevidad en Andalucía. Causas, evolución y consecuencias. Sevilla: Centro de Estudios Andaluces; 2020.
- ⁶⁹ Rodríguez MN, Del Río M, Fernández R, Elizalde B & García MM. Redes personales de apoyo y cuidado informal: ¿diferencias por sexo y territorio? *Gaceta Sanitaria*, 2021; 35(6): 515-524.
- ⁷⁰ García MM, del Río M. El papel del cuidado informal en la atención a la dependencia: ¿cuidamos a quienes cuidan? *Actas la Depend.* 2012; 6: 99–117.
- ⁷¹ Bunn F, Goodman C, Sworn K, et al. Psychosocial factors that shape patient and carer experiences of dementia diagnosis and treatment: a systematic review of qualitative studies. *Gac Sanit.* 2016; 30(3): 201–207.

- ⁷² Prorok JC, Horgan S, Seitz DP. Health care experiences of people with dementia and their caregivers: a meta-ethnographic analysis of qualitative studies. *Canadian Medical Association Journal - CMAJ*. 2013; 185: 669–680.
- ⁷³ Bauer JM, Sousa-Poza A. Impacts of informal caregiving on caregiver employment, health, and family. *J Popul Ageing*. 2015; 8: 113–145.
- ⁷⁴ Ruiz M, Correa M, Burton K. The opportunity costs of caring for people with dementia in Southern Spain. *Gac Sanit*. 2019; 33(1): 17-23.
- ⁷⁵ García MM, del Río M, Maroto G, Sánchez-Cantalejo C, Fernández E. Informe salud y género en Andalucía. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 2018.
- ⁷⁶ World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines. Geneva, 2019.
- ⁷⁷ García-González JM, Grande R, Monero I, Águila J, Rivera P. Estudio sobre soledad no deseada en personas de 55+ años en Andalucía. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide y Consejería de Igualdad, Políticas Sociales y Conciliación; 2020.
- ⁷⁸ Zunzunegui Pastor MV, del Ser T, Rodriguez Laso A, Garcia Yebenes MJ, Domingo J, Otero Puime A. Demencia no detectada y utilización de los servicios sanitarios: implicaciones para la atención primaria. *Aten Primaria*. 2003; 31: 581-586.
- ⁷⁹ Eefsting JA, Boersma F, Van den Brink W, Van Tilburg W. Differences in prevalence of dementia based on community survey and general practitioner recognition. *Psychol Med*. 1996; 26: 1223-1230.
- ⁸⁰ Valcour VG, Masaki KH, Curb JD, Blanchette PL. The detection of dementia in the primary care setting. *Arch Intern Med*. 2000; 160: 2964-2968.
- ⁸¹ Vanderstichele H, Bibl M, Engelborghs S, Le Bastard N, Lewczuk P, Molinuevo JL, Parnetti L, Perret-Liaudet A, Shaw LM, Teunissen C, Wouters D, Blennow K. Standardization of preanalytical aspects of cerebrospinal fluid biomarker testing for Alzheimer's disease diagnosis: a consensus paper from the Alzheimer's Biomarkers Standardization Initiative. *Alzheimers Dement*. 2012; 8(1): 65-73.
- ⁸² Longson D, Allan L, Clare L, Clibbens R, Duff C, Dunnery P, et al. Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. NICE guideline [NG97]. London: National Institute for Health and Care Excellence; 2018.
- ⁸³ GDB 2019 Dementia Forecasting Collaborators. Estimation of the global prevalence of dementia in 2019 and forecasted prevalence in 2050: an analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet Public Health* 2022; 7: e105–125.
- ⁸⁴ Marešová P, Dolejš J, Kuca K. Call for a Uniform Strategy of Collecting Alzheimer's Disease Costs: A Review and Meta-Analysis. *J Alzheimers Dis* 2018; 63: 227-238.
- ⁸⁵ Martínez-Lage P, Martín-Carrasco M, Arrieta E, Rodrigo J & Formiga F. Mapa de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias en España. Proyecto MapEA. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53(1): 26-37.

- ⁸⁶ Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía núm. 248, de 29/12/2016, Boletín Oficial del Estado núm. 18, de 21/01/2017.
- ⁸⁷ García-Soler A, Díaz-Veiga P, Suárez Pérez de Eulate N, Mondragón G, Sancho M. Estudio de la implicación en un grupo de personas con demencia con atención tradicional y un grupo con atención centrada en la persona. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2017; 52(2): 65-70.
- ⁸⁸ Martínez T. La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*. 2013; 41: 209-231.
- ⁸⁹ Goikoetxea MJ. Ética y buen trato a personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*. 2013; 41: 424-448.
- ⁹⁰ Guillém J, Remón Y, Lacomba L. Maltrato a personas mayores, un problema social silenciado: revisión sistemática de la literatura. *Trabajo Social Hoy*. 2020; 90: 67-86.
- ⁹¹ Iborra, I. Factores de riesgo del maltrato de personas mayores en la familia en población española. *Zerbitzuan*. 2009; 45: 49-57.
- ⁹² Instrucción 1/2022, de 19 de enero, de la Fiscalía General del Estado, sobre el uso de medios de contención mecánicos o farmacológicos en centros residenciales de personas mayores. Boletín Oficial del Estado núm. 36, de 11 de febrero de 2022, pp 18260 a 18279.
- ⁹³ Tortosa MA, Granell R, Fuenmayor A, Martínez M. Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2016; 51(1): 5-10.
- ⁹⁴ Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea. Diario Oficial de las Comunidades Europeas (2000/C 364/01).
- ⁹⁵ Han SD, Mosqueda L. Elder Abuse in the COVID-19 Era. *J Am Geriatr Soc*. 2020; 68(7): 1386-1387.
- ⁹⁶ Goikoetxea M, Yanguas J. Reflexiones sobre el buen trato a las personas mayores durante la COVID-19. Madrid: Fundación La Caixa; 2020.
- ⁹⁷ Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. Estudio sobre las mujeres mayores de 65 años víctimas de violencia de género. Madrid: Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad; 2019.
- ⁹⁸ Aranda Y, Fernández AM, Aranda L, Socorro A. Violencia de género: cuando el agresor es un paciente con demencia. A propósito de un caso. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018; 53(6): 362-366.

