



**Universidad Nacional Autónoma de México
Programa Único de Especializaciones en Ciencias
de la Administración**

**Propuesta para la creación de un centro de día para adultos
mayores con demencia en la Delegación Azcapotzalco**

T e s i n a

Que para obtener por el grado de:

Especialista en Administrador Gerontológica

Presenta:

Yazmín Edith Reyes Torres

Tutor:

**Mtra. Alejandra Gaona Maldonado
Facultad de Contaduría y Administración**

Ciudad de México, Febrero de 2018



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Antes de poder enlistar a las personas que estaré agradeciendo; quiero externar mi gratitud primeramente a la Universidad Autónoma de México por haberme aceptado a ser parte de ella.

Agradezco a cada uno de mis profesores de la especialidad que me compartieron sus conocimientos, pero en especial a mi asesora, la Mtra. Alejandra Gaona, quien me guió y tuvo la paciencia para hacer un trabajo de calidad, pero sobre todo, agradezco infinitamente que me haya dado su TIEMPO.

A mis padres, por que siempre me apoyan de todas las formas posibles para seguir creciendo profesionalmente.

A mi hermana por ser atenta y estar cuando más la he necesitado.

Paty Vilchis, Nora Castillo y Adriana Ambriz, compañeras y amigas, gracias por insíprarme.

A todos y cada uno de ustedes, ¡ GRACIAS !

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
HIPÓTESIS	3
OBJETIVO GENERAL	3
OBJETIVO ESPECÍFICO	3
METODOLOGÍA	4
ANTECEDENTES	4
MARCO TEÓRICO	6
CAPÍTULO I. DEMENCIA	6
1. CONCEPTO DE DEMENCIA.....	6
1.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA.....	7
1.2. TIPOS DE DEMENCIA.....	9
1.3 IMPACTO ECONOMICO DE LA DEMENCIA.....	15
CAPITULO II. MODELOS DE ATENCIÓN Y TIPOS DE CUIDADORES DE PERSONAS ADULTAS MAYORES	16
2.1 ASILOS Y ALBERGUES.....	16
2.2 RESIDENCIA.....	16
2.3 CENTROS DE DÍA.....	17
2.3.1 TIPOS DE CENTROS DE DÍA.....	17
2.4 ¿QUÉ ES UN CUIDADOR DE PERSONAS ADULTAS MAYORES?.....	17
2.4.1 TIPOS DE CUIDADORES.....	18
2.5 COLAPSO DEL CUIDADOR.....	19
2.5.1 FACTORES DE RIESGO EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE DEPENDIENTE.....	19
2.5.2 SÍNTOMAS DE SOBRECARGA DE LOS CUIDADOS Y TRASTORNO DE ÁNIMO.....	20

CAPÍTULO III. MALTRATO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES..	21
3.1 ¿QUÉ ES EL MALTRATO DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES?.....	21
3.2 TIPOS DE MALTRATO.....	21
CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE CENTRO DE DÍA.....	25
4.1 CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE DÍA.....	25
4.2 ESTUDIO DE MERCADO.....	26
4.2.1 RESULTADOS DE CUESTIONARIO.....	26
4.2.2 IDENTIFICACIÓN DE COMPETENCIAS.....	30
4.2.3 SEGMENTACIÓN DE MERCADO.....	30
4.3 FODA DEL CENTRO DE DÍA PROPUESTO.....	30
4.4. PLAN ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE DÍA.....	32
4.4.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL.....	32
4.4.2 FUNCIONES DE LA ESTRUCTURA.....	32
4.4.3 ORGANIGRAMA.....	36
4.5 ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA.....	36
4.5.1 SERVICIO (PRODUCTO)	37
4.5.2 PRECIO.....	37
4.5.3 PLAZA.....	38
4.5.4 PROMOCIÓN.....	38
4.6 INVERSIÓN INICIAL.....	39
CAPÍTULO V. TRÁMITES DE APERTURA.....	40
RESUMEN.....	42
CONCLUSIONES.....	42
REFERENCIAS.....	43
ANEXOS.....	45

TE NECESITO
(POEMA DE ALZHEIMER)

No me pidas que recuerde,
no trates de hacerme comprender.
Solo te pido, déjame descansar.
Solo te pido que estés conmigo.
Hazme saber que estás aquí y que me cuidas.
Abraza mi cuello, toma mi mano y quédate a mi lado.
Que estoy triste, enfermo y perdido.
Necesito que estés conmigo.
Todo lo que sé, es que te necesito en estos momentos de mi vida.
No se ni como me llamo,
No se ni quien soy, no se ni quien son mis hijos.
Solo te pido, no pierdas la paciencia conmigo.
No me grites, no llores, no jures.
No puedo hacer nada con lo que me ocurre.
No se ni quien soy, no recuerdo de ti, ni de mi.
Solo te pido que tengas paciencia conmigo.
Aunque intento recordar quien soy, ¡no lo logro!
Aún si trato de ser diferente,
No entiendo, no lo puedo lograr.
Recuerda, te necesito porque ya no recuerdo nada de mi.
Que todo lo mejor de mi ya partió
No quiero que te vayas, porque te necesito.
No me abandones, quédate aquí conmigo.
Quédate a mi lado, porque te necesito.
Y ámame hasta el fin de mi vida.

Autor desconocido

INTRODUCCIÓN

El presente trabajo se refiere a la importancia de crear centros de día exclusivos para personas adultas mayores que padecen demencia.

Para analizar esta problemática es necesario mencionar que el grupo de personas mayores de 60 años se está viendo acelerada, junto con enfermedades no transmisibles, como lo es la demencia; causando que los familiares de estos pacientes se vean frustrados y con sensación de culpabilidad, debido a la falta de información de este padecimiento y no saber que existen espacios especializados que pueden otorgar los cuidados adecuados.

El interés de realizar este trabajo es conocer cual es la oferta y la demanda de estos servicios exclusivos para personas con algún tipo de demencia; y para conocerla, se encuestaron a cuidadores que tuvieran algún familiar con deterioro cognitivo u olvidos prolongados y de tiempo atrás.

Hoy en día se desconoce la diferencia entre asilo o centro de día, y a pesar de que es una necesidad, no hay suficientes espacios para atender a pacientes con demencia; y para describirlo se desarrolló un plan de estrategias para convertir esta propuesta en una oportunidad.

PLANTEAMIENTOS DEL PROBLEMA

La proporción de personas que tienen 60 años y más, está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo de edad. A medida que las personas envejecen, las enfermedades no transmisibles se convierten en las principales causas de morbilidad, discapacidad y mortalidad y que además estas resultan costosas para las personas, las familias y para el estado. (OMS 2002)

La importancia social y económica de la vejez viene con su grado de dependencia debido al avance de la edad; junto con la delimitación en términos de dependencia se manejan conceptos de vulnerabilidad. La mayor vulnerabilidad en la vejez se relaciona con la salud, cuando se genera dependencia, debido a enfermedades crónicas y discapacidades motrices o mentales, requiriendo prevención, atención médica, medicamentos y cuidados personales de modo permanente. (CONAPO, 2011).

La discapacidad es considerada como un problema de salud pública en las personas adultas mayores (PAM's) y casi la mitad sufren de alguna forma de discapacidad; esta es atribuida a condiciones neuropsiquiátricas y en las personas adultas mayores, la depresión y las demencias son los principales factores que contribuyen a este fenómeno.

La demencia contribuye al 18% con discapacidad por enfermedades crónicas, siendo de mayor proporción los eventos vasculares cerebrales (10.1%), enfermedad cardiovascular (5.3%) y cáncer (2.5%).

Se estima que en México existen 800,000 personas afectadas y en la proyección del número de mexicanos afectados por demencia para el 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 3 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será severo. (Martín, 2015)

La demencia es una tragedia que afecta tanto un más a los cuidadores que al enfermo que no se da cuenta y la calidad de vida puede ser tan mala que las familias colapsan, al grado de preguntarse ¿cuánto más tendrán que soportar?.

Cuando los cuidadores son rebasados por los costos, físicos y emocionales que implican la atención de su familiar, son propensos a entrar en una crisis muy difícil de manejar, pues son proclives a problemas físicos y psicológicos, generando una situación caótica, pues ya no sólo la persona adulta mayor está enferma, sino

también la persona encargada de atenderlo. Por lo tanto, también el cuidador se vuelve vulnerable.

Por lo anterior y debido a la falta de modelos de atención especializados en este grupo de personas en la zona norte de esta ciudad (Delegación Azcapotzalco), nace como una oportunidad crear una organización “lucrativa” que atienda esta problemática, mejorando así la salud física y frenar el deterioro mental de quien la padece; como también recuperar el estado emocional, físico y mental del cuidador o de la familia.

HIPÓTESIS

La creación de los servicios que ofrecen los centros de día especializados para personas adultas mayores con demencia, disminuyen el colapso del cuidador, así como la posible violencia física y abandono.

OBJETIVO GENERAL

Crear un centro de día exclusivo para personas adultas mayores que padezcan deterioro cognitivo o cualquier tipo de demencia, para mejorar su calidad de vida y disminuir la sobrecarga del cuidador.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Ser una entidad rentable, superando las expectativas de los familiares a través de los servicios otorgados.
- Brindar una atención íntegra, eficaz y de calidad a la persona adulto mayor.
- Retardar el deterioro físico.
- Rescatar sus habilidades.
- Desarrollar una cultura de respeto a la dignidad de las personas adultas mayores.
- Disminuir el agotamiento y eliminar el colapso de la familia o cuidador.
- Crear fuentes de trabajo.
- Ser una empresa que aporte un beneficio social.

METODOLOGÍA

El tipo de investigación que se utilizará será descriptivo transversal simple y busca satisfacer la necesidad de un modelo gerontológico especializado en demencias y determinar a quien se le ofertará el servicio gerontológico.

Se realizará una revisión documental para conocer los diferentes procesos administrativos (estructura organizacional, manual de funciones, clima organizacional y trámites).

