

Requerimientos de los centros de día para la atención de adultos mayores con demencia: Consenso Nacional de la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA)

Tirso Zúñiga¹, Zoila Trujillo², Ana Luisa Sosa¹

RESUMEN

En el marco de las actividades del XIV Congreso Nacional de Alzheimer, en septiembre de 2009 en la Ciudad de Puebla, se celebró el Primer Consenso Mexicano sobre los requerimientos básicos para los centros de día para adultos mayores con demencia (CDAMD). Se convocó a los responsables de los diversos centros ya establecidos tanto de la ciudad de México como del interior del país, todos ellos afiliados a la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA). También participaron integrantes del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) y del Comité Nacional del Envejecimiento (CONAEN) de la Secretaría de Salud. Posteriormente en el consenso se propusieron, analizaron y discutieron los requerimientos generales básicos y los aspectos ético-jurídicos para el óptimo funcionamiento de los CDAMD. Se presentó inicialmente la experiencia de los centros de día por parte de los operadores responsables. *Metodología:* se seleccionó el enfoque de consenso de RAND/UCLA, basado en la evidencia científica y en el juicio colectivo de un grupo de expertos. Así, con base en la experiencia nacional y en la evidencia científica internacional disponible, con un enfoque socio-médico, se consensuaron los requerimientos y recomendaciones para el mejor funcionamiento y profesionalización de los CDAMD dando respuesta a preguntas previamente elaboradas. *Resultados:* se plasmaron las respuestas de manera consensuada relacionadas con los requerimientos básicos para la planificación, registro, desarrollo y operación de un CDAMD, así como para su funcionamiento óptimo. Los cuales se presentan a detalle en este documento.

Palabras clave: consenso mexicano, centros de día, adultos mayores, demencia.

Requirements of day centres for old people with dementia: a National consensus Mexican Federation of Alzheimer (FEDMA)

ABSTRACT

In September 2009, the first Mexican Consensus on the basic requirements for Day Care Centres for Old People with Dementia (DCCOPD) was held as part of the activities of the National Alzheimer XIV Congress in Puebla, Mexico. The leaders of the various centres established across the country assembled as part of the Mexican Federation of Alzheimer (FEDMA). Members of the National Institute of Neurology (INNN) and the National Committee on Aging (CONAEN) of the Ministry of Health also participated in this meeting. The objectives of this consensus were to present, analyze and discuss the general requirements and basic ethical and legal aspects needed for the optimal functioning of DCCOPD. The experience of day care centres was presented for the responsible operators. *Methodology:* We used the consensus approach of RAND/ UCLA, which is based on scientific evidence and on the collective judgment of a group of experts. With this approach we reviewed with a socio-medical focus experiences and the national and international scientific evidence available, elaborating a common understanding on the

requirements and recommendations for the best performance and professionalism of DCCOPD. *Results:* Agreement was reached related to the basic requirements for registration, development and operation processing for DCCOPD and for optimum performance, which are presented in detail in this document.

Key words: mexican consensus, day care centres, elderly, dementia.

Debido en gran medida a los avances de la medicina y a otros fenómenos demográficos, estamos siendo testigos de la disminución de la mortalidad e incremento de la esperanza de vida, lo cual ha condicionado el aumento en números absolutos y relativos de la población de edad avanzada. Sin embargo, no ha sucedido lo mismo en igual proporción con los servicios y espacios de atención dirigidos a este sector de la población. En México, las personas de 60 años y más representaban alrededor del 9.4% de la población total según el censo del INEGI del 2010 y se estima que para el 2030 sea el 17.5 y el 28% para el 2050¹.

El envejecimiento de la población a nivel mundial, ha favorecido en paralelo el incremento de enfermedades crónico-degenerativas, y entre ellas las demencias², que son la principal causa de discapacidad³ en los adultos mayores (AM), cuyo costo tanto directo como indirecto, es muy elevado.

Las personas con enfermedad de Alzheimer (EA), presentan una alteración adquirida y persistente de sus funciones mentales superiores, la cual afecta al menos, dos de las siguientes funciones: atención, orientación, memoria, lenguaje, función visu-espacial, funciones ejecutivas, praxias y conducta. Dichas alteraciones, impactan en diferente grado sus actividades de la vida diaria, ocasionando discapacidad y dependencia.

En 2005 la ADI (Asociación Internacional de Alzheimer) estimó que existían alrededor de 24.2 millones de personas en el mundo que presentaban demencia y que cada año ocurrían 4.6 millones de casos nuevos, lo que significaba que cada 7 segundos existía un nuevo caso de demencia. Se proyectó que para el año 2040 serán 81.1 millones las personas afectadas^{4,5}.

Cinco años después, de acuerdo al informe de la ADI en 2010 sobre la EA, se calculó que en el mundo había 35.6 millones de personas con demencia, se estimó que aumentaría a 65.7 millones para el 2030 y 115.4 millones en 2050, lo que implica la presencia de un nuevo caso en algún lugar del mundo cada 4 segundos. Casi dos tercios de las personas afectadas con algún tipo de demencia viven en países de ingresos bajos y medios (como en México), donde se espera el mayor número de casos de demencia en los años venideros⁶.