The background is a deep blue color, overlaid with numerous thick, expressive brushstrokes in various shades of blue, from light sky blue to dark navy blue. These strokes are curved and layered, creating a sense of movement and depth, reminiscent of a stylized globe or a dynamic abstract pattern.

ANEXO

ANEXO I

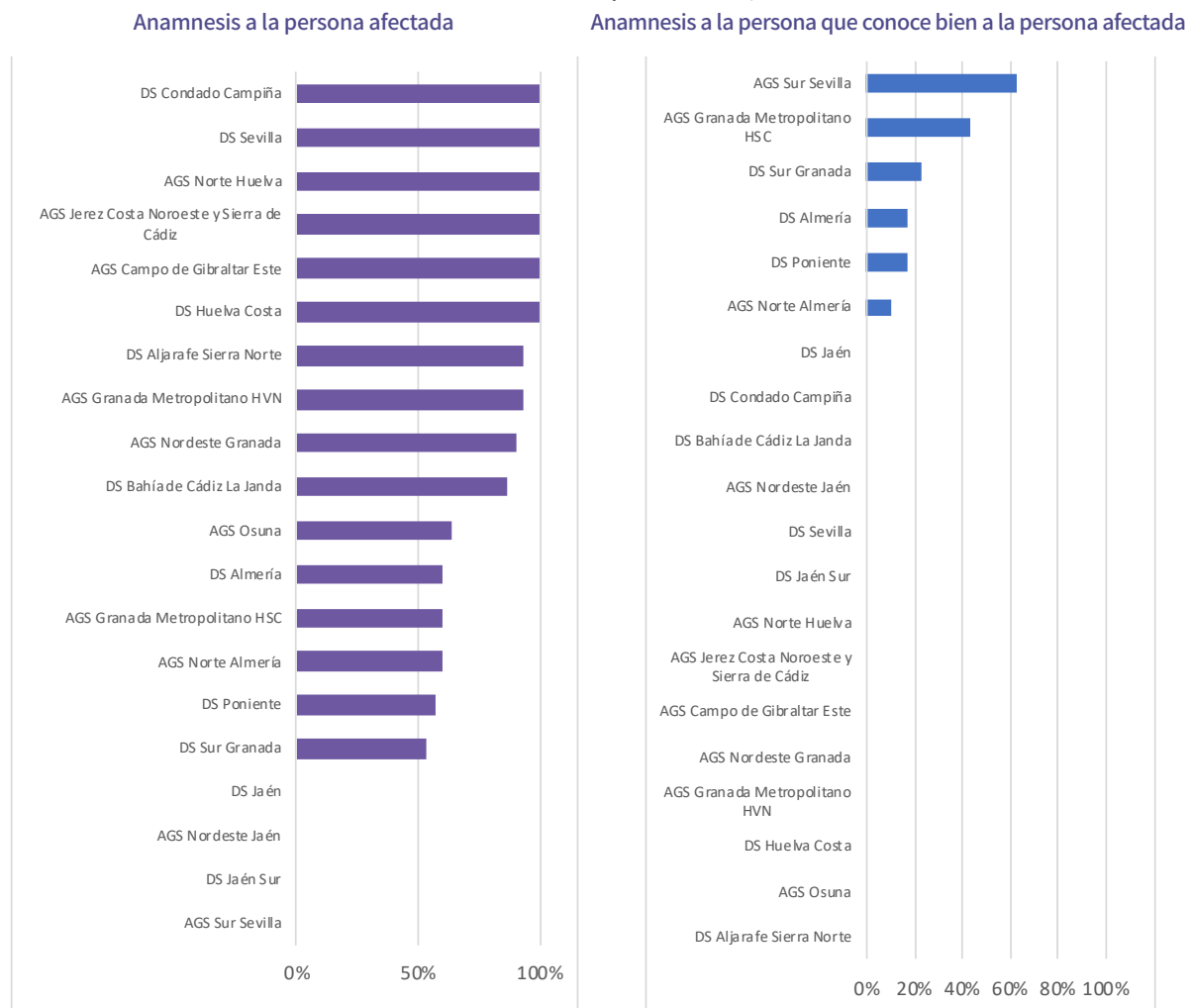
Auditoría del Proceso Asistencial Integrado Demencia

En 2021, el Sistema Sanitario Público de Andalucía llevó a cabo una auditoría del Proceso Asistencial Integrado Demencia en los centros de salud de 10 Distritos Sanitarios y 10 Áreas de Gestión Sanitaria de las provincias de Almería, Cádiz Granada, Huelva, Jaén y Sevilla.