Las técnicas que utilizaremos para este trabajo serán a través de la aplicación de un instrumento de recolección de información tipo cuestionario y este es de elaboración propia.

Ya que hayamos encontrado el mercado real o el área de oportunidad, se buscará que el centro de día quede ubicado en la colonia El Recreo en la Delegación Azcapotzalco.

ANTECEDENTES

Durante la segunda mitad del siglo pasado, la mayoría de los países disminuyeron su nivel de fecundidad y aumentaron la sobrevivencia de su población. De acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, por sus siglas en inglés), en 2014, 12% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 23.3%. Estimaciones de la misma fuente, señalan que en 2050, uno de cada cinco habitantes en el planeta (21.2%) tendrá 60 años y más; en las regiones menos desarrolladas será de 19.5%. (INEGI, 2014). El proceso de envejecimiento de la población en México se hizo evidente a partir de la última década del siglo XX, mostrando una inercia que lo convertirá durante la primera mitad del siglo XXI, en el cambio demográfico más notorio.

Las instituciones de ancianos, constituyen una fase específica de la evolución de aquellas instituciones cuya función dentro de la sociedad ha sido «dar cobijo», «custodiar», «recluir» a individuos con fines dispares, que van del socorro hasta la prevención, pasando por el tratamiento y hasta el castigo.

Curiosamente es en Grecia, a partir del siglo VII, el primer lugar donde se habla de instituciones caritativas destinadas al cuidado de ancianos necesitados. En México

los primeros sistemas de atención se encuentran a cargo de las órdenes religiosas, y según el Dr. Bravo Williams, el más antiguo es el de la llegada de la *Congregación española Hermanitas de los Ancianos Desamparados*, quienes provenían de España en 1899. (Olguín, 2000)

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) en el 2002, emprendió acciones para crear unidades gerontológicas que dieran respuesta a las necesidades básicas de este grupo poblacional, como son: Albergues, Residencias de Día, Centros de Atención Integral, Centros Culturales y Clubes.

Aunque en la Ciudad de México existen instituciones u organizaciones para dar atención a personas adultas mayores (PAM's), no hay un registro de cuantos operan en la capital ni como y muchos de ellos carecen de especialización y capacitación para poder tratar a las personas adultas mayores.

El gobierno través de sus instancias correspondientes, como la Secretaría de Desarrollo Social, no ha tenido la iniciativa de hacer un censo para ubicar estos albergues y a partir de ello, crear políticas públicas enfocadas a este sector, e incluso realizar visitas periódicas para vigilar que no se violen las garantías de esta población, lo cual es muy común, pues la mayoría de las PAM's que habitan en estos espacios, son dependientes debido a su situación de vulnerabilidad. (CONAPRED, 2011)

Debido al aumento de la población de pacientes con demencia, este sector seguirá incrementando por lo que los centros de día constituyen un recurso de apoyo muy importante para las familias de personas con demencia y para el estado, ya que las instituciones públicas se ven y se verán sobre demandadas; además, los grandes beneficiados de este tipo de modelos de atención serán las propias PAM's pero principalmente sus cuidadores primarios.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO I. DEMENCIA

1. CONCEPTO DE DEMENCIA

Para entender la evolución del concepto de demencia es necesario separar la historia del término “demencia” de la historia del concepto de demencia como enfermedad.

En el siglo I a. C. el poeta romano Lucrecio, lo usó en su obra *De rerum natura* con el sentido de “locura” o “delirio”. Cicerón, usó el término para referirse a una pérdida de memoria en la ancianidad a una enfermedad. En 1726, en el Diccionario Físico de Blancard, publicado en Inglaterra, la demencia es usada como equivalente de “anoe” o extinción de la imaginación y el juicio. En la *Encyclopédie, ou Dictionnaire Raisonné des Sciences, des Arts et des Métiers*, de Diderot y d’Alembert, publicada en 1765, la demencia es definida como una “enfermedad que puede ser considerada, como la parálisis del espíritu, que consisten en la abolición de la facultad de razonar”. En 1798, el fundador de la psiquiatría, Philippe Pinel, menciona la “demencia senil” como una forma de trastorno cognitivo adquirido en las personas de edad. Jean-Étienne Dominique Esquirol, psiquiatra francés, diferencia las demencias agudas de las crónicas y las seniles. Las demencias agudas equivalen aún estado confusional, mientras que las seniles son el resultado de la edad y consiste en una pérdida de la capacidad y entendimiento, las demencias crónicas son irreversibles y causadas por múltiples factores, tales como las manías, estados de melancolía, accidentes vasculares y epilepsia; Esquirol oficializó la distinción entre demencia y retardo mental. Guislain, psiquiatra belga, propuso que existían dos clases de demencia: las demencias que afectan a las personas de edad (demencia senil de Cullen) y las demencias de las personas jóvenes. Bénédict Morel, psiquiatra francés, sugiere que las demencias son enfermedades neurodegenerativas en las que existen una pérdida progresiva del cerebro. Para Morel, la disminución del peso del cerebro es un hecho constante en las demencias que está también presente en el envejecimiento y es una expresión de decadencia de la especie humana.

Hacia 1900 ya se habían individualizado la demencia senil, demencia arterioesclerótica, demencias infecciosas, demencia traumática, y subcorticales (Enfermedad de Huntington). En 1907, Alois Alzheimer descubrió el caso de Agust D, paciente que presentó una demencia a los 51 años, describió las lesiones neuropatológicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares). Entre 1892 y 1904, Pick describió los síntomas de las demencias frontotemporales.

A finales del siglo XIX y a principios del Siglo XX bajo un paradigma cognitivo: las demencias consistirían solo en trastornos irreversibles de las funciones intelectuales. (Slachevsky, 2008)

Uno de los mayores avances en el estudio de las demencias ha sido la identificación de diferentes tipos clínicos de demencia, producidos por distintos procesos patológicos.

El Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), define a la demencia como un **trastorno neurocognitivo mayor** donde las funciones del pensamiento, la percepción o la memoria se encuentran afectadas. Es un síndrome geriátrico que impacta a los sujetos, a la familia y a la sociedad; por lo tanto es una enfermedad terminal. (Morrison, 2014)

La demencia es causa de discapacidad en adultos mayores y la mayor contribuyente de dependencia, sobre carga económica y estrés psicológico en el cuidador. (Rodríguez, 2014)

1.1 SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

La población mundial está envejeciendo aceleradamente, lo que se debe en gran parte a la mejoría en la atención de la salud durante el último siglo, traducida en vidas más largas y saludables. Sin embargo, este logro también ha tenido como resultado un aumento en el número de personas con enfermedades no transmisibles, como lo es la demencia. Las proyecciones de prevalencia e incidencia indican que el número de personas con demencia continuará creciendo – particularmente entre los más ancianos– y que los países en proceso de transición demográfica son los que experimentarán el mayor aumento de casos. Se ha estimado que, a nivel global, en 2010 vivían 35.6 millones de personas con demencia, y se prevé que esta cifra se duplicará cada 20 años, alcanzando 65.7

millones en 2030 y 115.4 millones en 2050. Anualmente, el número total de nuevos casos de demencia en el mundo es de casi 7.7 millones, lo que significa un nuevo caso cada cuatro segundos.

En México ya se cuenta con información epidemiológica sobre la frecuencia de demencias y deterioro cognoscitivo no demencial (DCND) en adultos mayores. La Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) 2012 por primera vez incluye una sección para población de 60 años y más, la cual evaluó la frecuencia de DCND y demencias.

La prevalencia para demencia encontrada por ENSANUT 2012¹ (7.9%) son equiparables a otros estudios. Al comparar los datos epidemiológicos disponibles es evidente la similitud en el rubro de las demencias.

Las diferencias entre la prevalencia para DCND fue de 7.3% y para demencias de 7.9%. Al estratificar por sexo, grupos de edad y escolaridad, área de residencia y nivel socioeconómico, se encontró en general una tendencia a mayor prevalencia para todas las condiciones neuropsiquiátricas señaladas en los siguientes estratos: mujeres y área rural.

De acuerdo con los datos presentados sobre prevalencia de la demencia en México, se estima que existen 800 000 personas afectadas en el país.

La proyección del número de mexicanos afectados por demencia para 2050 alcanzará la alarmante cifra de más de 3 millones, por lo que el impacto de esta enfermedad en los sistemas económico, social y de salud será severo. (Arrieta & Gutierrez 2014).

En el año 2009 el Instituto para la Atención de los Adultos Mayores del D.F. (IAAM) realizó un estudio a 56,913 personas adultas mayores de 70 años beneficiarias de la tarjeta de la pensión alimentaria, donde el 61% fueron mujeres y 39% hombres, de los cuales la prevalencia de demencia en la Ciudad de México fue de 35.08%. Se encontró que la mayor prevalencia de demencia es en mujeres que en hombres y el riesgo aumenta por año en un 0.12%. En este momento no existe alguna actualización para dicha cifras.

¹ Después de haber realizado una búsqueda exhaustiva de fuentes actuales, solo se encontró del año 2012.

En la Delegación de Azcapotzalco se realizó la prueba de Folstein² y la prueba de reloj³, durante el mes de septiembre de 2016 a mayo de 2017 y se detectaron 44 como probables PAM's con deterioro cognitivo y demencia.

Dentro de este estudio también se realizaron escalas para evaluar la dependencia o funcionalidad de la persona adulta mayor (Barthel, Katz y Lawton/Brody), el estado emocional, para descartar una probable depresión (Escala de Yesavage) y para conocer la situación del cuidador (Escala de Zarit), ya que el cuidador es la parte importante del paciente dependiente.

1.2. TIPOS DE DEMENCIA

Trastorno neurocognitivo debido a la enfermedad de Alzheimer

La causa más frecuente de lo que en alguna época se denominó *senilidad*, el TN debido a la enfermedad de Alzheimer, se ha reconocido desde el inicio del siglo XX. Se incrementan de manera constante al avanzar la edad. También es común entre individuos mayores de 40 años que padecen síndrome de Down. Este TN es de inicio temprano.