Reportes epidemiológicos recientes en México, han estimado que alrededor de 800 mil personas sufren de algún tipo de demencia⁷.

Las personas con demencia y sus familias, son afectadas por la enfermedad en los aspectos: emocional, económico y social. La falta de conocimiento sobre la enfermedad es un problema global que dificulta el cuidado e incrementa la carga del mismo. Las demencias ocasionan un alto costo socioeconómico con impacto en las familias, los servicios de salud y la asistencia social⁸.

El costo mundial del cuidado de las demencias en 2010 superó el 1% del PIB, que fue estimado en 604 millones de dólares⁹. Por lo que es fundamental, el desarrollo de políticas de salud pública que sustenten y apoyen la generación de un programa nacional de atención a las demencias para dar asistencia y apoyo a este grupo vulnerable y sus familias, para asegurarles una buena calidad de vida.

Una de las recomendaciones actuales para dar respuesta a las necesidades de esta población, es la creación de centros de día (CD) que apoyen al cuidado del AM con demencia, con el objetivo principal de prolongar al máximo su funcionalidad⁶, para que puedan permanecer en su ambiente familiar el mayor tiempo posible.

El centro de día para adultos mayores con demencia (CDAMD) se define como un recurso que brinda un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar, que ofrece una atención diurna (aproximadamente ocho horas), que se caracteriza por su orientación integral y especializada, dirigida en forma particular a pacientes con demencia, para maximizar sus capacidades cognitivas residuales y promover su funcionalidad dentro de su entorno habitual. Propiciando además, un tiempo de respiro al cuidador, al compartir y participar en la atención requerida por el enfermo, evitando o postergando la institucionalización precoz.

El CDAMD es un apoyo muy valioso para aquellas personas que viven solas o en el seno de una familia pequeña, donde el proveedor es también el cuidador; o cuando debido a sus ocupaciones, dejan sólo a su familiar

Recibido: 25 junio 2012. Aceptado: 20 julio 2012.

¹Laboratorio de Demencias, ²Clínica de Geriatría, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía Manuel Velasco Suárez. Correspondencia: Ana Luisa Sosa Ortiz. Laboratorio de Demencias, Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía. Av. Insurgentes Sur # 3877, Col. La Fama, 14269 México D.F. Edificio de Investigación socio-médica. E-mail: drasosa@hotmail.com

la mayor parte del día, expuestos a riesgos que favorecen la presentación de accidentes de todos tipos y propician aún más el deterioro de sus funciones físicas y mentales, por la falta de estímulos ambientales.

Los CDAMD profesionalizados, constituyen espacios socio-sanitarios de alto valor, al tener las siguientes características¹⁰.

- Son espacios sociales, donde el usuario puede interactuar con otras personas en situaciones similares. Estos centros dirigen su atención a la familia cuidadora procurando satisfacer sus necesidades en materia de información, formación, acompañamiento, tratamiento psicológico y afectivo.
- Son espacios sanitarios, puesto que disponen de servicios específicos vinculados a la vigilancia y conservación de la salud de estos enfermos, complementarios a los servicios públicos de salud o a los que la familia haya seleccionado para brindarle atención y seguimiento médico.

Las particulares necesidades y exigencias actuales para lograr una adecuada asistencia del AM con demencia, han favorecido el desarrollo profesionalizado de los CD.

Algunos cambios en la sociedad actual, como la incorporación de las mujeres al mercado laboral y la migración a las grandes ciudades o al extranjero de los miembros jóvenes de la familia, dificultan el cuidado de los AM con demencia en el hogar, favoreciendo la institucionalización precoz, el abandono y maltrato.

Las condiciones de vida en la ciudad y el costo socio-económico del cuidado, hacen necesaria la creación de servicios de apoyo para el cuidado de los AM con demencia, entre los cuales el CD es una opción ampliamente desarrollada y explotada en países de alto ingreso. Motivo por el cual se propone desarrollar y evaluar un modelo para la creación de CD en México, como respuesta a las necesidades de este grupo y sus familias.

Uno de los objetivos de los CD como ya ha sido señalado, es prolongar al máximo la funcionalidad del AM con demencia y mantenerlo el mayor tiempo posible en su entorno familiar. A la vez que trata de disminuir la carga del cuidado y mantener la calidad de vida del paciente y de su familia. Es preciso que los AM con demencia, en quienes la deshumanización, ausencia de privacidad, disminución de la identidad individual y de la libertad para tomar decisiones personales; y en ocasiones víctimas de maltrato, sean protegidos y cobijados dentro de estos centros¹¹.

Es necesario enfatizar que el anciano con demencia, presenta un grado importante de discapacidad y

dependencia, que llega a estadios en los que necesita de otros para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Este cuidado representa un considerable desgaste tanto físico como emocional, para la familia y los cuidadores (as), por lo que es necesario promover las motivaciones humanísticas para aligerar dicho cuidado. Para disminuir el agotamiento del cuidador (a) y, el riesgo de maltrato al anciano con demencia. Por ello, es fundamental que una de las funciones del CDAMD, sea informar y capacitar tanto a la familia como a los cuidadores, así como al personal de salud, para que la atención que se brinde sea de calidad.