Los resultados de la auditoría muestran una gran variabilidad en la aplicación de dicho proceso asistencial entre Distritos y Áreas Sanitarias. Respecto a la valoración inicial, en 2 de cada 3 personas con sospecha de deterioro cognitivo se realiza una anamnesis (62,7%) y en 1 de cada 10 casos se realiza la anamnesis a alguien que conozca bien a la persona afectada (11,3%) (Imagen 34).

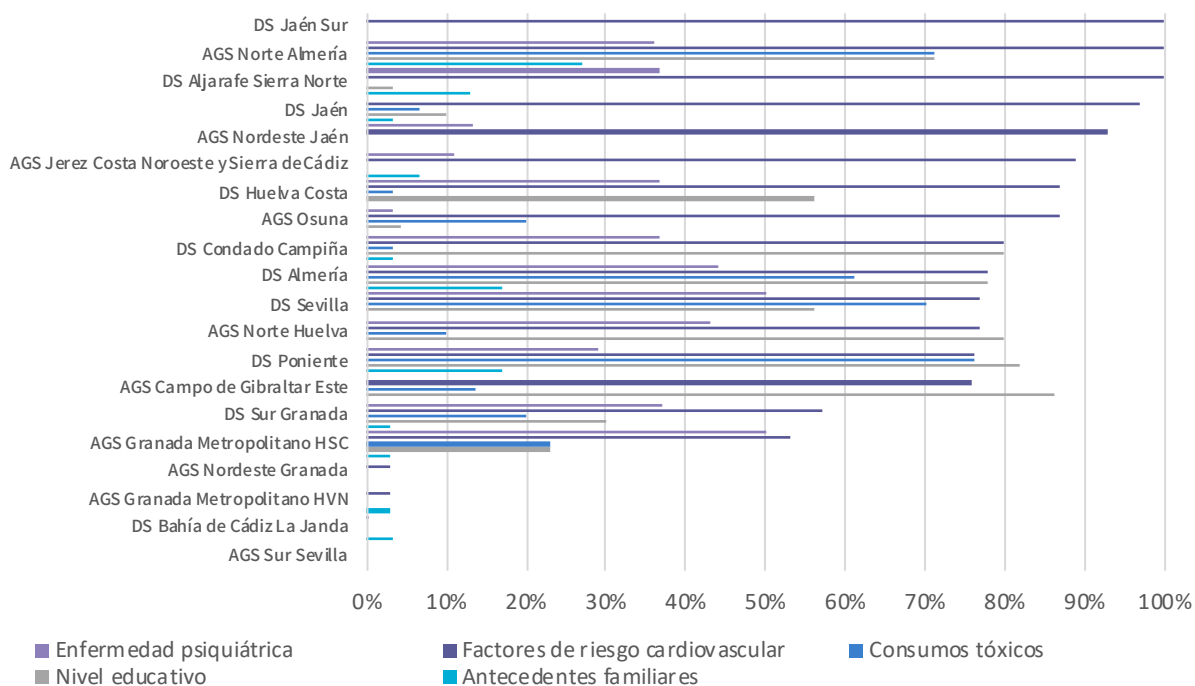
Imagen 34. Porcentaje de cumplimiento de anamnesis por Distrito o Área Sanitaria

Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019



En el 63,4% de los casos se encuentran recogidos los factores de riesgo cardiovascular; el nivel educativo en el 31,4%; los antecedentes psiquiátricos en el 20,3%; el consumo de tabaco y alcohol en el 18%; y los antecedentes familiares de demencia en el 4,8% de los casos (Imagen 35).

