



Guía de Funcionamiento

UNIDAD DE MEMORIA

Centro de Memoria y Neuropsiquiatría

Servicio de Neurología

Hospital Del Salvador

SSMO



HOSPITAL
DEL SALVADOR



Centro de Memoria
y Neuropsiquiatría



GERO



VID
Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo
UNIVERSIDAD DE CHILE



HOSPITAL MILITAR

EQUIPO UNIDAD DE MEMORIA²

Andrea Slachevsky Chonchol, médica neuróloga, coordinadora
Teresita Ramos Franco, médica neuróloga, coordinadora subrogante
Alejandra Pinto Henríquez, psicóloga clínica, apoyo en gestión
Loreto Castro Encina, enfermera a cargo de la gestión clínica
Danay Espinoza Castro, médica neuróloga
Daniel Jiménez, médico neurólogo (en comisión de servicio)
Paola Cabezas Aldana, médica psiquiatra
Paola Pincheira, fonoaudióloga.
Tomás León Rodríguez, médico psiquiatra
Javiera Aubert Valderrama, terapeuta ocupacional
Barbara Gajardo Fuentes, neuropsicóloga
Catalina López Insinilla, neuropsicóloga
Jessica Menay Santos, neuropsicóloga
Natalia Valech Torres, neuropsicóloga
Paulina Haag Salazar, neuropsicóloga
Roxana Valenzuela González, apoyo administrativo
Por definir, Trabajadora social

EQUIPO DE REDACCIÓN (Por orden alfabético)

Andrea Slachevsky Chonchol
Alejandra Pinto Henríquez
Barbara Gajardo Fuentes
Gabriel Salgado
Javiera Aubert Valderrama
Loreto Castro Encina
Loreto Olavarría Vera
Mauricio Cerda
Montserrat Muñoz Solís
Paola Cabezas Aldana
Rodrigo Gómez
Tania Guajardo Oyarce
Teresita Ramos Franco
Tomas León Rodríguez

EQUIPO DE REVISIÓN Y EDICIÓN

Consuelo Estadella
Inta Achira Rivas
Maria Teresa Abusleme

DISEÑO

Gonzalo Peñaloza López

PRIMERA EDICIÓN / VERSIÓN EXTERNA – 01 DICIEMBRE 2022

Contenido

Listado de siglas y abreviados.....	5
1. SECCIÓN 1: PRESENTACIÓN GENERAL	9
1.1. Centro de Memoria y Neuropsiquiatría	9
1.2. Descripción de Unidades de Memoria	10
2. SECCIÓN 2: ACCIONES CLÍNICAS	12
2.1. Descripción general	12
2.2. Componente 1: Criterios de derivación e ingreso a la Unidad de Memoria.....	15
2.2.1. Criterios de derivación a la Unidad de Memoria.....	16
2.3. Componente 2: Evaluación diagnóstica y anuncio diagnóstico.....	19
2.3.1. Evaluación médica de ingreso.....	19
2.3.2. Evaluación diagnóstica complementaria al ingreso médico.....	28
2.3.3. Anuncio diagnóstico.....	43
2.2. Componente 3: Tratamiento	45
2.2.1. Presentación general sobre tratamiento	45
2.2.2. Acompañamiento diagnóstico: generalidades y acompañamiento diagnóstico individual	47
2.2.3. Acompañamiento grupal a cuidadores	52
2.2.4. Taller grupal abierto para cuidadores de personas con demencia e instancia de apoyo mutuo	55
2.2.5. Terapia de estimulación cognitiva multimodal (aún en fase de diseño e implementación).	58
2.2.6. Programa Biopsicosocial	60
2.2.7. Tratamiento por fonoaudiólogo (trastornos de la comunicación y deglución) .	64
2.2.8. Tratamiento por médico psiquiatra de cuidador(a) con trastorno de salud mental	68
2.2.9. Intervención Trabajadora Social	70
2.2.10. Intervención Terapeuta Ocupacional	70
2.3. Componente 4: Red derivación, derivación asistida, contrarreferencia y egreso ..	72
2.3.1. Fundamentos.....	72
2.3.2. Red derivación	73
2.3.3. Derivación asistida, contrarreferencia o egreso.....	73
2.3.4. Consultorías	77
2.3.5. Enlace Hospitalario	77
3. SECCIÓN 3: TRANSVERSAL: COMPETENCIAS, REGISTRO DE LA INFORMACIÓN Y ORGANIZACIÓN	78
3.1. Equipo y competencias de la Unidad de Memoria.....	78

3.2.	Funcionamiento.....	82
3.3.	Registro de la información.....	83
3.3.1.	Registros administrativos.....	83
3.3.2.	Registro clínico.....	83
3.3.3.	Accesos a exámenes en el Hospital del Salvador e INCA.....	83
3.4.	Espacios físicos de la Unidad de Memoria	83
4.	SECCIÓN 4: OTRAS FUNCIONES	84
4.1.	Funciones Técnico-Administrativas	84
4.1.1.	Funciones administrativas	84
4.2.	Formación de recursos humanos y capacitación	84
4.2.1.	Capacitaciones y formación	84
4.3.	Actividades de extensión y sensibilización a la comunidad	87
4.4.	Participación en políticas públicas	87
4.5.	Investigación.....	87
5.	SECCIÓN 5: ANEXOS.....	88
	ANEXO 1: ESCALA DE RIESGO DE MALTRATO POR PARTE DEL / DE LA CUIDADOR(A)	88
	ANEXO 2: REFERENCIA A UNIDAD DE MEMORIA.....	89
	ANEXO 3: INFORME DE ALTA Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS.....	91
	ANEXO 4: HISTORIAL Y ELEMENTOS TÉCNICOS DE FICHA CMYN	93

Listado de siglas y abreviados

ACE III	Examen Cognitivo de Addenbrooke-III
AD8-Ch	Alzheimer Disease 8- versión chilena
AFE	Actividad Formativa Equivalente
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
APP	Afasia Progresiva Primaria
APS	Atención Primaria de Salud
AUGE	Acceso Universal a Garantías Explícitas
AVD	Actividades de la vida diaria
AIVD	Actividades instrumentales de la vida diaria
ABVD	Actividades básicas de la vida diaria
BETA	Batería de Exploración de Trastornos Afásicos
CDR	Clinical Dementia Rating (Evaluación de la severidad de la demencia)
CESFAM	Centro de Salud Familiar
CIMT	Centro de informática médica y telemedicina
CMYN	Centro de Memoria y Neuropsiquiatría
COPRAD	Corporación Profesional de Alzheimer y otras Demencias
COSAM	Centro Comunitario de Salud Mental Familiar
CRS	Centro de Referencia de Salud
DAD-E	Disability Assessment for Dementia Version Española
DCL	Deterioro Cognitivo Leve
DEIS	Departamento de Estadísticas e Información de Salud
DICE	Describir, Investigar, Crear y Evaluar
EAT-10	Eating Assessment Tool-10
ECG	Electrocardiograma
E-Cog	Everyday Cognition Questionnaire
EComp	Everyday Compensation Questionnaire

EEG	Electroencefalograma
ENPS	Evaluación neuropsicológica
EMG - VCN	Electromiografía neuroconducción
EU	Enfermera(o) Universitaria
FCSRT	Free and Cued Selective Reminding Test
FONASA	Fondo Nacional de Salud
FONDAP	Fondo de Financiamiento de Centros de Investigación en Áreas Prioritarias
GBHI	Global Brain Health Institute
GDS	Global Deterioration Scale
GERO	Centro de Gerociencias, Salud Mental y Metabolismo
GES	Garantías Explícitas en Salud
HDS	Hospital del Salvador
IC	Interconsulta
ICBM	Instituto de Ciencias Biomédicas
ID	Identificador único
IFC-Ch	Ineco Frontal Screen – Versión chilena
INCA	Instituto Nacional de Neurocirugía
INGER	Instituto Nacional de Geriátría
INR-PAC	Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda
INT	Instituto Nacional del Tórax
LANNEC	Laboratorio de Neuropsicología y Neurociencias Cognitivas
LCR	Recolección de líquido cefalorraquídeo
MAS	Más Adultos Mayores Autovalentes
MBI-C	Mild Behavioral Impairment Checklist
MIS	Memory Impairment Screen
MMSE	Mini-Mental State Examination
MoCA	Montreal Cognitive Assessment

NPI-Q	Neuropsychiatric Inventory Questionnaire
NPS	Neuropsicológica
PBPS	Programa Biopsicosocial
PcD	Persona con Demencia
PRAIS	Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos
QOL-AD	Quality of Life in Alzheimer's Disease
REDCap	Research Electronic Data Capture
REM	Resúmenes Estadísticos Mensuales
RNM	Resonancia Nuclear Magnética
RUDAS	Rowland Universal Dementia Assessment Scale
RUT	Rol Único Tributario
SAPU	Servicio de Atención Primaria de Urgencia
SPCD	Síntomas psicológicos y conductuales de personas con demencia
SSMO	Servicio de Salud Metropolitano Oriente
SU	Servicio de Urgencia
SYDBAT-Ch	Batería de Sydney, versión chilena
T-ADLQ	Technology – Activities of Daily Living Questionnaire
TBDA	Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia
TEC	Terapia de Estimulación Cognitiva
TMT	Trail Making Test
T.O	Terapeuta Ocupacional
TS	Trabajador(a) Social
TSH	Thyroid-Stimulating Hormone
UAI	Universidad Adolfo Ibáñez
VDRL	Venereal Disease Research Laboratory
VHS	Virus del Herpes Simple
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

WAB	Batería de Afasia de Western
WAIS-IV	Escala de Wechsler de Inteligencia para Adultos – cuarta edición
WHODAS 2.0	World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0

1. Sección 1: Presentación general

1.1. Centro de Memoria y Neuropsiquiatría

El Centro de Memoria y Neuropsiquiatría (CMYN) es un nuevo espacio académico asistencial que resulta de la colaboración del Hospital del Salvador, el Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo (GERO) y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (ver Figura 1).

El objetivo de la CMYN es contribuir a mejorar la atención de personas con trastornos cognitivos e impulsar la investigación clínica y traslacional en enfermedades cerebrales, especialmente asociadas al envejecimiento; la formación de recursos humanos, y contribuir a impulsar políticas públicas que contribuyan a aportar una adecuada respuesta a las necesidades de personas con trastornos neurocognitivos y neuropsiquiátricos, en particular de las personas con demencias y su entorno.

CMYN se articula en torno a cuatro actores y una red de colaboraciones nacionales e internacionales.

- i. Unidad de Memoria, dependiente del Servicio de Neurología del Hospital del Salvador del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO), creada en el contexto de la implementación del Plan Nacional de Demencias (2017) del Ministerio de Salud del Gobierno de Chile.
- ii. GERO, uno de los trece centros de investigación en áreas prioritarias, financiadas por el Gobierno de Chile (Programa ANID - FONDAP).
- iii. Laboratorio de Neuropsicología y Neurociencias Cognitivas (LANNEC) del Programa de Fisiopatología del Instituto de Ciencias Biomédicas (ICBM), Departamento de Ciencias Neurológicas Oriente y Departamento de Neurociencias de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- iv. Colaboraciones nacionales e internacionales, destacando el Centro de Informática Médica y Telemedicina (CIMT) y el Laboratorio de Sueño del Programa de Fisiología del ICBM, la Escuela de Salud Pública y el Centro de Investigación Clínica Avanzada (CICA) Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el CICA del Hospital Clínico de la Universidad de Chile de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el Núcleo de Psicogerontología y Disciplinas afines (NIP) del Departamento de Psicología de la Facultad de Ciencias Sociales (FACSO) de la Universidad de Chile, y el Instituto BrainLat, asociado al Global Brain Health Institute (GBHI), de la Universidad Adolfo Ibáñez (UAI)¹.

Las actividades de la CMYN se dividen en cuatro áreas (ver Figura 1)

- i. Atención clínica: atención de pacientes con sospecha de demencia atendidos en la Unidad de Memoria del Servicio de Neurología del Hospital del Salvador del Servicio de Salud Metropolitano Oriente (SSMO) y en coordinación con la red de salud Metropolitana Oriente [Centros de Salud Familiar (CESFAM) y Consultorios de Salud

¹ El año 2021 se firmó un Acuerdo de Cooperación Marco entre la Facultad de Medicina de la U. de Chile y la UAI.

Mental (COSAM)], como instancias de la salud primaria, y apoyo comunitario a personas con demencia, de modo de asegurar la continuidad en la atención.

- ii. Investigación e innovación traslacional básico-clínica y de salud pública. Docencia y capacitación en envejecimiento cerebral y trastornos neurocognitivos. Actividades de extensión y vinculación con el medio.
- iii. Docencia y capacitación en envejecimiento cerebral y trastornos neurocognitivos.
- iv. Actividades de extensión y vinculación con el medio.

FIGURA 1: ACTORES Y PROYECTOS VINCULADOS A CMYN



1.2. Descripción de Unidades de Memoria

Las unidades de memoria son instancias sanitarias que desarrollan la evaluación e intervención de alta complejidad de los trastornos demenciales y enfermedades relacionadas.

Las actividades de las unidades de memoria se organizan en tres acciones esenciales: las clínicas, las técnico-administrativas y aquellas relacionadas con investigación, formación especializada, extensión y participación en formulación de políticas públicas en demencias:

- Acciones clínicas son aquellas vinculadas con la atención directa e indirecta de la persona con demencia (PcD) y su familia y/o red de apoyo o cuidado y la gestión de caso.
- Acciones técnico-administrativas con aquellas relacionadas con el funcionamiento interno de la Unidad, así como de acciones de soporte a las acciones clínicas, dentro de las que cuentan reuniones técnicas, capacitaciones, registros de intervención, entre otros.

- Acciones de investigación, de formación de recursos humanos y participación en la formulación de políticas públicas. Las acciones de investigación e innovación tienen relación con la participación en investigación básico-clínica en trastornos neurocognitivos, y evaluación e innovación en los programas de atención. La formación de recursos humanos incluye la capacitación en demencias de la red de atención del SSMO, participación en docencia de pregrado y postgrado, capacitación de profesionales de otros servicios, entre otros, y la participación en políticas públicas tiene que ver con analizar el rol de diferentes instancias del MINSAL, o del Estado, y contribuir al desarrollo de las políticas públicas en torno a demencias y temáticas sociosanitarias.

En este documento describiremos el funcionamiento de la Unidad de Memoria respecto a las acciones clínicas y técnico-administrativas. Abordamos brevemente las acciones relacionadas con investigación y formación especializada de personas, extensión y participación en formulación de políticas públicas en demencia.

La Guía de Funcionamiento de la Unidad de Memoria se divide en 5 secciones

- Sección 1: Presentación general
- Sección 2: En esta sección se presentan:
 - Actividades clínico-asistenciales y funciones técnico-administrativas relacionadas con la atención directa e indirecta de la PcD y su red de apoyo o cuidado directo.
 - Actividades relacionadas con el trabajo en red para la atención de personas con demencias y el fortalecimiento de las capacidades de atención de las redes sociosanitarias como enlaces intrahospitalarios y consultorías.
- Sección 3: Elementos sobre el funcionamiento de la Unidad de Memoria
- Sección 4: Otras funciones de la Unidad de Memoria como:
 - Capacitaciones
 - Participación en diseño de políticas públicas de demencia y grupos de trabajos del MINSAL u otra institución pertinente
 - Investigación
 - Sensibilización en torno a las demencias en la comunidad y actividades de extensión
- Sección 5: Anexos

2. Sección 2: Acciones clínicas

2.1. Descripción general

En el manual de procedimiento las actividades clínicas relacionadas con la atención de personas con sospecha o diagnóstico establecido de demencia y enfermedades relacionadas, y su familia y/o red de apoyo o cuidado, están divididas en cuatro componentes. Estos corresponden al proceso de atención desde el ingreso a la Unidad hasta el egreso y derivación asistida de la Unidad.

Componente 1 (Derivación): en este componente se describen los criterios de derivación a la Unidad desde otros dispositivos de la red de atención.

Componente 2 (Ingreso y diagnóstico): en este componente se describe el proceso de diagnóstico realizado en la Unidad de Memoria, se detallan las evaluaciones diagnósticas realizadas por los(as) diferentes profesionales de la Unidad de Memoria y el proceso de anuncio diagnóstico.

Componente 3 (Tratamiento): en este componente se describen los tratamientos realizados por los(as) diferentes profesionales de la Unidad de Memoria

Componente 4 (Trabajo en red y derivación asistida): en ese componente describimos el proceso de egreso y contrarreferencia.

La atención centrada en las necesidades de las personas con demencia y su entorno se estructuran en un continuo con cuatro etapas:

1. Ingreso y evaluación diagnóstica
2. Anuncio diagnóstico
3. Tratamiento no farmacológico y farmacológico
4. Egreso y derivaciones asistidas

Las atenciones consideran la diada PcD y cuidador(a). En algunas oportunidades, si se reconocen síntomas de sobrecarga u otra patología de salud mental en el/la cuidador(a) y el/la cuidador(a) es beneficiario(a) (previsión FONASA y residente en comunas SSMO), puede recibir atención por Psiquiatría para evaluar la sintomatología y, eventualmente, iniciar tratamiento para, posteriormente, derivar a la red. En el caso de que el/la cuidador(a) no sea beneficiario(a), se realiza una derivación al centro de salud correspondiente.

Las actividades clínicas consideran:

- **Actividades directas** (presenciales o telemáticas) con el/la PcD y cuidador(a).
- **Actividades no directas** (reuniones de discusión de casos por equipos multidisciplinarios y de discusión del plan de intervención y gestión de casos).

Las acciones clínicas de la Unidad de Memoria se organizan en cuatro programas: Programa diagnóstico, Programa de acompañamiento diagnóstico, Programa biopsicosocial y Programa de continuidad de la atención. Las intervenciones se organizan por especialidad, articuladas mediante la gestión de casos, lo que permite realizar una atención centrada en las necesidades de las personas (ver Figura 2 y Tabla 1).

De forma complementaria también es posible, dentro de las acciones clínicas, la realización de consultorías con la red de atención primaria y enlace intrahospitalario de forma sincrónica o asincrónica con el propósito de resolver dudas diagnósticas o terapéuticas y facilitar los flujos de derivación.

FIGURA 2: PROGRAMAS E INTERVENCIONES POR ESPECIALIDAD DE LA UNIDAD DE MEMORIA



TABLA 1: PROGRAMAS E INTERVENCIONES POR ESPECIALIDAD DE LA UNIDAD DE MEMORIA

PROGRAMA DIAGNÓSTICO	INTERVENCIONES POR ESPECIALIDAD
Tiene dos objetivos principales ▪ Evaluación diagnóstica cuando no se ha podido establecer en la Atención Primaria y/o cuando el consultante cumple criterios de derivación a atención especializada. ▪ Evaluación diagnóstica con el objetivo de orientar las indicaciones terapéuticas centradas en las necesidades del/de la consultante	▪ Terapia Ocupacional ○ Activación de rutinas ○ Prevención de riesgos ▪ Trabajo social ○ Orientación social (pensiones, institucionalización, subsidios, etc.). ○ Coordinación con la red en casos de vulnerabilidad social ▪ Psiquiatría ○ Atención inicial de cuidadores(as) por trastornos de salud asociados al cuidado para posterior derivación a la red ○ Atención del consultante con trastornos de salud mental para posterior derivación a la red

PROGRAMA ACOMPAÑAMIENTO DIAGNÓSTICO

Proveer de información y orientación sobre la enfermedad y de un adecuado acompañamiento post diagnóstico

PROGRAMA BIOPSIICOSOCIAL

Este programa es para casos de sobrecarga severa del/de la cuidador(a) que se asocia a un importante trastorno de la conducta en la PcD*, o bien para las personas con demencia de inicio precoz** que requieran un soporte mayor por dificultades de adaptarse al diagnóstico.

PROGRAMA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Consultantes que mantienen atención médica en la Unidad de manera “activa”, ya con diagnóstico realizado, en condiciones de derivación asistida a la red de salud en APS, pero mantienen seguimiento para dar continuidad a tratamiento farmacológico al que solo se tiene disponibilidad en la atención secundaria

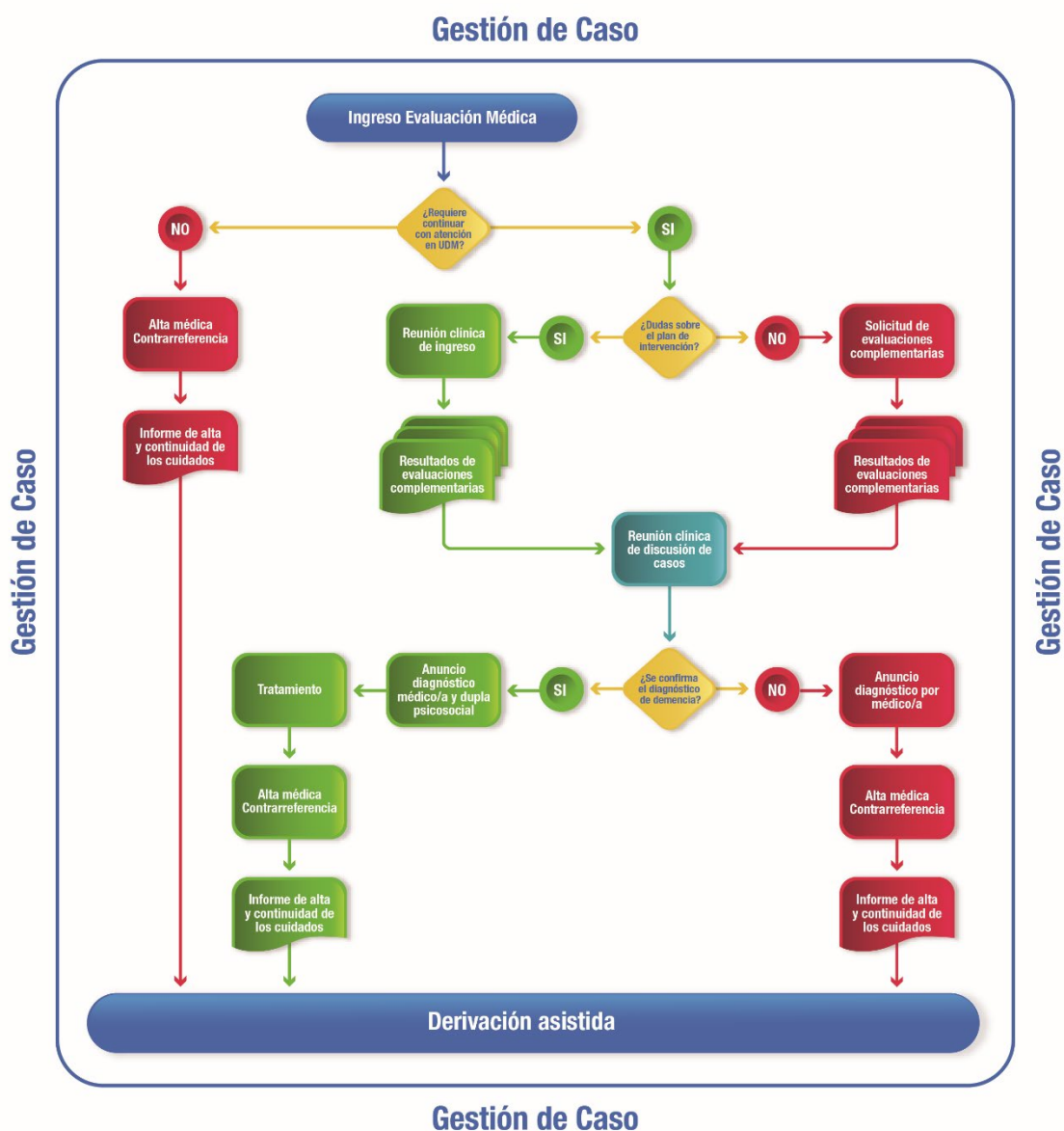
GESTIÓN DEL CUIDADO

La continuidad de los cuidados desde el ingreso hasta el egreso y derivación asistida es asegurada por enfermero/a coordinador/a de la unidad.

* PcD: Persona con demencia; ** demencia en personas menores de 65 años

En la Figura 3 presentamos el flujo de atención desde el ingreso al alta. La atención varía en función de la complejidad clínica. Para optimizar el tiempo, no se presentan todos los consultantes a las reuniones de equipo.

FIGURA 3: FLUJO DE ATENCIÓN CLÍNICA DE UNIDAD DE MEMORIA



Leyenda: Principales flujos post ingreso médico en Unidad de Memoria.

- Paciente a quien se solicita exámenes complementarios en consulta médica y se discute en reunión de equipo una vez se hayan realizado los exámenes complementarios.
- Paciente que se discute en reunión de equipo post ingreso médico. Eventualmente, se puede volver a presentar una vez realizados los exámenes complementarios.
- Paciente en que se realiza el diagnóstico sin necesidad de exámenes complementarios ni de reunión de equipo.

2.2. Componente 1: Criterios de derivación e ingreso a la Unidad de Memoria

Los(as) consultantes son derivados a la Unidad de Memoria según el mapa de derivación descritos en la sección 2.3.2 Red derivación.

La derivación a la Unidad de Memoria se realiza por sospecha diagnóstica de cuadro demencial y en casos de pacientes con demencia que presentan síntomas neuropsiquiátricos que se

traducen en un desajuste conductual de difícil manejo y/o refractarios a intervenciones en otros niveles de resolutiveidad.

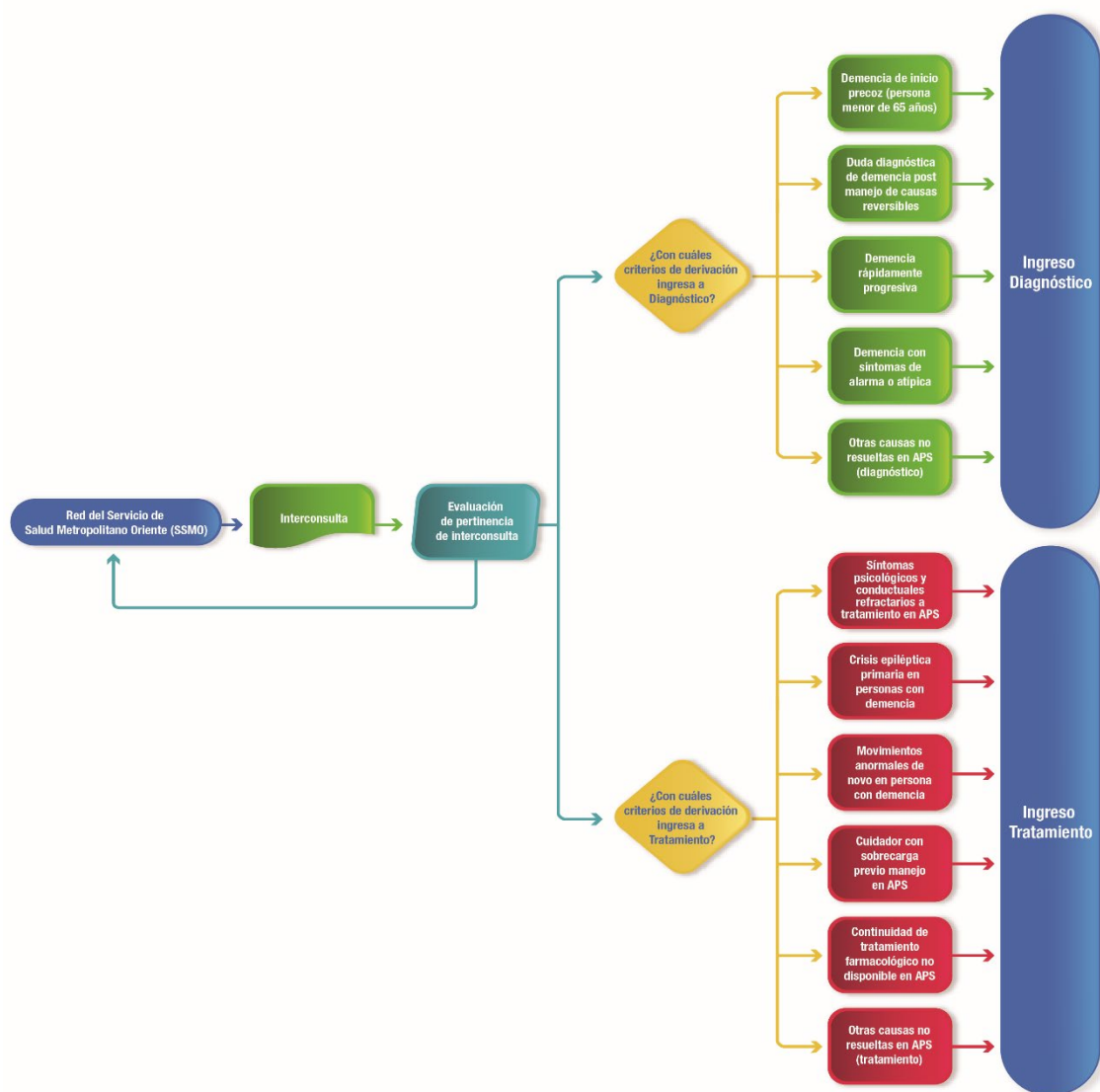
En la **sección 2.2.1** Criterios de derivación a la Unidad de Memoria se presentan los principales criterios de derivación.