La familia sigue siendo la piedra angular del cuidado de los ancianos con demencia, es la herramienta terapéutica de más valor hasta el momento, por lo cual es importante brindarle apoyo y capacitación.

Por ello, proponemos como alternativa de cuidado para los AM con demencia un modelo de centro de día (MCDPAMD) que será una modalidad de asistencia socio-sanitaria, que permitirá en lo posible elevar la calidad de vida de los usuarios, además de favorecer en su seno la capacitación de recursos humanos para brindar atención profesionalizada, y al mismo tiempo ser un centro que genere conocimiento en torno al cuidado de las demencias.

Los días 3, 4 y 5 de septiembre de 2009 se celebró en la Ciudad de Puebla, en el marco de las actividades del XIV Congreso Nacional de Alzheimer, el Primer Consenso Mexicano sobre los requerimientos para la formación de los CDAMD. Para la realización de esta actividad, se contó en todo momento con el respaldo de la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA) y las asociaciones afiliadas.

En este consenso mexicano se propusieron, discutieron y analizaron los requerimientos básicos y aspectos ético-jurídicos para el funcionamiento óptimo de los centros de día para adultos mayores con demencia (CDAMD), asimismo se presentaron las experiencias y características generales de los centros de día ya establecidos.

OBJETIVO

Desarrollar un consenso sobre los requerimientos básicos y recomendaciones generales para el desarrollo y funcionamiento óptimo de los CDAMD en México.

METODOLOGÍA

De acuerdo a la Real Academia Española, consensuar significa: *adoptar una decisión de común acuerdo entre dos o más partes*. A partir de la última mitad del siglo XX, dentro del campo de las ciencias de la salud ha sido necesario contar con el consenso de

expertos en diferentes situaciones tales como: desarrollo de guías clínicas, circunstancias que exigen una rápida toma de decisiones y discusiones sobre criterios o recomendaciones entre colegas¹².

Así, se desarrollaron diferentes técnicas para contrastar las opiniones de los expertos de la forma más sistemática posible que, junto a la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible, da lugar a diversos documentos, plasmados como artículos y/o guías que han servido de apoyo para la comunidad médica, prestadores de servicios en general y usuarios¹³.

Para este proyecto se seleccionó el enfoque de consenso de RAND/UCLA, que está basado en la evidencia científica y en el juicio colectivo de un grupo de expertos¹⁴. Es una combinación del método Delphi con la de grupos nominales, este método busca la convergencia de los juicios; pero los expertos que en una primera fase proponen las preguntas sobre un tema, para que en una segunda fase se reúnan para discutir entre todos, de una forma estructurada las propuestas realizadas. Por último, los expertos de forma confidencial valoran las propuestas más interesantes, para comunicar las recomendaciones consensuadas^{15,16}.

Cuando hay escasez de información publicada, los expertos pueden hacer inferencias con datos de contextos comparables. Se presentan las opiniones de expertos para después ser retroalimentadas por todos los participantes. Esta práctica permite comentarios a expresión libre sin conflictos de interés¹⁷.

A iniciativa de los autores del presente artículo, se realizó el primer consenso nacional sobre los requerimientos para los centros de día dedicados a la atención de AM con demencia en México. Para lo cual se convocó a dirigentes y operadores de centros de día mexicanos ya en función, a nivel nacional. Asimismo se consideró como criterio de elección, que dichos centros contarán con acreditación ante la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA). El grupo de expertos incluyó a médicos especialistas y profesionales del área de la salud vinculados a los diferentes CDAMD. Así como, asociaciones interesadas en el cuidado de adultos mayores con demencia, tales como el Comité Nacional del Envejecimiento (CONAEN) de la Secretaría de Salud.

Procedimiento: se contó con el apoyo y participación de FEDMA y de su presidente en función, quién nos proporcionó un listado de los centros de día afiliados para convocarlos en forma conjunta FEDMA/INNN vía electrónica a participar en este consenso, asimismo, se convocó a otras asociaciones interesadas. Se envío por adelantado, un cuestionario con las preguntas elaboradas por los autores y un listado de bibliografía recomendada específica para la realización de este con-

senso. El evento se dividió para su mejor desarrollo, en dos sesiones:

I. *Por la mañana la primera sesión consistió en* presentaciones de los representantes de diferentes centro de día, sobre las características generales de estructura, organización y funcionamiento de sus centros respectivos. Para ambas sesiones contamos con la asistencia de la mayoría de los representantes de las siguientes asociaciones y centros:

1. Centro de día Alzheimer México. I.A.P., **2.** Clínica de la memoria, INAPAM **3.** Fundación de Alzheimer México, Alguien con quien contar, A.C., **4.** Centro Alzheimer La Laguna, **5.** Centro de Día Francisco Espinosa de Querétaro, **6.** Asociación Alzheimer de Tampico, Centro de Día **7.** Asociación Alzheimer de Monterrey, **8.** Asociación Michoacana de Alzheimer y similares I.A.P, **9.** Asociación Alzheimer de Cd. Obregón, Centro Alzheimer Dorita Ojeda A.C. **10.** Fundación Alzheimer León / Instituto de la Memoria, **11.** Consejo Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN).