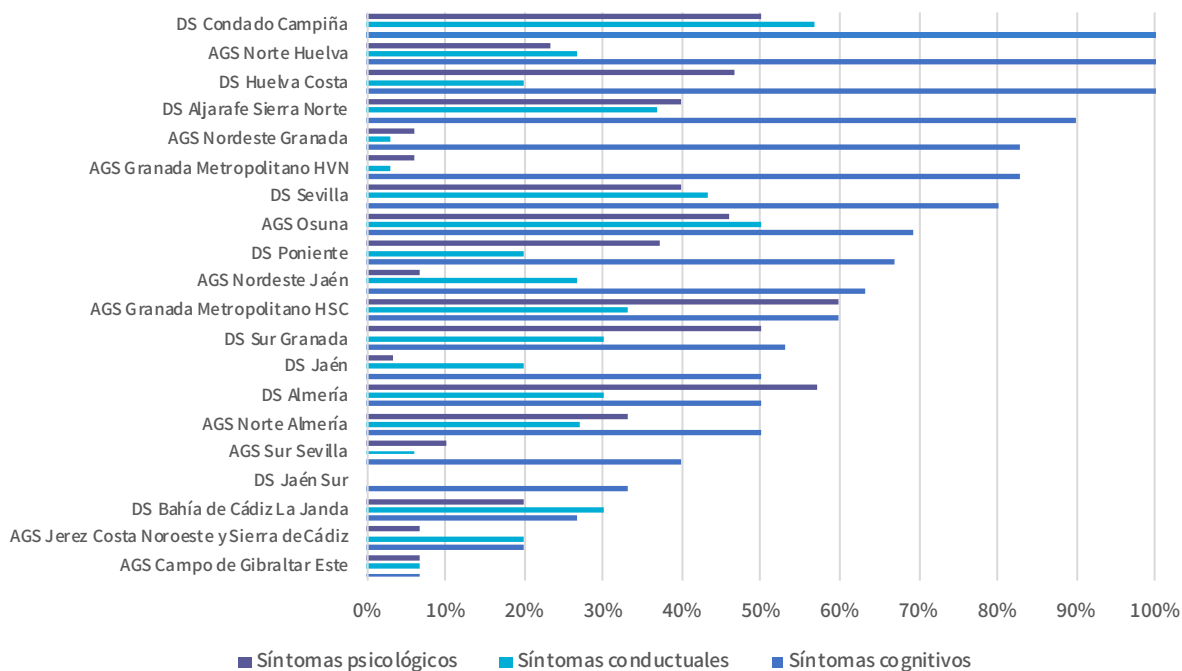
Imagen 35. Factores de riesgo de demencia por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

La valoración de los síntomas cognitivos y conductuales también es muy variable, con un mayor registro de síntomas cognitivos (60,2%) que de síntomas psicológicos (26,4%) o conductuales (23,6%) (Imagen 36).

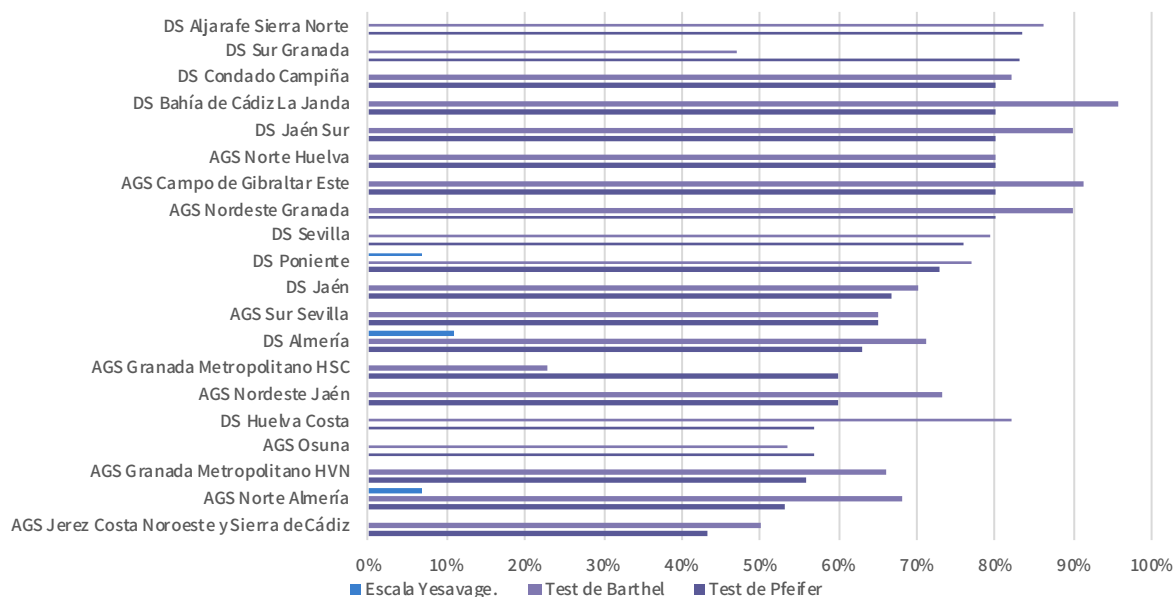
Imagen 36. Síntomas cognitivos, conductuales y psicológicos recogidos en la historia clínica por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

Para el estudio diagnóstico inicial se ha realizado un TAC craneal en el 49,2% de los casos de deterioro cognitivo; en el 68,4% el test de Pfeiffer; en el 71,9% el Índice de Barthel; y en el 1,2% la escala de Yesavage (Imagen 37).