Algunas de las características de la demencia tipo Alzheimer son las siguientes:

- La memoria reciente (la capacidad para recordar la información que se recibió en el transcurso de algunos minutos), suele ser el primer aspecto que se afecta; la memoria remota se afecta más adelante.
- La conciencia de sí suele conservarse hasta una fase avanzada de la enfermedad.
- Puede presentarse un cambio aparente de la personalidad en la fase temprana. Los rasgos de la personalidad que ya existían se acentúan.
- La pérdida de la función ejecutiva.
- Dificultad para adaptarse a circunstancias cambiantes.
- Dificultad para encontrar palabras (afasia).
- Defectos de la percepción, como ilusiones o alucinaciones.

² Prueba de Folstein o Mini Examen del Estado Mental (MMSE). Es un test para detectar y evaluar la progresión del deterioro cognitivo en pacientes con alteraciones neurodegenerativas.

³ Prueba del reloj. Test que complementa la prueba de Folstein.

El paciente típico vive entre ocho y 10 años después del inicio de la enfermedad de Alzheimer.

La evolución clínica, si bien variable, de modo característico corresponde a un deterioro constante que pasa por tres fases:

1. De uno a tres años con tendencia creciente al olvido.
2. De dos a tres años con desorientación progresiva, pérdida de las habilidades de lenguaje y comportamiento inapropiado.
3. Un periodo final con demencia intensa, durante el cual existe desorientación en persona y abandono total del autocuidado.

Casi siempre se observa ausencia de introspección, y tarde o temprano se desarrolla compromiso del juicio. Al final, puede establecerse el mutismo total y la falta de respuesta. Los pacientes con enfermedad de Alzheimer toleran mal las enfermedades físicas; la infección o las deficiencias nutricionales. (Morrison, 2014. Rodríguez, 2011)

Trastorno neurocognitivo con cuerpos de Lewy (DCL)

Correspondió hasta la mitad de la década de 1990 a sólo un brillo en los ojos de unos cuantos investigadores y clínicos, y ahora se reconoce a la DCL como la segunda causa más importante de demencia, explica alrededor de 15% de los casos, frente a 60 a 75% de la enfermedad de Alzheimer.

Los cuerpos de Lewy son trozos esféricos de proteína (sinucleína alfa), que se encuentran en el citoplasma de las células cerebrales ubicadas en particular en los núcleos del tallo cerebral, la sustancia negra y el núcleo cerúleo. Los pacientes con DCL también con frecuencia cuentan con placas amiloideas típicas de la enfermedad de Alzheimer; también muestran características clínicas tanto de la enfermedad de Parkinson como la de Alzheimer.

Estas similitudes quizá expliquen la razón por la cual la DCL haya permanecido en la penumbra durante tanto tiempo.

Las características de este trastorno neurocognitivo son:

- Atención fluctuante. En una fase temprana, los pacientes con DCL tienden a experimentar una pérdida temprana de la memoria menor que la típica de los

enfermos con Alzheimer. Las más afectadas son las capacidades para mantener la atención y el estado de alerta, que tienden a fluctuar en el transcurso de minutos, horas o incluso días en más de la mitad de los pacientes con DCL. Esta fluctuación sintomática constituye la primera entre las características principales (“centrales”).

- Alucinaciones. Las características centrales son las alucinaciones visuales bien integradas, que se presentan en forma temprana y tienden a persistir. De manera característica se vinculan con animales o intrusos. Pueden presentarse con o sin introspección, y pueden ir acompañadas de ideas delirantes (en ocasiones sistematizadas).

- Inicio posterior de los síntomas del tipo de la enfermedad de Parkinson. Las características motrices típicas de la enfermedad de Parkinson—fascies inexpressiva, temblor en manos, marcha parkinsoniana—constituyen el tercer síntoma central, pero no pueden preceder a la demencia. Si lo hacen, el diagnóstico no corresponde a DCL, sino a la enfermedad de Parkinson con demencia. La regla general para este tipo de demencia es que los síntomas deben comenzar por lo menos un año antes que los síntomas motores.

- Los pacientes con DCL también tienden al mareo, las caídas y los desmayos inexplicables.

- En ocasiones se identifica trastorno del comportamiento del sueño REM.

- El diagnóstico temprano es en particular importante en la DCL, puesto que estos individuos pueden mostrar sensibilidad extrema a los neurolépticos: dosis bajas generan rigidez muscular, fiebre y otros síntomas del síndrome neuroléptico maligno.

La DCL de manera característica inicia en torno a los 75 años; los varones se afectan con una frecuencia un poco superior que las mujeres.

Después de establecido el diagnóstico, el paciente típico sobrevive alrededor de 10 años. (Morrison 2014, Rodríguez 2011)

Trastorno neurocognitivo debido a lesión cerebral traumática

- Es consecuencia de la fuerza externa que se ejerce sobre la cabeza desplazamiento rápido del cerebro dentro del cráneo, el paciente desarrolla:
- Inconciencia o puede presentar amnesia, desorientación y confusión.
- Signos neurológicos como convulsiones, puntos ciegos en el campo visual, pérdida del olfato, hemiparesia.

- Alguna lesión demostrada mediante técnicas de imagen (tomografía computada, resonancia magnética nuclear).
- Se observan las afasias de fluentes (receptiva), no obstante las afasias no fluente (o expresivas).
- Los pacientes con LCT también refieren problemas del sueño, cefalea e irritabilidad.
- Las secuelas comunes se encuentran los trastornos depresivos (los más frecuentes), los trastornos de ansiedad y el consumo inapropiado de sustancias.

Trastorno neurocognitivo frontotemporal

Denominado en alguna época enfermedad de Pick. Sus características son:

- Variedad conductual. El paciente muestra comportamientos sociales inapropiados que pueden incluir modales inadecuados, disminución de la flexibilidad mental, disminución de las tareas de generación, defectos para la planeación y errores en el aprendizaje inverso.
- Variedad lingüística pérdida gradual de la capacidad para producir el lenguaje, encontrar las palabras correctas, asignar nombres a los objetos, y utilizar la gramática, a la vez que comprender el significado de las palabras.

Trastorno neurocognitivo vascular

Alrededor de 10% de las demencias tiene origen vascular. La demencia vascular también se ha denominado demencia por infartos múltiples, empeoran de manera escalonada, al tiempo que se verifican los eventos cerebrovasculares. Es en particular probable que el TN vascular se desarrolle en un paciente con diabetes o hipertensión. Tienen menos probabilidad de presentar afasia, apraxia y agnosia. Los síntomas que genera el TN vascular dependen de la ubicación precisa de las lesiones cerebrales.

Enfermedad de Parkinson

Las manifestaciones físicas de la enfermedad de Parkinson aparecen antes que las cognitivas. Los trastornos afectivos de tipo depresivo son igualmente comunes, en ocasiones es difícil explorar, ya que la bradipsiquia (lentitud o retardo del pensamiento) y las alteraciones del lenguaje, no permiten en muchos casos en documentar el deterioro. (Rodríguez, 2011)

Enfermedad de Huntington

La edad promedio de inicio de la enfermedad de Huntington se ubica en torno a los 40 años; los primeros síntomas pueden ser cambios al parecer menores de la personalidad y el desempeño ejecutivo, a los que sigue el deterioro de la memoria y el juicio. La causa es un gen autosómico dominante en el cromosoma 4.

Enfermedad por priones

El tipo más frecuente, la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob, se debe a una proteína infecciosa que carece de ácidos nucleicos (es decir, DNA y RNA). Estas enfermedades afectan al cerebro, y determinan la formación de orificios en los cortes microscópicos, que explican su nombre colectivo de encefalopatías espongiiformes.

Entre sus síntomas se encuentran pérdida de la memoria, alucinaciones, cambios de la personalidad y problemas motores. No obstante el intervalo de edad de los pacientes es amplio, suele afectar a los ancianos; existen algunos casos familiares. Por lo general letal en el transcurso de un año.

Demencia de origen Infección

La demencia secundaria a **VIH** es una infección de tipo subcortical. Se agrupa los síntomas clínicos en tres categorías: cognitivos, conductuales y motores.

- Los síntomas cognitivos incluyen compromiso de la memoria de corto plazo, pobre concentración, enlentecimiento mental y pérdida de la flexibilidad y espontaneidad.
- Cambios de personalidad, apatía, irritabilidad y depresión caracterizan los cambios conductuales.
- Los síntomas motores pueden ser evidenciados como torpeza o enlentecimiento motor fino, tremor y debilidad de miembros inferiores.

En una serie de 299 pacientes con DVIH, evaluados en la Universidad Johns Hopkins, se mostró que el compromiso de la memoria, enlentecimiento mental, dificultad para la marcha y depresión fueron los 4 síntomas de presentación más comunes. (Custodio, 2006).

En la tabla 1 se muestra algunos de los diferentes trastornos más representativos que causan pérdida de la memoria y los síntomas asociados.

Tabla 1. Datos útiles para el diagnóstico diferencial entre las demencias más comunes.