II. *Por la tarde en la segunda sesión, después de conocer las experiencias sobre el funcionamiento de diferentes centros de día, se realizó un taller general, coordinado por miembros del INNN, en el cual se trabajo con preguntas seleccionadas del cuestionario original enviado a los responsables de los diferentes centros de día previo al consenso, obteniendo respuestas consensuadas basadas en la experiencia de los participantes.*

El taller se dividió en tres módulos:

Módulo 1: se presentó la propuesta de un modelo de centro de día (MCDPAMD) de acuerdo a la bibliografía recomendada para este módulo, se comentaron y discutieron los objetivos, metodología, recursos necesarios para el funcionamiento de los CDAMD.

Con el objetivo de conocer los requerimientos básicos para el funcionamiento de un CDAMD de escasos recursos económicos y retroalimentar el conocimiento para la creación del MCDPAMD en base a la experiencia de los diferentes expertos de los CD del país, se organizaron en grupos de trabajo para discutir las primeras preguntas del cuestionario y conocer las opiniones consensuadas por el grupo de trabajo.

Algunas de las preguntas fueron: ¿cuáles son los servicios generales mínimos que debe ofrecer un CDAMD? ¿cuáles son las instalaciones mínimas que requiere un CD para un funcionamiento óptimo? en cuánto al funcionamiento administrativo y de operación ¿Qué se necesita como mínimo para desarrollar un CDAMD?

Módulo 2: se analizó los recursos humanos, y su organización así como las actividades a desarrollar pro-

puestas para el CDPAMD. Cuyo objetivo fue proponer los recursos humanos y actividades a implementar para la operación de un CD, incluyendo las técnicas de estimulación cognitiva y física utilizadas tanto a nivel internacional como en los diferentes centros de México. Se organizaron grupos de trabajo para continuar con la discusión sobre las diferentes actividades que se realizan en los centros convocados y con las respuestas consensuadas, algunas de las preguntas fueron: ¿con cuánto y qué personal básico debe contar un CDPAMD? (enfermería, psicología, trabajo social, gericultista, fisioterapesta, médico, voluntariado, administrador, intendencia, otros). ¿Qué actividades para estimulación cognitiva realizan?. ¿Qué actividades para rehabilitación motora se deben realizar?. ¿Qué actividades recreativas?. ¿Cuentan con la participación de voluntarios o personal de servicio social en su centro de día?. ¿Qué actividades deben realizarse para la capacitación y formación de su personal?

Módulo 3: se revisaron los aspectos éticos y legales para el funcionamiento de los centros de día de acuerdo a la bibliografía recomendada. Con la finalidad de conocer los problemas más frecuentes que enfrentan los familiares. Posteriormente se organizaron en grupos de trabajo y se realizó una discusión para retroalimentar los conocimientos sobre dichos aspectos de acuerdo a la experiencia de cada CD. Se continuó con la discusión sobre los diferentes problemas éticos y legales que cada centro ha enfrentado en la toma de decisiones y con las respuestas consensuadas por el grupo de trabajo, algunas de las preguntas fueron: ¿tienen asistencia jurídica? ¿realizan trámites legales, como: consejería para juicio de interdicción, testamento, trámites funerarios, etcétera?

Al término del taller se obtuvieron de manera consensuada la primera propuesta de los requerimientos básicos para el desarrollo de un CDAMD y con ello el desarrollo del MCDPAMD.

RESULTADOS

Se elaboró un documento donde se plasmaron los resultados de los tres módulos del taller en el cual se consenso cada una de las preguntas analizadas. Los resultados aparecen resumidos en el cuadro 1.

A continuación se presentan las respuestas obtenidas durante el consenso para las preguntas más importantes:

1. ¿Cuáles son las instalaciones mínimas para el funcionamiento óptimo de un CD?

Se requieren como mínimo los siguientes espacios para los usuarios: área de usos múltiples, 2 salones (espaciosos), jardín, gimnasio, sanitarios para pacientes,

Cuadro 1. Requerimientos básicos consensuados para el óptimo funcionamiento de un CDAMD.