El ingreso se comprende como aquellas acciones y procesos que van desde la recepción de la derivación, a través de la interconsulta, realizada por cualquier dispositivo de salud presente en la red y de acuerdo con los flujos de derivación, hasta la evaluación médica de ingreso.

2.2.1. Criterios de derivación a la Unidad de Memoria

En la Figura 4 se presentan los principales criterios de derivación.

FIGURA 4: CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UNIDAD DE MEMORIA*



Leyenda: *Tiempo de respuesta según criterios GES 85 de Alzheimer y otras demencias².

La derivación a la Unidad de Memoria, tal como se ha señalado, ocurre con el propósito de poder aclarar el diagnóstico, o para abordar a personas con demencia con alta complejidad

² <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18929.html>

psicosocial sin respuesta terapéutica desde otro dispositivo de salud y de resolutiveidad.

En la actualidad la realidad regional es diversa, no existiendo en todos los territorios los elementos y recursos que inicialmente se establecieron para la implementación del Plan Nacional de Demencias (unidades de memoria, Centros de salud familiar o COSAM) que buscaba articular los distintos niveles de atención, específicamente atención primaria y de especialidad. A partir de la implementación del GES 85 de Alzheimer y otras demencias (ver <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/w3-article-18929.html>), se han instalado equipos de trabajo en la mayoría de los hospitales de alta y mediana complejidad a nivel nacional que tienen como objetivo realizar intervenciones para esta población y su entorno de apoyo y/o cuidados.

En concordancia con lo anterior, las Unidades de Memoria abordan las siguientes condiciones de salud relativo a las demencias que se dividen en dos categorías:

1. **Categoría 1:** complejidad diagnóstica (no urgente)
2. **Categoría 2:** complejidades de tratamiento: síntomas psicológicos y conductuales y otros (no urgente)

Es importante precisar que estas categorías fueron establecidas por un consenso de expertos(as) al elaborar el Plan Nacional de Demencia³ y la pertinencia requiere ser evaluada.

CATEGORÍA 1: COMPLEJIDAD DIAGNÓSTICA (NO URGENCIA)

- Demencia de inicio precoz (persona menor de 65 años).
 - Cuando exista duda persistente respecto del diagnóstico de Demencia en Atención Primaria de Salud (APS), habiendo descartado causas tratables (ver Cuadro 1.A).
 - Demencia con síntomas de alarma o atípicas (ver Cuadro 1.B).
 - Demencia rápidamente progresiva
 - Equipos APS puede referir en otras situaciones formulando una pregunta clara sobre la duda diagnóstica.
-

CUADRO 1A: SOSPECHA DIAGNÓSTICA

- Personas con queja cognitiva o trastornos de la conducta subjetiva de memoria persistente pese a evaluaciones en APS sin alteraciones en pruebas cognitivas de Screening o Tamizaje en APS y en quienes persistan la sospecha diagnóstica en APS.
 - Persona con alta escolaridad y queja cognitiva que requieran evaluación neuropsicológica más profunda y exhaustiva.
 - Persona analfabeta o muy baja escolaridad con duda por mal desempeño en pruebas cognitivas y dudas en su desempeño en funcionalidad.
 - Personas con déficit sensorial e historia de deterioro cognitivo con mal desempeño en pruebas cognitivas y dudas en su desempeño funcional.
-

CUADRO 1B: SÍNTOMAS DE ALERTA PARA DERIVACIÓN A UNIDAD DE MEMORIA DESDE APS U OTRO DISPOSITIVO DE LA RED

- Síntomas conductuales prominentes desde el inicio del cuadro demencial.
-

³<https://bit.ly/3BsS1ES>

- Trastornos psiquiátricos de inicio tardío, sin respuesta a terapia de primera línea.
- Síntomas motores (alteración de la marcha, caídas frecuentes, temblor, rigidez, bradicinesia) desde el inicio del cuadro cognitivo y que no son explicables por otra causa.
- Alucinaciones e ideas delirantes desde las primeras etapas de la enfermedad.
- Fluctuaciones atencionales y/o cognitivas persistentes, no explicadas por un trastorno delirante sobreañadido.
- Alteraciones del lenguaje prominentes desde el inicio del cuadro demencial.
- Demencia de instalación rápidamente progresiva (instalación de los síntomas menor a 6 meses y sin causa demostrable en APS u otro dispositivo de la red).
- Paciente sin antecedentes de epilepsia, con aparición de crisis convulsivas nuevas y/o movimientos anormales (post consulta a APS o urgencia si lo amerita).

CATEGORÍA 2: COMPLEJIDADES DE TRATAMIENTO: SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS Y CONDUCTUALES U OTROS

- Persistencia de uno o más síntomas psicológicos y conductuales, en grado severo (según NPI-Q⁴ idealmente) por más de 3 meses, que no responden a tratamiento en APS o dispositivo de referencia.
 - Crisis epiléptica en PcD sin antecedentes (post - evaluación en su CESFAM).
 - Movimientos anormales en PcD sin antecedentes de movimientos anormales (post - evaluación en su CESFAM).
 - Cuidador(a) con sobrecarga con sintomatología refractaria a manejo en APS.
 - Continuidad de tratamiento farmacológico no disponible en APS.
 - Equipos APS puede referir en otras situaciones formulando una pregunta clara del motivo de derivación.
-

→ ATENCIÓN

En la Unidad de Memoria no se realizan atenciones de urgencia. Frente a situaciones de emergencia se indica consulta a Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU) o el Servicio de Urgencia del Hospital del Salvador. En la Tabla 2 se detallan los síntomas que requieren consulta de urgencia.

TABLA 2: SÍNTOMAS QUE REQUIEREN CONSULTA DE URGENCIA

1- Grupo 1: Síntomas que requieren consulta de urgencia SAPU o al servicio de urgencias por la posibilidad de una causa de curso potencialmente letal y tratable

- Presencia de signos y síntomas neurológicos focales (paresia, hipoestesia, afasia) de inicio brusco y reciente.
 - Síntomas psicológicos y/o conductuales que pongan en riesgo la vida del/de la paciente y/o terceros.
 - Paciente con caída, pérdida de la coordinación, equilibrio y deterioro brusco.
 - Deterioro cognitivo y/o de conducta en una persona con antecedentes de traumatismo craneoencefálico, neoplasia, tratamiento con anticoagulantes orales o
-

⁴ Musa, G., Henríquez, F., Muñoz-Neira, C., Delgado, C., Lillo, P., & Slachevsky, A. (2017). Utility of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(2), 129–136. <https://doi.org/10.1590/1980-57642016dn11-020005>

trastorno de la hemostasia (cuadros que hagan sospechar hemorragia cerebral, hematoma subdural o metástasis).

2- Grupo 2: Síntomas que requieren consulta de urgencia a su CESFAM

- Paciente con deterioro cognitivo y/o funcional de rápida instalación.
- Paciente con sospecha de Delirium o síndrome confusional agudo (alteración en la atención, de forma aguda, que fluctúa durante el día, pudiendo presentar agitación y/o somnolencia).
- Paciente sin antecedentes de epilepsia, con aparición de crisis convulsivas nuevas y/o movimientos anormales.

2.3. Componente 2: Evaluación y anuncio diagnósticos

2.3.1. Evaluación médica de ingreso

La atención de ingreso es realizada por un(a) médico especialista de la Unidad de Memoria (neurólogo o psiquiatra especializado en demencia), quien realiza la intervención en una sesión de 45 minutos.

El ingreso médico se divide en los componentes indicados en la Tabla 3.

TABLA 3: COMPONENTE DE INGRESO MÉDICO Y CONSULTA DE SEGUIMIENTO Y REGISTRO

COMPONENTES	REGISTRO EN FICHA CMYN ⁱ
Antecedentes ▪ Personales, sociales (edad, escolaridad, grupo familiar, estado civil, situación laboral) ▪ Patológicos y tratamientos farmacológicos: indagar sobre consumo de fármacos con efectos en las capacidades cognitivas ▪ Trastorno de salud mental ▪ Familiares con énfasis en antecedentes de historia familiar de demencia y trastornos psiquiátricos ▪ Revisión de exámenes disponible	Registro en Pestaña 'Antecedente'
Anamnesis El objetivo de la anamnesis es realizar el diagnóstico diferencial entre queja cognitiva, trastornos neurocognitivos menor y/o mayor y orientar a la etiología. Se realiza una anamnesis detallada del/de la paciente y cuidador(a) principal (síntomas, perfil evolutivo, afectación funcional, comorbilidad).	Registro en Pestaña 'Anamnesis' en Consulta Médica en 1a consulta y Pestaña 'Datos Consultas' en consultas de seguimiento
<i>En las Tablas 4 y 5 se presentan recomendaciones para la anamnesis de una consulta por sospecha de trastorno cognitivo y sugerencias para la entrevista clínica.</i>	
Examen físico general y neurológico con énfasis en ▪ Atención, habla, praxias, marcha, oculomotilidad, signos parkinsonianos, búsqueda de síntomas	Registro en Pestaña 'Examen Físico'

focales, trofismo, Romberg u otros según el cuadro clínico.

Examen mental y aplicación de instrumentos de tamizaje cognitivos

- Atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas y praxias
- Signo de rotación de la cabeza: paciente mira acompañante para que responda preguntas dirigidas al/a la paciente
- Aplicación de instrumentos de tamizaje cognitivos MMSE⁵, MoCA⁶, MIS, 5 palabras, fluencias, entre otros
- Examen mental complementario en función de sospecha clínica

Registro en Pestaña
'Examen Físico'
&
'REDCap' en caso de
administrar test
cognitivo
estandarizado

El proceso de evaluación concluye en formulación de diagnóstico y formulación de un plan de trabajo con indicaciones de exámenes

Diagnóstico, hipótesis o confirmado, se formula en 4 ejes

Registro en Ficha CMYN

- Tipo de demencia si corresponde
- Factores reversibles
- Otros diagnósticos
- Graduación de severidad con *Global Deterioration Scale* (GDS)⁷

Pestaña
'Diagnóstico'

→ ATENCIÓN

Toda consulta debe concluir con el registro en Ficha CMYN de diagnóstico, indicando si corresponden a *hipótesis* (sospecha) o *diagnóstico ya establecido* (confirmado) y la *estratificación de severidad de demencia según GDS*, para poder cumplir con *resúmenes estadísticos mensuales (REM)* en que se requiere informar de atenciones de personas con diagnóstico de demencia y etapa de severidad.⁸

Plan de trabajo e indicaciones

- **Formulación plan de trabajo**
 - En la Tabla 6 se presentan los principales planes de trabajo que se pueden formular en la primera visita en la Unidad de Memoria

Sección Plan de Pestaña
'Indicación'

⁵ Ibáñez, A., Slachevsky, A., & Serrano, C. M. (2020). Manual de Buenas Prácticas para el diagnóstico de demencia. (1.a ed.). Banco Interamericano de Desarrollo. Descargable: <https://bit.ly/3CkAdMq>

⁶ Delgado, C., Araneda, A., & Behrens, M. I. (2019). Validation of the Spanish-language version of the Montreal Cognitive Assessment test in adults older than 60 years. *Neurología (English Edition)*, 34(6), 376-385. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2017.01.013>

⁷ Ibáñez, A., Slachevsky, A., & Serrano, C. M. (2020). Manual de Buenas Prácticas para el diagnóstico de demencia. (1.a ed.). Banco Interamericano de Desarrollo. Descargable: <https://bit.ly/3CkAdMq>

⁸ <https://estadistica.ssmso.cl/series-rem-2022/>

▪ Solicitud de exámenes complementarios ○ En Tabla 7 se presentan los principales exámenes complementarios que se solicitan en contexto de evaluación diagnóstica en la Unidad de Memoria	Sección Plan de Pestaña 'Exámenes Complementarios'
Solicitud de evaluaciones diagnósticas complementarias En sección 2.3.2 (Evaluación diagnóstica complementaria al ingreso médico) se presentan las evaluaciones diagnósticas complementarias al ingreso médico	Emisión de IC ⁱⁱ en Ficha CMYN para consultas internas a la Unidad de Memoria o en formulario en papel del Hospital del Salvador
Indicaciones fármacos	Sección Fármacos de Pestaña 'Indicación'
Interconsulta a secretaría para reagendar	Emisión de IC a secretaría en Ficha CMYN para reagendar

ⁱVer detalles en tabla 8; ⁱⁱ: IC: Interconsulta

TABLA 4: RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA MÉDICA DE INGRESO

Realizar anamnesis a consultante e informante, cuidador(a) u otro informante.

Elementos generales para considerar en anamnesis

- Iniciar la consulta entrevistando primero al/a la consultante. En caso de que no refiera motivo de consulta, preguntar dirigidamente por qué acudió a una consulta médica. Entrevista primero al/a la consultante y no con el/la acompañante tiene dos objetivos principales:
 - Establecer si el/la consultante puede reportar sus síntomas y grado de conciencia de sus dificultades. Esa primera aproximación es muy importante para orientar desde el inicio el diagnóstico y permite establecer la presencia del signo de rotación de la cabeza
 - Dar un trato adecuado a pacientes adultos mayores que consultan con familias y, frecuentemente, no son considerados(as) en entrevista clínica
- Entrevistar el/la informante sin la presencia del/la consultante puesto que el/la informante puede no referir todos los síntomas en presencia del/la consultante

Elementos por recabar en historia clínica indagando en quien reporta, consultante y/o informante

▪ **Motivo de consulta o derivación**

▪ **Historia clínica con los siguientes elementos**

- Tiempo de evolución
- Forma de inicio
- Frecuencia de los trastornos
- Deterioro respecto cognición o comportamientos previos

○ **Síntomas**

- En Ficha CMYN se indica una lista de síntomas en que se indagan los siguientes elementos:
 - Presencia (Si / No)
 - Momento de ocurrencia (inicial, medio, avanzado)
 - Severidad (leve, moderado, severo)
 - Impacto (problemático - Si / No)
 - Quién reporta (paciente y/o informante)
- En la Tabla 5 se presentan preguntas para establecer la presencia de un trastorno cognitivo y conductual y sus características específicas.

▪ **Funcionalidad**

- Declive de la funcionalidad en relación con nivel previo e impacto en la vida diaria
 - En Ficha CMYN se registra si los problemas interfieren con el nivel de funcionamiento y actividades de la vida diaria, divididas en: general, avanzadas, instrumentales y básicas (Si / No) y quien reporta (paciente y/o informante)
- El impacto del declive funcional en la vida diaria constituye uno de los pilares para el diagnóstico diferencial entre DCL y trastorno demencial
 - En el DCL, el trastorno de la funcionalidad afecta de preferencia las actividades avanzadas de la vida diaria como la sociabilización o actividades recreativas, sin afectación de la capacidad del/de la paciente para desenvolverse por sí mismo en el cotidiano.
 - En la demencia, el trastorno de la funcionalidad afecta la capacidad de desenvolverse por sí solo, existe compromiso de la independencia y la autonomía, requiere del apoyo de terceros en la vida diaria.

TABLA 5: ELEMENTOS SUGERENTES DE LA PRESENCIA DE UN TRASTORNO COGNITIVO Y CONDUCTUAL Y SUS CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS

1. Elementos sugerentes de la presencia de un trastorno cognitivo y conductual en general (adaptado de Ibáñez, Slachevsky y Serrano, 2020)

- Trastorno de memoria (olvida dónde deja las cosas, recados, conversaciones, olvido de episodios completos)
- Dificultades para realizar tareas habituales (conducir auto, gestión del dinero, toma de medicamentos, citas, cocinar, manejar dinero)
- Confusión frente a imprevistos
- Problemas del lenguaje (dificultad para encontrar las palabras, nominar, entender conversaciones)
- Desorientación en el tiempo y espacio (problemas con las fechas, se pierde en lugares poco conocidos)
- Juicio disminuido
- Problemas con el pensamiento abstracto, concretismo.
- Traspapelar cosas (objetos en lugares equivocados)
- Cambios conductuales y de humor (irritabilidad, agresividad, falta de iniciativa)
- Cambios de personalidad
- Pérdida de iniciativa y disminución de la participación (apatía)

- Dificultades para desenvolverse por sí solo.
 - Por ejemplo, los cercanos no se sienten seguros de dejar al paciente solo.

Puede orientar la pregunta de Bergman-Paris (Laguë et al., 2018)

¿Usted se sentiría tranquilo dejando a quien acompaña solo en casa durante 3 meses, sabiendo que otros de sus familiares también están lejos? Por ejemplo, ¿se iría de vacaciones 3 meses dejándolo solo?

Elementos cardinales sugerentes de un trastorno demencial

- Cambio en relación con el nivel previo
 - Perfil progresivo
 - Trastorno de la funcionalidad asociado
-

2. Elementos de la historia clínica sugerentes de un trastorno cognitivo y conductual específico (adaptado de Tang-Wai & Freedman, 2018)

Pérdida de memoria episódica anterógrada	▪ Se repite a sí mismo; olvida rápidamente las conversaciones ▪ No recuerda episodios recientes ▪ No recuerda qué comió el mismo día o qué hizo en las vacaciones
--	---

Prosopagnosia	▪ No puede recordar a las personas que ve en la calle ▪ No reconoce a las personas conocidas en una fiesta
---------------	---

Trastorno visoespacial	▪ No puede alinear las cosas ▪ Problemas para ver y leer ▪ Visión borrosa ▪ Dificultad para llenar un formulario ▪ No puede encontrar cosas en el refrigerador ▪ Dificultad para leer un mapa ▪ Pone cosas en lugares equivocados ▪ Extravío y desorientación geográfica
------------------------	---

Apraxia	▪ Incapacidad para arreglar las cosas ▪ Dificultad para manipular objetos
---------	--

Trastorno lenguaje	▪ Olvida palabras ▪ Describe palabras ▪ Circunloquios, habla alrededor de ellos ▪ Confunde palabras ▪ Pronuncia mal las palabras ▪ Olvida lo que significa una palabra
--------------------	---

Trastorno atencional	▪ A veces es capaz de hacer cosas y a veces parece más confundido y no puede hacer cosas
----------------------	--

Disfunción ejecutiva	▪ No puede planificar, realizar varias tareas a la vez ▪ Dificultad para concentrarse en una tarea
----------------------	---

- Debe hacer todo en pasos individuales
- No puede hacer dos tareas a la vez
- Si se interrumpe en curso de una acción no termina la acción en curso

Trastorno de la conducta en ausencia de un trastorno psiquiátrico 1ro

- Apatía
- Disminución empatía
- Cambio preferencias alimentarias
- Comportamientos repetitivos
- Hipocondriasis
- Pérdida de tacto social.
- Comportamientos obsesivos o rituales no asociados a angustia

Adaptado de:

Ibáñez, A., Slachevsky, A., & Serrano, C. M. (2020). Manual de Buenas Prácticas para el diagnóstico de demencia. (1.a ed.). Banco Interamericano de Desarrollo. Descargable: [Ibanez-ASlachevsky-A-Serrano-C.-Manual-de-Buenas-Practicas-para-el-diagnostico-dedemencia_V2-12062020](#)

Laguë, A., Voyer, P., Ouellet, M.-C., Boucher, V., Giroux, M., Pelletier, M., Gouin, É., Daoust, R., Berthelot, S., Morin, M., Minh Vu, T. T., Lee, J., Brousseau, A.-A., Sirois, M.-J., & Émond, M. (2018). Using the Bergman-Paris Question to screen seniors in the emergency department. *CJEM*, 20(5), 753-761. <https://doi.org/10.1017/cem.2017.412>

Tang-Wai, D. F., & Freedman, M. (2018). Bedside Approach to the Mental Status Assessment: CONTINUUM: Lifelong Learning in Neurology, 24, 672-703. <https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000617>

TABLA 6: PLANES DE TRABAJO

Plan de trabajo 1: No requiere proceso diagnóstico adicional:

- Queja cognitiva sin síntomas de alerta y que no requiere mayor estudio, por ejemplo, queja cognitiva atribuible a una causa potencialmente reversible (causas metabólicas, dolor, fármacos, trastornos psiquiátricos primarios sin elementos sugerente de trastorno cognitivo asociado o primario, enfermedad sistémica) y que a juicio clínico no requiere mayor estudio de especialidad
- Demencia en etapa severa [GDS 6-7] que no requiere estudio por especialidad, salvo en cuadros de instalación rápidamente progresiva

Resultado plan de trabajo 1

- Registro de diagnóstico en ficha clínica
- Interconsulta a enfermera coordinadora de la Unidad de Memoria informando de alta para gestión con red
- Entrega a paciente interconsulta en papel con informe diagnóstico al paciente para seguir los cuidados en la APS.
 - En caso de queja cognitiva se enfatiza la importancia de la prevención y de seguir atención en dispositivos correspondientes
 - En caso de demencia severa, se informa de la no pertinencia de mayor evaluación y seguimiento en la Unidad de Memoria y de seguir la atención en dispositivos correspondientes

Plan de trabajo 2: Requiere atenciones adicionales y/o evaluaciones complementarias que pueden ser:

- **Plan de trabajo 2.1:** Recitar paciente sin informante confiable para aclarar la anamnesis y reevaluar el plan de trabajo

- Se realiza interconsulta (IC) a secretaria para recitar con informante

- **Plan de trabajo 2.2: Hospitalización del/de la paciente para estudio, ya sea hospitalización programada o evaluación de urgencias**

- Se realiza IC a secretaria para recitar con informante
- IC a enfermera coordinadora indicando que se solicitó hospitalización
- Se entrega orden de hospitalización para ser gestionada
- Se entrega IC para evaluación en el servicio de urgencias

- **Plan de trabajo 2.3: Derivación a Programa biopsicosocial (BPS)**

- Se realiza IC a secretaria para citar con médico psiquiatra responsable del BPS indicando el grado de urgencia
- IC a Enfermero(a) Universitario (EU) informando plan de acción y solicitando presentación a reunión de equipo

- **Plan de trabajo 2.4:** Complementar el estudio diagnóstico con:

- Exámenes complementarios (ver tabla 7)
- Evaluaciones complementarias por otros(as) profesionales (ver sección 2.3.2. Evaluación diagnóstica complementaria al ingreso médico).
 - Se realizan ordenes de exámenes complementarios.
 - Interconsultas a otros(as) profesionales de la Unidad, según indicaciones descritas en secciones posteriores. La derivación se realiza en función de criterio clínico.
 - Interconsultas a profesionales no médicos: se realiza IC directa a profesional no médico en Ficha CMYN.
 - Interconsultas a psiquiatría: se realiza IC en Ficha CMYN a secretaria para agendar hora con médico psiquiatra.
 - Interconsulta a otras especialidades médicas en el Hospital del Salvador (HDS) en función de criterio clínico
 - Interconsultas a EU informando Plan de Acción e informando si requiere ser presentado en reunión de equipo.
 - En Ficha CMYN se abre el Programa Diagnóstico.

TABLA 7: EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Categoría de examen	Descripción	Indicaciones
---------------------	-------------	--------------

Sangre (rutina)	Hemograma y VHS, perfil bioquímico, electrolitos plasmáticos, función renal, pruebas tiroideas: TSH y T4 libre, perfil lipídico.	Siempre. Exceptuando cuando se dispone de exámenes previos con menos de 6 meses de anterioridad.
Otros de sangre	Niveles de vitamina B12	Según criterio clínico
Enfermedades de transmisión sexual	VDRL VIH	Según criterio epidemiológico y sospecha clínica.
Neuroimágenes	Scanner y RNM cerebral	Según criterio clínico, el/la médico encargado(a) decidirá la pertinencia.

Solicitud RNM cerebral al Instituto Nacional de Neurocirugía (INCA)

1. IC en formato de papel utilizado tradicionalmente en el Hospital. En el encabezado de la IC se escribe: PROTOCOLO: FONDAP-CMYN
2. Notificar al/a la enfermera coordinador(a) solicitud de RNM mediante IC en Ficha CMYN para poder hacer seguimiento.
3. Solicitar a la Administración realizar fotocopia de IC para poder hacer seguimiento.

Otro tipo de exámenes	EEG EMG-VCN Doppler carotideo ECG Holter Ecocardiografía	Según criterio clínico
Otros exámenes	Estudio inmunológico LCR (en el caso del Hospital del Salvador la realización de LCR requiere hospitalización)	Según criterio clínico

El registro de la información se realiza en Ficha CMYN según indicaciones de tabla 8

TABLA 8: REGISTRO DE LA INFORMACIÓN EN FICHA CMYN

Antecedentes

test prueba

Edad: 40 años
 Medico Personal Académico Vlachovsky
 Comenzar 100
 Perfil: Fachista
 Rol: 14 de 16

PERSONALES
 MEDICOS
 EXAMENES RECIBIDOS
 COMENTARIOS

Personales
 Médicos
 Exámenes recibidos
 Comentarios

Anamnesis 1

The image shows a computer monitor displaying a medical form titled "Historia Clínica Médica". The form is divided into several sections:

- test prueba**: Includes fields for "Fecha de nacimiento" (01/01/2000), "Examen físico" (15/01/2000), "Examen de laboratorio" (15/01/2000), and "Examen de imagen" (15/01/2000).
- Motivo de consulta**: This section is highlighted with a red box. It contains the text "Motivo de consulta: Dolor de cabeza" and "Motivo de consulta: Dolor de cabeza".
- Anamnesis**: This section is also highlighted with a red box. It contains the text "Anamnesis: Dolor de cabeza" and "Anamnesis: Dolor de cabeza".

The form is displayed on a silver computer monitor with a black bezel. The background is a light blue gradient.

Anamnesis 2

The image shows a computer monitor displaying a web application. The application has a sidebar on the left with two items: 'Inicio' and 'Sintomas'. The 'Sintomas' item is highlighted. The main content area has a header with three items: 'Inicio', 'Sintomas', and 'Inicio de la enfermedad'. Below the header is a table with 4 columns: 'Muestra', 'Fecha de inicio', 'Fecha de fin', 'Lugar', and 'Observaciones'. The table contains 4 rows of data. At the bottom of the main content area, there is a 'Agregar nuevo caso' button and a 'Mostrar todos los casos' link.

Muestra	Fecha de inicio	Fecha de fin	Lugar	Observaciones
1	2020-01-01	2020-01-05	San Francisco	
2	2020-01-02	2020-01-06	San Francisco	
3	2020-01-03	2020-01-07	San Francisco	
4	2020-01-04	2020-01-08	San Francisco	

[Agregar nuevo caso](#)
[Mostrar todos los casos](#)

Examen físico neurológico

[illegible]

Examen mental

Diagnostico

The image shows a computer monitor displaying a web application interface. The interface is organized into four main sections, each with a dropdown menu and a search button:

- Diagnósticos:** Includes a 'Diagnostico' dropdown menu and a 'Buscar' button. Below it is a table with columns 'Codigo', 'Descripcion', and 'Estado'.
- Factores Reversibles:** Includes a 'DiagnosticoReversible' dropdown menu and a 'Buscar' button. Below it is a table with columns 'Codigo', 'Descripcion', and 'Estado'.
- Otros diagnósticos:** Includes a 'DiagnosticoOtros' dropdown menu and a 'Buscar' button. Below it is a table with columns 'Codigo', 'Descripcion', and 'Estado'.
- Códigos:** Includes a 'Codigo' dropdown menu and a 'Buscar' button. Below it is a table with columns 'Codigo', 'Descripcion', and 'Estado'.