	TN Enfermedad de Alzheimer	TN fronto-temporal	TN con cuerpos de Lewy	TN vascular
Historia clínica	<p>Cualquier edad a partir de los 30 años. Más común después de los 65 años de edad.</p> <p>Inicio insidioso.</p> <p>Curso lentamente progresivo.</p>	<p>Edad de comienzo por lo general 45-65 años.</p>	<p>Comienza por lo general por encima de los 40 años. Más común en ancianos.</p>	<p>Inicia por lo general después de los 40 años, es más común en los ancianos.</p> <p>Posible inicio abrupto.</p> <p>Evolución escalonada, fluctuante o estacionaria.</p>

Fuente: Sicilia, 2003

	TN Enfermedad de Alzheimer	TN fronto-temporal	TN con cuerpos de Lewy	TN vascular
Exploración física, neurológica y neuropsicológica	<p>Afectación precoz de la capacidad de registrar nueva información en la memoria.</p> <p>Anomia y alteración visoespaciales en fases iniciales.</p> <p>Se altera antes la comprensión verbal que la fluidez del habla.</p> <p>Dificultad para adaptarse a cambios.</p> <p>Desorientación en persona y abandono del autocuidado.</p>	<p>Alteración en la conducta social.</p> <p>Las funciones ejecutivas se alteran antes que las funciones cognitivas; y se reduce antes la fluidez verbal que la comprensión.</p>	<p>Alucinaciones visuales, alteraciones atencionales, disejecutivas y visoespaciales.</p> <p>Mareos, caídas y desmayos inexplicables.</p> <p>Sensibilidad extrema a los neurolépticos (antipsicóticos).</p>	<p>Alteración heterogénea en función de la localización de las lesiones vasculares.</p>

Fuente: Tallis, 2007

1.3 IMPACTO ECONÓMICO DE LA DEMENCIA

Las demencias despiertan una preocupación sociosanitaria, ya que provocan gastos sanitarios desproporcionados y difíciles de asumir.

Se ha estimado que el costo anual es de 315 billones de dólares, de los cuales 227 billones es aportado por los países de altos recursos y 88 billones es aportado en los países de bajos recursos.

Los costos anuales por persona con demencia van de un rango de 1521 dólares en países de bajos recursos, 4588 dólares en los países de medianos recursos y 17,964 dólares en países de altos recursos. (Prince, M. & Jacson, J. 2009).

CAPÍTULO II. MODELOS DE ATENCIÓN Y TIPOS DE CUIDADOR DE PERSONAS ADULTAS MAYORES (PAM'S)

MODELOS DE ATENCIÓN GERONTOLÓGICOS

Los establecimientos o modelos para la atención a las personas adultas mayores son sinónimo de abandono y soledad, cuando en realidad son sitios de gran importancia social. En ellos, las PAM's que no pueden valerse por sí mismas o cuya familia no puede darles la atención adecuada, encuentran el lugar ideal para adquirir nuevas destrezas y convivir con gente de su misma edad.

Hay modelos de atención o instituciones gerontológicas donde se puede aprender artes o practicar deportes, así como desarrollar alguna destreza o conocimientos de manera colectiva en convivencia con gente de la misma edad. Además, realizar actividades físicas como baile o tai chi, ayudan a mantener la coordinación corporal, preservar la autonomía y a mejorar el estado de ánimo.

2.1 ASILOS Y ALBERGUES

Son establecimientos principalmente beneficiados, respaldados o patrocinados por los gobiernos u organizaciones no gubernamentales (ONG's) de asistencial social, en el que se da hospedaje o asistencia; provee habitación, comidas y ayuda con las actividades cotidianas y recreativas. En la mayoría de los casos, las PAM's tienen problemas físicos y mentales que les impiden vivir solos y que generalmente necesiten ayuda diario.

En el albergue, el alojamiento es provisional y en el asilo es prolongado o indefinido, y comúnmente su apertura es en caso de contingencia. (Uribe, 2012)

2.2 RESIDENCIA

Centros donde se atiende de manera integral las 24 horas del día, los 365 días del año a personas adultas mayores que requieren servicios de estancia prolongada por razones personales y/o familiares, para favorecer su bienestar. (Modelos de atención gerontológica. INAPAM)

2.3 CENTROS DE DÍA

Es una organización o servicio socio sanitario y de apoyo familiar intermedio que ofrecen durante todo el día atención a las necesidades básicas, terapéuticas y socioculturales de las PAM's con diverso grado de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual, además pueden continuar en sus domicilios pasando las noches y fines de semana en los mismos.

2.3.1 TIPOS DE CENTROS DE DÍA

En función de las tipologías de usuarios y del servicio ofrecido se pueden diferenciar:

- a) Centros de día mixtos o polivalentes que están dirigidos a PAM's con dependencia física, psíquica o social indistintamente y en los que el apoyo familiar y social resulta insuficiente o presenta una sobre carga, así como a personas solas y en situación de riesgo social. Estos centros deben tener obligatoriamente la capacidad arquitectónica como organizativa de sectorizar los diferentes grupos de personas por características y necesidades similares.

- b) Los centros especializados psicogerátricos, dirigidos a PAM's con deterioro cognitivo y especialmente a personas diagnosticadas con demencia. Estos centros deben de contar con personal específicamente formado y entregado en la atención a estas situaciones y necesidades, deben tener una organización global centrada en el modelo de atención e intervención psicosocial basado en la necesidad de estimular, reeducar y mantener las funciones psíquicas, físicas, etc., desde programas específicos (psicoestimulación, orientación en la realidad, terapia ocupacional, etc.) (Leturia, España)

2.4 ¿QUÉ ES UN CUIDADOR DE PERSONAS ADULTAS MAYORES (PAM'S)?

Un cuidador es una persona, mujer u hombre, que apoya a una persona adulta mayor dependiente para realizar sus actividades cotidianas o satisfacer sus necesidades, con frecuencia son no profesional.

2.4.1 TIPOS DE CUIDADORES

Cuando se habla de cuidados de larga duración para personas adultas mayores en situación de dependencia, es imprescindible referirse a sus cuidadores, sean profesionales, *formales o remunerados*, que trabajan preferentemente en instituciones, o bien, se trate de cuidadores *no profesionales o informales*, por lo general no remunerados, también llamados familiares. (Alonso, J. 2014)

Según datos de la Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo (ENUT) 2009, registró que el 59% mujeres y el 41% hombres, mayores de 60 años, necesitan del cuidado de otras personas. Por diversas circunstancias, pero en particular, por la falta de acceso a servicios médicos y otros servicios de atención a personas adultas mayores, su cuidado recae principalmente en las familias, lo cual representa un trabajo adicional para los integrantes del hogar y puede incidir en su bienestar físico y emocional.

De las y los cuidadores de este grupo poblacional:

- La mitad de las mujeres cuidadoras tiene entre 30 y 59 años de edad.
- De los hombres cuidadores 40.4% está entre los 30 y 59 años.
- De las cuidadoras, 9.7% son adolescentes de entre 12 y 19 años.
- De los cuidadores, 15.4% son adolescentes de entre 12 y 19 años.

Se observan porcentajes de 47% en el caso de los hombres y 45.7% de las mujeres cuidadoras, sin escolaridad o con educación básica incompleta. 58% de las cuidadoras son no económicamente activas mientras que el 35.5% de los cuidadores son no económicamente activos.

Los datos muestran una mayor presencia de mujeres cuidadoras que de hombres cuidadores con bajos niveles de escolaridad y presencia importante de población no económicamente activa. (INMUJERES, 2015)

2.5 COLAPSO DEL CUIDADOR

Se define como colapso del cuidador a la respuesta multidimensional de la apreciación negativa y estrés percibido resultado del cuidado de un individuo, usualmente familiar, que padece una condición médica. (Kim. 2012)

Estas personas suelen interrumpir su ritmo habitual y limitar su vida social, lo que trae con el tiempo en ellos la presencia de una repercusión negativa en su salud (Barbero, 2012), misma que puede presentar un conjunto de problemas físicos, mentales, sociales y económicos, a los que generalmente se les puede resumir en “carga” (Domínguez y col. 2008)

Los numerosos cuidadores denominados algunas veces “invisibles” dedican una considerable cantidad de tiempo y esfuerzo a la responsabilidad que han asumido, calculándose que más de la mitad, dedican en promedio entre cuatro y cinco horas al día al cuidado de su familiar, en donde las condiciones en las que se desarrollan estos cuidados con frecuencia no son las más adecuadas, lo que trae consigo numerosas consecuencias como la sobrecarga en ellos (Álvarez, 2010).

2.5.1 FACTORES DE RIESGO EN EL CUIDADOR DEL PACIENTE DEPENDIENTE

Existen factores que pueden potencializar la violencia a las personas adultas mayores y por consecuencia los hacen más vulnerables, como son:

Factores relacionados con la persona cuidada:

-Nivel de dependencia	-Síntomas asociadas a discapacidad.
-Duración y gravedad de la enfermedad.	-Comportamiento de la persona cuidada.

Factores relacionados con el cuidador:

- Conflictos familiares.	Tiempo de cuidado.
-Dificultades en el trabajo o desempleo.	-Posibilidad de descanso.
-Problemas económicos.	-Baja escolaridad.

Factores relacionados con el apoyo social:

-Poco o nulo apoyo de familiares, vecinos o amigos.	-Sin capacitación para el cuidado.
-Misma residencia de persona cuidada.	-Dificultad para acceder a servicios de salud

Fuente: Guía Práctica Clínica IMSS 2015

2.5.2 SÍNTOMAS DE SOBRECARGA DE LOS CUIDADOS Y TRASTORNO DE ÁNIMO

Debido a los factores mencionados anteriormente, el cuidador puede presentar alguno o en conjunto los siguientes síntomas:

Trastornos médicos	Trastornos psicológicos	Trastornos sociales
Salud física deteriorada	Ansiedad	Falta de apoyo familiar
Cefalea y cansancio	Depresión o tristeza	Restricción del tiempo
Trastornos gástricos e intestinales	Insomnio	Pérdida de interés por otras actividades
Problemas osteomusculares Lumbalgia	Miedo	Aislamiento
Alergias	Angustia	Cargas económicas
Afecciones de la piel	Irritabilidad e ira	Problemas laborales
Descontrol de comórbidos	Labilidad emocional	Disfunción familiar
	Sentimiento de culpa	
	Codependencia	

Fuente: Guía Práctica Clínica IMSS 2015

CAPÍTULO III MALTRATO EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

El maltrato de las personas adultas mayores es un problema universal. Las investigaciones realizadas hasta ahora demuestran su prevalencia, tanto en el mundo desarrollado como en los países en desarrollo. En ambos, el victimario suele ser conocido por la víctima, y es dentro del contexto familiar y/o en “la unidad donde se proveen los cuidados”, donde ocurren la mayoría de los casos de maltrato.