1. Servicios mínimos a prestar	<ul style="list-style-type: none"> • Servicio médico de apoyo • Servicio de enfermería • Servicio de psicología • Servicio de comedor • Servicio de transporte • Programas de estimulación física, cognitiva y terapia ocupacional. • Asesoría legal (Voluntades anticipadas, Juicio de interdicción, etcétera) • Atención telefónica • Apoyo tanatológico • Grupos de autoayuda
2. Requerimientos de espacio físico mínimos	<p>a) Espacios e instalaciones mínimas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área de usos múltiples • 2 salones (espaciosos) • Jardín • Gimnasio • Sanitarios para pacientes, para mujeres (2 excusados y 1 regadera) y hombres (2 excusados y 1 regadera) • Sanitarios para personal: para mujeres (1 excusado y 1 regadera) y hombres (1 excusado y 1 regadera) • Un baño público para familiares y visitantes externos al centro • Área de aseo para usuarios (lavamanos fuera de los baños) • Estacionamiento para el personal • Área de acceso directo para pacientes • Dirección • Oficina de usos múltiples: • 1 cubículo para trabajo social y psicología • 1 cubículo para consultorio-enfermería • 1 cubículo de intendencia • 1 cubículo para cocina con alacenas o almacén <p>b) Requerimientos mínimos por protección civil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Instalaciones de 3x3 metros y ventiladas • Pasamanos en pasillos • Barras sujetadoras en baños • Barandales • Iluminación en corredores • Instalaciones ocultas de luz • Protecciones para cristales • Pisos antiderrapantes • Ventanales altos y con seguridad para que no sean abiertos por los usuarios
3. Requerimientos administrativos mínimos	<p>a) Legales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acta constitutiva • Permiso del municipio o delegación, licencia de funcionamiento de salud y bomberos • Cumplimiento de la normatividad (NOM) de protección civil • CLUNI (Clave Única de Registro en SEDESOL) • Apego a la Normatividad de Salud y Registro del DIF (Ley General del DIF) • Certificación de Subsecretaría de Calidad <p>b) Internos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manual de Organización • Manual de Procedimientos • Reglamentos Internos (obligaciones y derechos de los usuarios y personal sanitario) • Programas de Atención por área de trabajo (Enfermería, Trabajo Social, Psicología, Médica) • Protocolos de Atención no farmacológico • Protocolo de Ingreso: <ul style="list-style-type: none"> - Solicitud de ingreso al CDAMD por el familiar responsable - Requisitos para el ingreso al CDAMD (Referencia con diagnóstico de demencia por una institución sanitaria o por un facultativo, exámenes de laboratorio, historia clínica, estudio socio-económico) - Contrato de responsabilidades (usuarios) - Contrato de responsabilidades (personal sanitario) • Horario de atención: de 8 AM a 5 PM
2. Requerimientos de personal mínimos	<p>Personal mínimo indispensable:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 Director/a (Licenciado en medicina, Licenciado en psicología o Licenciado en gerontología) • 1 Psicólogo/a • 1 Enfermera gerontóloga • 1 Trabajador/a social • 6 Gericultistas o cuidadoras • 1 Terapista física • 1 Administrador • 1 Auxiliar administrativa o secretaria • 1 Intendente • 1 Cocinera
5. Actividades mínimas a desarrollar	<p>• Terapias de psicomotricidad (Para estimulación y mantenimiento de la motricidad):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motricidad Fina (Dibujo, escritura) - Ergoterapia (Ejercicios para corrección de postura, equilibrio y marcha, ejercicios corporales, gimnasia, caminadora, poleas, escaladora, bicicleta fija, rueda de timón, Tai -chi) • Terapias ocupacionales (actividades recreativas y esparcimiento para mejorar el ánimo, la socialización y la conducta): - Jardinería, cestería, tejido, cerámica, costura, otras manualidades, musicoterapia, canto, baile, risoterapia, excursiones en grupo • Estimulación cognitiva: - Orientación a la realidad - Estimulación de memoria, lenguaje, escritura, reconocimiento numérico y cálculo - Reconocimiento visual (objetos cotidianos) - Capacidades prácticas (destrezas para la vida cotidiana) - Juegos didáctico, Juegos de salón(cartas, ajedrez, domino, lotería) - Reminiscencia - Reeducación conductual (destrezas para la vida cotidiana)

un baño público para familiares y visitantes externos al centro, área de aseo para usuarios (lavamanos fuera de los baños), área de acceso directo para pacientes, bahía de acceso para pacientes.

En cuanto a las áreas de trabajo básicas para el personal del CDAMD:

Dirección, oficina de usos múltiples: un cubículo para trabajo social y psicología, un cubículo para consultorio-enfermería, estas oficinas deben medir como mínimo 3x3 metros y (bien ventiladas e iluminadas). Se requiere de un cubículo para el personal de intendencia, un cubículo para cocina con alacenas y/o almacén, sanitarios para personal, estacionamiento para el personal. Se recomienda contar con áreas para el personal que labora en el CDAMD.

En cuanto a las señalizaciones y requerimientos de protección civil:

Se requiere instalar: pasamanos en pasillos, barras sujetadoras en baños, escaleras con barandales, iluminación en corredores, instalaciones ocultas de luz y de otros servicios, protecciones para cristales, pisos

antiderrapantes, ventanales altos y con seguridad para que no sean abiertos por los usuarios. Asimismo, es necesario poner en las puertas las señalizaciones correspondientes a cada una de las áreas.