The tables are currently empty or contain minimal data as shown in the image.

GES

Plan de acción e indicaciones

Sistema Controla Músculos
 Versión 1.0.0.0 (2017-01-01)

test gratuita
 Paso 1 de 4
 Reservar gratis

Plan

Usuarios	Licencia	Precio	Características
1 Usuario	Licencia	Precio	Características
1 Usuario	Licencia	Precio	Características
1 Usuario	Licencia	Precio	Características

Indicaciones de Laboratorio
 Indicaciones Terapéuticas

Contacto Email Prensa Reservar gratis

**LA PRESENTACIÓN DE LAS EVALUACIONES COMPLEMENTARIAS
SE ESTRUCTURA EN SEIS COMPONENTES**

1. Fundamento
2. Objetivos - Profesional a cargo
3. Población objetivo y criterios de inclusión y exclusión
4. Descripción (modalidad de ingreso, procedimiento, instrumentos de evaluación y duración [Número de sesiones y tiempo])
5. Registro de la información
6. Informe y comunicación de resultados

2.3.2. Evaluación diagnóstica complementaria al ingreso médico

El proceso diagnóstico puede incluir en función del contexto clínico las evaluaciones por las siguientes profesiones

- Neuropsicología
- Psiquiatría
- Fonoaudiología
- Terapia ocupacional
- Trabajo social
- Evaluación de profesionales externos a la Unidad.

2.3.2.1. Evaluación neuropsicológica

2.3.2.1.1. Fundamentos

La evaluación neuropsicológica es el estudio de las capacidades cognitivas y el comportamiento mediante la aplicación de pruebas cognitivas a la persona con sospecha de demencia, a la vez que se aplican cuestionarios dirigidos a un(a) informante para conocer el estado funcional y la presencia de síntomas neuropsiquiátricos. Estas distintas fuentes de información, sumado a los antecedentes recabados en la entrevista clínica y a la observación directa de parte del/de la clínico, permiten a éste inferir acerca del estado cognitivo actual de la persona, realizando interpretaciones desde sus conocimientos en el funcionamiento del sistema nervioso central.

2.3.2.1.2. Objetivo

Evaluar las capacidades cognitivas y la conducta con fines diagnósticos

2.3.2.1.3. Profesional a cargo

Psicólogo(a) con formación en evaluación neuropsicológica (al menos, en neuropsicología en demencia)

2.3.2.1.4. Criterios de derivación

Se deriva a evaluación neuropsicológica en aquellos casos en los que existe una duda respecto de la presencia y/o gravedad del deterioro cognitivo, considerando que esto pueda modificar el diagnóstico y/o manejo. En la Tabla 9 se indican condiciones cuando no se recomienda evaluación.

TABLA 9: CAUSAS EN LAS QUE NO SE RECOMIENDA EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA
(adaptado de Zucchella et al., 2018)

Condición	Razón
El/la paciente está severamente afectado(a)	La evaluación no será informativa (no aportará nada nuevo). El costo excede el beneficio.
El diagnóstico está establecido	Cuando se deriva a neuropsicología para apoyar el diagnóstico, pese a que el diagnóstico está razonablemente claro.
Evaluación neuropsicológica reciente (menos de 6 meses)	Un deterioro cognitivo significativo es poco común en un tiempo tan corto, salvo que haya presencia de un nuevo cuadro neurológico o una demencia rápidamente progresiva. Hay un efecto de aprendizaje que puede ser un sesgo (salvo si se usan versiones alternativas de la prueba, no siempre disponibles).
Anormalidad poco probable	La persona no muestra ningún signo de deterioro cognitivo, y la evaluación se realiza sólo para asegurar que la persona está saludable.
Estado confusional o psicosis	La persona está cursando un cuadro confusional o psicosis, condiciones que con seguridad alterarán los resultados de la prueba, sin que se refleje el real rendimiento posible.

Adaptado de: Zucchella, C., Federico, A., Martini, A., Tinazzi, M., Bartolo, M., & Tamburin, S. (2018). Neuropsychological testing. *Practical neurology*, 18(3), 227-237

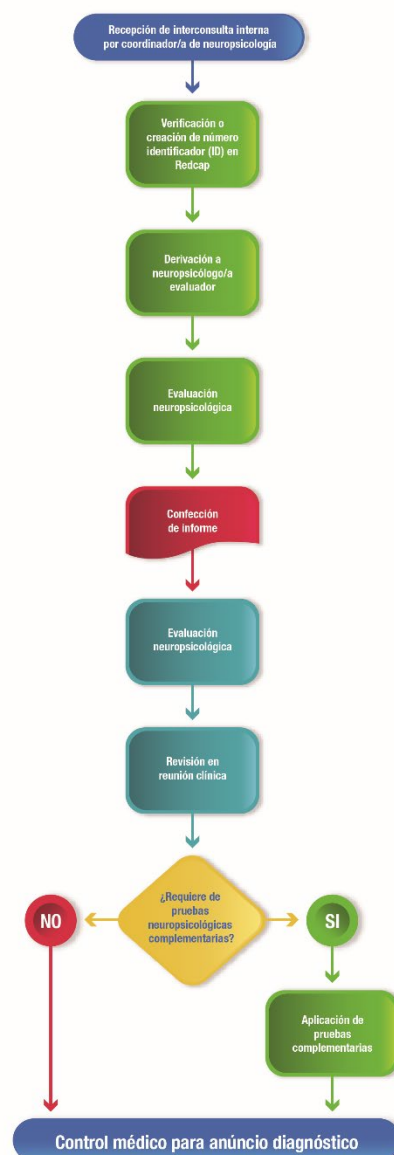
2.3.2.1.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, instrumentos de evaluación y duración

2.3.2.1.5.1. Modalidad de ingreso

- Las interconsultas a neuropsicología son gestionadas por el/la coordinador(a) del área (o su subrogante en caso de ausencia), donde se distribuirán los casos entre los(as) distintos(as) profesionales asignados(as) a la Unidad de Memoria. En la Figura 4 se describe el flujo de gestión de las interconsultas.
- El/la coordinador(a), una vez asigne el caso al/a la profesional correspondiente, deja constancia de la siguiente manera:
 - 1. Actividades Ficha CMYN.** En la página principal de la Ficha CMYN se asigna el/la profesional a cargo.
 - 2. Interconsulta a profesional:** Se notificará al/a la profesional a cargo vía interconsulta interna por Ficha CMYN, dando mayores antecedentes del motivo de derivación. Cuando sea pertinente, el/la coordinador(a) sugerirá baterías/test específicos que ayuden al/a la profesional a abordar el caso.
 - 3. Programa hojas de cálculo compartido** con el listado completo de pacientes.

- Las consideraciones relevantes e información adicional quedarán consignado en la columna “Observaciones”. Todo nuevo paciente, por defecto, tendrá el estado “No iniciado” indicando que la evaluación aún no ha comenzado.
- El/la coordinador(a) verificará si el paciente cuenta con un ID de REDCap al momento de ser derivado(a) (asignado por el/la médico tratante), en cuyo caso, lo dejará registrado en el Listado de pacientes. En caso de no tener un ID previo, el/la coordinador(a) generará uno nuevo, dejando registro tanto en la Ficha CMYN como en el Listado de pacientes.
- Al generar un nuevo ID de REDCap. Necesariamente, se debe dejar en el formulario “Anamnesis” de REDCap el nombre y RUT del/de la paciente para evitar posibles errores en el registro de los datos. Esto también estará a cargo del/de la coordinador(a), aunque cada profesional debe verificar que esta información sea correcta antes de iniciar la evaluación.
- Una vez el/la profesional recibe su caso, es de su responsabilidad el lograr completar el proceso completo. El detalle del proceso se abordará en el siguiente apartado.

FIGURA 5: FLUJO DE GESTIÓN DE LAS INTERCONSULTAS A NEUROPSICOLOGÍA



2.3.2.1.5.2. Procedimiento

La evaluación estándar considera cuatro elementos

- Entrevista clínica al/a la consultante
- Entrevista clínica al/a la informante clave
- Aplicación de cuestionario sobre síntomas neuropsiquiátricos y sobre la funcionalidad
- Aplicación de instrumentos de tamizaje cognitivo y por dominios cognitivos específicos: atención, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas y habilidades visoconstructivas

La evaluación estándar se complementa con una evaluación más extensa cuando es necesario obtener información adicional respecto a uno o más dominios cognitivos, por lo que se aplican pruebas específicas, en virtud de la hipótesis diagnóstica o de los hallazgos durante la evaluación.

Una vez recibida la interconsulta del caso, el/la profesional debe dar cumplimiento a los siguientes hitos:

1. **Primer contacto telefónico (llamada “0”):** Se contacta al/a la informante identificado(a) en Ficha CMYN (o al/la paciente, en caso de no disponer de informante) para explicarle el proceso de neuropsicología y dejar asignada la hora de la primera entrevista telefónica y la hora de la evaluación presencial. En caso de que se cuente con el recurso, esta tarea se le puede solicitar a Secretaría (vía interconsulta), pero considerando que es de responsabilidad del/de la profesional el velar porque este proceso se cumpla.

En la Agenda ENPS de consultante (evaluación neuropsicológica) se indica, en la columna correspondiente, quién hizo la llamada inicial (“0”) y la fecha.

2. **Entrevista telefónica:** Se aplica formulario Anamnesis de REDCap⁹, la cual aborda los antecedentes principales que permitan tener una aproximación respecto de la reserva cognitiva, los síntomas de inicio, la evolución del cuadro y cualquier otro antecedente social/emocional/médico que pudiera influir en el desempeño a lo largo de la evaluación. Adicionalmente, y para complementar lo anterior, se aplican los instrumentos NPI-Q, MBI-C¹⁰ y T-ADLQ¹¹ al/a la informante. Este último, en caso de no haber sido solicitada evaluación funcional. Esta entrevista puede hacerse por videollamada si el/la consultante así lo prefiere.

Importantemente, en caso de que el tiempo de la entrevista se extienda, y el/la informante tenga un manejo adecuado de su correo electrónico, los instrumentos pueden ser enviados vía correo electrónico a través de la plataforma RedCap. Sin embargo, si el/la evaluador(a) considera que aspectos educacionales/culturales pudieran interferir en el adecuado llenado de los instrumentos de forma auto aplicada, debe privilegiar su aplicación de manera personal y presencial agendando una nueva hora para tal propósito.

Una vez concluida esta entrevista, debe registrarse:

- Ficha CMYN en el apartado, **actividad clínica**, “*Nueva evolución clínica*”, donde la prestación se debe seleccionar: la opción “Consulta de salud mental por otros

⁹ REDCap es una plataforma web cifrada para crear y gestionar instrumentos y encuestas en línea albergada en la Facultad de Medicina Universidad de Chile <https://redcap.med.uchile.cl/redcap/>

¹⁰ Ismail, Z., Agüera-Ortiz, L., Brodaty, H., Cieslak, A., Cummings, J., Fischer, C. E., ... & Lyketsos, C. (2017). The Mild Behavioral Impairment Checklist (MBI-C): a rating scale for neuropsychiatric symptoms in pre-dementia populations. *Journal of Alzheimer's disease*, 56(3), 929-938.

¹¹ Muñoz-Neira, C., López, O. L., Riveros, R., Núñez-Huasaf, J., Flores, P., & Slachevsky, A. (2012). The technology - activities of daily living questionnaire: a version with a technology-related subscale. *Dementia and geriatric cognitive disorders*, 33(6), 361–371. <https://doi.org/10.1159/000338606>

profesionales (neuropsicología) y en ‘Evolución’ se debe seleccionar “Atención neuropsicología”. El contenido solo debe describir las acciones clínicas emprendidas, sin necesidad de que se traspasen resultados preliminares. Toda evolución clínica debe imprimirse y adjuntarse a la ficha de papel del HDS.

- En la Agenda ENPS de consultantes se debe cambiar el estado y pasar de “**No Iniciado**” a “**Evaluación en Proceso**”.
- 3. Evaluación cognitiva:** Se aplican en REDCap los formularios correspondientes a las pruebas que se quiere aplicar en cada caso, quedando ello a criterio de cada profesional, aunque es recomendable que se use como base el protocolo de “Evaluación estándar”, según lo detallado en el siguiente apartado. Esto es válido tanto si la evaluación cognitiva se realiza en modalidad online o presencial.
- 4. Una vez concluida la evaluación cognitiva debe registrarse en:**
- Ficha CMYN, en el apartado **Actividad Clínica**, nueva evolución clínica. Mismas instrucciones que en punto 2.2. Toda evolución clínica debe imprimirse y adjuntarse a la ficha de papel del Hospital.
 - Ficha CMYN, en **Actividades**. Tipo de actividad: Neuropsicología. Cuerpo de mensaje: “Evaluación cognitiva finalizada. Pendiente informe”.
 - En Agenda ENPS de consultantes se debe cambiar el estado y pasar de “Evaluación en Proceso” a “Evaluación finalizada”.

¿Qué hacer en caso de que un(a) consultante no se presenta a la sesión?

Se debe registrar la inasistencia en Actividades (no en evolución clínica) y realizar rescate para reagendar. El/la neuropsicólogo de la Unidad de Memoria adopte una actitud activa respecto de las inasistencias, entendiendo que problemas cognitivos pueden influir en que la persona olvide asistir a sesión, e involucrando en lo posible a un tercero para que apoye en este aspecto, por lo que es necesaria una actitud flexible y comprensiva respecto de las dificultades que puedan emerger en el proceso.

¿Qué hacer en caso de suspensión de la evaluación?

Una evaluación puede ser suspendida por múltiples motivos: el/la paciente puede declinar continuar con las atenciones, o bien que haya presentado múltiples inasistencias (3 inasistencias consecutivas y sin justificación). Antes de considerar la suspensión de la evaluación, es importante reportar el caso al/a la enfermera, para analizar si hay otras acciones que el equipo pueda emprender para rescatar al/a la paciente, o bien si amerita ser discutido en una reunión de equipo.

Una vez que se ha determinado que se suspenderá la evaluación, debe dejarse registro de ello.

- En actividades: Tipo de actividad /Neuropsicología/ Cuerpo de mensaje: registrar motivos de suspensión de la evaluación.
- En Agenda ENPS de pacientes se debe cambiar el estado y pasar a “Suspendido”

2.3.2.1.5.3. Instrumentos de evaluación

La evaluación estándar considera tests de evaluación neuropsicológica estandarizados en lápiz y papel y cuestionarios al/a la informante y/o paciente.

En las Tablas 10 y 11 se presentan los tests de evaluación y cuestionarios de base, según el nivel de escolaridad del/de la consultante. Una descripción extensa de los tests se puede

encontrar en Ibáñez, Slachevsky y Serrano (2020).¹²

TABLA 10: TESTS Y CUESTIONARIOS PARA PERSONAS CON LECTOESCRITURA ADQUIRIDA*

Dominio cognitivo o área de funcionamiento	Test o cuestionario
Eficiencia cognitiva global	Addenbrooke's Cognitive Examination III (version chilena)
Atención y memoria de trabajo	Span de dígitos (directos e inversos)
Atención y función ejecutiva	Trail Making test A y B
Test de screening ejecutivo	INECO Frontal Screen - Chilean version (IFC-Ch) ¹³
Función ejecutiva	Fluencia verbal lexical (letras F, A y S) Fluencia categorial
Praxias visoconstructivas	Copia de Figura Compleja de Rey
Memoria visual	Reproducción de memoria de Figura Compleja de Rey
Memoria episódica	Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT) version verbal ¹⁴
Cognición social	Identificación de la expresión emocional facial (sección de Mini-Sea)
Funcionamiento en la vida diaria mediante cuestionarios aplicados al informante	Cuestionario de funcionalidad (T-ADLQ)
Síntomas neuropsiquiátricos mediante cuestionarios aplicados al informante	Mild Behavior-Checklist (MBI-C) Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) versión chilena ¹⁵

* Al menos 4 años de escolaridad

¹²Ibáñez, A., Slachevsky, A., & Serrano, C. M. (2020). Manual de Buenas Prácticas para el diagnóstico de demencia. (1.a ed.). Banco Interamericano de desarrollo. Descargable: <https://bit.ly/3CkAdMq>

¹³Jory, J. I., Bruna, A. A., Muñoz-Neira, C., & Chonchol, A. S. (2013). Chilean version of the INECO Frontal Screening (IFS-Ch): psychometric properties and diagnostic accuracy. *Dementia & neuropsychologia*, 7(1), 40–47. Descargable: <https://bit.ly/3CkAdMq>

¹⁴Slachevsky, A., Barraza, P., Hornberger, M., Muñoz-Neira, C., Flanagan, E., Henríquez, F., Bravo, E., Farías, M., & Delgado, C. (2018). Neuroanatomical Comparison of the "Word" and "Picture" Versions of the Free and Cued Selective Reminding Test in Alzheimer's Disease. *Journal of Alzheimer's disease : JAD*, 61(2), 589–600. <https://doi.org/10.3233/JAD-160973>

¹⁵Musa, G., Henríquez, F., Muñoz-Neira, C., Delgado, C., Lillo, P., & Slachevsky, A. (2017). Utility of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. *Dementia & Neuropsychologia*, 11(2), 129–136. <https://bit.ly/3rh2qR>

TABLA 11: TESTS Y CUESTIONARIOS PARA PERSONAS CON MENOS DE 4 AÑOS DE EDUCACIÓN O CON ANALFABETISMO EDUCACIONAL

Dominio cognitivo o área de funcionamiento	Test o cuestionario
Eficiencia cognitiva global	▪ Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) ¹⁶
Velocidad de procesamiento de la información	▪ Índice Velocidad de Procesamiento Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos - cuarta edición (WAIS IV)
Atención y memoria de trabajo	▪ Span de dígitos (directos e inversos)
Atención y función ejecutiva	▪ Color Trail Test A y B
Función ejecutiva	▪ Test de fluencia verbal lexical (letra F, A y S) y categorial
Memoria episódica	▪ Test de memoria episódica (Free and Cued Selective Reminding Test (FCSRT) versión pictorial ¹⁷ ▪ Reconocimiento de rostros de Warrington versión de 25 rostros
Test de screening ejecutivo	▪ INECO Frontal Screen - Chilean version (IFC-Ch) ¹⁸
Lenguaje	▪ Versión abreviada en español de la prueba de denominación de Boston 12 ítems
Praxias visoconstructivas	▪ Copia de figuras de MMSE y ACE III
Cognición social	▪ Identificación de la expresión emocional facial (sección de Mini-Sea)
Funcionamiento en la vida diaria (cuestionario aplicados a un informante)	▪ Cuestionario de funcionalidad (T-ADLQ)

¹⁶ Sepulveda C, Henríquez F, Slachevsky A, Soto G, Marcotti Fernández A (2018) Normalización del Rowland Universal Dementia Assessment Scale (RUDAS) en una muestra de adultos mayores chilenos con baja escolaridad: resultados preliminares Conference: LXXIII Congreso Chileno de Neurología, Psiquiatría y Neuropsiquiatría, Pucón, Chile

¹⁷ Slachevsky, A., Barraza, P., Hornberger, M., Muñoz-Neira, C., Flanagan, E., Henríquez, F., Bravo, E., Farías, M., & Delgado, C. (2018). Neuroanatomical Comparison of the "Word" and "Picture" Versions of the Free and Cued Selective Reminding Test in Alzheimer's Disease. Journal of Alzheimer's disease : JAD, 61(2), 589–600. <https://doi.org/10.3233/JAD-160973>

¹⁸ Jory, J. I., Bruna, A. A., Muñoz-Neira, C., & Chonchol, A. S. (2013). Chilean version of the INECO Frontal Screening (IFS-Ch): psychometric properties and diagnostic accuracy. Dementia & neuropsychologia, 7(1), 40–47. <https://bit.ly/3RtooHU>

Síntomas neuropsiquiátricos (cuestionario aplicados a un informante)	▪ Mild Behavior-Checklist (MBI-C) ▪ Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) versión chilena¹⁹
--	--

En función del motivo de consulta, perfil clínico del/de la consultante y resultados de la evaluación, la evaluación se puede complementar con tests adicionales administrados por equipo de neuropsicología o con sugerencia de evaluación complementaria por terapia ocupacional o fonoaudiología.

→ **COMENTARIO**

En la Unidad se evalúan consultantes con otros tipos de patologías asociados a trastornos cognitivos, por ejemplo, con secuelas de traumatismos encefalo-craneanos o queja cognitivas en personas con cáncer. En estos casos, se seleccionan instrumentos acordes al perfil del/de la consultante.

→ **DESAFÍO**

Implementar protocolos para consulta por otras causas de trastornos cognitivos, por ejemplo, epilepsia, esclerosis múltiple o traumatismo craneoencefálico, y consultantes jóvenes.

2.3.2.1.5.4. Número de sesiones y duración

La evaluación estándar consiste en dos sesiones: una telefónica/videoconferencia (entrevista) con el/la informante y otra presencial con el/la consultante. En la evaluación versión estándar, se realiza sólo una sesión presencial, en el caso de la evaluación extensa, se realizan dos o más sesiones presenciales.

La evaluación estándar se realiza en 90 minutos, tiempo que puede variar de acuerdo a las necesidades de la persona evaluada y su familia. La evaluación extensa puede variar en tiempo de acuerdo con el número de instrumentos y dominios cognitivos que sea necesario profundizar.

2.3.2.1.6. Registro de la información, informe y comunicación de resultados

2.3.2.1.6.1. Registro de la información

Se registra la consulta en Ficha CMYN en la sección *Nueva Evaluación Clínica* y en REDCap CMYN, tal como se describió en las secciones anteriores.

2.3.2.1.6.2. Informe y comunicación de resultado

Los resultados se analizan por dominios cognitivos y se redactan en un informe que se considera para la elaboración de las conclusiones: observación clínica, resultados de las pruebas aplicadas y reporte de informante clave (síntomas neuropsiquiátricos y funcionalidad).

→ **ATENCIÓN**

El informe neuropsicológico no debe incluir el diagnóstico clínico. Este se establece considerando todos los antecedentes clínicos. En base a la evaluación neuropsicológica por sí sola, no se puede establecer un diagnóstico clínico.

¹⁹ Musa, G., Henríquez, F., Muñoz-Neira, C., Delgado, C., Lillo, P., & Slachevsky, A. (2017). Utility of the Neuropsychiatric Inventory Questionnaire (NPI-Q) in the assessment of a sample of patients with Alzheimer's disease in Chile. *Dementia & neuropsychologia*, 11(2), 129–136. <https://bit.ly/3RmlljD>

Los resultados son presentados en reunión de equipo y se emite un informe que se anexa a la Ficha CMYN, sección: antecedentes - exámenes complementarios.

La confección y comunicación del resultado del **informe neuropsicológico** en ficha CMYN se realiza con el procedimiento descrito a continuación:

- **Informe Neuropsicológico:** debe subirse a **carpeta compartida** de informes neuropsicológicos de la Unidad,
- **Transcripción de conclusiones en Ficha CMYN:** en el apartado **Actividad Clínica**, “*Nueva evolución clínica*”, en ‘Prestación’, se debe seleccionar la opción “Consulta de salud mental por otros profesionales” (neuropsicología) y en ‘Evolución’ se debe seleccionar “Conclusiones Neuropsicología”. Toda evolución clínica debe imprimirse y adjuntarse a la ficha de papel del Hospital.
- **Transcripción de síntesis final en Ficha CMYN:** en sección **Antecedentes** en campo “exámenes recibidos”. Se adjunta además enlace a informe en carpeta de informes de CMYN.
- **Registro de emisión de informe en Ficha CMYN:** en sección **Actividades**. Tipo de actividad: Neuropsicología. Cuerpo de mensaje: “Informe neuropsicológico listo”.
- **Emisión de IC a enfermería para gestión de caso:** Ficha CMYN, en **IC**, enviar una nueva interconsulta a EU, indicando: “Evaluación neuropsicológica lista. Favor realizar gestión del caso”.
- **En Agenda ENPS** de consultantes se debe cambiar el estado y pasar de “Evaluación finalizada” a “Informe Listo” e ingresar la fecha del hito.

2.3.2.2. Evaluación diagnóstica por psiquiatría complementaria al ingreso médico

2.3.2.2.1. Fundamentos

La evidencia señala que distintas patologías psiquiátricas como: los trastornos del ánimo, trastornos de la personalidad, trastornos disociativos, entre otros, pueden impactar de distintas maneras la cognición y la funcionalidad de un individuo. Junto con esto, la manifestación inicial de cuadros neurodegenerativos puede presentarse a través de síntomas psiquiátricos. Finalmente, la presencia de cuadros de salud mental, así como sus tratamientos, aumentan el riesgo de presentar cuadros demenciales, además de poder modificar de manera patoplástica la manifestación clínica.

La evaluación por psiquiatría en este contexto tiene especial relevancia ya que permite realizar un diagnóstico diferencial para orientar al origen de la sintomatología, establecer o recomendar un tratamiento en casos específicos en que exista comorbilidad entre cuadros de salud mental y neurodegenerativos u orientar el tratamiento de consultantes en que se descarte cuadro demencial.

2.3.2.2.2. Objetivo

Realizar diagnóstico diferencial respecto de trastorno de salud mental que está impactando en el desempeño cognitivo del/de la consultante. Por otro lado, también es necesario estabilizar aquellas patologías que el/la consultante tenga diagnosticado y que inciden en las funciones cognitivas. Sugerir inicio o ajuste de tratamiento farmacológico.

2.3.2.2.3. Profesional a cargo

Psiquiatra

2.3.2.2.4. Criterios de derivación

- Consultantes con sospecha de enfermedad psiquiátrica como causa de síntomas cognitivos y conductuales
- Consultantes con patologías psiquiátricas conocidas estables con declive cognitivo significativo
- Consultantes con cuadro neurodegenerativo con cuadro psiquiátrico comórbido cuya sintomatología o tratamiento pudiese estar influyendo en el funcionamiento cognitivo.

2.3.2.2.5. Descripción: modalidad de ingreso y procedimiento

2.3.2.2.5.1. Modalidad de ingreso

El/la consultante puede ingresar a evaluación por psiquiatría a través de interconsulta interna de otros(as) profesionales médicos en la Unidad de Memoria o por interconsulta de la red de atención.

2.3.2.2.5.2. Procedimiento

Presencial de ingreso o telefónica de seguimiento, dependiendo de cada caso.

No se administran instrumentos estandarizados en la consulta de psiquiatría.

2.3.2.2.5.3. Número de sesiones y duración

- El número de sesiones dependerá de la severidad de la patología para que se alcance la remisión sintomática y estabilidad clínica.
- Las sesiones de ingreso a salud mental deberían ser de 45 minutos y las de control de 30 minutos.

2.3.2.3. Registro de la Información, informe y comunicación de resultado

2.3.2.3.1. Registro de información

En Ficha CMYN en la sesión de nueva consulta médica, se deja registro en la sesión de indicaciones, se registra plan y recomendaciones y, en caso de que se indiquen fármacos o se realicen modificaciones, estos también quedarán registrados en la sesión de indicaciones terapéuticas. Dicho registro se coloca de forma impresa en la ficha clínica del HDS.

2.3.2.3.2. Informe y comunicación de resultado

Los casos son discutidos con la persona tratante y resto del equipo en reunión de equipo semanal.

Las intervenciones, recomendaciones y plan terapéutico también quedan registrados en el informe de alta del/de la consultante.

En algunos casos específicos: Consultantes que se encuentran en seguimiento por otro equipo de salud mental (COSAM, Psiquiatría HDS), se informa, a través de gestora de casos, las recomendaciones y/o cambios sugeridos.

En casos que se descarte cuadro neurodegenerativo y se encuentre cuadro psiquiátrico sin tratamiento, se inicia tratamiento para facilitar el manejo sintomático hasta la adecuada contrarreferencia a servicios de salud mental.

2.3.2.4. Evaluación Funcional

2.3.2.4.1. Fundamentos

La evaluación funcional hace referencia a la valoración del desempeño funcional que presenta el sujeto en sus actividades cotidianas y de interés. La evaluación funcional es fundamental para esclarecer el diagnóstico de demencia, al entregar información sobre el impacto de los cambios cognitivos en la capacidad de realizar de manera independiente las actividades de la

vida diaria, contribuyendo a entregar información fundamental para conocer si cumple con los criterios diagnósticos de demencia o deterioro cognitivo leve. La evaluación funcional permite también conocer las necesidades de apoyo de una PcD en la vida diaria y sus rutinas contribuyendo a basar las indicaciones no farmacológicas en las necesidades de la PcD y su entorno.