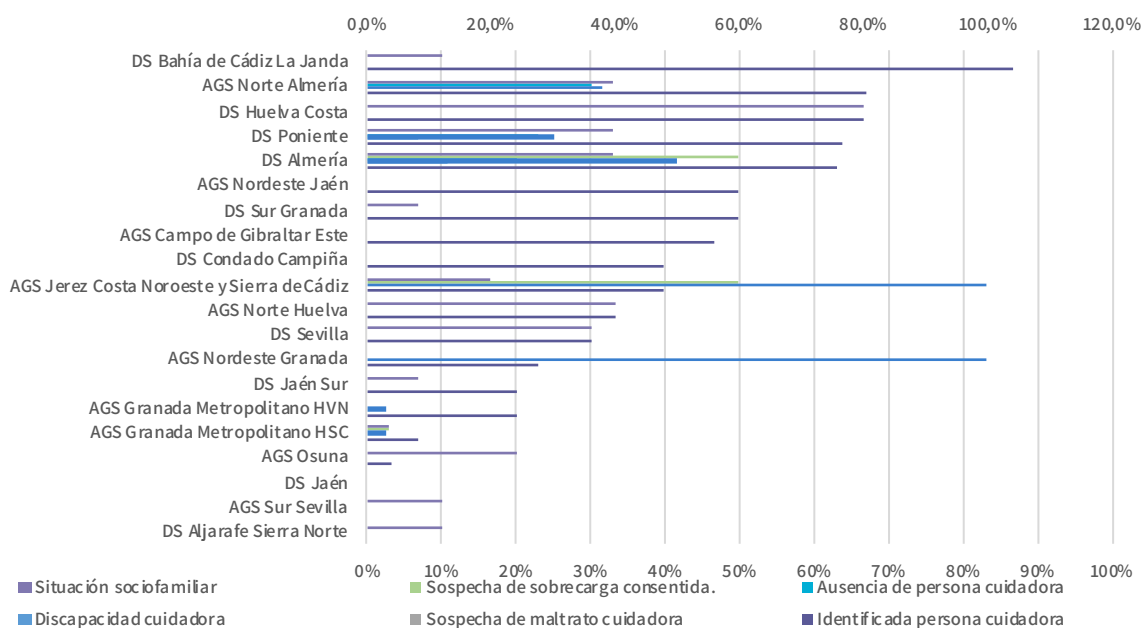
Imagen 37. Pruebas diagnósticas realizadas por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019.

En la historia clínica se identifica a la persona que cuida en el 33,8% de los casos. Se evidencia un déficit en el registro de posible discapacidad (0,9% de los casos); sospecha de sobrecarga (2,5%); y datos de convivencia en el domicilio o por más de 10 horas al día, así como la situación socio familiar (15,4%) (Imagen 38).

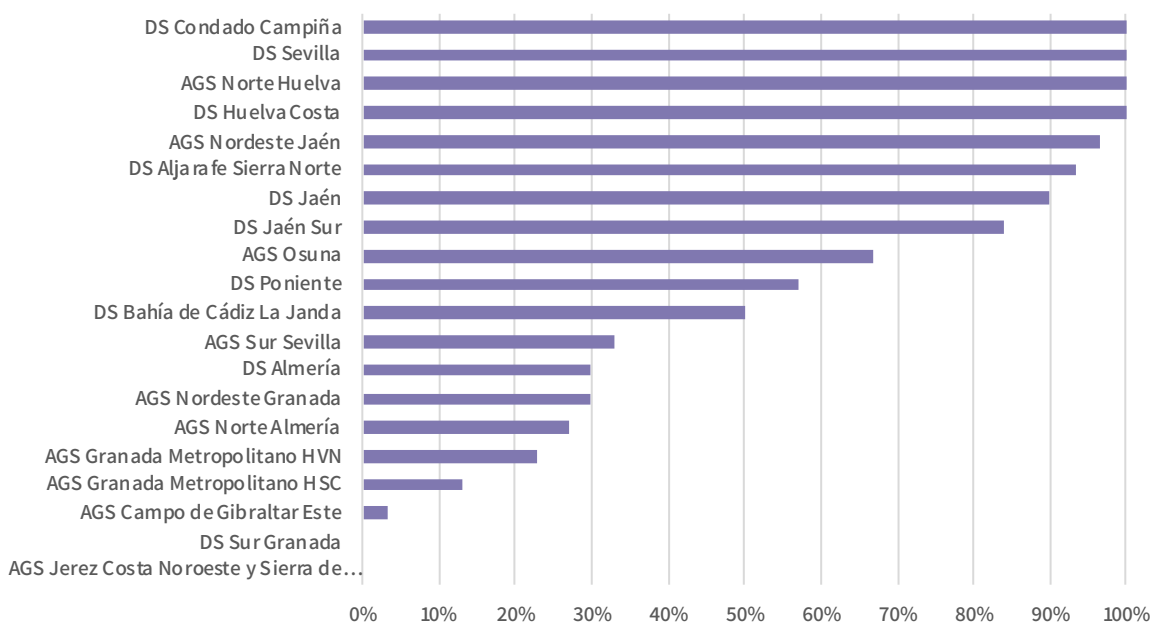
Imagen 38. Situación de la persona que cuida por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019.

La tipificación de la enfermedad (Alzheimer, demencia frontotemporal, demencia con cuerpos de Lewy, demencia vascular) aparece registrada en el 53,8% de los casos (Imagen 39).