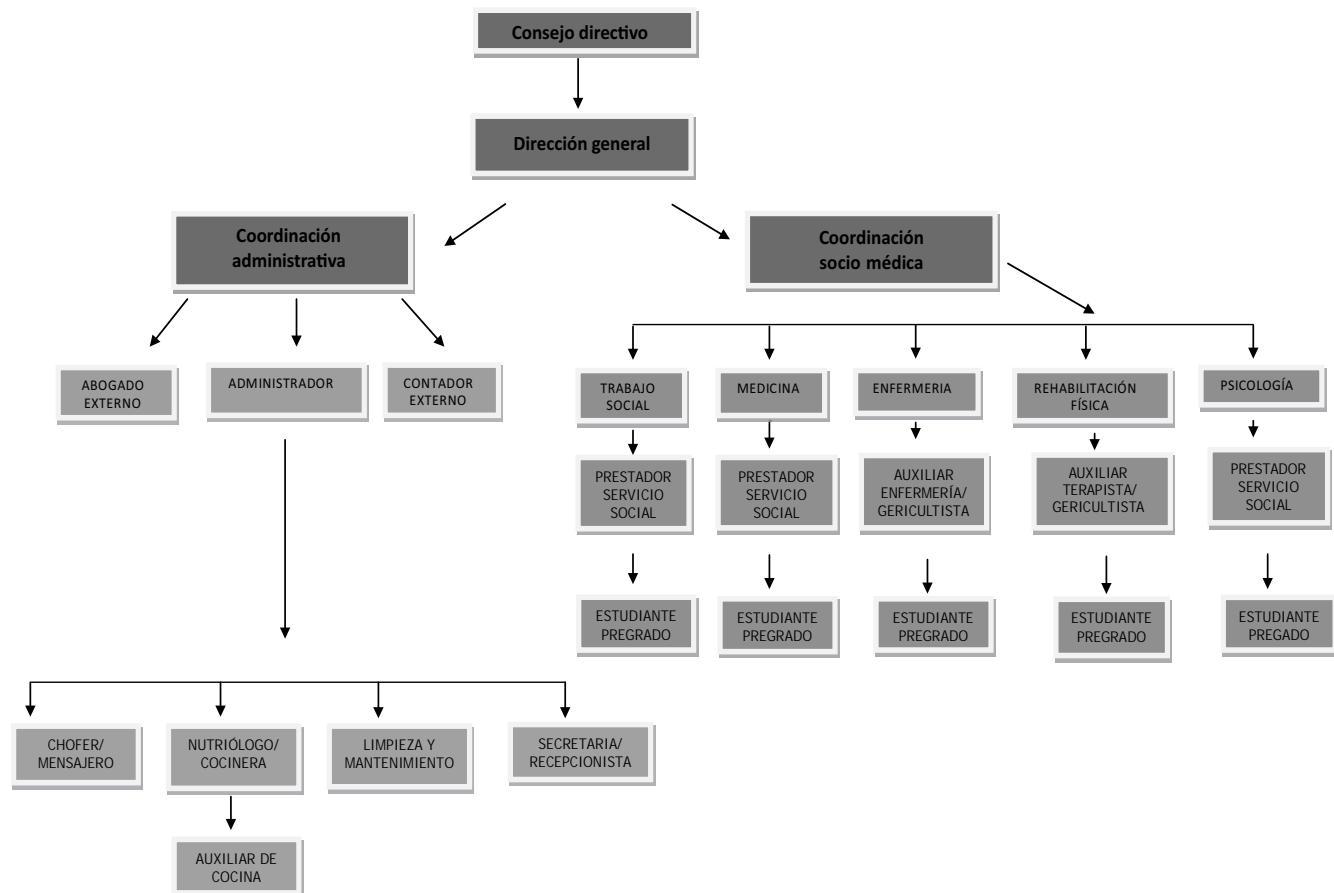
2. ¿Cuál es el personal mínimo que debe de contar un CDAMD para su óptimo funcionamiento?

En relación a los recursos humanos se debe de contar con: un Director (a) (Licenciado en Medicina, en Psicología o en Gerontología), un auxiliar administrativo o secretaría, seis auxiliares en enfermería o gericultistas, y cuidadoras capacitadas. Una terapista física y una terapista ocupacional, un intendente, una cocinera, un psicólogo, un trabajador social, un médico de apoyo, personal administrativo (un administrador, una secretaría) y personal de intendencia, chofer y/o mensajero. De ser posible se recomienda contar con la asesoría externa periódica de un contador y un abogado. La organización de los recursos humanos recomendados, aparecen en la figura 1, en donde se puede observar la integración de estudiantes y prestadores de servicio social.

3. ¿Qué documentos administrativos se necesitan como mínimo para la implementación de un CDAMD?

En cuanto al funcionamiento administrativo y de

Figura 1. Propuesta del organigrama para CDAMD.



operación se requiere: de un manual de organización, manual de procedimientos y de reglamentos internos (obligaciones y derechos de los usuarios y personal sanitario). Además, es necesario contar con programas de atención por área de trabajo (enfermería, trabajo social, psicología, médica).

4. ¿Cuáles deben ser los requisitos mínimos para ingresar a un CDAMD?

Al solicitar el ingreso al CDAMD por el familiar responsable es necesaria una referencia médica con el diagnóstico (de demencia) avalado por una institución sanitaria o un facultativo autorizado. Se deben incluir exámenes de laboratorio básicos recientes, historia clínica, contrato de responsabilidades (usuarios)(personal sanitario), se debe firmar.

5. ¿Cuáles son los servicios mínimos que debe ofrecer un CDAMD?