2.3.2.4.2. Objetivos

- Evaluar las capacidades funcionales con fines diagnósticos en consultantes donde no existe claridad sobre el grado de compromiso funcional. Se explora el funcional actual y la historia del desempeño previo, identificando cambios funcionales y sus causas. Se usan instrumentos y entrevistas que contribuyen a conocer el perfil del trastorno funcional y sus causas buscando establecer si este se puede atribuir, por ejemplo, a un trastorno cognitivo y motor, perceptivo motor cognitivo y si se afecta, por ejemplo, la capacidad de tomar iniciativa.
- Determinar el grado de trastorno funcional y su perfil para aportar insumos para el tratamiento.

2.3.2.4.3. Profesional a cargo

Terapeuta Ocupacional

2.3.2.4.4. Criterios de derivación

La evaluación funcional aporta información para esclarecer el diagnóstico de síndrome demencial/deterioro cognitivo leve y/o el plan terapéutico. Se realiza en conjunto con evaluación neuropsicológica o aislada en consultantes en que la valoración clínica de ingreso sugiere que no es necesario una evaluación neuropsicológica ni fonoaudiológica.

2.3.2.4.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, instrumentos de evaluación y duración

2.3.2.4.5.1. Modalidad de ingreso

Derivación interna por profesionales médicos y no médicos.

2.3.2.4.5.2. Procedimiento

Presencial y/o online dependiendo de cada caso.

La evaluación se realiza mediante entrevista presencial al/a la consultante y un(a) informante cercano(a), idealmente que viva con la persona. La información se complementa con la administración de instrumentos estandarizados. Durante la pandemia, la evaluación funcional se realizó vía telemática. Post pandemia, se adoptó una modalidad mixta presencial y telemática con envío de algunos cuestionarios complementarios por correo electrónico para ser completado por el/la informante. Si el/la consultante vive solo(a) el/la Terapeuta Ocupacional realiza una visita domiciliaria para evaluar la realización de actividades de la vida diaria en domicilio.

2.3.2.4.5.3. Entrevista e instrumentos de evaluación estandarizados

a) Entrevista

En la entrevista con el/la consultante se recaban datos de su historia de vida, ocupación, escolaridad, rutina, hábitos, intereses y roles. Se evalúan habilidades motoras de marcha y equilibrio, presencia de dolor y déficits sensoriales, e historia de caídas. Al/a la informante se realizan preguntas acerca del desempeño funcional actual del/de la consultante, haciendo énfasis en los cambios funcionales en relación con el desempeño basal. Es importante conocer

el detalle de la ejecución de las actividades, ya que las primeras fallas pueden observarse en la calidad de la ejecución más que en la incapacidad completa de realizar las actividades.

b) Instrumentos de evaluación estandarizados administrado al/a la informante

- Cuestionario AD8-Ch²⁰ Plus (cognitivo, funcional y instrumental)
- T-ADLQ
- DAD-E²¹ administrado al/a la informante
- ECog²²
- Sección sobre movilidad de cuestionario WHODAS 2.0 (completados en línea)
- Sección de preguntas sociales de la Escala de demencia de Blessed (completados en línea)

c) Evaluación complementario frente a sospecha de deterioro cognitivo leve

Para evaluar más fidedignamente el grado de autovalencia, se aplica el cuestionario EComp - versión chilena, que mide el uso de métodos compensatorios en la vida cotidiana.

2.3.2.4.5.4. Número de sesiones y duración

- Número de Sesiones: una sesión presencial con el/la consultante y/o una sesión telefónica de entrevista con informante. En los casos en que no es posible realizar la evaluación presencial, como, por ejemplo, durante la pandemia o dificultades en el traslado, se realiza solo una entrevista con informante.
- Envío de cuestionarios: en los casos que el/la informante maneje el correo electrónico, se envían cuestionarios funcionales complementarios para ser completados inmediatamente luego de la entrevista telefónica.

2.3.2.4.6. Registro de la información, informe y comunicación de resultados

2.3.2.4.6.1. Registro de la información

Se registra la consulta en Ficha CMYN, en sección: nueva evaluación clínica y en REDCap CMYN, los resultados en los instrumentos de evaluación.

2.3.2.4.6.2. Informe y comunicación de resultado:

Los resultados son presentados en reunión de equipo y se emite un informe que se anexa a Ficha CMYN, sección: Antecedentes - Exámenes complementarios.

2.3.2.5. Evaluación Fonoaudiológica

2.3.2.5.1. Fundamentos

La evaluación fonoaudiológica, incluye la valoración de aspectos de la comunicación y alimentación a lo largo del curso de vida. Las personas con sospecha de demencia pueden presentar alteración de dominios cognitivos como el lenguaje, requiriendo una evaluación complementaria del desempeño lingüístico. Por otro lado, las personas que tienen diagnosticado un síndrome demencial pueden experimentar dificultades en la alimentación - deglución a medida que el nivel de dependencia es mayor. En el contexto de la Unidad de

²⁰ Muñoz-Neira, C., Núñez, J., Flores, P., Behrens P, M. I., & Slachevsky, A. (2010). Utilidad de un cuestionario breve dirigido al informante para el diagnóstico temprano de casos de demencia: La versión chilena del AD8 (AD8-Ch). Revista Médica de Chile, 138(8), 1063-1065. <https://bit.ly/3fvtJRR>

²¹ Sánchez-Pérez, A., López-Roig, S., Pérez, A. P., Gómez, P. P., Pastor, M. Á., & Pomares, M. H. (2015). Validation Study of the Spanish Version of the Disability Assessment for Dementia Scale. Medicine, 94(44), e1925. <https://bit.ly/3BRr1gU>

²² Farias, S. T., Mungas, D., Reed, B. R., Cahn-Weiner, D., Jagust, W., Baynes, K., & Decarli, C. (2008). The measurement of everyday cognition (ECog): scale development and psychometric properties. Neuropsychology, 22(4), 531-544. <https://doi.org/10.1037/0894-4105.22.4.531>

Memoria, es posible dividir la evaluación fonoaudiológica en dos dimensiones:

- Evaluación comunicativo-lingüística que consiste en la valoración clínica de los diferentes componentes y modalidades lingüísticos en profundidad. Es recomendada por la literatura en casos específicos, como la sospecha de afasia progresiva primaria.
- Evaluación alimentación - deglución, consiste en la valoración clínica del proceso deglutorio, sumada a una entrevista dirigida al/a la consultante y cuidador(a) para determinar presencia de disfagia y riesgos asociados.

2.3.2.5.2. Objetivo

Existen dos objetivos principales en función de las necesidades clínicas de los(as) consultantes

- Evaluación comunicativa y lingüística con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Evaluación de la deglución en PcD cuyo fenotipo clínico así lo requiera con objetivos terapéuticos.

2.3.2.5.3. Profesional a cargo

Fonoaudiólogo

2.3.2.5.4. Criterios de derivación

Los principales criterios de derivación son:

a) Sospecha de trastorno cognitivo-comunicativo secundario a demencia:

- Sospecha afasia progresiva primaria (APP), es decir, que exista trastorno cognitivo con alteración lingüística de inicio progresivo desde etapas iniciales.
- Persona con queja de denominación como síntoma predominante. Hallazgos en evaluación neurológica y/o neuropsicológica de síntomas sugerentes de un compromiso de lenguaje:
 - Lenguaje poco fluente, o con elementos sugerentes de un trastorno lingüístico, como presencia de parafasias fonémicas y/o semánticas, elementos clínicos sugerentes de un trastorno semántico.
- Fallas en comprensión no atribuibles a la memoria de trabajo.
- Fallas en escritura graves, no atribuibles a baja escolaridad o desuso.

b) Sospecha trastorno deglutorio:

- Sospecha de trastorno de deglución en historia clínica (ver Tabla 10).
- Cuadros parkinsonianos de tipo acinético-rígido y/o lesiones de origen vascular.
- Excepcionalmente, existen dispositivos a nivel de APS, en los que aplican el tamizaje Eating Assessment Tool (EAT-10)²³, ayudando a objetivar la necesidad de derivación. Si se obtiene un puntaje mayor, o igual a, 7 puntos en esta prueba, se recomienda realizar una evaluación clínica de la deglución por especialidad.
- Se recomienda intencionar preguntas relacionadas con trastorno de la deglución o aplicar EAT-10²⁴ en personas con síndrome demencial avanzado (GDS 6-7).

²³ Burgos, R., Sarto, B., Seguro, H., Romagosa, A., Puiggrós, C., Vázquez, C., Cárdenas, G., Barcons, N., Araujo, K., & Pérez-Portabella, C.. (2012). Traducción y validación de la versión en español de la escala EAT-10 (Eating Assessment Tool-10) para el despistaje de la disfagia. *Nutrición Hospitalaria*, 27(6), 2048-2054. <https://dx.doi.org/10.3305/nh.2012.27.6.6100>

²⁴ Fernández-Rosati, Javiere, Lera, Lydia, Fuentes-López, Eduardo, & Albala, Cecilia. (2018). Validez y confiabilidad del cuestionario Eating Assessment Tool 10 (EAT-10) para detectar disfagia en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 146(9), 1008-1015. <https://bit.ly/3y6QVMD>

TABLA 10: PREGUNTAS SUGERIDAS PARA PESQUISAR UN TRASTORNO DE DEGLUCIÓN**Relacionadas con la seguridad ^{i.}**

1. ¿Su familiar y/o persona a su cuidado ha sufrido cuadros respiratorios frecuentes en los últimos 6 meses que no ceden a tratamiento? ¿Cuántos?
2. ¿Su familiar y/o persona a su cuidado tose al momento de tomar líquidos, comer alimentos o incluso al tomar medicamentos?
3. ¿En el último tiempo ha dejado de comer algún alimento por dificultades para tragar? ¿Cuáles?

Relacionadas con la eficiencia ^{ii.}

1. ¿Su familiar y/o persona a su cuidado ha bajado de peso en los últimos 6 meses, de manera significativa? ¿Cuántos kilos?
2. ¿Es difícil alimentar a su familiar y/o persona a su cuidado? ¿Se tarda mucho tiempo en comer? ¿Se niega a comer?
3. ¿Su familiar y/o persona a su cuidado requiere de una constante supervisión durante la alimentación?

^{i.} Seguridad de la alimentación: hace referencia a que el consumo de alimentos no genera aspiración

^{ii.} Eficiencia de la alimentación: tiene relación con que el consumo de alimentos de la PcD cumple con el aporte necesario según sus requerimientos nutricionales.

→ DESAFÍO

Capacitación en APS sobre utilidad de EAT-10 como herramienta de screening de trastornos deglutorios en demencias para realizar intervenciones más oportunas.

**2.3.2.5.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento,
instrumentos de evaluación y duración**

2.3.2.5.5.1. Modalidad de ingreso

- a) Evaluación comunicativa - lingüística: se deriva de forma interna en el equipo por parte de neurología o, excepcionalmente, por neuropsicología en casos donde una evaluación fonoaudiológica aporta al diagnóstico diferencial o tratamiento.
- b) Evaluación de alimentación - deglución: derivación de forma interna por profesionales de la Unidad a los que se le reporte sintomatología relacionada. Existe la posibilidad de derivación directa desde APS/Kintun, con el código R63.3 para otorgar esta prestación, además de la interconsulta en TrakCare, donde debe adjuntarse el screening EAT-10.

2.3.2.5.5.2. Procedimiento

- a) Evaluación comunicativa - lingüística: aplicación de instrumentos previamente seleccionados al consultante en box de atención. Entrevista a informante posterior, o vía telefónica, con el objetivo de determinar síntomas predominantes e inicio de éstos.
- b) Evaluación de alimentación - deglución: entrevista inicial al/a la PcD y cuidador(a), exploración de motricidad orofacial y aplicación del método de exploración de volumen viscosidad, además de consistencias sólidas. Esta evaluación es realizada en box si la persona tiene posibilidad de movilizarse y en domicilio si presenta un nivel de dependencia física moderada a severa.

2.3.2.5.5.3. Instrumentos de evaluación

- Análisis de corpus lingüístico conversacional

- Análisis de Discurso Descriptivo (Lámina 1 Boston: Robo de Galletas / Lámina Descripción WAB)
- Test de Vocabulario de Boston (versión 12 estímulos)
- Batería de Afasia de Western (WAB)
- Test de Boston para el Diagnóstico de la Afasia (TBDA)
- Test de Comprensión y Repetición²⁵
- Test de Pirámides y Faraones
- Test de Pirámides y Palmeras (versión 15 estímulos)
- Kissing and Dancing Test
- Token Test (versión corta, parte IV, V y VI)
- Test de denominación de rostros famosos
- Subpruebas de la Batería de Exploración de Trastornos Afásicos (BETA)
- Batería de Sydney, versión chilena (SYDBAT- Ch)²⁶

2.3.2.5.4. Número de sesiones y duración

- a) Evaluación comunicativo-lingüística: generalmente se realiza en una sesión de 1 hora a 1.5 horas. Excepcionalmente, puede requerirse de una segunda sesión por rendimiento del/de la consultante.
- b) Evaluación alimentación - deglución: se realiza una sesión de evaluación que, previamente, se determina si se realiza en domicilio o en box de atención. Su duración es de 1 hora. Registro de la información, informe y comunicación de resultado

2.3.2.5.5. Registro de la información

En Ficha CMYN y plataforma REDCap.

2.3.2.5.6. Informe y comunicación de resultado

- a) Informe comunicativo - lingüístico: se realiza una descripción cuantitativa y cualitativa de los resultados. En primera instancia, del desempeño lingüístico global y luego por componente y modalidad de lenguaje.

Las conclusiones se describen en evolución clínica de Ficha CMYN, además de agregar los resultados más relevantes en la sección de 'antecedentes - exámenes complementarios' de Ficha CMYN.

- b) Informe alimentación - deglución: las conclusiones de evaluación se comunican en evolución clínica, considerando que posteriormente se realizan intervenciones y seguimiento. Se realiza un informe final a modo de epicrisis que se adjunta a Ficha CMYN y es enviado directamente a referentes en el caso de tratarse de consultantes de APS/Kintun.

2.3.2.6. Evaluación Social

2.3.2.6.1. Fundamentos

Un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario de una persona, requiere una valoración social que permita identificarla en profundidad en su contexto biográfico. Esto permite a posterior desarrollar un Plan de cuidados pertinente para el tratamiento y seguimiento.

²⁵ Hodges, J. R., Martinos, M., Woollams, A. M., Patterson, K., & Adlam, A. L. R. (2008). Repeat and point: differentiating semantic dementia from progressive non-fluent aphasia. *Cortex*, 44(9), 1265-1270. DOI: 10.1016/j.cortex.2007.08.018.

²⁶ Test aún no adaptado al español ni 96952validado en Chile
<https://revfono.uchile.cl/index.php/RCDF/article/download/58414/67304/>

2.3.2.6.2. Objetivo

Evaluar la red de apoyo de la persona en proceso de diagnóstico, a través de intervenciones con la persona cuidadora y/o del entorno, con énfasis en el funcionamiento del sistema de cuidados, uso de recursos socioeconómicos y vínculo con redes u otros servicios comunitarios locales.

2.3.2.6.3. Profesional a cargo

Trabajador(a) Social

2.3.2.6.4. Criterios de derivación

Necesidad por parte del equipo de la Unidad de Memoria de profundizar en aspectos sociales de la persona en proceso de diagnóstico o intervención, para dar cuenta de su situación sociofamiliar y su sistema de redes de apoyo familiares y comunitarios, contribuyendo al diagnóstico integral.

2.3.2.6.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, instrumentos de evaluación y duración

2.3.2.6.5.1. Modalidad de ingreso

Derivación de profesionales.

2.3.2.6.5.2. Procedimiento

Se realizan entrevistas presenciales o telefónicas, a fin de recoger información respecto a situación sociofamiliar de la persona usuaria. Puede además coordinarse información complementaria con trabajadores sociales de atención primaria u otros profesionales del sector que manejen estos aspectos.

Instrumentos de evaluación: Entrevistas en profundidad. No se administran instrumentos específicos.

2.3.2.6.5.3. Número de sesiones

Una o dos entrevistas con persona cuidadora y/o entorno de apoyo.

2.3.2.6.6. Registro de la información, informe y comunicación de resultados

2.3.2.6.6.1. Registro de la información

Se registra la consulta en Ficha CMYN en sección Nueva Evaluación Clínica.

2.3.2.6.6.2. Informe y comunicación de resultado

Se elabora un informe que se registra en Ficha CMYN: Los resultados son presentados en reunión de equipo si corresponde.

2.3.3. Anuncio diagnóstico

2.3.3.1. Fundamentos

El anuncio diagnóstico de una consulta por trastorno cognitivo es una tarea compleja considerando las implicancias de los posibles diagnósticos, la disponibilidad de tratamientos, la posibilidad de rehabilitación y la relevancia del seguimiento y la prevención cardiovascular.

El anuncio de un diagnóstico de demencia es una tarea compleja considerando que las demencias son trastornos progresivos con ausencia de tratamiento curativo que puede alterar la vida de las personas, sus familias y su entorno. Las respuestas a este diagnóstico van desde la aceptación a la negación.

Considerando las implicancias de un diagnóstico de demencia, un(a) profesional médico/a y un(a) profesional de la dupla de acompañamiento diagnóstica, psicólogo y/o trabajador social,

realizan en conjunto el anuncio. La presencia de la dupla psicosocial permite establecer desde ese momento la derivación al acompañamiento diagnóstico.

2.3.3.2. Objetivo

Finalizar el proceso de evaluación diagnóstica con la explicación de la hipótesis diagnóstica a los(as) consultantes y las indicaciones de tratamiento asociados asegurando la contención en el caso de anuncio del diagnóstico de demencia. Una de las finalidades de este Programa es dar a conocer el diagnóstico de la persona de una manera adecuada y en un ambiente seguro para la persona y su familia o red de apoyo, considerando que se trata de diagnósticos de gran impacto emocional.

2.3.3.3. Profesional a cargo

Médico y dupla psicosocial

2.3.3.4. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento y duración

2.3.3.4.1. Modalidad de ingreso

La evaluación médica finaliza con un anuncio diagnóstico e indicaciones asociadas.

2.3.3.4.2. Procedimiento

Considerando las atenciones que se realizan en la Unidad de Memoria el anuncio diagnóstico se divide en dos grandes categorías según el diagnóstico clínico (ver Figura 6):

- a)** Consultante sin diagnóstico de demencia, con diagnóstico de queja cognitiva o de deterioro cognitivo leve (DCL).

En ambos casos, se informa sobre el diagnóstico, se educa sobre síntomas sugerentes de un trastorno cognitivo que amerita una nueva consulta, la importancia de prevención y se da alta con derivación asistida hacia la Atención Primaria o Dispositivo Red de la red de salud.

En ambos casos, se informa sobre Programa Más Adultos Mayores Autovalentes (MAS) y se notifica en IC pertinencia de inclusión en MAS.

En caso de consultante con DCL, se informa que se realizará seguimiento.

→ DESAFÍO EN RELACIÓN CON EL ANUNCIO DIAGNÓSTICO DE DCL

Implementar una adecuada prevención cardiovascular en personas con queja cognitiva y DCL.

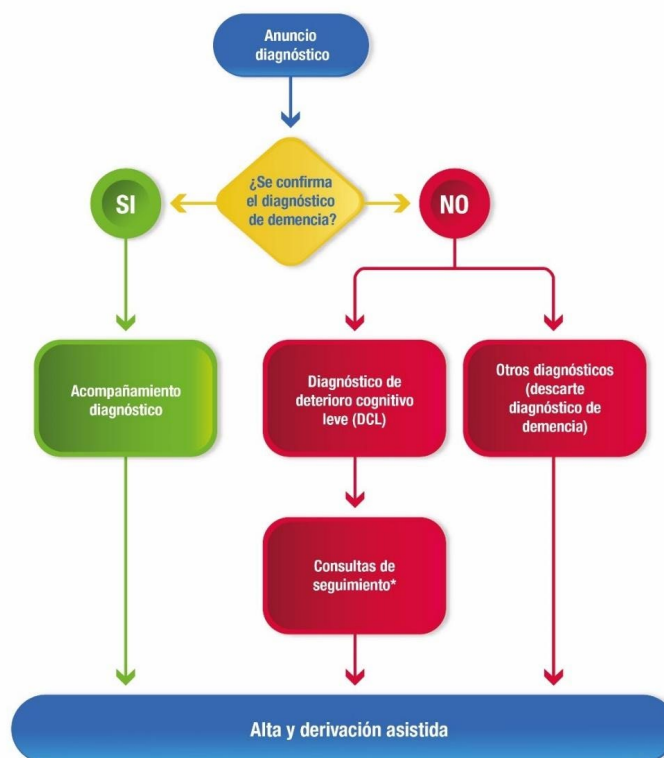
- b)** Consultante con diagnóstico de demencia.

El anuncio diagnóstico es realizado en conjunto por el/la médico y uno(a) de los(as) profesionales de la dupla psicosocial, según el siguiente protocolo:

- Médico tratante comunica diagnóstico junto a dupla psicosocial (ver, entrega información general sobre la enfermedad), enfatizando la importancia de la prevención cardiovascular secundaria, prescribe fármacos -si está indicado- y realiza notificación AUGE si corresponde.
- La dupla psicosocial entrega información general sobre opciones terapéuticas y prestaciones posibles en la Unidad.
- La dupla apoyo al/a la médico en contención y acogida, y se genera hora de acompañamiento diagnóstico (1° sesión) en la Secretaría, además de explicitar que esta instancia es para cuidadores(as) y entorno cercano.

→ DESAFÍO

Implementar una adecuada prevención cardiovascular en personas con demencia.

FIGURA 6: PROCESO DE ANUNCIO DIAGNÓSTICO Y DERIVACIÓN AL ALTA

Legenda: * Se da de alta y realiza y derivación asistida si en las consultas de seguimiento se observa remisión o estabilidad de síntomas, Por el contrario, si en consulta de seguimiento de un DCL se observa un perfil progresivo, el consultante es reevaluado. Si se pesquisa una conversión a demencia, se realiza el anuncio y acompañamiento diagnóstico.

2.3.3.5. Duración

El anuncio se realiza en el contexto de una consulta médica

2.2. Componente 3: Tratamiento

2.2.1. Presentación general sobre tratamiento

En la Unidad de Memoria, existen diferentes programas y atenciones post-diagnóstico, que se indican según las necesidades de la persona que vive con demencia y su familia. Dichas intervenciones pueden ser individualizadas o grupales. Cada una de las personas atendidas puede participar en más de una modalidad, según sea el caso.

El tratamiento comienza posterior a la evaluación para concluir un diagnóstico, con el “anuncio diagnóstico”, en el cual el equipo tratante comienza con la fase del proceso de intervención, según sea la necesidad del/de la consultante y la realidad de su entorno.

La derivación a las atenciones se realiza con base en los criterios de cada programa, por derivación directa por profesional médica o en espacios de reunión de equipo y/o de presentación de casos. Formalmente, se solicita a través de interconsultas internas a profesionales médicos y no médicos de la Unidad.

En la Tabla 12 se describen los tratamientos e intervenciones disponibles. Estos se organizan en dos ejes: i) intervenciones individuales o grupales y ii) intervenciones directas al/a la

consultante y/o mediante la atención del/de la cuidador(a).

TABLA 12: TRATAMIENTOS E INTERVENCIONES DISPONIBLES

Sujeto de intervención	Modalidad Individual	Modalidad Grupal
Consultante	▪ Seguimiento médico de consultante con solicitud de exámenes si son necesarios y/o ajuste de fármacos. ▪ Atención psiquiátrica de consultantes con sospecha de trastorno psiquiátrico detectado durante la evaluación²⁷. ▪ Prevención cardiovascular secundaria.	▪ Taller de estimulación cognitiva multimodal para consultantes
Cuidador(a)	▪ Proceso de acompañamiento diagnóstico al/a cuidador(a). ▪ Atención psiquiátrica de cuidadores con sospecha de trastorno psiquiátrico detectado durante la evaluación²⁸.	▪ Proceso de acompañamiento diagnóstico grupal para cuidador(a) (Taller de cuidadores)
Consultante y cuidador(a)	▪ Programa Biopsicosocial ▪ Intervenciones de Fonoaudiología en comunicación y deglución ▪ Intervenciones de Terapia ocupacional ▪ Intervenciones de Asistente social	

→ **DESAFÍOS**

Mejorar la caracterización de los consultantes para facilitar la identificación de las intervenciones adecuadas a los diferentes perfiles e incorporar en mayor medida la perspectiva de las personas que viven con demencia y sus familia

LA PRESENTACIÓN DE LOS TRATAMIENTOS SE ESTRUCTURA EN SEIS COMPONENTES

1. Objetivos - Profesional a cargo
2. Profesional a cargo
3. Población objetivo e criterios de inclusión y exclusión
4. Procedimiento
5. Registro de la información
6. Evaluación e indicadores

²⁷ Se inicia la atención en espera de derivación a CESFAM

²⁸ Ibíd.

2.2.2. Acompañamiento diagnóstico: generalidades y acompañamiento diagnóstico individual²⁹

2.2.2.1. Fundamentos

El acompañamiento diagnóstico es el proceso necesariamente posterior al anuncio diagnóstico que es realizado por el/la médico tratante en compañía de profesional trabajador(a) social y/o psicólogo(a). En este proceso, se realizan intervenciones personalizadas centradas en la acogida, contención, psicoeducación y orientación respecto al diagnóstico. Además es posible tratar las siguientes temáticas: características de la demencia, el impacto personal, familiar, social y económico de las demencias, el pronóstico, los tratamientos existentes, los síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias, redes de apoyo, organización de los cuidados, mitos y estereotipos sobre los cuadros demenciales, toma de decisiones, asistencia gradual, interdicción, institucionalización y oferta programática atingente al caso dentro del territorio como la existencia de centros diurnos y programas existentes en los centros de salud correspondiente.

Considerando la importancia de la corresponsabilidad en salud y la visión de las personas como sujetos de derecho, en posición de tomar sus propias decisiones de acuerdo con sus características de personalidad, habilidades, competencias y conocimientos, es que como equipo decidimos involucrar al/a la cuidador(a) de manera directa en la elección del tipo de acompañamiento diagnóstico que desea realizar.

2.2.2.2. Objetivos

▪ Objetivos generales

Proceso orientado a realizar primera acogida, contención, psicoeducación y orientación respecto a cuadro demencial a entorno cercano de PcD.

▪ Objetivos específicos:

- Generar espacio de contención y validación emocional a entorno de PcD.
- Entregar conocimientos y herramientas para manejo de cuadro demencial diagnosticado.
- Reflexionar respecto a los mitos y estereotipos de las demencias con criterio de realidad.
- Aceptación de cuadro demencial.
- Conocimiento del carácter neurodegenerativo y progresivo de la enfermedad considerando el deterioro cognitivo y compromiso funcional asociados.
- Incorporar nuevas estrategias de manejo.

2.2.2.3. Profesionales a cargo

Dupla psicosocial (psicólogo(a) clínico y trabajador(a) social).

2.2.2.4. Población objetivo y criterios de inclusión y exclusión

▪ Población objetiva:

Cuidadores/familiares informales de personas con demencia, beneficiarias de las atenciones de la Unidad de Memoria, que hayan recibido o confirmado diagnóstico de cuadro neurodegenerativo mayor de su familiar.

²⁹ El acompañamiento diagnóstico grupal se presenta en sección 2.4.3

▪ **Criterios de inclusión:**

- Cuidador(a)/ a cargo de PcD diagnosticada o confirmada en la Unidad como cuadro demencial
- Cuidador(a) que requiere contención y acogida
- Cuidador(a) que requiere psicoeducación y orientación
- Cuidador(a) con sobrecarga relacionada con el cuidado

▪ **Criterios de exclusión**

- Cuidadores/familiares de personas sin diagnóstico de cuadro neurodegenerativo mayor.

2.2.2.5. Descripción de acompañamiento diagnóstico individual y sesiones iniciales de acompañamiento diagnóstico grupal: modalidad de ingreso, procedimiento, duración, fin de proceso

2.2.2.5.1. Modalidad de ingreso

Post-anuncio diagnóstico y Sesión 1 (S1) del acompañamiento.