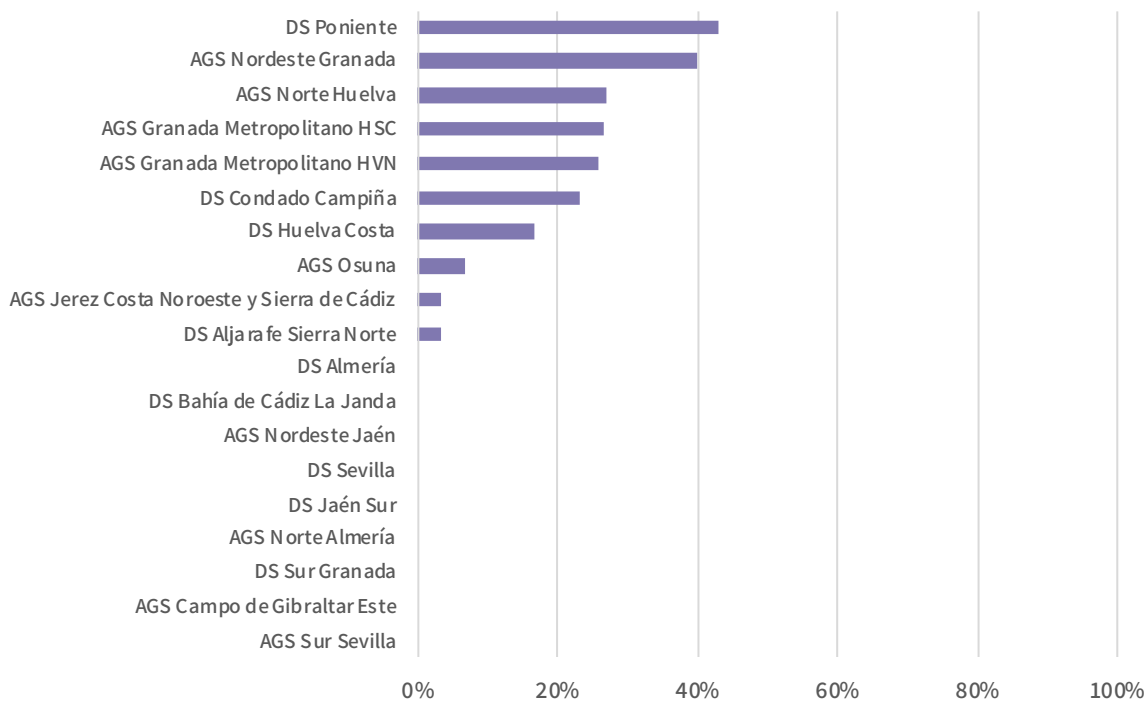
Imagen 39. Tipificación de la enfermedad por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

El grado de deterioro cognitivo según la escala GDS-FAST aparece solo en el 10,4% de los casos (Imagen 40).

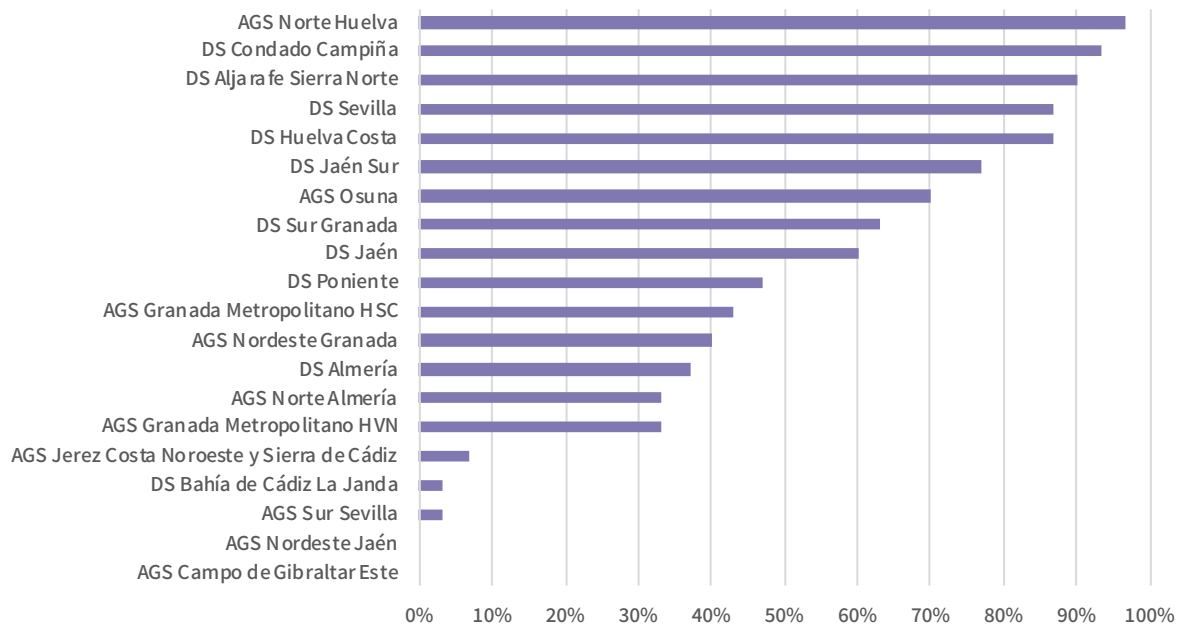
Imagen 40. Establecimiento del estadio del deterioro cognitivo por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

La identificación de comorbilidad o pluripatología se registra en el 46,3% de los casos (Imagen 41).