Se debe de contar con servicio médico de apoyo, enfermería, psicología, fisioterapia, y actividades de estimulación, estancia diurna de 6 a 8 hs, servicio de comedor. Algunos servicios optativos como: transporte, odontología, podólogo y peluquería, entre otros.

6. ¿Se deben realizar evaluaciones geriátricas a los usuarios a su ingreso y con qué frecuencia se recomienda realizar evaluaciones de seguimiento?

Se requiere de una valoración geriátrica integral al ingreso, después es recomendable realizar evaluaciones de seguimiento cada seis meses o máximo a un año. Asimismo se requiere desarrollar y dar seguimiento a un plan nutricional, vigilancia médica general, apoyo y cuidados de enfermería.

7. ¿Cuál es el personal adecuado para implementar los programas de estimulación en los CDAMD?

El personal adecuado para estas actividades, puede provenir de los servicios de psicología, trabajo social y gericultistas, quienes previa capacitación, realizarán las actividades de terapia ocupacional, terapia física y estimulación cognitiva adecuadas a las necesidades de los usuarios, a la severidad de su estado demencial, y a los espacios e instalaciones del centro.

8. ¿Cuáles son las actividades para rehabilitación motora que deben de realizarse?

Se recomienda realizar actividades: terapias de psicomotricidad (para estimulación y mantenimiento de la motricidad): motricidad fina (dibujo, escritura), ergoterapia (ejercicios para corrección de postura, equilibrio y marcha, ejercicios corporales, gimnasia, caminadora, poleas, escaladora, bicicleta fija, rueda de timón, Tai-chi, entre otras).

9. ¿Cuáles son actividades recreativas que se deben realizar? se recomienda actividades como:

Terapias ocupacionales (actividades recreativas y esparcimiento para mejorar el ánimo, la socialización y la conducta): jardinería, cestería, tejido, cerámica, costura, otras manualidades, musicoterapia, canto, baile, risoterapia y excursiones en grupo.

10. ¿Cuáles son las actividades para estimulación cognitiva recomendadas?

Para el programa de estimulación cognitiva se recomienda trabajar sobre: orientación en la realidad, estimulación de memoria, lenguaje, escritura, reconocimiento numérico y cálculo, reconocimiento visual (objetos cotidianos), capacidades prácticas (destrezas para la vida cotidiana, juegos didácticos, juegos de mesa (cartas, ajedrez, domino, lotería), reminiscencia, reeducación conductual. Como parte de los productos del proyecto CDAMD, se elaboró un manual de estimulación cognitiva para usuarios.

11. ¿Qué actividades de capacitación se deben de realizar para mejorar la calidad de la asistencia de los pacientes con demencia?

Las actividades de capacitación impartidas en el CDAMD, idealmente deben extenderse más allá de las fronteras del centro, y no limitarse a dirigirlas al personal, pacientes y familias que acuden al CD. Se debe proporcionar capacitación continua dirigida a las personas interesadas, en particular a aquellas que están en contacto directo con pacientes con demencia y sus familiares, además deben impartirse programas de capacitación para cuidadores remunerados que laboren fuera del centro para que su impacto se extienda extra-muros; así mismo, deben contemplarse programas de capacitación y actualización para profesionales de la salud relacionados con la asistencia de pacientes con demencia (enfermeras, médicos, psicólogos, trabajadoras sociales, gerontólogos sociales y rehabilitadores entre otros).

Son en especial importantes los programas de capacitación e implementación de estrategias para los cuidadores, ante los problemas de conducta que se presentan durante la evolución de la enfermedad.

12. ¿Cuáles son los documentos oficiales indispensables para contar con los permisos y registro adecuado de un CD?

Se requiere contar con: un acta constitutiva, permiso del municipio o delegación, licencia de funcionamiento de salubridad y bomberos, cumplimiento de la normatividad (NOM-003-SEGOB-2011. Señales y avisos para protección civil) de protección civil, CLUNI (clave única de registro en SEDESOL), apego a la normatividad (NOM-167) de salud y registro del DIF (Ley General del DIF), así como la certificación de Subsecretaría de Calidad.

13. ¿Qué asesoría jurídica se puede proporcionar en el CDAMD a los familiares? Si se cuenta con la asesoría de un abogado se puede proporcionar: consejería para tramitar el juicio de interdicción, voluntades anticipadas, testamento, trámites funerarios, etcétera.

CONCLUSIONES

El MCDAMD pretende proponer un CD que cubrirá las necesidades de los usuarios y sus familiares ofreciendo información, asistencia, prevención, estimulación y rehabilitación, durante un determinado número de horas, con el objetivo de mantener a las personas con demencia en la medida de lo posible, en el medio familiar y prolongar su funcionalidad e independencia por el mayor tiempo posible. Así como disminuir la carga del cuidador.

Las recomendaciones consensuadas por los expertos en base a su experiencia representan una valiosa herramienta, que permitirá para la creación de modelo de atención propuesto que sirva de guía general la creación de nuevos centros, que desde su inicio cuenten con los requerimientos administrativos y operaciones básicas.