2.2.2.5.2. Procedimiento: elementos comunes al acompañamiento diagnóstico individual y grupal y elementos exclusivos al acompañamiento individual

El acompañamiento diagnóstico individual se describe en las secciones a) elementos comunes a acompañamiento diagnóstico individual y grupal y b) elementos exclusivos de acompañamiento diagnóstico individual.

a) Elementos comunes al acompañamiento diagnóstico individual y grupal

El acompañamiento diagnóstico puede ser realizado en modalidad individual o grupal. Actualmente, se realiza mayoritariamente en modalidad individual.

Presentamos el proceso de selección del acompañamiento individual o grupal que no se ha podido implementar y evaluar debido al contexto pandémico.

En la actualidad no existe claridad de cuándo indicar el acompañamiento individual o grupal. El acompañamiento grupal podría ser la primera opción de acompañamiento en caso de que no se cuente con capacidad de realizar acompañamiento individual en todos los(as) PcD.

En la Tabla 13, se presentan las temáticas abordadas en las dos primeras sesiones del acompañamiento diagnóstico y el proceso de selección de la modalidad de acompañamiento. Las sesiones 1 y 2 son comunes a todas las modalidades de acompañamiento.

En la sección b) a continuación de la Tabla 13, se describen las siguientes sesiones del acompañamiento diagnóstico individual (ver sección b) [Acompañamiento individual posterior a sesiones S1 y S2]). El acompañamiento diagnóstico grupal se describe en la sección 2.4.3 (Acompañamiento grupal a cuidadores).

TABLA 13: ACOMPAÑAMIENTO DIAGNÓSTICO: ELEMENTOS COMUNES A TODAS LAS MODALIDADES

		Grupal	Individual
Sesión 1. Anuncio diagnóstico y primer contacto	Anuncio Diagnóstico* Médico tratante comunica diagnóstico junto a dupla psicosocial (psicólogo(a) y/o trabajador(a) social). Se establece primer contacto, contención y acogida y se genera hora de acompañamiento diagnóstico (1°	Si	Si

	sesión) en la Secretaría, además de explicitar que esta instancia es para cuidadores(as) y entorno cercano. Se entrega información general sobre opciones terapéuticas y prestaciones posibles en la Unidad.		
--	--	--	--

*En reunión de equipo se define el diagnóstico y plan de intervención específico para cada caso, lo cual se entregará explícitamente en la sesión de anuncio diagnóstico. En aquellos casos en los que los anuncios se realizan inmediatamente, sin necesidad de reunión de equipo, se recomienda basarse en los criterios de derivación y los síntomas de alarma por especialidad para realizar una derivación oportuna.

Sesión 2. Elementos generales	Acompañamiento con dupla psicosocial: ▪ Primera sesión de acompañamiento diagnóstico orientada a psicoeducar al/a la cuidador(a) y entorno cercano en generalidades respecto a la demencia. ▪ La estructura de la entrevista comprende los siguientes elementos: ▪ Se pregunta a los(as) cuidadores(as) cuál fue el diagnóstico que dio el/la médico tratante y sus ideas respecto de este. Importante identificar mitos y estereotipos de las personas que viven con demencia y su entorno. ▪ Se inicia la psicoeducación dando cuenta de la definición y características del cuadro demencial en general y, en caso de conocer la etiología, se conversa respecto del tipo de demencia en particular. ▪ Se explicita el impacto del diagnóstico para la PcD y su entorno cercano. Se establece la presencia de los cambios psicológicos y conductuales asociados a las demencias y la posibilidad de manejo farmacológico y no farmacológico de síntomas neuropsiquiátricos que pueden o no presentarse.	Si	Si
Sesión 2 Elementos específicos	▪ Se hace hincapié en el deterioro cognitivo y funcional de las demencias y la importancia de establecer un proceso de asistencia gradual según las necesidades de la PcD, fortaleciendo la idea de promover la funcionalidad en un espacio protegido. ▪ Se identifica el rol del/de la cuidador(a) principal y se señala la importancia de generar espacios de respiro y autocuidado con el fin de prevenir la aparición de sobrecarga. ▪ Se establece la necesidad de organizar un sistema de cuidados que debe ir acomodándose a las necesidades de la PcD.	Si	Si

	▪ Se indaga respecto a la red de apoyo y la necesidad de participación social de la PcD considerando sus intereses. ▪ Se realiza orientación social respecto a pensiones, jubilaciones, interdicción y poder amplio.		
Sesión 2 Selección de la modalidad de acompañamiento**	En los últimos 10 minutos de la sesión, la dupla psicosocial entrega al/a la cuidador(a) una carta informativa para conversar sobre las intervenciones posibles: ▪ Acompañamiento diagnóstico individual. ▪ Acompañamiento diagnóstico grupal. ▪ Seguimiento médico. ▪ Derivación asistida a su centro de salud correspondiente. Luego de un breve análisis y reflexión, se acuerda la modalidad de acuerdo con la construcción en conjunto, la resignificación del cuidado, las expectativas del/de la cuidador(a) y las características de la PcD.	Si	Si

** La selección de la modalidad de acompañamiento se suspendió por pandemia y solo se realiza acompañamiento individual por consultante

→ DESAFÍOS

- Diseñar un protocolo de selección de modalidad de acompañamiento acorde a las necesidades de las personas**
- Conocer el perfil del/de la consultante que podría beneficiarse del acompañamiento individual vs grupal**
- Evaluar ventajas comparativas de acompañamiento grupal vs individual**

b) Acompañamiento diagnóstico individual posterior a sesiones S1 y S2

Posterior a la sesión 2, se realizan sesiones de acompañamiento semanales de 45 minutos en modalidad presencial o remota.

Las sesiones pueden ser realizadas en dupla psicosocial, por trabajador(a) social o por psicólogo(a) clínica, dependiendo de las características del caso y la disponibilidad de agenda. Se realizan intervenciones personalizadas al/a la cuidador(a) principal e, idealmente, se involucra a otros familiares, o cercanos, que participan del cuidado o acompañamiento de la PcD.

Se abordan los siguientes temas adaptando los contenidos a la realidad del/de la cuidador(a) y el/la PcD.

- Primera acogida y contención.
- Psicoeducación y orientación respecto al diagnóstico y características de la demencia.
- Impacto personal, familiar, social y económico de las demencias.
- Pronóstico y tratamientos existentes.
- Síntomas psicológicos y conductuales asociados a las demencias (SPCD).
- Redes de apoyo y organización de los cuidados.
- Mitos y estereotipos sobre los cuadros demenciales.
- Toma de decisiones, interdicción, institucionalización.

- Oferta programática atingente al caso dentro del territorio como la existencia de centros diurnos y programas existentes en los centros de salud correspondiente.

→ ATENCIÓN

Existen cuidadores con mayor riesgo de no cumplimiento con los objetivos del acompañamiento individual, en particular:

- Cuidadores con trastorno de salud mental diagnosticado o sospecha de trastorno de salud mental que interfieren en el cuidado. Por ejemplo, patología psiquiátrica a la base descompensada o trastorno de personalidad con impacto en el funcionamiento
- Cuidadores con discapacidad intelectual o otro tipo de discapacidad que dificulta el cuidado (sordera, limitación visual severa, discapacidad motora)
- Cuidadores con patologías sistémicas significativas que conflictúan la disposición a los cuidados
- Cuidadores con negación y/ o resistencia a aceptar la enfermedad
- Cuidadores resistentes a los cambios
- Cuidadores con mecanismos de afrontamiento al estrés poco efectivos o disfuncionales
- Situaciones socioeconómicas que dificultan el cuidado, por ejemplo:
 - Hogar en que vive la PcD con caracterización de pobreza multidimensional, que afecte al grupo familiar o a uno de los integrantes, en una de las áreas descritas, a pesar de haber realizado vinculación con la red de salud.
 - Vivienda (hacinamiento, malas o regulares condiciones de la vivienda, sin acceso a servicios básicos).
 - Trabajo (cesantía y/o trabajo informal).
 - Seguridad social (no califica para acceder a jubilación u otros beneficios sociales).
 - Dificultades familiares en el sistema de organización de los cuidados.
 - Otras circunstancias jurídico - legales que los(as) afecten.

En ocasiones es posible, que, en el transcurso del proceso de acompañamiento diagnóstico, se identifique un trastorno de salud mental del/de la cuidador(a) asociado a la sobrecarga por los cuidados, en ese caso el/la cuidador(a) es derivado(a) a una evaluación con médico psiquiatra de la Unidad para evaluación y tratamiento; una vez que existe claridad del diagnóstico y esquema farmacológico efectivo, es derivado(a) al dispositivo de salud mental correspondiente para continuidad del tratamiento.

2.2.2.5.3. Duración del acompañamiento diagnóstico individual

Número de sesiones: Entre 2 a 8 en función de las necesidades de cada cuidador(a) de PcD.

2.2.2.5.4. Fin del proceso del acompañamiento diagnóstico individual

a) Cumplimiento de los objetivos del acompañamiento:

El proceso de acompañamiento diagnóstico finaliza una vez que el/la cuidador(a) haya adquirido el conocimiento y las herramientas necesarias para comprender las características del cuadro demencial de su “cuidando” y logre generar estrategias que posibiliten un manejo adecuado de las situaciones problemáticas y de síntomas psicológicos y conductuales asociados a la demencia. Habiendo adquirido la posibilidad de identificar y modificar los gatillantes de conductas de difícil manejo; se espera alcanzar “Readiness” 4. Específicamente, se consideran los siguientes criterios de egreso:

- Cuidador(a) principal y/o entorno cercano con conocimiento del carácter neurodegenerativo y progresivo de las demencias, considerando el deterioro cognitivo y el compromiso funcional asociados.
- Sistema de cuidados organizado.
- Asistencia gradual de acuerdo con la etapa de cuadro demencial.
- Cuidador(a) principal y entorno comprenden la necesidad de generar espacios de respiro.
- Cuidador(a) y entorno con aceptación de cuadro demencial.
- Capacidad para implementar nuevas estrategias de manejo e identificar gatillantes.
- Recomendable que el/la cuidador(a) alcance un “Readiness” 3 o 4.

b) No posibilidad de cumplimiento total de objetivos de la intervención

Pese a lo anteriormente descrito, existen cuidadores(as) que por características de personalidad y condiciones personales se muestran resistentes, consciente o inconscientemente, a generar cambios. Estos(as) cuidadores(as) serán dados de alta pese al “Readiness” logrado.

2.2.2.6. Registro de la información del acompañamiento diagnóstico individual

Ficha CMYN y evolución anexada a ficha clínica de papel HDS

2.2.2.7. Evaluaciones e indicadores del acompañamiento diagnóstico individual

a) Evaluación: se aplican las siguientes evaluaciones al/a la cuidador(a) principal.

- Escala de “Readiness” al inicio y fin de proceso de acompañamiento
- Escala de sobrecarga al/a la cuidador(a) de Zarit, aplicación pre-post

b) Indicadores

- Grado de asistencia por parte del/de la cuidador(a) principal
- Grado de asistencia por parte de otros familiares y personas del entorno
- Cierre proceso de acompañamiento

2.2.3. Acompañamiento grupal a cuidadores

2.2.3.1. Fundamentos

Se han estudiado múltiples tipos de intervenciones para prevenir y tratar la sobrecarga propia del cuidado y su impacto en la salud mental de los(as) cuidadores.

El cuidado de personas con demencia está asociado a trastornos de salud mental en 46,7% de los(as) cuidadores y con la percepción de alta sobrecarga en un 63%, viendo también mermadas sus capacidades laborales (Slachevsky, Budinich, Miranda-Castillo, et al. 2013)³⁰.

Una de las formas más estudiadas y validadas para este fin, son las sesiones grupales, que unen las intervenciones hechas por el/la facilitador(a), usualmente profesional de la salud mental, con el apoyo entre pares. La posibilidad de contar con un profesional experto en el tema que entregue elementos psicoeducativos en un espacio protegido y de aceptación incondicional, de compartir experiencias y vivencias similares, además del aprendizaje vicario, se genera una sensación de bienestar y aceptación que impactan positivamente en la calidad de vida de los(as) participantes.

³⁰ Slachevsky, A., Budinich, M., Miranda-Castillo, C., Núñez-Huasaf, J., Silva, J. R., Muñoz-Neira, C., Gloger, S., Jimenez, O., Martorell, B., & Delgado, C. (2013). The CUIDEME Study: determinants of burden in Chilean primary caregivers of patients with dementia. *Journal of Alzheimer's disease: JAD*, 35(2), 297–306. <https://doi.org/10.3233/JAD-12208>

Para realizar las intervenciones grupales, se han utilizado varios protocolos, de distinta duración, estructura y base teórica, siendo los más validados los centrados en la psicoeducación y con estrategias cognitivo-conductuales. Este estilo ha mostrado efectividad, especialmente en el manejo de síntomas anímicos y en mejorar la calidad de vida.

Estrategia basada en la psicoeducación y estrategias cognitivo-conductuales para cuidadores, cuyo objetivo es disminuir la sobrecarga del cuidado.

2.2.3.2. Objetivos

- **Objetivo general:** Entregar herramientas a los(as) participantes para identificar pensamientos automáticos asociados al cuidado y evitar su aparición a través de técnicas cognitivo-conductuales para evitar la sobrecarga.
- **Objetivos específicos:**
 - Reconocimiento, expresión y aceptación de emociones asociadas al cuidado
 - Reconocer y manejar estímulos estresores
 - Identificar distorsiones perceptivas
 - Promover cambio actitudinal
 - Aceptación de cuadro demencial y sentimiento de autoeficacia en el manejo.

2.2.3.3. Profesional a cargo

Psicólogo(a) Clínica.

2.2.3.4. Población objetivo

Cuidadores/familiares de personas con diagnóstico de cuadro neurodegenerativo mayor con "Readiness" 3 o 4.

2.2.3.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, duración y fin de proceso

2.2.3.5.1. Modalidad de ingreso o derivación

Interconsulta por médico tratante a psicóloga clínica de la Unidad a través de plataforma.

- Post-anuncio diagnóstico y S1 del acompañamiento
- Otras vías de ingresos como derivaciones desde COPRAD y GERO

2.2.3.5.2. Procedimiento

En la Tabla 14 se describe el tratamiento grupal a cuidadores

TABLA 14: DESCRIPCIÓN EL TRATAMIENTO GRUPAL A CUIDADORES

10 sesiones que se dividen en:

- 1 sesión evaluación preingreso
- 8 sesiones de ejecución
- 1 sesión de evaluación de egreso

N° de sesiones	Temas Abordados
Sesión 1 Presentación e introducción del programa y la importancia de cuidarse a uno(a) mismo.	Conocer a los(as) participantes. Analizar en profundidad la importancia y necesidad del autocuidado y explorar posibles barreras cognitivas, Introducir los conceptos de pensamiento, emoción y conducta y las relaciones básicas entre éstos, punto de partida de la terapia cognitivo-conductual. Aprender la técnica ABC o de las tres columnas: registro de situación-emoción-pensamiento.

Sesión 2 El ABC del cambio emocional: situaciones, pensamientos y emociones. A: acontecimientos y eventos reales que suceden. B: es la interpretación que se da a los eventos. C: consecuencias emocionales y conductuales de la interpretación del evento.	Adquirir la capacidad de distinguir entre situaciones, pensamientos y emociones. Aprender el concepto de pensamiento automático. Conocer la importancia del análisis de los pensamientos automáticos.
Sesión 3 Nuestra mente como televisión: los errores de pensamiento.	Identificación, comprensión y aprendizaje de las principales distorsiones cognitivas a través de la metáfora: nuestra mente como una televisión/radio. Evaluación de la capacidad para distinguir entre pensamiento, emoción y situación.
Sesión 4 Hacer lo que me gusta y me hace sentir bien: actividades agradables y estado de ánimo.	Aprendizaje del papel de la conducta o comportamiento en nuestro funcionamiento emocional. Técnica de las 5 Columnas.
Sesión 5 Descubriendo mis normas y sentimientos de culpa.	Conocer la existencia de los deberes y aprender a identificarlos, autoconocimiento de los deberes personales y su relación con las creencias actuales y tabúes de la sociedad, entrenamiento en el empleo de técnicas de relajación.
Sesión 6 Derechos del/de la cuidador(a)	Deberes del/de la cuidador(a), reconocer la necesidad de apoyo, actividades de relajación.
Sesión 7 Aprendiendo a pedir ayuda	Cómo pedir ayuda, habilidades en la solicitud de ayuda, redes efectivas de apoyo.
Sesión 8 Favorecer la independencia	Cómo organizar rutinas, actividades de interés en personas con demencia, autonomía y simplificación de actividades.

2.2.3.5.3. Duración

Número de sesiones: 10 sesiones en 2 meses

2.2.3.5.4. Fin del proceso

- Al finalizar los talleres
- Discontinuación de actividad

2.2.3.6. Registro de la información

Registro asistencia en Ficha CMYN

2.2.3.7. Evaluación e indicadores

a) Evaluación

Se aplican las siguientes evaluaciones al/a la cuidador(a) principal pre y post intervención

- Escala de sobrecarga al/la cuidador(a) de Zarit
- Cuestionario de pensamientos disfuncionales sobre el cuidado
- Encuesta de calidad de vida (Escala EQ 5D).

b) Indicadores

- Grado de asistencia por parte del/de la cuidador(a) principal
- Compleción de la actividad
- Fotografías de la actividad

2.2.4. Taller grupal abierto para cuidadores de personas con demencia e instancia de apoyo mutuo

2.2.4.1. Fundamentos

Sin lugar a duda, la experiencia de ser cuidador(a) familiar de una PcD puede resultar abrumadora a la persona que se enfrenta a esta difícil tarea: se ve expuesto a sensaciones, emociones y sentimientos intensos que pueden considerarse sin sentido e inexplicables, y se torna necesario generar espacios de autocuidado en donde la experiencia paradójica o discrepante, como la inversión de roles, pueda ser comprendida y aceptada, con la finalidad de evitar la sobrecarga emocional.

La sobrecarga emocional es definida como un “estado psicológico que resulta de la combinación de trabajo físico, presión emocional, restricciones sociales, así como las demandas económicas que surgen al cuidar un enfermo” (Dillehay y Sandys, 1990)³¹. La bibliografía señala que un alto porcentaje de cuidadores desarrollan problemas de salud física como dolor de cabeza, falta de apetito, problemas gástricos, sensación de ahogo o fatiga, arritmias, palpitaciones y una serie de problemas psicosomáticos, además de problemas psicológicos que, en el caso de cronificarse, podrían llegar a constituir un trastorno de salud mental; es habitual encontrar cuidadores con montos altos de ansiedad y síntomas depresivos. Esta sintomatología mixta puede estar relacionada con la vivencia emocional del/de la cuidador(a), donde la rabia, la tristeza, la culpa y la impotencia conviven en lo cotidiano con la responsabilidad, la desesperanza y la cronicidad, además del tenor degenerativo de las demencias que puede dar una sensación de agobio profundo y sentimientos de estar constantemente desbordado(a) por la situación y la implicancia subjetiva.

Esta sobrecarga puede disminuir a través de la implementación de diferentes estrategias como la capacitación que pretende que los(as) cuidadores(as) eleven su autoestima al adquirir nuevos conocimientos sobre la demencia y mejorar su capacidad de actuación y respuesta sobre la misma. Lo conocido es más fácil de comprender, la comprensión se traduce en mayor efectividad en el manejo de la situación, incrementando la sensación de autoeficacia del/de la cuidador(a) frente a una situación estresante: estrategia que realizamos en el acompañamiento diagnóstico.

Otra estrategia reside en la posibilidad de reunirse con pares en un espacio grupal para compartir experiencias comunes con la finalidad de aprender de las buenas prácticas del otro significativo y reconocer y expresar los sentimientos, sensaciones y emociones que conlleva el cuidado de la PcD. Un espacio grupal de apoyo y contención sobre todo en lo que respecta al autocuidado y la corresponsabilidad en la promoción y prevención de salud física y mental de aquellos que tienen el rol de cuidar.

³¹ Dillehay, R. C., & Sandys, M. R. (1990). Caregivers for Alzheimer's patients: what we are learning from research. *International journal of aging & human development*, 30(4), 263–285. <https://doi.org/10.2190/2P3J-A9AH-HHF4-00RG>

Este taller para cuidadores(as) pretende ser esa instancia de conversación e intercambio de experiencias y sentimientos respecto a los cuidados hacia otra persona y hacia sí mismo, actuando como factor protector y teniendo como objetivo último dejar una capacidad instalada en técnicas de autocuidado para que se convierta en un grupo de autoayuda diseñado y ejecutado por los/as cuidadores que han recibido intervenciones en la Unidad de Memoria.

Una de las definiciones más utilizadas de grupos de apoyo es la de Katz y Bender (1976)³² que señalan que pueden ser concebidos como *“Grupos pequeños, formados por sujetos voluntarios, cuyo objetivo es la ayuda mutua cara para conseguir un fin determinado. Suelen estar formados por personas que comparten algún tipo de problema que altera algún aspecto de su funcionamiento normal, por lo que suelen ser grupos centrados en un problema y en los que se intercambian distintos recursos y tipos de apoyo. Ofrecen nuevos lazos sociales, que bien sustituyen a los recursos naturales o bien compensan sus deficiencias en provisiones psicosociales, con personas que tienen problemas o experiencias comunes a las suyas. Son grupos que se reúnen periódicamente, a veces bajo la supervisión de un profesional, para compartir experiencias, estrategias y habilidades de afrontamiento, proporcionar ayuda mutua, feedback e identificar recursos comunitarios, entre otros”* (p 278).

A la hora de diseñar y ejecutar un grupo de apoyo, es necesario que un(a) profesional se encargue de formarlos y asuma las tareas de dirección y liderazgo. Posteriormente, estas funciones debieran ser delegadas poco a poco en los miembros del grupo, fomentando que ellos(as) tomen una postura activa en la solución de los problemas; de manera tal que, el papel del/de la profesional vaya quedando reservado, única y exclusivamente, para tareas de consejo u orientación de índole técnico.

2.2.4.2. Objetivos

- **Objetivo general:** Generar espacio de contención, validación, resignificación, psicoeducación, apoyo y orientación para cuidadores/as de PcD.
- **Objetivos específicos:**
 - Promover un espacio de contención emocional con aceptación incondicional y positiva del cuidador o cuidadora.
 - Identificar situaciones conflictivas que se van generando alrededor de los cuidados.
 - Reflexionar en torno a la pregunta: ¿cómo fue la decisión de ser cuidadora o cuidador?
 - Otorgar apoyo emocional.
 - Ayudar a manejar sentimientos negativos.
 - Identificar pensamientos automáticos.
 - Intercambio de experiencias comunes.
 - Entregar herramientas para el manejo de conflictos cotidianos del diario vivir.
 - Promover el aprendizaje vicario y *modelamiento* de buenas prácticas en el cuidado de sus familiares mediante la discusión, reflexión y escucha activa.
 - Promover la responsabilidad del cuidado propio.
 - Identificar las señales de estrés que genera el cuidado de otro significativo.
 - Identificar en forma precoz síntomas de sobrecarga.
 - Identificación de áreas problemas como lo son el deterioro de la interacción social y laboral.

³²Katz, A. H., & Bender, E. I. (1976). Self-Help Groups in Western Society: History and Prospects. The Journal of Applied Behavioral Science, 12(3), 265–282. <https://doi.org/10.1177/002188637601200302>

- Reconocer el esfuerzo realizado.

2.2.4.3. Profesional a cargo

Dupla psicosocial (psicólogo clínico y trabajadora social).

2.2.4.4. Población objetivo y criterios de inclusión y exclusión

▪ Población objetivo:

Cuidadores/familiares informales de personas con demencia, beneficiarias de las atenciones de la Unidad de Memoria, que hayan recibido o confirmado diagnóstico de cuadro neurodegenerativo mayor de su familiar.

▪ Criterios de inclusión:

Ser cuidador o cuidadora de persona diagnosticada con demencia.

Tener nivel de preparación al cambio del/de la cuidador(a) igual, o superior, a 2.0.

▪ Criterios de exclusión: No aplica.

2.2.4.5. Descripción: Modalidad de ingreso, procedimiento, duración y fin de proceso

2.2.4.5.1. Modalidad de ingreso

Finalizado el proceso de acompañamiento diagnóstico los cuidadores son invitados(as) a participar de esta instancia grupal. También participan cuidadores del extrasistema que requieran psicoeducación y sean pesquisados a través de COPRAD u otro organismo o profesional. No se requiere atención previa en Unidad de Memoria para la incorporación en los talleres grupales.

2.2.4.5.2. Procedimiento

Grupo de apoyo abierto, sesión mensual de 1,5 horas (último jueves del mes de 15:30 a 17:00 horas vía en línea)

El/la facilitador(a) trabajará mensualmente con un tema que traigan los(as) asistentes o, en su defecto, con una temática previamente establecida como reconocimiento y expresión de emociones, reconocimiento del estrés, estructura familiar post diagnóstico, afectación en la vida cotidiana del cuidador o cuidadora, manejo de sentimientos negativos hacia la PcD y sentimientos de culpa, entre otros.

En cada sesión se podrán identificar tres momentos: el primero contempla una ronda inicial de presentación de cada uno de los(as) participantes donde puedan expresar al grupo como se encuentran y algún hecho importante que les haya ocurrido durante la semana. En un segundo momento, y una vez que han hablado todos los(as) participantes, se puede elegir uno de los temas que hayan salido en la primera ronda y profundizar en cómo viven cada uno de los miembros situaciones cotidianas relacionadas con ese tema o también se puede dejar un tiempo para que cada miembro exprese lo que más le ha resonado en su carácter o en su vida sobre lo que el resto de los miembros ha expresado en la primera ronda. En esta segunda parte de la actividad grupal, se puede introducir algún tema informativo y educativo que previamente haya solicitado el grupo. Finalmente, el tercer momento estará destinado a que cada miembro del grupo exprese un compromiso concreto en una tarea a realizar en el intervalo de tiempo entre una sesión y otra.

En todo momento el/la profesional a cargo deberá invitar a los(as) participantes a la interiorización, la no teorización de los temas que se tratan, la escucha respetuosa y la participación sin actitud de imposición de criterios a los demás miembros del grupo.

Al ser un grupo con membresía abierta los miembros pueden participar libremente, es decir, no se requiere compromiso a largo plazo; aunque se espera como efecto terapéutico. Además, se permite la incorporación de nuevos miembros de acuerdo con la demanda asistencial.

2.2.4.5.3. Duración y periodicidad

Taller abierto, mensual, se realiza de enero a diciembre.

Permanencia: Tiempo indefinido, los grupos de ayuda sostenida a largo plazo brindan una mejor respuesta a los problemas que por su naturaleza requieren de más tiempo de tratamiento como lo que sucede con la demencia por la cronicidad, irreversibilidad y progresividad de la patología.

2.2.4.5.4. Fin del proceso

Cese voluntario de participación en talleres.

2.2.4.6. Registro de la información

Se registra la asistencia en Ficha CMYN.

2.2.4.7. Evaluación e indicadores

a) Evaluación:

- A definir.

b) Indicadores:

- Registro de asistencia.
- Otros indicadores: a definir.

→ DESAFÍO

Evaluar el impacto de la actividad a nivel de la persona con demencia, el entorno cercano y la comunidad.

2.2.5. Terapia de estimulación cognitiva multimodal (aún en fase de diseño e implementación).

2.2.5.1. Fundamentos

La terapia de estimulación cognitiva (TEC) es un abordaje costo efectivo que ha demostrado beneficios tanto cognitivos como en la calidad de vida de las personas que viven con demencia. Este programa tiene una duración de 7 semanas y cada sesión se encuentra estructurada en base al manual “Making a Difference”, edición 2020³³.

Debido a la pandemia COVID19, los creadores se vieron forzados a implementar una versión virtual en base a la misma estructura presencial, pero con adaptaciones para las cuales se publicaron lineamientos en agosto de 2020.

Considerando las necesidades de la población de la Unidad de Memoria, se propone implementar la TEC de manera presencial o virtual a modo de un programa piloto dirigido a personas con diagnóstico de demencia leve.