Los trabajadores de salud de atención primaria tienen un papel particularmente importante, ya que se enfrentan con casos de maltrato de ancianos en forma cotidiana.

3.1 ¿QUÉ ES EL MALTRATO A LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES?

Se define como cualquier acción, serie de acciones, o la falta de acción apropiada, que produce daño físico o psicológico y que ocurre dentro de una relación de confianza o dependencia. El abuso a las personas adultas mayores puede ser parte del ciclo de violencia familiar; puede venir de cuidadores domiciliarios o puede ser el resultado de la falta de preparación de los sistemas de prestaciones sociales y sanitarias para atender sus necesidades. (Declaración de Toronto, OMS 2003)

El 19 de diciembre de 2011, mediante la resolución 66/127, la Asamblea General de las Naciones Unidas designó el **15 de junio como Día Mundial de Toma de Conciencia del Abuso y Maltrato en la Vejez**, invitando a los Estados miembros, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y otras internacionales y regionales, así como a la sociedad civil, a que lo observen debidamente.

3.2 TIPOS DE MALTRATO

Las manifestaciones de abuso y maltrato de las personas adultas mayores pueden manifestarse de diferentes formas.

Abuso o maltrato físico: causar daño físico o lesión, coerción, física, como el impedir el movimiento libre de una persona sin justificación apropiada.

Abuso o maltrato psicológico: causar estrés y ansiedad o agredir la dignidad de una persona con insultos.

Abuso económico: la explotación de los bienes de la persona, el fraude o estafa, el robo de su dinero o propiedades.

Abuso Sexual: Cualquier acción de carácter, significación o connotación sexual con una persona mayor sin su consentimiento, empleando la fuerza, amenaza y/o engaño, aprovechándose de su deterioro físico o psíquico.

Negligencia o abandono: implica descuido u omisión en la realización de determinadas atenciones o desamparo de una persona que depende de uno o por la cual uno tiene alguna obligación legal o moral. Estas pueden ser intencionadas o no intencionadas.

La *negligencia intencionada* es cuando el cuidador por prejuicio o irresponsabilidad deja de proveer a la persona adulta mayor, los cuidados apropiados para su situación. Sin embargo cuando el cuidador no provee los cuidados necesarios, por ignorancia o porque es incapaz de realizarlos, se considera que es *negligencia o abandono no intencionado*. (tabla 2)

La Encuesta Nacional sobre la Dinámica de las Relaciones en los Hogares, ENDIREH 2011, señala que las mujeres adultas mayores están expuestas a situaciones de violencia de pareja, lo mismo que el resto de la población femenina: 44.6% de las que están casadas o unidas ha sufrido al menos un incidente de violencia a lo largo de su vida: 24.3% ha sufrido violencia emocional, 26.1% violencia económica, 18.4% violencia física y 10.4% violencia sexual.

La prevalencia de violencia reciente, experimentada durante el año previo a la entrevista de la ENDIREH es de 12.5% del total de adultas mayores. La situación es más frecuente entre las del grupo de entre 60 y 69 años, con prevalencias de 6.9% de violencia emocional, 3.7% violencia económica, 1.9% violencia física y 0.8% violencia sexual. Los datos indican que la violencia disminuye conforme aumenta la edad, pues mientras 9.0% de las mujeres de entre 60 y 69 años sufrió algún tipo de violencia en el último año, el porcentaje disminuyó a 0.8% de las de 80 años o más.

A estas mujeres adultas mayores se les preguntó sobre otras situaciones de violencia a las que pudieran estar expuestas en su hogar. Un 18% de ellas ha sufrido algún tipo de violencia por parte de sus hijos o hijas, nietos (as), sobrinos(as) u otros parientes o no parientes. Los episodios más frecuentes de violencia son del tipo emocional: a un 10.7% le han dejado de hablar, 6% de ellas dijeron que las dejan solas o las abandonan y al 3.3% le han dicho o le hacen sentir que es un estorbo. Otras manifestaciones de violencia están relacionadas con descuido o negligencia: a 2.7% la descuidan cuando se enferma o le dejan de dar sus medicamentos y a 3.2% le han negado ayuda cuando la necesita.

De acuerdo con los resultados de la Encuesta Nacional sobre Discriminación (ENADIS) 2010, se identificó a las personas adultas mayores como el cuarto grupo de población vulnerable a la discriminación. Un 34.8% de las personas consideran que los derechos de este grupo poblacional no se respetan en nada y otro 28.7% opinan que se respetan poco. Por otro lado, datos de la misma encuesta indican que 21.1% de las personas piensan que deben tomarse sólo “algo o poco” en cuenta las opiniones de las personas adultas mayores en las decisiones familiares y 0.8% opina que no deberían tomarse nada en cuenta. (INMUJERES, 2015)

Tabla 2. Tipos o formas de violencia

FORMAS DE ABUSO FISICO	
• Empujones	• Heridas
• Pellizcos	• Forzar a comer o tomar algo
• Colocar la paciente en una posición incorrecta.	• Amarrar o sujetar al paciente.
• Tirarle o derramarle agua o comida encima	• Sacudidas
• Golpes	• Jalar el pelo
• Quemaduras	• Fracturas

FORMAS DE ABUSO PSICOLÓGICO	
• Amenazas de abandono	• Amenazas de acusaciones
• Acoso	• Intimidación con gestos o palabras
• Limitación al derecho de:	• Infantilización
- Privacidad - Comunicación	
- Decisión - Información médica	
- Voto - Recibir correo	
FORMAS DE ABUSO FINANCIERO	
• Uso de recursos de la persona adulta mayor en beneficio del cuidador	• Chantaje financiero
• Apropiación de las propiedades	• Coerción para firmas documentos legales, como testamentos, propiedad, etc.
FORMAS DE ABUSO SEXUAL	
• Gestos	• Caricias
• Palabras	• Tocaciones
• Insinuaciones	• Exhibición de genitales
• Violación	
FORMAS DE NEGLIGENCIA O ABANDONO	
• Descuidar la hidratación	• Descuidar la nutrición
• Descuidar la higiene personal	• Úlceras por presión sin atender
• No atender las lesiones abiertas	• Mantener un ambiente poco sanitario
	• Abandonar a la persona en la cama, en la calle o en algún servicio público.

Fuente: OPS/OMS. Guía de diagnóstico y manejo

CAPÍTULO IV. PROPUESTA DE CENTRO DE DÍA

4.1 CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE DÍA

El centro de día que este trabajo pretende proponer, se dedicará a otorgar cuidados a personas adultas mayores con demencia leve a moderada, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y dar respiro a sus cuidadores.

El personal de base (cuidadores formales) cuenta con conocimientos sobre el proceso de envejecimiento, de enfermedades que se presentan en la etapa de la vejez y de las características clínicas de la demencia.

La colaboración de los terapeutas ocupacionales y rehabilitadores físicos, es fundamental, ya que es la parte medular del servicio del centro de día para estimulación cognitiva y mantener la funcionalidad de los usuarios.

Todo el personal y profesional que colabora en este centro de día, está capacitado y sensibilizado para la atención de las personas con demencia.

El establecimiento tendrá una capacidad para 15 usuarios.

El centro de día contará con un **área de uso colectivo**: *Comedor y sala de estar*, deben ser lugares diferenciados, de acuerdo a las actividades que se realizan en cada uno de ellos. En esta área habrá mesas para 4 ó 6 personas que permiten una mejor comunicación entre los usuarios, sillas firmes y resistentes con apoyabrazos, sillones altos con apoyabrazos, que permitan sentarse e incorporarse.

Área descubierta, que sirve no sólo para el goce y disfrute de los usuarios, sino que puede también ser utilizada para desarrollar diversas actividades cuando las condiciones climáticas lo permiten.

La mayoría de las personas, casi no toman en cuenta que las instalaciones deben de estar lo más adecuadas para las personas adultas mayores de acuerdo a sus necesidades; pero debido a que es difícil contar instalaciones exclusivas es de suma importancia apearse a la **NOM-031-SSA3-2012**, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y

vulnerabilidad y, aunque no es un servicio médico como tal; también es relevante tomar en cuenta la **NOM-030-SSA3-2013**, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

4.2 ESTUDIO DE MERCADO

Para saber si existe la necesidad de crear un centro de día especializado para personas adultas mayores con demencia, es necesario realizar un estudio de mercado. Para esto se utilizó como herramienta un *cuestionario*, el cual consiste en una serie de preguntas y un registro de respuestas, permitiendo obtener información de las personas. No solo con el objetivo de confirmar la necesidad de atender y dar cuidados a las personas con demencia, sino también de, determinar la cantidad de personas que estarían dispuestas a enviar a sus familiares a que sean atendidos en un lugar privado, establecer el precio a pagar por los servicios que se otorgan en el centro de día y conocer el posible éxito o fracaso.

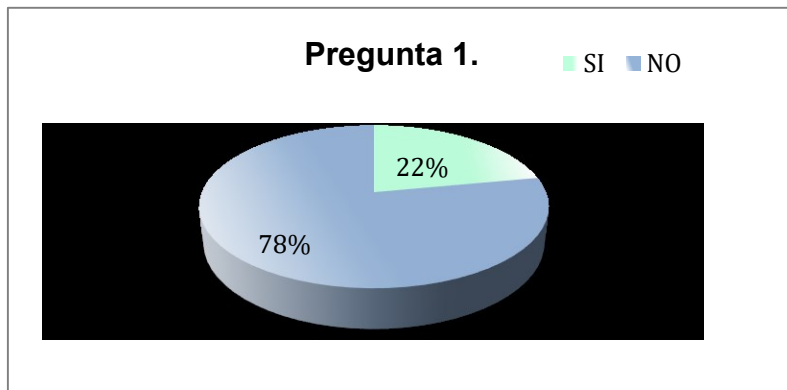
Este cuestionario contiene 7 preguntas y se realizaron personalmente a hombres y mujeres mayores de 25 años, que se encuentren laborando y que tengan un familiar con demencia o que tengan contacto con estas.