Las recomendaciones consensuadas entre los participantes de este primer consenso para el óptimo funcionamiento de los CDAMD, permitirán tener un criterio estandarizado y sistematizado para los CDAMA, así como, mejorar la calidad del servicio asistencial en los CD existentes.

De manera paralela, al tener la oportunidad de conocer el funcionamiento de los diferentes CD existentes en el país y registrados ante la FEDMA, se seleccionó al CD Alzheimer México, "Una esperanza de vida", I.A.P., por contar con una larga experiencia y cumplir con un buen número de las recomendaciones producto de este consenso. En dicho centro se implementaron medidas e intervenciones complementarias. Así con el objetivo de optimizar el funcionamiento de este centro, con fundamento en el presente consenso. Así, en este CD se implementó un estudio piloto financiado por el ICyTDF, para evaluar en conjunto el impacto de los programas de estimulación en los asistentes cuyo resultado será motivo de una segunda publicación.

Agradecimientos

Al Instituto de Ciencia y Tecnología por el apoyo financiero para la realización de este proyecto. A la Federación Mexicana de Alzheimer (FEDMA) por el apoyo y las facilidades para llevar a cabo este consenso. A los participantes de este consenso, por su valiosa y entusiasta participación y aportación en las sesiones de

trabajo: Lic. Federico Ortiz (Presidente de FEDMA, al momento de la realización del consenso), Mtra. Lilia Groues, Sra. Heidi Cueto, Sra. Elia Lyne de Méndez, Sra. Sara Franco, Sra. Beatriz Nava de López, Dra. Luz Esther Rangel, Lic. Gabriel López, Sra. Nora Eneida de la Garza, Dra. Ana Bertha Méndez, Dra. Blanca Inés Martínez, Lic. Pilar Wolf, Lic. Luis Alfonso González, Dr. Sergio Juárez, Dr. Amador Macías, Sra. Nora Elisa Ojeda Parada, Dra. Blanca Inés Martínez, Dra. Esther Lozano, Dra. Lilia Berthely.

REFERENCIAS

1. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (INEGI). Los adultos mayores en México. Perfil sociodemográfico al inicio del siglo XXI. México, D.F., 2010.
2. Alberca R, López-Pousa S. Enfermedad de Alzheimer y otras demencias. 3^a. Edición Edit. Panamericana, Madrid, España 2007:33-42.
3. Sousa RM, Ferri C, Prince M, et al. Contribution of chronic diseases to disability in elderly people in countries with low and middle incomes: a 10/66 Dementia Research Group population-based survey. *Lancet* 2009; 374: 1821-30.
4. Ferri C, Prince M, Brayne C. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005; 366: 2112-7.
5. Prince M. The protocols for the 10/66 dementia research group population-based research programme. *BMC Public Health* 2007; 7:165.
6. Wimo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010. The Global Economic Impact of Dementia. Published by Alzheimer's Disease International (ADI) 21 September 2010:8-10.
7. Juan J Llibre Rodríguez, Cleusa P Ferri, Ana Luisa Sosa, et al, for the 10/66 Dementia Research Group. Prevalence of dementia in Latin America, India, and China: a population-based cross-sectional survey. *Lancet* 2008; 372:464-74.
8. Chapman D, Marshall S, Strine T, Anda R, Moore M. Dementia and Its Implications for Public Health. *Prev Chronic Dis* 2006; (3):1-13.
9. Wimo A, Winblad B, Jönsson L. The worldwide societal costs of dementia: Estimates for 2009. *Alzheimer's Dement* 2010 March;6(2):98-103.
10. CEFAA (Confederación Española de Familiares de Enfermos de Alzheimer y otras Demencias. Modelo de centro de día para la atención a personas con enfermedad de Alzheimer. *Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)*, Pamplona, España, 2008: 6-14.
11. Zúñiga T, Sosa AI, Alonso ME, Acosta I, Casas ML. Dependencia y maltrato en el anciano con demencia. *Rev Persona y Bioética* 2010;14(1):56-66.
12. Berra de Unamuno A, Marín León I, Álvarez Gil R. Consenso en Medicina. Metodología de expertos. *Escuela Andaluza de Salud Pública; Granada, España*. 1996:13-24.
13. Asua Batarrita J. Entre el consenso y la evidencia científica. *Gac Sanit* 2005;19(1):65-70.
14. Steel N, Melzer D, Shekelle PG, Wenger NS, Forsyth D, McWilliams BC. Developing quality indicators for older adults: transfer from the USA to the UK is feasible. *Qual Saf Health Care* 2004;13:260-4.
15. DalKey NC. The delphi method: an experimental study of group opinion. Rm 5888-Pr. Sta Mónica, CA: Rand Corp 1969;15-8.
16. Martínez-Sahuquillo Amuedo M, Echevarría Ruiz de Vargas M. Métodos de consenso. Uso adecuado de la evidencia en la

toma de decisiones. Método RAND/UCLA. *Rev. Rehabilitación, Madrid, España.* 2001;35(6):388-92.
17. Ferri C, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli

M. For Alzheimer's Disease International. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. *Lancet* 2005;366:2112-17.