2.2.5.2. Objetivos

Implementación de tratamientos no farmacológicos en PcD con evidencia demostrada.

2.2.5.3. Profesional a cargo

Fonoaudiólogo y terapeuta ocupacional

2.2.5.4. Población objetivo y criterios de inclusión

- **Población objetiva:** Personas con demencia en etapa leve.
- **Criterios de inclusión**
 - Diagnóstico de demencia leve (CDR 1), MMSE mayor a 15 puntos.
 - Cuidador(a) disponible
 - Disponibilidad a tecnología (computacional)

³³ Perkins, L., Fisher, E., Felstead, C., Rooney, C., Wong, G., Dai, R., Vaitheswaran, S., Natarajan, N., Mograbi, D. C., Ferri, C. P., Stott, J., & Spector, A. (2022). Delivering Cognitive Stimulation Therapy (CST) Virtually: Developing and Field-Testing a New Framework. *Clinical interventions in aging*, 17, 97–116. <https://doi.org/10.2147/CIA.S348906>

- **Criterios de exclusión**

- Diagnóstico de afasia progresiva primaria
- Diagnóstico de Alzheimer logopénico
- Impedimento visual y/o auditivo severo, incluso con uso de ayudas técnicas
- Sin cuidador(a)
- Limitación tecnológica

2.2.5.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, duración, fin de proceso

2.2.5.5.1. Modo de ingreso o derivación

La TEC deberá ser indicada por los(as) médicos de la Unidad a PcD que cumplen criterios de inclusión detallados en 1.4.5.3. Para derivar, se realizará una interconsulta al/a la profesional responsable del programa especificando como motivo: terapia de estimulación cognitiva.

Una vez recibida la interconsulta se contactará a la PcD y cuidador(a) para invitarlos(as) a participar. Esta acción se realizará cuando el proceso de acompañamiento diagnóstico haya concluido. Eventualmente, este contacto podría realizarse antes, si es que el equipo de acompañamiento lo considera pertinente.

- **Proceso de ingreso**

- Entrevista a PcD y cuidador(a) con el objetivo de determinar interés, disponibilidad digital y tiempo del/de la cuidador(a).
- Visita domiciliaria para sesión de prueba, firma de consentimiento y entrega de materiales.
- Inicio de taller

2.2.5.5.2. Procedimiento

La actividad se puede realizar en modalidad online o presencial, dependiendo de las necesidades de las PcD y las condiciones sanitarias. En este documento se describe la modalidad en línea.

La TEC se entregará por una plataforma virtual por un periodo de 1 hora, 2 veces por semana durante 7 semanas, completando un total de 14 sesiones. Para lo cual se conforman grupos de pacientes de 4 - 5 personas.

Las sesiones tienen una estructura definida y trata diferentes temáticas como, por ejemplo: juegos motores, actualidad, orientación, dinero, entre otros. Cada sesión es llevada a cabo por 2 facilitadores (terapeuta ocupacional y fonoaudiólogo(a)). Al finalizar, se utiliza una pauta de monitoreo sesión a sesión, que considera los siguientes aspectos: interés, comunicación, disfrute y estado de ánimo.

2.2.5.5.3. Duración

7 semanas.

2.2.5.5.4. Fin del proceso

Al finalizar las 14 sesiones, se aplicarán pautas para evaluar la experiencia de pacientes y cuidadores durante el desarrollo de las sesiones.

2.2.5.6. Registro de la actividad

En cada sesión se registra la participación de las PcD a través de una pauta de monitoreo propia de la TEC. Se registra la asistencia en Ficha CMYN y en registro del Hospital.

2.2.5.7. Evaluación e indicaciones

a) Evaluación: En proceso de definición. Se considera aplicar instrumentos de forma previa y posterior al alta del taller, como el MMSE y QOL-AD, y entrevista semi estructurada de satisfacción para PcD y cuidadores posterior a la compleción del taller.

b) Indicadores

- Asistencia

- Compleción de intervención

2.2.6. Programa Biopsicosocial

2.2.6.1. Fundamentos

La demencia es una patología que dado progresión, genera la aparición de sintomatología neuropsiquiátrica o conductual, lo cual genera un alto impacto en la vida de las personas que conviven con demencia y sus cuidadores.

El alto nivel de sobrecarga que se puede experimentar a propósito de la sintomatología neuropsiquiátrica requiere de acciones específicas cuando la intervención en atención primaria no ha logrado un control de los síntomas.

Desde esta perspectiva, el programa biopsicosocial es una modalidad de atención que busca apoyar a las PcD y sus cuidadores cuando la PcD presenta sintomatología neuropsiquiátrica de difícil manejo en atención primaria y/o cuando existe un alto nivel de sobrecarga en el/la cuidador(a).

2.2.6.2. Objetivos

- **Objetivos generales** tratar personas viviendo con demencia y a sus cuidadores, cuando se presente sintomatología neuropsiquiátrica o social y/o alto nivel de sobrecarga en el/la cuidador(a), que no pueda ser manejada adecuadamente en otros dispositivos.
- **Objetivos específicos:** Manejo de la sintomatología y de la sobrecarga del/de la cuidador(a). Apoyo en integración a redes.

2.2.6.3. Profesionales a cargo

Equipo multidisciplinario compuesto de psiquiatra coordinador de programa, psicóloga clínica, terapeuta ocupacional y trabajadora social.

2.2.6.4. Población objetivo y criterios de derivación

- **Población objetivo**
 - Personas viviendo con demencia con diagnóstico de demencia conocido y con sintomatología neuropsiquiátrica de difícil manejo
 - Personas viviendo con demencia con diagnóstico de demencia conocido y con situaciones sociales complejas (por ejemplo, demencia de inicio temprano)
 - Cuidadores de personas viviendo con demencia con diagnóstico de demencia conocido, con alto nivel de sobrecarga
- **Criterios de derivación al programa son:**
 - Persona con diagnóstico de demencia, cuya sintomatología neuropsiquiátrica no ha podido ser tratada de manera resolutive en otros dispositivos de la red de salud (APS, KINTUN, COSAM, otros servicios ambulatorios y de hospitalización HDS).
 - Persona con diagnóstico de demencia, cuyos cuidadores presentan importante sobrecarga que no ha podido ser tratada adecuadamente en otros dispositivos de la red de salud (APS, KINTUN, COSAM, otros servicios ambulatorios y de hospitalización HDS).
 - PcD menor de 60 años, independiente de la presencia de síntomas neuropsiquiátricos
 - Cuidadores de PcD en control en Unidad de Memoria, que se encuentren sobrecargados, independiente de la intensidad de síntomas neuropsicológicos, que requieran apoyo farmacológico y psicológico transitorio, antes de ser derivado a su centro de salud correspondiente.
- **Criterios de exclusión al programa relacionados con:**
 - Sospecha de alteraciones cognitivas agudas secundarias a un cuadro médico que requiera atención de urgencia.
 - Que la PcD presente de manera comórbida ideación suicida o trastorno por abuso de sustancias como diagnóstico principal.

- Ausencia de acompañante significativo que esté dispuesto a participar y acompañar proceso

2.2.6.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, fin del proceso y duración

2.2.6.5.1. Modalidad de derivación

- La derivación ocurre por medio de interconsulta que puede ser física (papel) o electrónica (ficha clínica), según sea el caso.
- La derivación se realiza desde la red externa e interna a la Unidad de Memoria compuesta por:
 - Centros de Salud Familiar
 - Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia Kintún.
 - COSAM.
 - Otros servicios clínicos del HDS.
 - Profesionales médicos y no médicos de la Unidad de Memoria.

2.2.6.5.2. Procedimiento

▪ Primera consulta

Evaluación por médico psiquiatra en la cual se realiza anamnesis y entrevista con cuidadores para levantar y priorizar síntomas complejos y estrategias farmacológicas y no farmacológicas implementadas. Paralelamente, evaluar los criterios de inclusión en el Programa.

▪ Evaluación e intervención

En caso de ingreso al programa, el programa BPS se organiza en atenciones clínicas directas que se dividen en evaluación e intervención (descritas en las tablas 15 y 16) e indirectas (discusión de casos con frecuencia semanal).

▪ Atenciones directas

Se realizan evaluaciones médicas por médico psiquiatra y no médicas por trabajadora social, psicóloga y terapeuta ocupacional. Se organizan de la siguiente forma:

- **Ingreso:** las PcD son evaluados por todos los(as) profesionales del equipo, cada uno(a) de los cuales genera un plan de acción para cada caso, con relación a sus competencias (el médico psiquiatra genera un plan de intervenciones farmacológicas, el trabajador(a) social intervenciones sociales, y así respectivamente

TABLA 15: COMPONENTE 1: EVALUACIÓN

Evaluación por médico psiquiatra	por Anamnesis y entrevista con cuidadores para levantar y priorizar síntomas complejos y estrategias farmacológicas y no farmacológicas implementadas hasta la fecha	
Evaluación por trabajadora social	i.	Diagnóstico familiar a través de entrevista a la persona cuidador
	ii.	Identificación del sistema de cuidados de la PcD
	ii.	Diagnóstico socio comunitario o de redes
	v.	Evaluación socioeconómica y pesquisa de necesidad de gestión de beneficios sociales de apoyo
Evaluación por terapeuta ocupacional	i.	Evaluación funcional de actividades de la vida diaria.
	ii.	Evaluación de habilidades de la PcD en relación con la ejecución de actividades (motoras, cognitivas y sociales).
	ii.	Evaluación de intereses.
	v.	Evaluación de roles.
	v.	Evaluación de rutina diaria.
	vi.	Evaluación de comunicación entre PcD y cuidador(a) principal en la ejecución de una actividad. Evaluación en domicilio.
	ii.	Evaluación ambiental en domicilio.

Evaluación psicológica

La intervención psicológica pretende que el/la cuidador(a) logre identificar los gatillantes que desencadenan conductas desajustadas con el fin de dejar capacidad instalada y aumentar la sensación de autoeficacia del/de la cuidador(a) frente a los cuidados de la PcD.

Acciones:

- i. Evaluación de trastornos del comportamiento.
- ii. Descripción de conducta desajustada, establecer cuándo se presenta, en presencia de quién se presenta y qué alternativas de solución se han abordado y sus efectos.
- ii. Evaluación de sobrecarga del/de la cuidador(a).
- v. Evaluar características del sistema de cuidado
- v. Considerar historia vital del vínculo de cuidados.

Considerar la presencia de estigmas, estereotipos y mitos respecto de la vivencia con una PcD.

- **Post evaluación inicial:** se realiza una reunión de equipo para coordinar los planes de acción individuales, con foco en el o los síntomas principales a trabajar, planes farmacológicos y no farmacológicos, etc.
 - En caso de que en reunión de equipo así se considere, puede pedirse evaluación y apoyo a otros miembros del equipo, como neurología para el manejo de comorbilidad neurológica, o fonoaudiología, cuando problemas de comunicación afectan la intensidad o el manejo de los síntomas conductuales.
- **Seguimiento:** Atenciones individuales cuyo principal foco es trabajar, con el/la cuidador(a) principal, desde el modelo DICE (Describir, Investigar, Crear y Evaluar)³⁴ con las conductas que son consideradas desajustadas por el/la cuidador(a) y/o entorno. Usualmente, los controles de profesionales no médicos son de frecuencia semanal hasta que se consideran completos los objetivos por cada uno planteados en la evaluación inicial.
- **Atenciones Indirectas**
El trabajo multidisciplinario se articula mediante discusiones de casos periódicas.
 - Semanalmente, se realizan reuniones de equipo en las cuales se guardan unos pocos minutos para conocer algunas novedades de aquellas PcD que se encuentren en el programa biopsicosocial, se da cuenta de la evolución de las PcD desde los(as) distintos(as) profesionales implicados. Se evalúa avance, barreras o resistencia de los(as) cuidadores y eventual adaptación del plan de acción. El alta definitiva del Programa es consensuada entre médico psiquiatra, trabajadora social, terapeuta ocupacional y psicóloga clínica.

TABLA 16: COMPONENTE 2 - INTERVENCIÓN

Psiquiatra	Se consideran al menos 3 sesiones, el ingreso, control a 4-6 semanas y control aproximado a los 3 meses. Ajuste de fármacos.
-------------------	---

³⁴ Kales, H. C., Gitlin, L. N., Lyketsos, C. G., & Detroit Expert Panel on Assessment and Management of Neuropsychiatric Symptoms of Dementia (2014). Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *Journal of the American Geriatrics Society*, 62(4), 762–769. <https://doi.org/10.1111/jgs.12730> y Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ (Clinical research ed.)*, 350, h369. <https://doi.org/10.1136/bmj.h369>

Psicología	Se realizan intervenciones orientadas a la necesidad de generar espacios de respiro y autocuidado para el/la cuidador(a) principal y la necesidad de organizar un sistema de cuidados. La intervención psicológica pretende que el/la cuidador(a) logre identificar los gatillantes que desencadenan conductas desajustadas con el fin de dejar capacidad instalada y aumentar la sensación de autoeficacia del/de la cuidador(a) frente a los cuidados de la PcD.
Terapia ocupacional	La intervención se basa en generar estrategias en el, la o los(as) cuidadores para el manejo de la sintomatología psicológica y conductual de la PcD. Se realiza educación en manejo ambiental, técnicas de comunicación en personas con demencia y educación y entrenamiento en ayudas para facilitar la participación de la PcD en actividades. Finalmente, se educa en la estructuración de una rutina diaria que incluya actividades prescritas para la PcD. Para corroborar el logro de objetivos se emplea una entrevista semi estructurada en la que se comparan las estrategias utilizadas en el manejo de SPCD pre y post intervención de terapia ocupacional.
Trabajo Social	Las intervenciones consisten en sesiones con la persona cuidadora para que generen estrategias prácticas para la prevención y manejo de los síntomas complejos de la PcD. Las intervenciones desde el trabajo social relevan los factores sociales, del entorno familiar y de las redes de apoyo. Las sesiones tienen énfasis en lo psicoeducativo, de acuerdo con la situación de cada persona y entorno. Asimismo, se realiza orientación y vínculo con redes locales que puedan favorecer el cuidado, apoyando el proceso de coordinación con programas del intersector y/o la comunidad.

2.2.6.5.3. Duración

La intervención del programa tiene una duración estimada de 3 meses, donde se realizan, en promedio, 3-4 sesiones de evaluaciones médicas, 6-12 sesiones de terapia ocupacional, trabajo social y psicoterapia a cuidadores. En caso de que los objetivos inicialmente planteados son modificados, se puede dar el alta previamente. En casos excepcionales de difícil manejo, se puede mantener a la PcD en control, especialmente farmacológico, de manera indefinida.

2.2.6.5.4. Proceso de cierre

La PcD es dado de alta del programa biopsicosocial una vez que hay remisión sintomatológica o que aún en su ausencia el/la cuidador(a) principal presente menos indicadores de sobrecarga; el entorno logra identificar gatillantes y evitar la aparición de síntomas neuropsiquiátricos. Una vez cerrado el programa biopsicosocial, la PcD es derivado(a) a médico tratante o a la red según corresponda.

Se realiza informe de alta tipo de la Unidad de Memoria, donde se resumen la intervención de cada uno de los(as) profesionales. Se describe además el síntoma cardinal, el tratamiento utilizado y el o los síntomas residuales, así como el nivel de sobrecarga en los(as) cuidadores(as).

→ DESAFÍOS

- **Desarrollar un método de comunicación efectiva entre profesionales que permita dar cuenta de los alcances del tratamiento ajustando expectativas, objetivos terapéuticos y resultados obtenidos en el contexto de trastornos de difícil manejo.**
- **Implementar un resumen del historial de la intervención farmacológica.**
- **Implementar un sistema de monitoreo para evaluar la necesidad de una nueva intervención, por ejemplo, un sistema de detección de cuidadores con alto riesgo de maltrato³⁵**

2.2.6.6. Registro de actividad

Toda actividad clínica se registra en ficha del Hospital, en Ficha CMYN y plataforma REDCap. Esto incluye la actividad directa y los contactos telefónicos. Se incluye siempre el/la cuidador(a) con quien se hizo el contacto. La información de la reunión de equipo se incluye en el registro únicamente cuando se comparte información relevante y/o relacionada a cambio de tratamiento.

2.2.6.7. Evaluación e indicadores

a) Evaluación

- NPI-Q para evaluación y cuantificación de síntomas conductuales al ingreso y egreso. Realizado por Terapeuta Ocupacional
- Zarit para evaluación y cuantificación de sobrecarga del/de la cuidador(a) al ingreso y egreso. Realizado por Trabajador(a) social o Psicólogo
- Escala de calidad de vida para cuidadores y personas con demencia (QoL-AD)³⁶

b) Indicadores:

- Número de atenciones médicas
- Número de atenciones no médicas
- Número de fármacos y descripción de fármacos con efectos secundarios en trastornos cognitivos
- Tipo de fármacos usados
- Mejoría en escalas aplicadas

2.2.7. Intervención por fonoaudiólogo (trastornos de la comunicación y deglución)

2.2.7.1. Fundamentos

La literatura recomienda la intervención de la comunicación en personas con cuadros como afasia progresiva primaria considerando la afectación primaria del lenguaje y la necesidad de mantener funciones, con el objetivo de favorecer la participación de las personas con esta afectación y su entorno significativo.

Al mismo tiempo, las personas que presentan un síndrome demencial, en el que se encuentran deteriorados uno o más dominios cognitivos, presentan una importante afectación de la comunicación. Funciones como la atención, memoria y función ejecutiva impactan en los procesos lingüísticos expresivos y receptivos, esta dificultad se denomina trastorno cognitivo comunicativo secundario a deterioro cognitivo mayor. Este trastorno

³⁵ Instrumento para seguimiento post BPS y acompañamiento y solicitar nueva intervención, por ejemplo, la Escala de detección de maltrato por parte del cuidador (CASE). Fuente: National Initiative for the Care of the Elderly (NICE). Caregiver Abuse Screen CASE [Internet]. 2010 [acceso 13 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.nbanh.com/files/Case_en.pdf; Medicine. 2019;12(74):4381-4. (ver anexo 1)

³⁶ León-Campos, M.O. & Miranda-Castillo, C. (Manuscrito en revisión.) Validity and reliability of the Chilean self-reported and carer-reported versions of the Quality-of-Life Alzheimer's Disease Scale (QoL-AD).

requiere de especial atención considerando que puede gatillar síntomas psicológicos y conductuales de difícil manejo, frustración en cuidadores, además de ser específicamente desafiante en personas con pérdida auditiva pobremente adaptada.

Por otra parte, a medida que la dependencia de las personas con diagnóstico de demencia aumenta, se ha documentado la aparición de dificultades en la alimentación y deglución. Entre los factores de riesgo se encuentran: edad avanzada, nivel de dependencia y severidad del cuadro demencial. Los trastornos de la deglución - alimentación idealmente deben ser abordados con estrategias compensatorias (modificación de dieta - aumento de calorías - aumento de frecuencia de alimentación - optimización de volumen por bocado, educación al/a la cuidador(a)) y desde la perspectiva de los cuidados paliativos y fin de vida, siendo beneficioso acompañarse de un(a) fonoaudiólogo durante el proceso.

2.2.7.2. Objetivo general

- **Comunicación:** Mantener la participación de las personas con demencia respecto a la comunicación funcional, favoreciendo su calidad de vida y la del entorno significativo, en relación con el curso de la enfermedad.
- **Deglución:** Abordar los trastornos de la alimentación - deglución en personas con demencia basados en la seguridad y eficiencia, generando además instancias de educación sobre estrategias de alimentación.

2.2.7.3. Profesional a cargo

Fonoaudiólogo.

2.2.7.4. Población objetivo y criterios de inclusión

▪ Población objetiva

En la Tabla 17 se describen los principales criterios clínicos de derivación a fonoaudiología.

TABLA 17: CRITERIOS DE DERIVACIÓN A FONOAUDIOLOGÍA

Comunicación	Deglución
Persona con diagnóstico de afasia progresiva primaria con objetivos terapéuticos y cuidador(a) disponible. Personas con demencia avanzada en la cuales los trastornos de comunicación pueden constituir una agravación de los síntomas conductuales. Persona con diagnóstico de demencia que presenta trastorno cognitivo comunicativo y cuidador(a) reporta dificultades para comunicarse: ▪ Al/a la cuidador(a) frecuentemente le cuesta entender lo que una PcD quiere comunicar. ▪ Escasa participación de la PcD en conversaciones que previamente eran interesantes para él/ella. Discurso semifluente por anomia. ▪ Fallas en la comprensión auditiva para realizar actividades de interés. Especial atención en PcD con hipoacusia y	Personas con diagnóstico de demencia que presenten sospecha de trastorno deglutorio. Especial atención en los cuadros descritos a continuación: Cuadros parkinsonianos de tipo acinético-rígido Cuadros de origen vascular Demencia avanzada con sospecha de trastornos deglutorios Para esta intervención existe la posibilidad de derivación desde APS Peñalolén con el código R63.3 y desde el Centro de apoyo comunitario para personas con demencia, Kintún. Para ambos dispositivos se debe cumplir el siguiente criterio: ▪ Puntaje EAT-10 mayor o igual a 7 puntos. ○ Se recomienda intencionar preguntas relacionadas con trastorno de la deglución o aplicar EAT-10 en personas con síndrome demencial avanzado (GDS 6-7 por compromiso funcional) y

adaptación de audífonos inadecuada.

en demencias con componente vascular o parkinsonismo.

2.2.7.5. Descripción: modalidad de ingreso o derivación, descripción de intervención, duración, fin de proceso y registro de la información

2.2.7.5.1. Modalidad de ingreso o derivación

La modalidad de ingreso está descrita en Tabla 18

TABLA 18: MODALIDAD DE INGRESO O DERIVACIÓN

Comunicación	Deglución
Derivación interna: Por indicación médica y ocasionalmente se deriva desde acompañamiento diagnóstico y programa BPS.	Derivación interna: Por indicación médica y ocasionalmente desde acompañamiento diagnóstico. Derivación APS: Se realiza a través de interconsulta vía TrakCare con código R63.3 Derivación CCA PcD Kintun: Se realiza a través de formato de referencia vía correo electrónico.

2.2.7.5.2. Procedimiento

- Comunicación: atención directa presencial a día de PcD - cuidador(a), o solo cuidador(a) con una duración de 45 min (ver Tabla 19).
- Deglutorio: Modalidad atención directa, en box o visita domiciliaria, 2 sesiones de duración 45 min (ver Tabla 19).

TABLA 19: DESCRIPCIÓN DE INTERVENCIÓN POR FONOAUDIÓLOGO

Comunicación	Deglución
▪ Intervenciones orientadas a la comunicación funcional que favorezcan la mantención de la participación utilizando estrategias compensatorias acorde al nivel de compromiso de las funciones comunicativas ▪ Primera sesión: remota, aplicación de índice de comunicación efectiva/ escala de comunicación de Holden³⁷. ▪ Intervenciones directas: dirigidas al/a la PcD en modalidad presencial en box de atención o visita domiciliaria. La visita domiciliaria permite conocer el contexto donde se da la comunicación desde una perspectiva más sistémica	▪ Intervenciones orientadas a manejo ambiental/ compensatorio de las alteraciones del proceso de alimentación deglución, con el objetivo de mantener alimentación por vía oral segura y eficiente acorde al curso de la enfermedad y/o realizar acompañamiento frente a decisiones relacionadas con vías de alimentación. ▪ Intervenciones directas: dirigidas al/a la PcD en modalidad presencial en box de atención o visita domiciliaria. Considerando que los trastornos deglutorios aparecen mayormente en etapas más avanzadas, es frecuente

³⁷ Strøm, B. S., Engedal, K., Šaltytė Benth, J., & Grov, E. K. (2016). Psychometric evaluation of the Holden Communication Scale (HCS) for persons with dementia. *BMJ open*, 6(12), e013447. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013447>

(esta modalidad suele realizarse al menos 1 vez).

- Intervenciones indirectas: educación en estrategias de comunicación efectiva para compañeros(as) de comunicación. Modalidad remota (telefónico o videollamada).
- Frecuencia: acordada con PcD y cuidador(a). Generalmente, semanal o cada 15 días.

realizar visita domiciliaria para estos fines.

- Intervenciones indirectas: monitoreo de rendimiento frente a estrategias compensatorias y ambientales.
- Frecuencia: controles mensuales, excepcionalmente podría adelantarse si se requiere.

2.2.7.5.3. Duración (ver Tabla 20)

TABLA 20: NÚMERO DE SESIONES Y DURACIÓN

Comunicación	Deglución
▪ Sesión presencial: 30 a 40 min según el rendimiento de la PcD ▪ Sesión remota: 20 minutos. ▪ En las PcD con diagnóstico de APP las atenciones se extienden acorde a fechas de control médico hasta el egreso de la Unidad o indicación clínica de suspender intervención. ▪ En las PcD con trastorno cognitivo comunicativo, se extiende según el cumplimiento de objetivos con un mínimo de 2 sesiones y máximo 1 sesión semanal por un periodo de 6 meses (acorde a GES de tratamiento).	▪ Sesión presencial/visita domiciliaria: 45 min a 1 hora. ▪ Sesión remota control: 20 minutos. ▪ Las intervenciones de deglución se extienden según el cumplimiento de objetivos con un mínimo de 2 sesiones y un máximo de controles mensuales por un periodo de 6 meses bajo control (acorde a la garantía GES de tratamiento).

→ DESAFÍO

Instaurar programa de comunicación para APP según intervenciones basadas en la evidencia, tales como *Communication Bridge: A Person-centered Internet-based Intervention for Individuals with Primary Progressive Aphasia* (Rogalski, 2017).³⁸

2.2.7.5.4. Fin del proceso (ver tabla 21)

TABLA 21: FIN DEL PROCESO

Comunicación	Deglución
▪ Objetivos establecidos cumplidos, se revisan en conjunto las estrategias de mayor utilidad. ▪ La intervención se puede cerrar	▪ Objetivos establecidos cumplidos, se revisan en conjunto las estrategias de mayor utilidad. Además de educación en síntomas de alarma relacionados

³⁸ <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT03371706>

anticipadamente en caso de compromiso de comunicación severo. Se realiza una sesión final de educación en comunicación no verbal	con el agravamiento del trastorno deglutorio y medidas a seguir.
Al finalizar se realiza un resumen en la sección de evolución clínica de Ficha CMYN.	Al finalizar, se realiza un resumen en la sección de evolución clínica de Ficha CMYN.

2.2.7.6. Registro de la información

En ambas intervenciones el registro se realiza en la Ficha CMYN, sección de evolución clínica.

2.2.7.7. Evaluación e Indicadores (ver tabla 22)

TABLA 22: EVALUACIÓN E INDICADORES

Comunicación	Deglución
- Se utiliza el índice de comunicación efectiva y/o escala de comunicación de Holden para determinar dificultades pre y post intervención. - Nivel de logro dado por generación de estrategias para cubrir las necesidades comunicativas insatisfechas.	Se utiliza la escala FOIS (Functional Oral Intake Scale)³⁹ para determinar pre y post intervención el nivel de logro: mantener nivel previo, idealmente alimentación, hidratación y medicación por vía oral.

2.2.8. Tratamiento por médico psiquiatra de cuidador(a) con trastorno de salud mental

2.2.8.1. Fundamentos

La salud mental puede ser entendida como un estado de bienestar cognitivo, conductual y emocional. Se trata de cómo piensan, sienten y se comportan las personas. Este bienestar puede verse alterado debido a condiciones internas y externas a la persona llegando a presentar una problemática de salud mental e inclusive un trastorno de salud mental. Los(as) cuidadores(as) de personas con demencia pueden presentar ‘sobrecarga del cuidador’ que se entiende como un estado de agotamiento emocional, estrés y cansancio, que afecta directamente las actividades de ocio, relaciones sociales, libertad y equilibrio mental; es decir, es el grado en el cual el/la cuidador(a) percibe la influencia negativa del cuidado en los diferentes ámbitos de su vida. Un(a) cuidador(a) sobrecargado(a) y con sintomatología de salud mental asociada, requiere una intervención oportuna que permita restablecer su equilibrio cognitivo y emocional. La evaluación y tratamiento psiquiátrico es una estrategia efectiva para la remisión de síntomas asociados a la sobrecarga, promover la aceptación de los cuidados y favorecer la calidad de vida del/de la cuidador(a) y, consecuentemente, de la PcD.