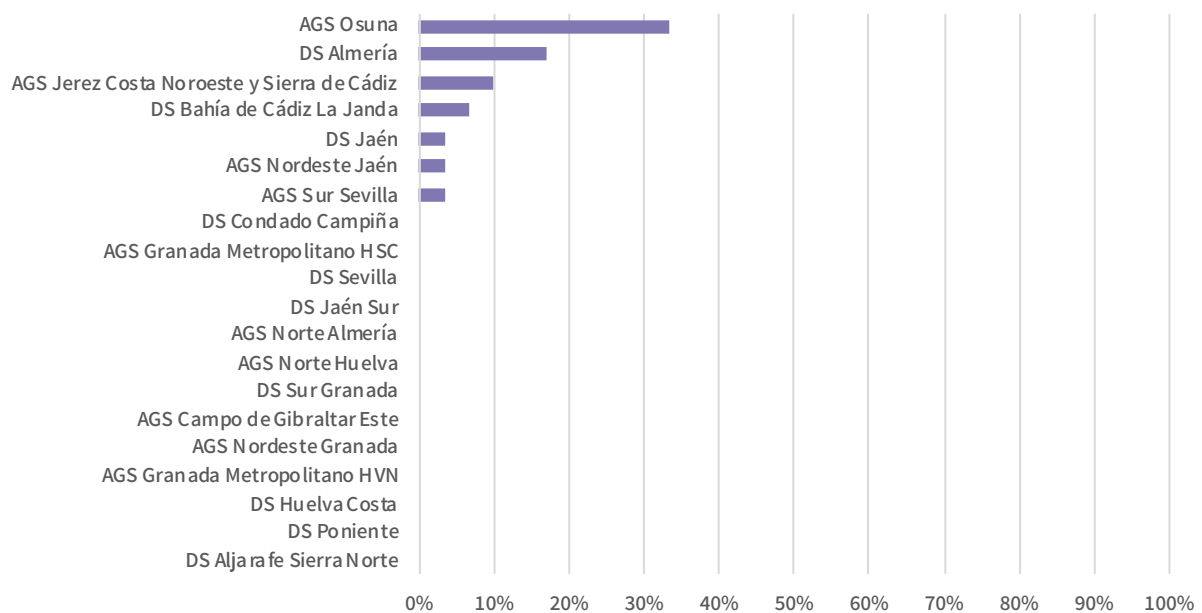
Imagen 41. Identificación de factores de riesgo de pluripatología por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

En el momento del diagnóstico tan solo se ofrece en el 3,7% de los casos, a la persona afectada y a sus familiares o persona que cuida, información oral y escrita adaptada a su nivel de comprensión, que explique el proceso patológico, los equipos profesionales de salud y de atención social que participarán y cómo comunicarse con ellos (Imagen 42).

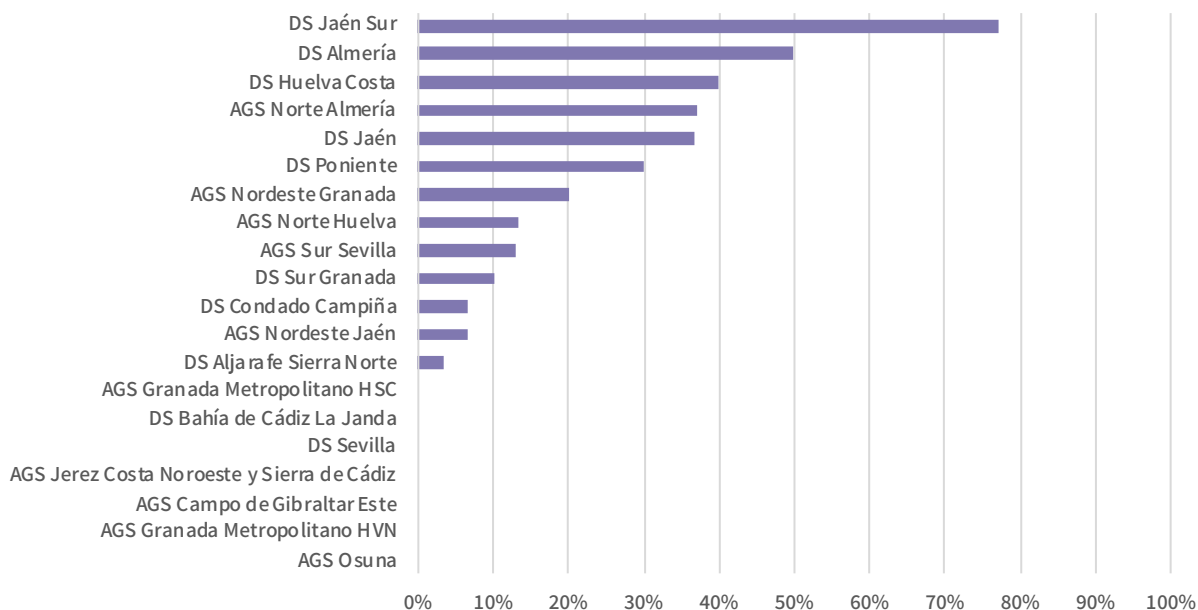
Imagen 42. Información oral y escrita a la persona afectada y a la persona que cuida por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

La valoración de enfermería se registra tan solo en el 17% de los casos (Imagen 43).