4.2.1 RESULTADOS DE CUESTIONARIO

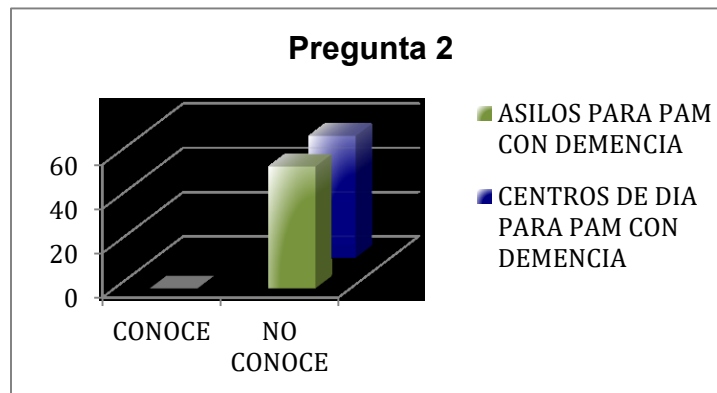
De acuerdo al cuestionario realizado en la zona de Azcapotzalco, se arrojó los siguientes resultados.

Se realizó un total de 55 cuestionarios, de los cuales 47 fueron mujeres y 8 hombres.

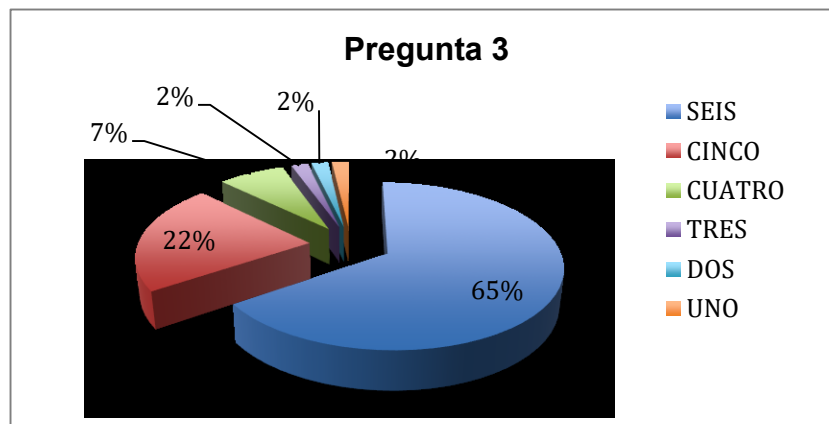
Pregunta 1. ¿Tiene usted algún familiar con demencia?



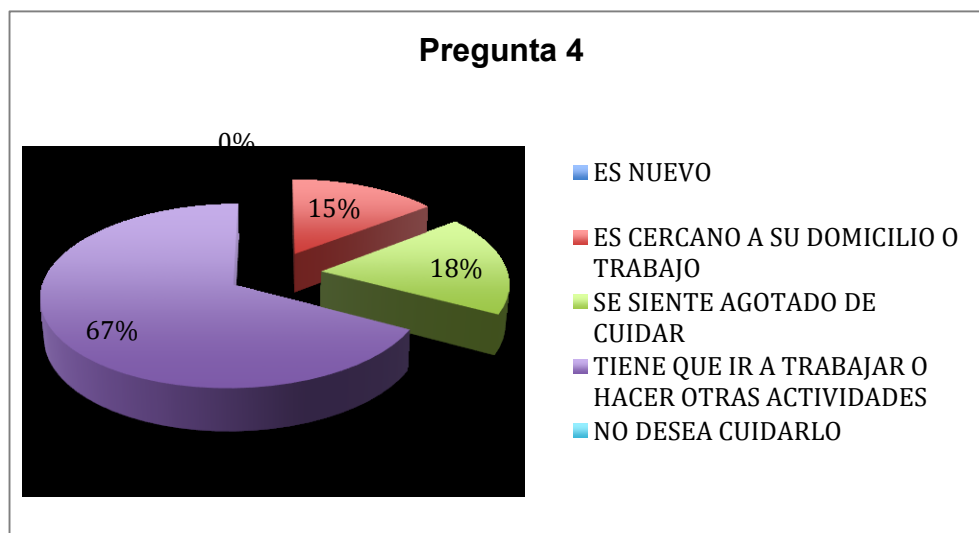
Pregunta 2. Indique cual de los siguientes centros de atención para adultos mayores con demencia, conoce que hay en esta delegación.



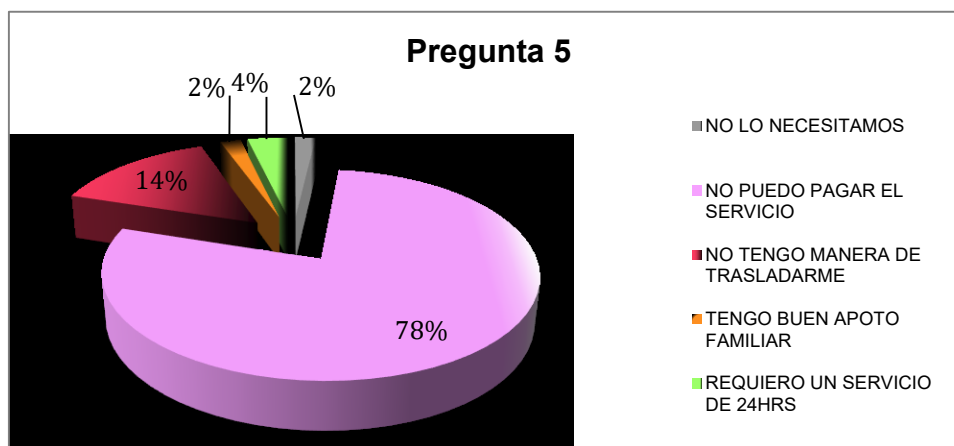
Pregunta 3. En una escala del 1 al 6, donde 6 es “muy necesario” y 1 es “innecesario”. ¿Qué tan necesario es que exista un centro de día para personas con demencia?



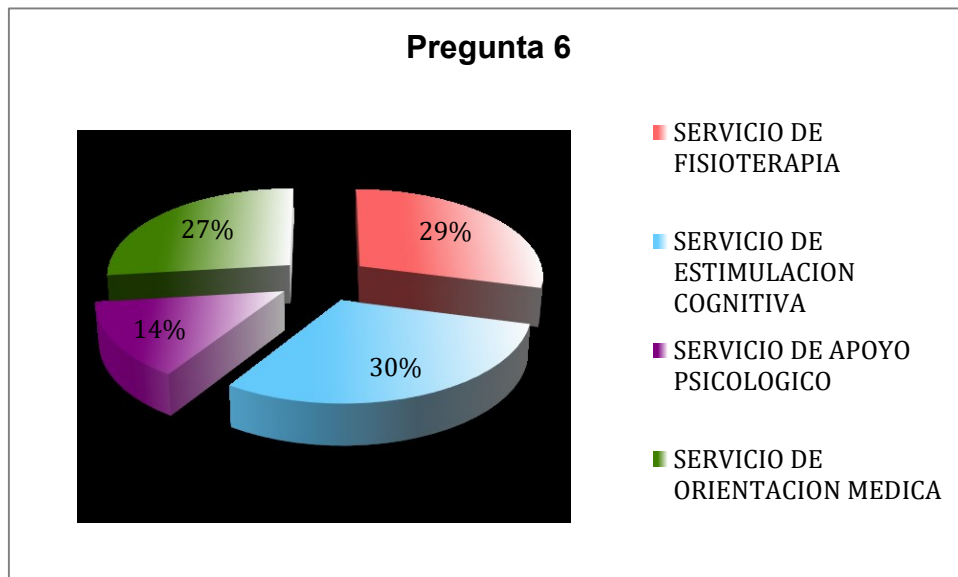
Prejunta 4. Si tuviera la necesidad de contratar el servicio del centro de día especializado para personas con demencia, ¿por qué razón o razones le atraerían?



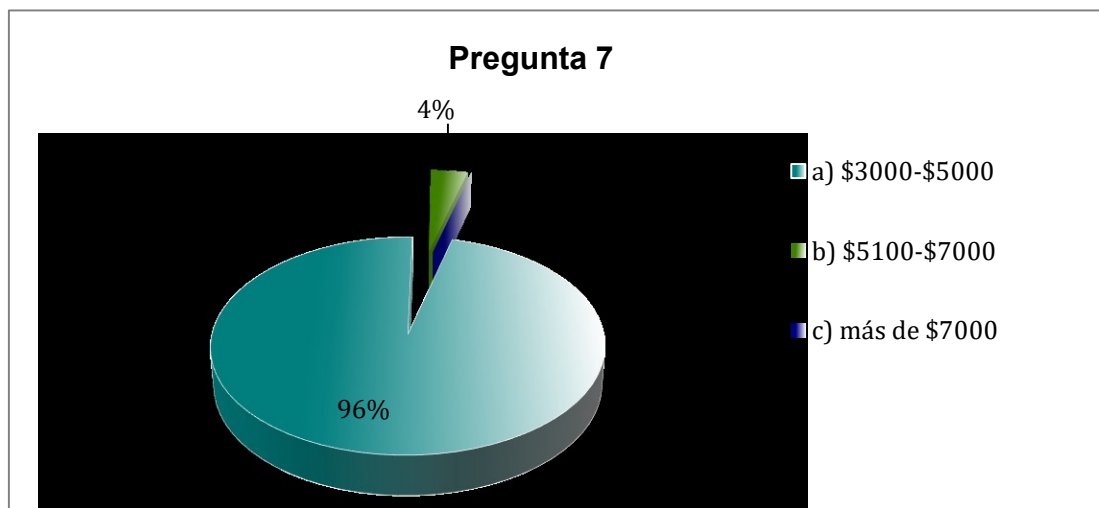
Pregunta 5. ¿Cuál o cuales razones no le atraen el servicio que otorga el centro de día para personas con demencia?