Médico psiquiatra de la Unidad evalúa sintomatología, realiza diagnóstico y manejo farmacológico, una vez estabilizado el cuadro, deriva al/a la cuidador(a) al centro de atención

³⁹ Ninfa, A., Pizzorni, N., Eplite, A., Moltisanti, C., & Schindler, A. (2022). Validation of the Italian Version of the Functional Oral Intake Scale (FOIS-It) Against Fiberoptic Endoscopic Evaluation of Swallowing and Nutritional Status. *Dysphagia*, 37(1), 137–147. <https://doi.org/10.1007/s00455-021-10257-9>

de salud correspondiente de acuerdo con la gravedad y severidad del trastorno de salud mental.

2.2.8.2. Objetivo general

- **Objetivo general:** Evaluación y tratamiento de sintomatología de salud mental del/de la cuidador(a) asociada a la sobrecarga por la labor de cuidar.
- **Objetivo específico:**
 - Identificar y tratar sintomatología de salud mental asociada a los cuidados. Implementar un tratamiento farmacológico efectivo que permita continuidad en otro dispositivo de salud. Visibilizar con el/la cuidador(a) las dificultades de la tarea de cuidar.
 - Identificar e intervenir sobre factores estresores del entorno que promueven la sobrecarga.
 - Velar por el bienestar psíquico del/de la cuidador(a) para que pueda llevar a cabo la labor de cuidar de manera efectiva y eficiente relevando el bienestar de la PcD.

2.2.8.3. Profesional a cargo

Médico psiquiatra

2.2.8.4. Población objetivo y criterios de inclusión

- **Población objetivo:** Cuidadores con trastornos de salud mental asociados a la tarea de cuidar.
- **Criterios de inclusión**

Cuidador(a) de la Unidad de Memoria beneficiario(a) de FONASA.

- **Criterios de exclusión**

Cuidador(a) con atenciones de salud mental vigentes en otro dispositivo.

2.2.8.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, fin de proceso y duración

2.2.8.5.1. Modo de ingreso o derivación

Se realiza IC por otro(a) profesional de la Unidad de Memoria, frecuentemente desde acompañamiento diagnóstico.

2.2.8.5.2. Procedimiento y fin del proceso

Cuidador(a) es derivado(a) a primera consulta con médico psiquiatra, quien evalúa existencia de síntomas de salud mental asociados al cuidado e indica esquema farmacológico. Una vez estabilizado, el/la cuidador(a) es derivado(a) a su centro de atención para continuidad del tratamiento.

El proceso finaliza una vez que el/la cuidador(a) está estable, remisión sintomatológica y en condiciones de continuar su tratamiento en otro dispositivo de salud.

2.2.8.5.3. Duración

4 meses

2.2.8.6. Registro de la información

Registro en Ficha CMYN en sección de cuidadores.

2.2.8.7. Evaluación e Indicadores

Alta y derivación a la red.

2.2.9. Intervención Trabajadora Social

2.2.9.1. Fundamentos

El Trabajo Social como disciplina, puede aportar en la coordinación, gestión y derivación a redes que permitan favorecer el proceso salud - enfermedad - cuidados de la PcD. Dentro de la Unidad, el/la profesional realiza intervenciones que consisten en sesiones con la persona cuidadora, dirigidas a orientar, apoyar y/o realizar gestiones técnicas, orientadas hacia las redes intersectoriales y comunitarias, que requiere la PcD y persona cuidadora, para favorecer la continuidad y organización del sistema de cuidados.

2.2.9.2. Objetivo general

Realizar intervenciones desde el Trabajo Social, que apoyen en la gestión de necesidades del paciente con demencia, de la persona cuidadora y/o del entorno, con las redes de apoyo intersectoriales y comunitarias.

2.2.9.3. Profesional a cargo

Trabajador(a) social

2.2.9.4. Población objetivo

Personas cuidadoras y entorno de apoyo de las personas con demencia que requieran una evaluación social según criterio clínico.

2.2.9.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, proceso de cierre y duración

2.2.9.5.1. Modo de ingreso o derivación:

Derivación de profesionales de la Unidad de Memoria.

Pesquisa de necesidades por parte del equipo tratante.

2.2.9.5.2. Procedimiento y fin del proceso

Se realizan entrevistas presenciales o telefónicas, a fin de realizar orientación, coordinación, y/o informes que faciliten las gestiones requeridas.

Instrumentos para aplicar: Entrevista semiestructurada que recoge los principales aspectos de la situación sociofamiliar de la PcD y su entorno. Además, se enfoca en recoger antecedentes para responder al motivo de consulta o necesidad planteada por las consultantes y/o la derivación por parte del equipo de la Unidad. No se administran instrumentos específicos.

Fin del proceso: Cumplimiento de la atención personalizada.

2.2.9.5.3. Duración

45 minutos por entrevista

2.2.9.6. Registro de la información

Se registra la consulta en Ficha CMYN en sección Nueva Evaluación Clínica

2.2.9.7. Indicadores

N° de consultas registradas como atención social

2.2.10. Intervención Terapeuta Ocupacional

2.2.10.1. Fundamentación

La Terapia Ocupacional tiene el objetivo de promover el bienestar y calidad de vida de la PcD y su cuidador(a) a través de la participación en ocupaciones dentro de una rutina diaria estructurada, acorde a las características de la persona y su entorno. Su intervención resulta fundamental para apoyar la participación de la PcD en actividades cotidianas y de interés, mantener entornos adaptados y seguros y favorecer el manejo de los(as) cuidadores(as) en situaciones cotidianas desafiantes como la presencia de SPCD.

2.2.10.2. Objetivos

▪ **Objetivo general:**

Educar y entrenar a la familia o cuidador(a) principal en el manejo de situaciones cotidianas a través de la promoción de actividades, estructuración de rutina diaria, adaptación ambiental y manejo de sintomatología conductual.

▪ **Objetivos específicos:**

- Educación y entrenamiento a la familia o cuidador(a) principal en el manejo de los síntomas cognitivos y conductuales con énfasis en el manejo ambiental y prescripción de actividades.
- Promover la participación de la PcD en actividades cotidianas (AVD- interés- roles).
- Optimizar las habilidades de la PcD para la mantención/ adaptación del desempeño en las actividades de la vida diaria.
- Promover la participación de la PcD en un ambiente seguro y libre de potenciales peligros.
- Organización de una rutina diaria estructurada acorde a los intereses y habilidades de la PcD.

2.2.10.3. Profesional a cargo

Terapeuta Ocupacional

2.2.10.4. Población objetivo y criterios de inclusión

- Criterios de inclusión: personas con demencia y sus cuidadores que se beneficien de la atención de Terapia Ocupacional dentro de los objetivos específicos anteriormente descritos.
- Criterios de exclusión: personas que vivan solas y no cuenten con una red de apoyo que pueda acceder a la intervención.

2.2.10.5. Descripción: modalidad de ingreso, procedimiento, proceso de cierre y duración

2.2.10.5.1. Modalidad de ingreso o derivación

Derivación interna por parte de los(as) profesionales médicos de la Unidad u otro(a) profesional no médico que considere oportuna la intervención.

2.2.10.5.2. Procedimiento

Se realizan entre 5 a 8 sesiones de T.O enfocadas en la educación a cuidadores y adaptación ambiental para promover una participación segura y efectiva de la PcD en su entorno.

2.2.10.5.3. Fin del proceso:

Cumplimiento de objetivos: la intervención de T.O finaliza una vez que los(as) cuidadores(as) comprenden e integran estrategias para fomentar la participación de la PcD en un entorno seguro que disminuya la severidad o prevenga la aparición de SPCD. Específicamente, se consideran los siguientes criterios de egreso:

- Cuidadores comprenden la importancia de una rutina diaria estructurada e incorporan estrategias para mantener la participación de la PcD en sus actividades de la vida diaria, roles y actividades de interés.
- Cuidadores implementan estrategias ambientales para favorecer la participación y seguridad de la PcD en su entorno cotidiano.
- Cuidadores implementan recomendaciones para el manejo de SPCD en torno a identificar gatillantes desde el modelo DICE y estrategias de manejo no farmacológico de los síntomas.

Para corroborar el cumplimiento de los objetivos descritos se utiliza la entrevista semi estructurada en la que se comparan los cambios pre y post en la rutina diaria, ambiente y presencia de sintomatología conductual. El nivel de logro de la intervención se encuentra relacionado a la incorporación de estrategias por parte de los(as) cuidadores(as) para favorecer la participación segura de la PcD en su entorno, previniendo o disminuyendo la severidad de los SPCD.

2.2.10.5.4. Duración

Cada sesión tiene una duración de 45 minutos.

2.2.10.6. Registro de la información

La información se registra en la Ficha CMYN e información a ficha clínica del Hospital.

2.2.10.7. Evaluación e Indicadores

a) Evaluación:

- Evaluación funcional de AVDB y AVDI.
- Evaluación de habilidades de la PcD en relación con la ejecución de actividades (motoras, cognitivas y sociales).
- Evaluación de intereses.
- Evaluación de roles.
- Evaluación de rutina diaria.
- Evaluación de comunicación entre PcD y cuidador(a) principal en la ejecución de una actividad. La evaluación se realiza en el domicilio.
- Evaluación ambiental en domicilio.

b) Indicadores:

- Que los(as) cuidadores(as) implementen una rutina diaria estructurada.
- Que la PcD participe en al menos 2 actividades de interés en su rutina.
- Los indicadores son medidos a través de una evaluación de la rutina diaria y participación en actividades según el relato del informante o cuidador(a) principal. Los resultados se registran en ficha clínica comparando la rutina y participación en actividades del/de la paciente antes y después de la intervención de T.O. Se sugiere control telefónico.
- Números de sesiones en las que participan los cuidadores y la PcD.
- Porcentaje de personas atendidas que completan tratamiento y logro de objetivos planteados.

2.3. Componente 4: Red derivación, derivación asistida, contrarreferencia y egreso

2.3.1. Fundamentos

En Chile existe la estrategia de atención de cuidados centrados en la persona, orientada a las necesidades del paciente y su familia, desde un modelo de atención comunitaria de salud. De ahí que la derivación asistida y continuidad de cuidados cobra relevancia, pues contribuye a generar intervenciones integrales en función de mejorar la calidad de vida de la PcD y sus cuidadores.

Los(as) consultantes son referidos a la Unidad de Memoria según el mapa de derivación y criterios de derivación definidos por los servicios de salud. En Anexo 2 se adjunta un modelo de informe de referencia a la Unidad de Memoria.

Luego de una atención de especialidad es fundamental reinsertar al/a la paciente en su CESFAM para velar por la continuidad de los cuidados, mediante un proceso de contrarreferencia, que es el conjunto de actividades administrativas y asistenciales para referir a la persona a su establecimiento de origen, con el objetivo asegurar la continuidad de

atención, tratamientos y cuidados de salud. Por lo que se realiza a través de derivación asistida conjunta, entre el equipo derivador y el equipo que recibe a la persona, para asegurar una óptima atención y continuidad de cuidados.

La derivación asistida resulta efectiva solo si existe un espacio efectivo y asertivo en el intercambio de la información respecto del proceso de atención de la persona usuaria. Para ello, se requiere conocer la red territorial y mapa de derivación del servicio de salud correspondiente y actualizado, de manera que permita articular los diversos dispositivos que la componen. En este mapa es necesario incorporar a todos los actores relevantes, de modo que permita a cada uno de los puntos de la red ser responsable de la ejecución de su tarea de manera correcta y vinculados.

Además del trabajo con atenciones clínicas, la Unidad de Memoria trabaja en la red con dos acciones principales: consultorías y capacitaciones.

2.3.2. Red derivación

Cada Servicio de Salud cuenta con un “Mapa de Red” donde se describen los establecimientos que la conforman, su complejidad y el alcance de sus carteras de Servicio que deben ser complementarias y dar respuesta a las necesidades de salud de la población beneficiaria. Esta red es dependiente del territorio, es decir, puede presentar diferencias locales según cada lugar en la que ésta se establezca.

En el caso de la unidad de memoria del HDS, los dispositivos derivadores corresponden a:

- i. Atención primaria de salud (APS) de las comunas de Peñalolén, Macul, Ñuñoa, La Reina, Providencia, Las Condes, Vitacura, Lo Barnechea y Hanga Roa.
- ii. Centro de salud mental comunitaria (COSAM).
- iii. Centro de apoyo comunitario para personas con demencia y su entorno, Kintún.
- iv. Servicios clínicos del HDS (neurología, psiquiatría y otras especialidades).
- v. Instituto Nacional de Geriatria (INGER).
- vi. Instituto Nacional del Tórax (INT).
- vii. Instituto de Neurocirugía.
- viii. Centro médico de los funcionarios del SSMO.
- ix. Instituto Nacional de Rehabilitación Pedro Aguirre Cerda (INR-PAC).
- x. Centro de referencia de salud (CRS) Cordillera.
- xi. Hospital Santiago Oriente Luis Tisné.
- xii. Programa de Reparación y Atención Integral en Salud y Derechos Humanos (PRAIS) SSMO y Nivel Central.

En el caso de los pacientes PRAIS que no correspondan al SSMO, la atención es únicamente clínica, no se realizan exámenes ni se entregan fármacos, de lo contrario acceden a toda la cartera de atenciones.

- xiii. Proyecto FONDAP Centro de Gerociencia, Salud Mental y Metabolismo (GERO): personas en seguimiento en proyecto GERO, beneficiarias de FONASA, residentes en comunas del SSMO, y que requieren atención en Unidad de Memoria.

2.3.3. Derivación asistida, contrarreferencia o egreso

2.3.3.1. Objetivos

- **Objetivo general:** Asegurar la continuidad de la atención entre los diferentes dispositivos de la red de atención
- **Objetivos Específicos:**
 - Definir acciones para el equipo de salud que aborde la situación del consultante derivado.
 - Velar por una derivación oportuna del/de la consultante hacia el intersector.

- Clarificar el proceso de derivación en el equipo de salud que recepciona al/a la consultante.

2.3.3.2. Población objetivo y criterios de inclusión

La derivación asistida, contrarreferencia o egreso se realiza en el momento de que la PcD y su familia presenta un cese de las atenciones entregadas en la Unidad de Memoria. Este puede ocurrir en dos momentos del proceso y por razones administrativas, o fallecimiento del/de la consultante como se detalla a continuación:

- En proceso diagnóstico: Al descartar un cuadro demencial, o posterior a la entrega diagnóstica.
- En el proceso de intervención: Por cumplimiento de objetivos terapéuticos, no requiriendo más atenciones de especialidad, tratamiento farmacológico u otra intervención que no sea abordable en atención primaria de salud.
- Egreso por razones administrativas:
 - Inasistencias: Se considera como motivo de egreso, 3 inasistencias a control. Se procura realizar acciones de rescate telefónico, correo electrónico o contacto en APS si es necesario, previo a la toma de decisión.
 - Rechazo de la atención, de parte del consultante(a) o cuidador(a).
- Egreso por fallecimiento.

2.3.3.3. Profesional a cargo

Enfermero(a) gestor(a) de la Unidad de Memoria

2.3.3.4. Procedimiento de la derivación asistida

Se realiza una contrarreferencia al dispositivo de atención correspondientes del/de la consultante, lo que requiere una identificación del/de la interlocutor(a) a quién será enviado el caso. Este está determinado en SSMO, por médicos gestores u otros referentes determinados por cada dispositivo de salud.

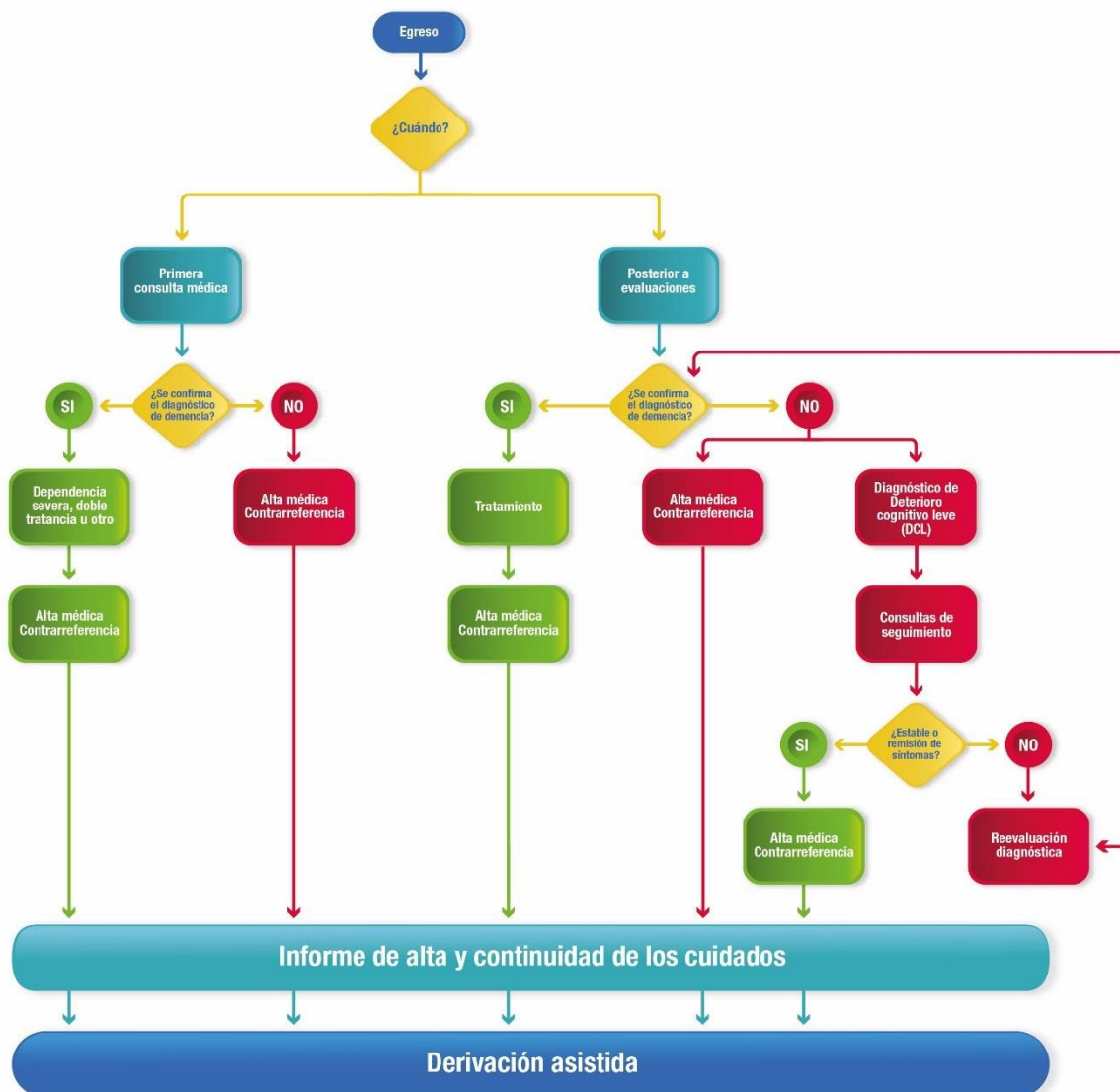
Junto al mail que se envía al/a la interlocutor(a) determinado, se adjunta un “Informe de alta y continuidad de los cuidados” el cual detalla las acciones ejecutadas en la Unidad de Memoria, evaluaciones realizadas, tratamientos farmacológicos y no farmacológicos y sugerencias de tratamientos, entre otros antecedentes que puedan facilitar la continuidad en el manejo de cada caso. Por otra parte, se adjunta informe de alta en ficha clínica HDS y CMYN en todos las personas atendidas en la Unidad de Memoria. En Anexo 3 se adjunta un modelo de informe de alta.

Para facilitar una derivación efectiva se consideran las siguientes acciones:

- Estructurar mapa de flujo de derivación socializado con la red en el cual se exponga forma de ingreso y egreso del dispositivo, encargados de recepcionar derivación y contrarreferencia.
- Mantener comunicación fluida (dentro de lo posible) con referentes de cada dispositivo, a fin de favorecer el proceso de continuidad de cuidados.
- Entregar información actualizada en informe de alta y continuidad de los cuidados de la Unidad de Memoria.
- Ejecutar seguimiento a derivaciones realizadas en la red, ya sea vía electrónica (mail) o por vía telefónica (según sea el caso).
- Acompañar la derivación electrónica con interconsulta a dispositivo de la red en formato físico, el cual se entrega al/a la cuidador(a) en caso de retraso en el proceso de gestión de horas, o si el/la paciente está inscrito(a) y/o recibe atención en dispositivos de salud, que están fuera del mapa de derivación correspondiente al servicio de SSMO.

En la Figura 7, se presenta el flujo de derivación asistida y egreso

FIGURA 7: FLUJO DE DERIVACIÓN ASISTIDA Y EGRESO

**a) Egreso al momento del ingreso o fin de evaluación diagnóstica**

Se realiza egreso, sin necesidad de ingresar a programa de intervención en la Unidad de Memoria, en las siguientes situaciones:

- Existe un trastorno demencial que no requiere de atención de especialidad.
- Queja cognitiva con ausencia de banderas de alerta.
- Deterioro cognitivo leve. Se indica que requieren seguimiento

b) Egreso al momento del Tratamiento

Cumplimiento de objetivos terapéuticos, no requiriendo más atenciones de especialidad, tratamiento farmacológico u otra intervención que no sea abordable en atención primaria de salud.

c) Egresos administrativos que se producen por:

- Tres inasistencias, pese a la realización de acciones de rescate telefónico, email, contacto en APS si es necesario, entre otros.
- Fallecimiento.
- Rechazo de la atención.

2.3.3.5. Contrarreferencia

La Unidad de Memoria contrarefiere los casos atendidos a los siguientes dispositivos de la red según corresponda.

- **APS:** Se contrarefiere el caso a APS, una vez que éste haya sido evaluado y descartado el cuadro demencial, o se haya confirmado diagnóstico y concluido la intervención. En ambos casos, será informado a enfermera para contrarreferencia y continuidad de los cuidados a través de derivación asistida, con informe de alta de la Unidad de Memoria.
- **COSAM:** Se contrarefieren a Salud Mental todos los(as) pacientes de población bajo control de COSAM que hayan terminado su proceso diagnóstico en la Unidad, bien se haya descartado o confirmado demencia. En los(as) pacientes que se diagnostica o pesquisa cuadro psiquiátrico pertinente de atención en COSAM, dada la imposibilidad de derivar directamente por mapa de derivación, se deriva a APS, programa de salud mental con la solicitud de derivar a COSAM y dar continuidad a las atenciones y tratamiento.
- **Psiquiatría HDS:** Se contrarefieren a psiquiatría HDS todos los(as) pacientes derivados de ese servicio o que reciban atención en él, una vez terminado el proceso diagnóstico en la Unidad, bien se haya descartado o confirmado demencia, con el fin de realizar seguimiento, o ajuste de tratamiento en conjunto, de ser pertinente. Además, se adjunta informe de alta de Unidad de Memoria en ficha clínica anexo de psiquiatría.
- **Atención ambulatoria por especialidad en otro policlínico de HDS:** Se contrarefiere con informe de alta y continuidad de los cuidados de la Unidad, se adjunta en ficha clínica y si corresponde se envía informe de alta a médico quien derivó a la Unidad, mayoritariamente en el caso de ser derivados de neurología.
- **Centros Comunitarios:** Casos que requieren continuidad de tratamiento de alta complejidad, será informado a enfermera para derivación asistida. Con informe de alta del proceso se realiza postulación a Centro comunitario para personas con demencia. En el SSMO, solo existe un centro comunitario para personas con demencia (Kintún) en la comuna de Peñalolén.

2.3.3.6. Seguimiento

Existen algunas situaciones de salud que requieren ser reevaluadas para observar cuál ha sido su grado de evolución en el tiempo, entre ellos, se encuentran:

- Deterioro cognitivo leve (DCL) con ausencia de banderas de alerta: se controlan al año:
 - DCL (Deterioro Conductual Leve) amnésico.
 - DCL asociado a cambios o deterioro conductual leve (DCL).
 - DCL con perfil progresivo.
 - DCL en que no se identifican factores causales.

Los siguientes grupos de riesgo se controlarán en 9 meses:

- DCL con perfil amnésico: decline de memoria que no altere autovalencia, con evaluación neuropsicológica compatible.
- DCL con patología psiquiátrica asociada y síntomas de alarma.
- DCL en contexto de Enfermedad de Parkinson de reciente diagnóstico.
- DCL con otros síntomas de alarma que ameritan seguimiento (dudas respecto de funcionalidad, queja de memoria muy significativa no acorde a neuropsicología, queja predominante de anomia respaldada por informante, otros).

→ ADVERTENCIA

En la ficha CMYN, la población bajo control con diagnóstico de DCL, se cambia a estado “pasivo” ya que no está sujeto a tratamiento, intervenciones u otro, más que seguimiento de evolución en el tiempo, el que es determinado por médico tratante. De igual manera, se contrarefiere a APS para seguimiento en los programas correspondientes según edad y comorbilidad.

2.3.4. Consultorías

La consultoría se define como la actividad conjunta y de colaboración permanente entre el equipo de especialidad y el equipo de salud general del nivel primario en la temática de demencia, que tiene como propósito potenciar la capacidad resolutive del nivel primario, mejorar la referencia y contrarreferencia de personas, entre ambos niveles de atención, garantizar la continuidad de cuidados.

Por otra parte, este puede ser un espacio de formación, una instancia de coordinación, diálogo, definición de roles y responsabilidades compartidas. En esta instancia participan los equipos de APS, equipos de salud mental (COSAM) y centro comunitario para personas con demencia (si corresponde). Por otra parte, la Unidad puede otorgar asesoría a otros programas y unidades dentro del hospital base.

Durante el año 2018 y 2019, se realizaron consultorías asociadas a la instancia de capacitación, en los distintos CESFAM de Peñalolén. En 2019 se realiza apertura de consultorías a COSAM de SSMO y en 2020 consultorías APS - SSMO en modalidad Telemedicina, por contingencia COVID.

→ DESAFÍOS

1. **Actualizar mapa de red del SSMO para optimizar la coordinación y la gestión de casos considerando la existencia de diferentes dispositivos de atención de personas con demencia**
2. **Reactivar consultorías.**

2.3.5. Enlace Hospitalario

Esta actividad se realiza con el fin de mantener la continuidad de los cuidados de forma coordinada y coherente con los distintos servicios al interior del HDS y la red de atención de la siguiente forma:

- a) Casos cuya presentación clínica requieren mayor estudio, o tratamiento inmediato, para los cuales se requiere hospitalización en el servicio de Neurología, para esta actividad el/la médico a cargo debe enviar una orden de hospitalización en el formato de papel del Hospital destinado para tal efecto.
- b) Pacientes que se encuentran hospitalizados por otros diagnósticos en los distintos servicios del HDS y que requieran: evaluación, manejo o seguimiento por el equipo de la Unidad de Memoria. Las interconsultas se reciben en formato de papel del Hospital.
- c) Interconsultas para atención ambulatoria en Unidad de Memoria por sospecha de Demencias desde otros servicios del HDS, así como interconsultas desde la Unidad de Memoria a otras especialidades al interior del Hospital por sospecha de comorbilidad que requieren evaluación, o tratamiento, por ejemplo, cardiología, otorrinolaringología, oftalmología, etc. (ya descrito en flujos de derivación).
- d) Referencia y contrarreferencia a la Unidad de Memoria desde los distintos dispositivos de la Red de Salud SSMO (ya descritos en flujos de derivación).