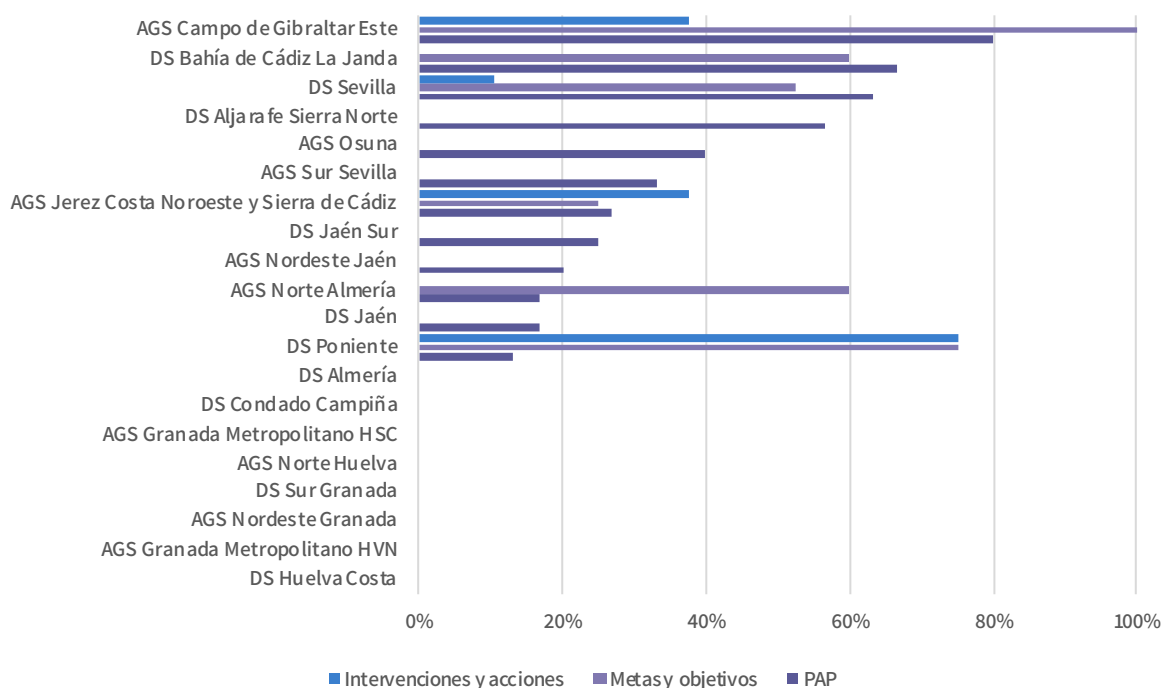
Imagen 43. Valoración de enfermería por Distrito o Área Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

Respecto al plan de atención, se ha elaborado el Plan de Acción Personalizada en el 22% de los casos; se han definido las metas y objetivos adaptados a la realidad de la persona en un 17,7% y se ha definido intervenciones y acciones concretas de acuerdo con la persona afectada y la persona cuidadora en un 7,6% (Imagen 44).

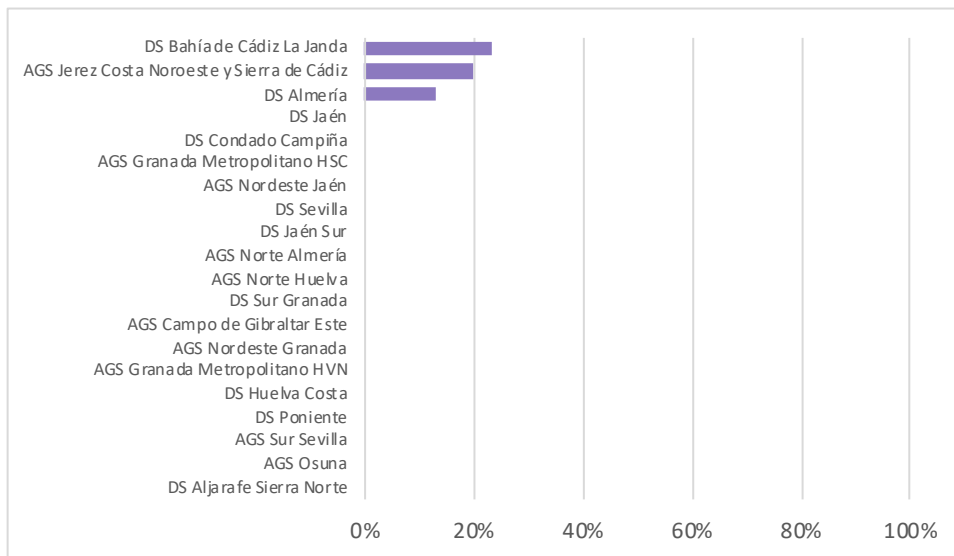
Imagen 44. Plan de Acción Personalizado por Distrito o Área de Gestión Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

Se informa sobre los servicios de apoyo local, de atención social, voluntariado y comunitarios para las personas con demencia y sus familias tan solo en el 2,7% de los casos (Imagen 45).

Imagen 45. Información sobre los servicios de apoyo por Distrito o Área de Gestión Sanitaria



Fuente: Auditoría PAI Demencia. Consejería de Salud y Familias. Datos 2019