Pregunta 6. ¿Qué servicios le parecerían más importantes en un centro de día para personas con demencia? (Puede marcar más de una opción)



Pregunta 7. Indique ¿Cuál sería el precio mensual por otorgar los cuidados de 8-10 horas al día a personas con demencia?



De los datos obtenidos en el estudio de mercado, podemos concluir que el servicio para atender a adultos mayores con demencia es aceptable y necesario, debido a que los cuidadores se sienten agotados y que además deben de realizar otras actividades.

4.2.2 IDENTIFICACIÓN DE LA COMPETENCIA

Aunque no tenemos una competencia directa, existen modelos gerontológicos que a pesar de que no son especializados, atienden a personas con demencia, ya que: 1) son cercanos a la zona de nuestro centro, 2) hay organizaciones públicas, como Casa Betty, residencia de larga estancia, pero tienen lista de espera y además los requisitos para ingresar a estos son que las PAM's no deben presentar algún problema cognitivo y que sean totalmente independientes, 3) residencia lucrativa de larga estancia mixta (Teodoro Mildred) y 4) modelos que hacen la función de centro de día y de residencia de larga estancia.

4.2.3 SEGMENTACIÓN DEL MERCADO

La propuesta del centro de día se centrará en personas mayores de 60 años con demencia moderada.

Residentes de la Delegación Azcapotzalco o habitantes cercanos a dicha demarcación.

Familiares que refieran sentirse colapsados o que no tengan el tiempo de llevar el rol de cuidador.

Dirigido a personas con un nivel socioeconómico (NSE) C+/C.

4.3 FODA DEL CENTRO DE DÍA PROPUESTO

Fortalezas

1. El centro de día es el único centro especializado en la atención y cuidado para las personas que padezcan algún tipo de demencia en la delegación Azcapotzalco.

2. El centro no es una residencia de larga estancia, por lo que el precio de los cuidados para este mercado es menor.
3. Se ajusta a las necesidades de la familia (tiempo) .
4. Programa de educación sanitaria hacia la familia. Se promoverá la estrecha colaboración de la familia con el personal del centro.

Oportunidades

1. Disminuir el colapso del cuidador y aumentar la calidad de vida del PAM y de su familia. En el centro se le darán cuidados que a su familia le es muy difícil asumir.
2. Incremento en el envejecimiento demográfico y aumento de personas mayores con deterioro cognitivo y demencia. Actualmente, la Ciudad de México es la entidad más envejecida de México, donde las personas en edades avanzadas representan 13.36 por ciento de la población total, como también es la entidad con mayor número de personas adultas mayores con dependencia. (CONAPO, 2015)
3. El número de establecimientos regulados o reglamentados para atención a personas adultas mayores con demencia son escasas. Ya que dentro de esta delegación se cuenta con 5 asilos, 4 otorgan servicio privado y uno público. Secretaria de Desarrollo Social.
4. Incorporación al mercado laboral a personas de (nueva oferta laboral)

Debilidades

1. Esta propuesta de centro de día se encuentra en etapa de introducción.
2. El precio del servicio puede ser un problema, ya que algunas familias pueden preferir añadir algo más de dinero y contratar una plaza en una residencia *full time*.
3. Fuerte inversión inicial requerida para la adecuación de las instalaciones necesarias
4. En caso de empeoramiento del estado del usuario, no podemos continuar con sus cuidados dada las características del centro y tiene que ser referido a un servicio hospitalario.
5. No se cuenta con un ingreso fijo debido a que no se cuenta con donadores.

Amenazas

1. Desconocimiento de que existe o que es un centro de día
2. Existen servicios que no se encuentran regulados y ofrecen un bajo costo en sus servicios de tiempo completo.
3. Falta de interés social y de la familia hacia el bienestar del paciente con demencia.

4.4 PLAN ADMINISTRATIVO DEL CENTRO DE DÍA

4.4.1 ESTRUCTURA ORGANIZACIONAL

El centro de día será una organización formal de tipo de línea Staff, pues se recibirá asesoría de servicios especializados, como también la autoridad y responsabilidad sobre la ejecución de planes.

4.4.2 FUNCIONES DE LA ESTRUCTURA

Director.

- Tener la responsabilidad de la gestión económica y financiera del centro de día.
- Actualizar la documentación oficial del centro y de la información correspondiente a los usuarios, cuidando del cumplimiento de los requisitos legales establecidos.
- Valorar cada año el grado de calidad de los servicios y de satisfacción de los usuarios.
- Planear conjuntamente con el administrador los roles de vacaciones de los empleados.
- Llevar a cabo reuniones periódicas con los prestadores de prácticas profesionales para evaluar el avance de sus actividades con los usuarios.
- Llevar el resguardo de los bienes inmuebles del centro de día, registrados en el inventario.
- Supervisar y dar buen trato y cuidado de los usuarios por parte de todo el personal que labore en el centro de día.
- Revisar el reporte diario, con la información de los sucesos relevantes de los usuarios.

- Dirigir y coordinar cada una de las actividades a desarrollar del centro de día, elaborar y organizar los programas de las actividades generales para los usuarios.
- Recibir y/o Egresar a los adultos mayores.
- Revisar y mantener actualizados el expediente de cada uno de los usuarios que ingresan (contenga una ficha técnica de identificación, fotografía al momento de ingreso, ficha médica y diagnóstico clínico, datos del familiar responsable)
- Canalizar a una institución en caso de que algún usuario presente alteraciones de salud física o psíquica para una adecuada atención.
- Revisar que los usuarios obtengan los servicios necesarios de acuerdo a su problemática.
- Coordinar con el personal de cada una de las áreas las actividades diarias a desarrollar con los usuarios.

Administrador.

- Suplir las funciones en ausencia del Director, en base a horarios de trabajo, días de descanso y vacaciones.
- Administrar los medios humanos y materiales disponibles.
- Programar las actividades, establecer los procesos de trabajo, coordinar, medir y supervisar las actuaciones del personal a su cargo.
- Velar por el mantenimiento y mejora del centro de día.
- Proponer iniciativas para alcanzar los objetivos y mejora del funcionamiento del centro de día.
- Mostrar a los familiares responsables del usuario de nuevo ingreso las instalaciones.
- Llevar a cabo reuniones periódicas con los familiares de los usuarios para tratar asuntos de interés general.
- Supervisar que los responsables de las diferentes áreas realicen su trabajo.
- Vigilar los recursos materiales y humanos necesarios para la prestación del servicio.
- Realizar las solicitudes del suministro de material e insumos.
- Tramitar movimientos de altas y bajas, cambios, permisos de personal,
- Resolución de gastos de imprevistos.
- Realizar las órdenes de pago de cuotas de los Usuarios.
- Las demás que instruya el Director y que se encuentren en el ámbito de sus atribuciones.

Psicogerontólogo.

- Analizar aspectos cognitivos, afectivos y conductuales de los usuarios.
- Colaborar en la elaboración e implementación del plan de intervención individual de usuarios, en aspectos afectivos y cognitivos de este.
- Dar atención clínica individual y familiar (depresión y colapso del cuidador).

Terapeuta ocupacional.

- Realizar actividades de psicomotricidad, lenguaje, dinámicas y rehabilitación personal y social a los residentes.
- Colaborar en el seguimiento o la evolución del proceso recuperador o asistencial de los usuarios.
- Participar en las áreas de ocio y tiempos libres del usuario del centro.

Fisioterapeutas.

- Realizar los tratamientos y técnicas rehabilitadoras.
- Participar en el equipo multiprofesional del centro para la realización de pruebas o valoraciones relacionadas con su especialidad profesional.
- Hacer el seguimiento y la evaluación de la aplicación de tratamiento que realice.
- Conocer, evaluar e informar y cambiar, en su caso, la aplicación del tratamiento de su especialidad.
- Asesorar al personal de enfermería y cuidadores sobre pautas de movilizaciones.

SEPE

Enfermería.

- Evaluar los aspectos de bienestar, nutricional, hidratación, continencia, deficiencias sensoriales y cognitivas.
- Redactar los informes relacionados con los cuidados.
- Preparar y supervisar la administración de los medicamentos según prescripciones médicas.
- Monitoreo de los signos vitales, control de la higiene del usuario, detectar situaciones de riesgo.
- Hacer uso adecuado de los recursos materiales y humanos disponibles.

Cuidador.

- Es el responsable de la atención básica del usuario, como la higiene diaria, curas básicas, vestido y alimentación. Sus tareas son las siguientes:
- Administrar la medicación oral.
- Administrar la alimentación en caso de que el usuario sea incapaz de hacerlo por si mismo.
- Controlar los ritmos de evacuación de cada usuario y acompañarlos al sanitario en los horarios acordados en los procesos de reeducación de esfínteres.
- Realizar los cambios de pañales a demanda o en los horarios concretados.
- Acompañar a los usuarios en las salidas y celebraciones que puedan efectuarse en el centro.

Cocineros.