3. Sección 3: Transversal: competencias, registro de la información y organización

3.1. Equipo y competencias de la Unidad de Memoria

En la Tabla 1 se presentan las competencias y perfil de profesionales de la Unidad de Memoria

TABLA 1: COMPETENCIAS Y PERFIL DE PROFESIONALES DE LA UNIDAD DE MEMORIA

Competencias transversales:		
- Conocimientos y manejo técnico de cuadros neurodegenerativos. Capacidad para trabajar en equipo multidisciplinario. Flexibilidad y adaptación. Pensamiento crítico y analítico. Interés por trabajar en el desarrollo de políticas públicas. Asertividad y manejo del conflicto. Reconocimiento y aceptación de la autoridad, conocimiento del trabajo en redes en salud. Asertividad y actitud favorable para actuar como referente nacional y las demandas propias del cargo. - Manejo ley de derechos y deberes del paciente. - Conocimiento del modelo de salud comunitario. - Conocimiento de la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad.		
Competencias por especialidad		
Profesionales médicos	Neurología 1 cargo 22 hrs 1 cargo 11 hrs	Conocimientos sobre neurodegeneración, salud cerebral y demencias. Conocimientos sobre envejecimiento poblacional. Conocimiento general de neuropsicología Manejo de la farmacoterapia en demencia y en personas mayores. Manejo ley de derechos y deberes del paciente. Conocimiento del modelo de salud comunitario. Conocimiento de la ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos. Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
	Psiquiatría 1 cargo 22 hrs 1 cargo 11 hrs.	Conocimientos sobre neurodegeneración, salud cerebral y demencias. Conocimientos sobre envejecimiento poblacional.

		Conocimiento general de neuropsicología. Manejo de la farmacoterapia en demencia y en personas mayores. Formación y/o experiencia en diagnóstico y tratamiento de personas con trastorno neurocognitivo. Manejo de la Ley de derechos y deberes del paciente. Conocimiento del modelo de salud comunitario. Conocimiento de la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos. Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
Profesionales no médicos	Enfermería 1 cargo 44 hrs	Capacidad de gestionar y velar por la continuidad de los cuidados de personas con demencia en los dispositivos de la red. Capacidad para realizar derivaciones asistidas de los(as) pacientes post tratamiento. Conocimientos sobre demencia y envejecimiento poblacional. Manejo Ley de derechos y deberes del paciente. Conocimiento del modelo de salud comunitario. Conocimiento de la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos. Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
	Neuropsicología	Manejo de población con trastornos neurocognitivos. Formación en aplicación e interpretación de pruebas y baterías neuropsicológicas. Manejo de dominios cognitivos. Conocimiento y manejo de síntomas neuropsiquiátricos en demencias. Conocimientos sobre demencia y envejecimiento poblacional. Manejo Ley de derechos y deberes del paciente. Conocimiento del modelo de salud comunitario.

	1 cargo 33 hrs⁴⁰ 2 cargos 22 hrs 1 cargo: 11 hrs.⁴¹	Conocimiento de la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Conocimiento y manejo de síntomas neuropsiquiátricos en demencias. Expertica en el modelo DICE*. Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos. Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
	Psicología clínica 1 cargo 44 hrs.	Formación en psicoterapia, intervención en crisis y técnicas de psicoeducación. Conocimientos sobre demencia y envejecimiento poblacional. Conocimiento y manejo de síntomas neuropsiquiátricos en demencias. Expertica en el modelo DICE. Manejo Ley de derechos y deberes del paciente. Conocimiento del modelo de salud comunitaria. Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos. Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
	Fonoaudiología 1 cargo 44 hrs.	Formación en abordaje de trastornos deglutorios asociados a cuadros neurodegenerativos. Formación en abordaje de alteraciones comunicativas asociadas a cuadros neurodegenerativos. Formación en aplicación e interpretación de pruebas y baterías cognitivo-lingüísticas. Manejo técnicas y estrategias de comunicación. Conocimientos sobre demencia y envejecimiento poblacional. Manejo de la Ley de derechos y deberes del paciente. Conocimiento del modelo de salud comunitaria. Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos.

⁴⁰ Resto jornada en servicio de neurología

⁴¹ Resto jornada en servicio de neurología

		Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
	Terapia ocupacional 1 cargo 44 hrs.	Conocimiento acabado de instrumentos existentes para evaluar nivel de funcionalidad de pacientes con deterioro neurodegenerativo. Capacidad de identificar historia laboral y de intereses de los(as) pacientes. Capacidad para implementar estrategias de activación de rutina en personas con demencia. Conocimientos sobre demencia y envejecimiento poblacional. Conocimiento y manejo de síntomas neuropsiquiátricos en demencias. Experiencia en modelo DICE Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos. Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
	Trabajo social 1 cargo 44 hrs.	Capacidad para evaluar la condición social de las personas con demencia y su entorno, establecer dinámica familiar, redes de apoyo y organización del sistema de cuidados y pensiones, entre otros. Manejar elementos respecto a aspectos legales como poder amplio e institucionalización. Conocimientos sobre demencia y envejecimiento poblacional. Manejo de la Ley de derechos y deberes del paciente. Conocimiento del modelo de salud comunitario. Conocimiento de la Ley 20.422 que establece normas sobre igualdad de oportunidades e inclusión social de personas con discapacidad. Conocimiento y manejo de síntomas neuropsiquiátricos en demencias. Expertice en modelo DICE. Trabajo en equipo Reconocimiento y aceptación de la autoridad en espacios hospitalarios. Resolución asertiva de conflictos. Proactividad Pensamiento crítico y flexibilidad.
No profesional	Secretario/a 1 cargo 44 hrs. Financiamiento:	

	Facultad de Medicina.	
Apoyo informático		Apoyo informático en mantención Ficha CMYN
Apoyo en Limpieza y aseo	Aseo a cargo de empresa externa HDS	

Unidad de Memoria no dispone de

- Cargos de kinesiología
- Cargo de médico especialista en geriatría
- TENS

*DICE: Describir, investigar, crear y evaluar.

Cabe señalar que algunas competencias se repiten en todos los(as) profesionales y debieran servir de antecedente en la elaboración de los perfiles de cargo para reclutamiento y selección de los(as) profesionales que componen las unidades de memoria.

3.2. Funcionamiento

El trabajo clínico de la Unidad de Memoria se articula en torno tres grandes actividades:

- 1) Atención clínica individual y grupal descrita en sección 2
- 2) Reuniones de Equipo
 - Descripción: espacio de coordinación, colaboración, discusión y supervisión en la que participan todos los(as) profesionales médicos y no médicos que trabajan en la Unidad de Memoria.
 - Objetivo; analizar y consensuar diagnóstico, establecer plan integral de tratamiento y cuidados. Supervisar casos clínicos de mayor complejidad diagnóstica y de tratamiento.
 - Estructura:
 - Revisión de nuevos ingresos a la Unidad
 - Revisión estado de avance pacientes que participan en el PBPS
 - Revisión de resultados e informes de evaluaciones complementarias de pacientes en proceso diagnóstico
 - Informaciones administrativas y de gestión
 - Otros
 - Periodicidad: reunión semanal de 2 horas y media de duración

→ DESAFÍO

Mejorar la estructura de presentación de los casos en la reunión de equipo a fin de optimizar el uso del tiempo.

- 3) Gestión clínica de consultantes descrita en Sección 2

3.3. Registro de la información

3.3.1. Registros administrativos

Plataforma SIDRA/TrakCare de utilización de HDS que recepciona las interconsultas derivadas de otros dispositivos de salud considerados en mapa de derivación (APS y otros) y en la cual se realizan los agendamientos de cada consultante con los distintos profesionales de salud.

3.3.2. Registro clínico

Considerando que el HDS no cuenta con registro electrónico, la Unidad de Memoria en colaboración con el departamento de Computación de Facultad de Ingeniería y con el Centro de informática médica y telemedicina (CMIT) de la Facultad de Medicina, ambos de la U. de Chile, desarrolló un registro clínico electrónico, **Ficha CMYN**.

La Ficha CMYN es una aplicación web, la cual tiene como objetivo registrar y coordinar la atención a pacientes en la CMYN. La motivación principal para su creación fue contar con una ficha que diera cuenta y sistematice el trabajo en la CMYN, junto con permitir un trabajo remoto. Podemos mencionar, entre los flujos especializados de la CMYN, lo que facilita la Ficha CMYN:

- Trabajo interdisciplinario, cooperativo e iterativo para llegar a un diagnóstico.
- Existencia de programas de atención específicos de la CMYN con un flujo e hitos específicos en el contexto de atención en una Unidad de Memoria.
- El uso, creación e incorporación constante de nuevos instrumentos de evaluación.

Para tal efecto, la Ficha CMYN se divide en dos componentes informáticos: i) componente 1 (aplicación web desarrollada para unidad de memoria) integrado con el componente 2 (registro clínico electrónico REDCap para el registro de los instrumentos de las evaluaciones complementarias). En Anexo 4 presentamos el historial de desarrollo de la Ficha CMYN, la descripción de su arquitectura y sus principales funcionalidades.

Las atenciones presenciales registradas en la Ficha CMYN son impresas y se adjuntan en ficha de papel del Hospital con firmas de profesionales.

3.3.3. Accesos a exámenes en el Hospital del Salvador e INCA

- Plataforma para ver exámenes de laboratorio en línea:
- Plataforma para ver scanner realizado en Hospital del Salvador
 - Plataforma 'RadiAnt DICOM Viewer' disponible en computadores de HDS en red
- Plataforma para ver RNM realizada en el INCA

3.4. Espacios físicos de la Unidad de Memoria

La Unidad de Memoria se implementó en los espacios físicos del Campus Oriente de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, anexos al HDS. La habilitación del espacio fue financiada por la Facultad de Medicina y el centro FONDAP GERO. En el Anexo 5 se adjunta el plano de la Unidad de Memoria.

4. Sección 4: otras funciones

4.1. Funciones Técnico-Administrativas

4.1.1. Funciones administrativas

Se podrían denominar funciones administrativas todas aquellas acciones que acompañan la labor asistencial, o ayudan al correcto funcionamiento de la Unidad de Memoria. Dentro de ellas cuenta

- Desarrollar una planificación anual actualizada y alineada con las políticas vigentes en demencia.
- Elaboración de informes de los diversos procesos dentro de la Unidad de Memoria (ingreso, egreso).
- Mantener los registros actualizados de las acciones dentro de la Unidad de Memoria en la ficha clínica y de registros estadísticos de salud (REM del DEIS u otros específicos del programa).
- Elaboración de protocolos de funcionamiento tales como:
 - Referencia y contrarreferencia, para mantener coordinación con otros servicios de apoyo de la red de salud.
 - Protocolos de registros de información.
 - Protocolo de seguridad (plan de seguridad de la Unidad, protocolo COVID).
- Desarrollar procesos de evaluación y mejora continua de calidad de atención.
- Registro **Ficha Clínica**. Dentro de las funciones técnico administrativas se encuentra la necesidad de realizar el registro de las atenciones clínicas y de la gestión de caso de los(as) pacientes, con el propósito de poder llevar una sistematización de las acciones realizadas hacia la diada, PcD/cuidador(a); así como también favorecer el proceso de coordinación de caso entre los distintos profesionales del equipo interdisciplinario, lo cual permite el mantenimiento de información actualizada y seguimiento de las acciones emprendidas.

Dentro de la Unidad de Memoria, el registro ocurre de forma electrónica por medio de la Ficha CMYN, plataforma elaborada por la propia Unidad para el registro de toda intervención efectuada por el equipo interdisciplinario, así como también de los resultados de las baterías aplicadas.

Paralelamente, la Unidad de Memoria cuenta con un sistema de registro de las pruebas y baterías aplicadas al/a la consultante, tanto de neuropsicológicas, terapia ocupacional y fonoaudiología, las cuales se registran en un sistema denominado REDCap, cuyo propósito es recolectar información anonimizada para el levantamiento de datos que puedan servir para sustentar investigación.

4.2. Formación de recursos humanos y capacitación

La instancia de capacitación se vincula a acciones de entrega de conocimiento a equipos sociosanitarios. Estas instancias pueden ocurrir de manera presencial (pre-pandemia), así como también se pueden generar de forma telemática. La especificidad de los temas abordados se focaliza de acuerdo con el público objetivo.

4.2.1. Capacitaciones y formación

La Unidad de Memoria lleva desde el año 2016 con procesos de capacitación, a los diversos integrantes de la red.

4.2.1.1. Capacitaciones anuales a equipos de salud de la red del SSMO

Consiste en la planificación de capacitación a lo largo del año, que contenga diversas temáticas que sean de interés para la red sociosanitaria, las cuales serán ejecutadas por diversos profesionales del equipo de la Unidad de Memoria según sea el tema abordado y su especificidad. Dentro de algunos temas posibles se encuentran:

- Trastorno de la deglución en demencia.
- Perfiles cognitivos.
- Diagnóstico diferencial.
- Trastorno psiquiátrico v/s demencia.
- Demencia y Parkinsonismo.
- Sobrecarga del/de la cuidador(a).
- Acompañamiento en el proceso diagnóstico.
- Herramientas de evaluación funcional en demencias.
- Síntomas neuropsiquiátricos en demencia.
- Problemas de memoria, ¿Cuándo preocuparse?
- Demencia: diagnóstico clínico. Cuando solicitar exámenes complementarios.
- Manejo no farmacológico de SPCD.
- Tratamiento farmacológico de las demencias.
- Manejo ambiental y seguridad para personas con demencia.
- Violencia a la PcD. Enfoque de derecho.
- Aspectos ético-legales en demencia. Decisiones anticipadas.
- Problemas del lenguaje. ¿Cuándo preocuparse?
- Cuidados de fin de vida.
- Evaluación de afasia, manejo de síntomas y estrategias de comunicación.
- Atención Centrada en la persona.
- Realidad de las personas con demencia y su entorno de apoyo.
- Estigma en demencia.
- Consideraciones de salud mental derivadas del cuadro demencial.
- Heterogeneidad de las personas con demencia y sus entornos de apoyo.

Este trabajo se realiza en coordinación con el servicio de salud para generar espacios de capacitación para los(as) profesionales médico/as y no médicos de los dispositivos de salud de la red oriente. Apoyamos en el diseño, planificación y ejecución de los programas de capacitación centrados en las necesidades de la red para el abordaje integral de personas con demencia y su entorno.

Estas capacitaciones cumplen con los requisitos de horas de duración, calificación y asistencia necesarios para ser considerados por el departamento de capacitación del servicio de acuerdo con lo solicitado para la acreditación.

→ DESAFÍO

Implementar un programa de capacitación continua, articulado con consultorías en las APS con evaluación de su impacto.

4.2.1.2. Capacitación a profesional de salud en demencia

- Pasantías de profesionales médicos y no médicos de otros dispositivos de salud a nivel nacional e internacional.
- El objetivo es realizar capacitación en terreno de manera directa y participativa en demencias. Se promueve la posibilidad de realizar pasantías en la Unidad con fines formativos de los diversos profesionales que se desempeñan en los dispositivos de atención de especialidad del servicio público de salud. Los(as) pasantes tienen la posibilidad de participar activamente de las acciones clínicas de la Unidad y de aquellas orientadas a la gestión de casos, continuidad de los cuidados y organización administrativa. Las pasantías son diseñadas de acuerdo con las necesidades planteadas por los(as) solicitantes, el plan general de pasantías y la disponibilidad de agenda.
- Se aceptan pasantías de médicos neurólogos, geriatras, y psiquiatras además de los(as) siguientes profesionales no médico: enfermera, trabajadora social, fonoaudiólogo, neuropsicólogo, terapeuta ocupacional y psicólogo clínico; es decir, aquellas profesiones que tienen contraparte en la Unidad de Memoria.
- Las pasantías son autorizadas por el departamento de docencia del Hospital del Salvador, por lo que están destinadas prioritariamente a profesionales de salud del sistema de salud público o en programas de formación de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile que tiene convenio docente asistencial con el Hospital del Salvador. En el caso de pasantes de otras universidades, el departamento docente debe autorizar la pasantía en función de los convenios existentes. En caso necesario, se puede tramitar un convenio específico.
- Procedimiento interno de las pasantías:

Cada profesional debe registrar las actividades en planilla en línea “Registro de actividades de capacitación y/o reuniones Unidad de Memoria” (<https://bit.ly/3UPtRMp>)

- El registro permite contabilizar el tiempo invertido por los(as) profesionales de salud de la Unidad en capacitación, siendo además un indicador de las necesidades del sistema de salud en demencias.

4.2.1.3. Curso de demencia y su abordaje multidisciplinario

La CMYN implementó el Curso Demencias y su Abordaje Multidisciplinario, impartido en Medichi de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (más información en: <https://bit.ly/3XCPuAN>)

4.2.1.4. Docencia de pre y postgrado

La Unidad de Memoria participa en la formación de estudiantes de pregrado y postgrado de las Universidades que mantienen convenio con el HDS, en particular la Universidad de Chile. Dentro de esas actividades se encuentran:

- Pasantía de 1 mes para residentes de neurología de la beca de especialidad de neurología del Servicio de Neurología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- Pasantía para otros(as) becados(as) de otras especialidades (por ej. psiquiatría y geriatría).
- Participación en la Actividad Formativa Equivalente (AFE) en neuropsicología del Magíster de Neurociencias de la U. de Chile.

4.3. Actividades de extensión y sensibilización a la comunidad

Son espacios de educación y sensibilización respecto a la demencia, espacios para entregar algunas herramientas al/a la cuidador(a) que permitan favorecer el cuidado de la PcD, así como generar espacios de educación en torno al autocuidado de los(as) cuidadores. La frecuencia de estas acciones puede ser variable según como sea la planificación anual en la materia, se sugieren al menos 1 sesión trimestral, siendo la modalidad presencial o virtual, según requerimientos de la población objetivo o situación de pandemia.

Dentro de los temas que se han abordado en estos espacios se encuentran:

- ¿Qué es demencia?
- Manejo de síntomas conductuales en el domicilio.
- Manejo ambiental en demencia
- Rutinas y demencia
- Autocuidado del/de la cuidador(a)
- Implicancias de la pandemia en las personas con demencia.
- Estigmas
- Diagnósticos temprano

→ DESAFÍO

Fortalecer actividades de extensión en colaboración con GERO y otros aliados de la Unidad de Memoria.

4.4. Participación en políticas públicas

Los miembros de la Unidad de Memoria están llamados a generar conocimiento, compartir buenas prácticas centradas en la evidencia, realizar y colaborar en investigaciones y sistematizar el trabajo realizado para generar insumos que permitan actuar como referentes en el levantamiento de necesidades de salud en la población en lo que respecta a trastornos neurocognitivos para impulsar la implementación de políticas públicas para las personas con demencia y su entorno.

Los(as) profesionales de la Unidad participan en diferentes comisiones del MINSAL y otras instituciones del Estado, para contribuir a la formulación de políticas públicas en demencia.

4.5. Investigación

La investigación en la Unidad de Memoria es un eje relevante que permite generar conocimiento respecto a los distintos aspectos de los trastornos cognitivos y de la conducta, así como también de las enfermedades ligadas al envejecimiento. Actualmente, los principales proyectos de investigación se articulan con GERO (<https://gerochile.cl/>) y RedLat (<http://lac-cd.org/en/projects/>).

Se está trabajando en colaboración con la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile para evaluar los programas de atención de la Unidad de Memoria y las políticas públicas en demencia.

5. Sección 5: anexos

ANEXO 1: ESCALA DE RIESGO DE MALTRATO POR PARTE DEL / DE LA CUIDADOR(A)

CAREGIVER ABUSE SCREEN (CASE)*

¿A veces tiene problemas para controlar su conducta o agresividad)	Si	No
¿Frecuentemente sientes que te ves forzado a realizar acciones por las queSi luego te sientes mal?		No
¿Encuentras difícil manejar su comportamiento?	Si	No
¿A veces sientes que te ves obligado a ser brusco con él / ella?	Si	No
¿A veces sientes que no puedes hacer lo que verdaderamente es necesarioSi o debería hacerse por el / ella?		No
¿Frecuentemente sientes que tienes que rechazarlo/a ignorarlo/a?	Si	No
¿Frecuentemente te sientes tan cansado o exhausto que no puedes atenderSi sus necesidades?		No
¿Frecuentemente tienes que levantarle la voz, gritarle?	Si	No

Escala para valorar posible maltrato del cuidador hacia el paciente. Existe riesgo de maltrato en aquellos cuidadores que respondan cuatro o más preguntas de manera afirmativa. Cada respuesta afirmativa aumenta la probabilidad de maltrato.

Se debe intentar correlacionar la respuesta con los hallazgos clínicos y pedirle al / a la cuidador(a) que explique en lo posible sus respuestas.

**Adaptada de Pérez-Rojo, G., Nuevo, R., Sancho, M., & Penhale, B. (2015). Validity and reliability of the Spanish version of Caregiver Abuse Screen (CASE). Research on aging, 37(1), 63–81. <https://doi.org/10.1177/0164027514522275>.*

ANEXO 2: REFERENCIA A UNIDAD DE MEMORIA

Referencia a Unidad de Memoria - Servicio de Neurología – Hospital del Salvador

A. Identificación

Nombre completo del usuario/a	
Rut	
Nombre del informante/cuidador	
Teléfonos de contacto	
Centro de referencia	

En la primera consulta en Unidad de Memoria, consultante debe asistir con acompañante.

B. Evaluación clínica}

Breve descripción de la historia / Impresión diagnóstica de derivación:

Principales antecedentes clínicos

Observación: Si cuenta con alguno de los siguientes antecedentes, favor adjuntar:

- **Valoración geriátrica integral (VGI).**
- **Evaluaciones complementarias** (Zarit, MOCA, T-ADLQ, NPI-Q, GDS, EAT 10).
- Exámenes de laboratorio** (si fueron tomados en los últimos 3 meses).

Esquema farmacológico actualizado

Información relevante (alergias, RAM, fracaso o reacciones paradójales a medicamentos)

C. Establecer con claridad el motivo de la interconsulta, marcando la casilla correspondiente

Motivo de referencia	Marque
1.- ATENCIÓN PRIORITARIA EN UNIDAD DE MEMORIA	
1.1.- Crisis convulsivas nuevas no explicables por cuadro intercurrente o crisis recurrentes.	
1.2.- Deterioro cognitivo y/o funcional rápido post evaluación de equipo APS y descarte de cuadro intercurrente	
1.3.- Usuario/a con antecedente de caída, deterioro secundario y posevaluación en SU para descartar TEC complicado	
2.- COMPLEJIDADES/DIFICULTADES DIAGNÓSTICAS	
2.1.- Demencia o deterioro cognitivo leve con Síntomas de alarma:	
2.1.1. <i>Síntomas Conductuales prominentes desde el inicio del cuadro.</i>	
2.1.2. <i>Trastornos psiquiátricos de inicio tardío.</i>	
2.1.3. <i>Síntomas motores desde el inicio del cuadro.</i>	
2.1.4. <i>Alucinaciones e ideas delirantes desde las primeras etapas de la enfermedad.</i>	
2.1.5.- <i>Fluctuaciones cognitivas y/o de conciencia recurrentes no explicadas por cuadro intercurrente.</i>	
2.1.6.- <i>Alteraciones del lenguaje prominentes desde el inicio del cuadro.</i>	
2.1.7.- <i>Presencia de focalidad neurológica.</i>	
2.1.8.- <i>Crisis convulsivas no explicable por cuadro intercurrente.</i>	

2.2.- Demencia de instalación rápidamente progresiva (menor a 6 meses)	
2.3.- Demencia o deterioro cognitivo leve en usuario/as jóvenes (menores de 65 años)	
2.4.- Queja de Memoria Subjetiva persistente, sin alteración en screening neurocognitivo y con alteración de la funcionalidad según reporte de usuario o T-ADLQ.	
3.- COMPLEJIDADES/DIFICULTADES DEL TRATAMIENTO	
3.1.- Trastornos de la conducta refractaria a tratamiento en APS o Centro de Apoyo Comunitario para personas con demencia (adjuntar resultados específicos de NPI-Q y puntaje).	
4.- CUIDADOR/A QUE REQUIERE ATENCIÓN EN UNIDAD DE MEMORIA	
4.1.- Cuidador/a con altos niveles de sobrecarga por síntomas psicológicos y conductuales de la Persona con demencia refractarios a intervención en APS/ COSAM /otros.	

Nombre, timbre y firma de profesional responsable.

ANEXO 3: INFORME DE ALTA Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

INFORME DE ALTA Y CONTINUIDAD DE LOS CUIDADOS

UNIDAD DE MEMORIA, SERVICIO NEUROLOGÍA HDS

Fecha

1.- Identificación del/a usuario/a

Nombre & Apellido	
Fecha de Nacimiento	
Rut	
Nombre de informante, significativo o cuidador/a y relación de parentesco	
Fono de contacto	
Mail	

2.- Derivado a

APS (Nombre CESFAM)	
Centro Comunitario de apoyo para personas con demencia Kintun	
COSAM	
Otro dispositivo de la red (especificar)	

3.- Motivo de derivación a Unidad de Memoria

--

4.- Descripción del proceso de atención (Epicrisis)

Anamnesis y examen clínico inicial: Impresión clínica preliminar: Intervenciones realizadas en Unidad de Memoria Psiquiatría Neuropsicología Terapia Ocupacional Fonoaudiología
--

Trabajo social

Psicología

Enfermera

Exámenes complementarios

- Neuroimágenes
- Laboratorio general
- Otros

5.- Diagnósticos y Fundamentos

6.- Sugerencia de plan de tratamiento en APS y/u otro dispositivo de la red sociosanitaria

7.- Plan de seguimiento (marque con una X)

- Alta de Unidad de Memoria: _____
- Nuevo control en Unidad de Memoria
 Sí _____ No _____
 Plazo: _____
- Seguimiento en consultorías
 Sí _____ No _____
 Plazo: _____

ANEXO 4: HISTORIAL Y ELEMENTOS TÉCNICOS DE FICHA CMYN

La creación de la Ficha CMYN fue realizada por 5 estudiantes (Luis Ampuero, Víctor Garrido Javier Muñoz, Gabriel Norambuena, Diego Vargas) de Ingeniería Civil en Computación de la Universidad de Chile de último año durante 2019 en el contexto del curso proyecto de software dictado por la Profesora Maria Cecilia Bastarrica. El trabajo fue supervisado por Agustin Antoine, tutor de la Facultad de Ciencias Físicas y Matemáticas, y coordinado por Mauricio Cerda del Centro de Informática Médica y Telemedicina (CIMT) de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.

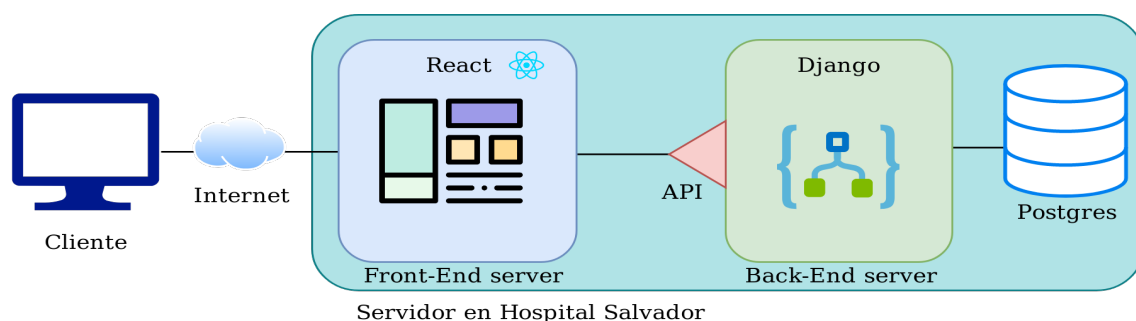
Trabajaron en CMYN por media jornada 1 semestre. El financiamiento fue realizado por CMYN.

Los objetivos de este desarrollo conjunto fueron definir y optimizar los procedimientos en las clínicas de memorias, y sistematizar la recolección de datos, lo anterior para generar recomendaciones de mejoras prácticas a nivel tanto nacional como internacional en el ámbito de las patologías asociadas a la memoria. En esta línea, en 2021, se realizó un piloto para ser adoptada en un centro comunitario de atención especializada en la evaluación y tratamiento integral de personas con demencia y sus familias (Kintun, Peñalolén). El piloto fue bien evaluado, pero no pudo implementarse por falta de financiamiento.

Técnicamente, la Ficha CMYN fue diseñada e implementada entre el 2018 y el 2019, y probada extensamente durante el 2020, se encuentra alojada en el datacenter central de la Universidad de Chile, en un servidor independiente con respaldos automáticos, y actualizaciones de seguridad que provee el CIMT.

La aplicación está diseñada de manera modular con una arquitectura REST basada en DJANGO (backend) y React (frontend), por lo que se puede integrar a otros sistemas, por ejemplo, mediante APIs REST (ver figura 1)

FIGURA 1: ARQUITECTURA DE FICHA CMYN



ANEXO 5: PLANO DE UNIDAD DE MEMORIA