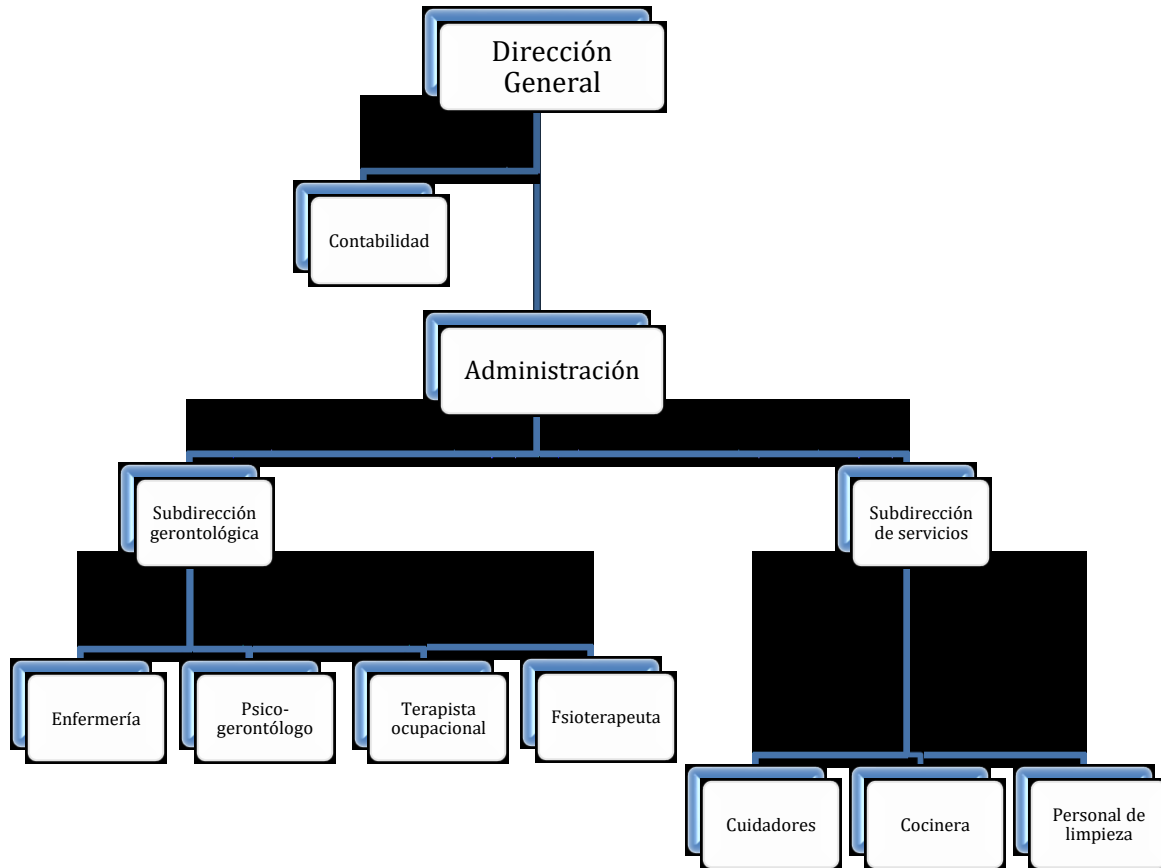
- Elaboración de las comidas, con sujeción al menú y regímenes alimentarios que propondrá para su aprobación a la dirección del centro.
- Vigilar la despensa cada día, suministrando los artículos de ésta al almacén, como también vigilar su estado.
- Recontar las existencias con el administrador del centro de día.
- Comunicar las faltas que vea y vigilar la higiene.

Personal de limpieza.

- Realizar las tareas propias de limpieza de zonas comunes (baños, ventanales, mobiliario, etc.).

Comunicar al administrador las incidencias o anomalías observadas en el desarrollo de su tarea.

4.4.3 ORGANIGRAMA



Elaboración. Propia

4.5 ESTRATEGIAS DE MERCADOTECNIA

Mediante los resultados obtenidos del estudio de mercado y debido a que esta propuesta es nueva en la delegación Azcapotzalco, el objetivo para la estrategia de mercadotecnia será dar a conocer el servicio, destacando los beneficios que proporciona tanto al paciente como al familiar.

Para el desarrollo de este apartado se utilizará el método de las “4P”.

4.5.1 SERVICIO (PRODUCTO)

El servicio se ofrecerá a familiares de personas con demencia, no solo ofertando la atención básica (alimentación, administración de medicamento o higiene), también se otorga la rehabilitación física, impartida por el fisioterapeuta, el disminuyendo rigidez articular y sus complicaciones.

Servicios de terapia cognitiva, el terapeuta ocupacional es quien realizará actividades motrices, cognitivas y sociales para rehabilitar y mantener al residente en las actividades de la vida diaria utilizando materiales que potencien su creatividad. El profesional a cargo formará diferentes grupos de personas en función de su estado mental.

Terapia psicológica. Este servicio será dirigido a los cuidadores primarios que lo soliciten.

Educación continua. Este servicio será gratuito y abierta al público, impartiendo temas relacionados al envejecimiento.

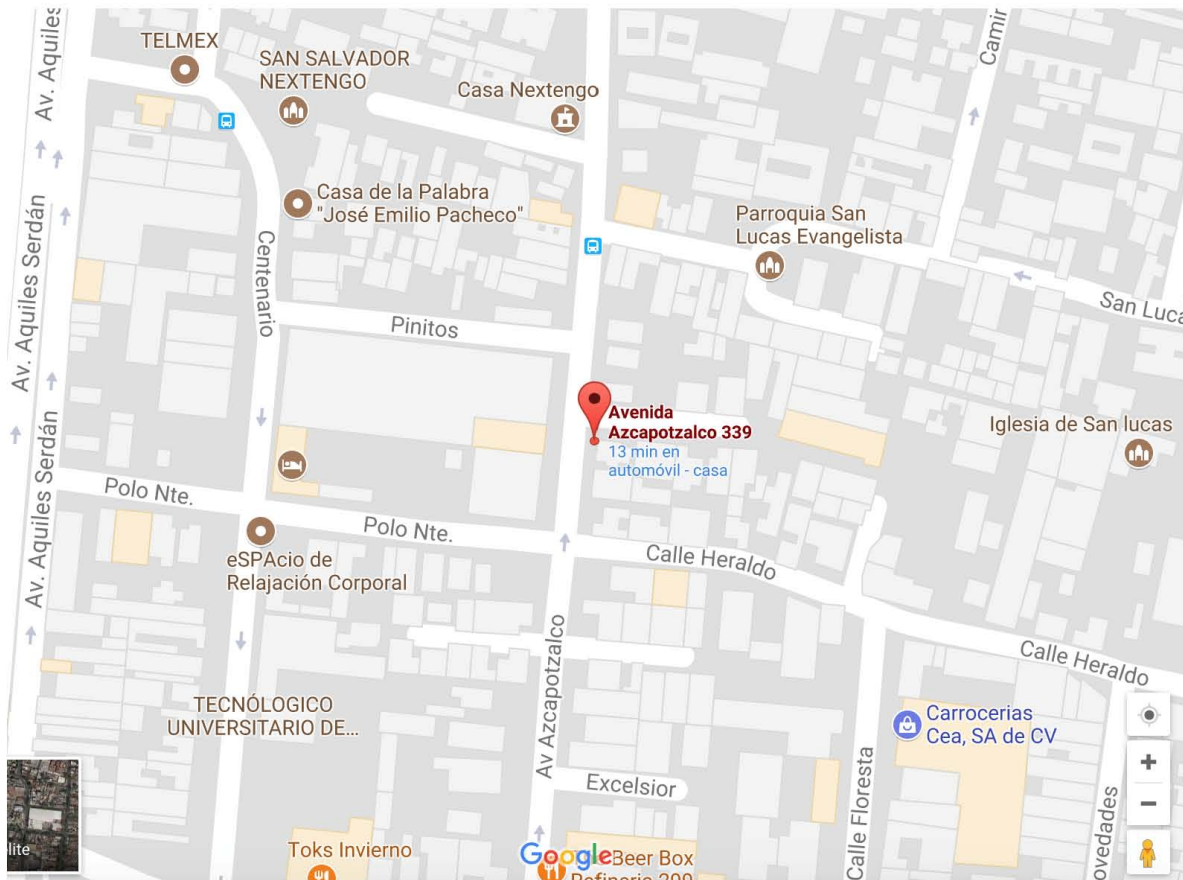
4.5.2 PRECIO

Para fijar el precio depende de muchos factores como oferta y demanda, competencia, costos; pero como precio inicial y para atraer clientes, se realizarán paquetes de la siguiente manera:

Servicio Sencillo	4hrs x 1 día	\$700	Estimulación cognitiva Rehabilitación física
Servicio Básico	8hrs x 2 días	\$1200 mensuales	Estimulación cognitiva Rehabilitación física
Servicio Platinum	18hrs x 3 días (6-6-6)	\$3500 mensuales	Alimentación Estimulación cognitiva Rehabilitación física
Servicio Golden	40hrs x 5 días (8hrs de L-V)	\$5000 mensuales	Alimentación Estimulación cognitiva Rehabilitación física

4.5.3 PLAZA

Ya que no se cuenta con un centro de día para PAM con demencia en la zona norte de la Ciudad de México, se dió a la tarea de buscar una espacio ubicada en la zona centro de dicha delegación, esta se encuentra ubicada en Avenida Azcapotzalco #339 Col. El Recreo, entre Gacetilla y Heraldó.



4.5.4 PROMOCIÓN

Para dar a conocer el servicio se utilizará un canal directo, debido a que este servicio se vende directamente al familiar sin tener algún intermediario.

La publicidad iniciará 6 meses antes de la apertura del centro y los medios de que se utilizarán son:

- Creación de una página web, donde se expondrán las características, promociones.
- Links en web relacionadas en el sector.
- Campaña publicitaria en ferias dedicadas al sector y en congresos del sector de salud.
- Reparto de flyers en centros de salud, plazas comerciales y hospitales.
- Anuncio en redes sociales, como Facebook, Twitter.

Una vez que ya esté funcionando el centro de día, el mejor método es el “boca a boca” a través de la satisfacción del servicio brindado a las familias y usuario.

4.6 INVERSIÓN INICIAL

Dentro de la inversión inicial está la renta, el mobiliario, materiales que requerirán para la terapia y rehabilitación de los usuarios, los alimentos, nómina y servicios de agua, luz; además de contabilizar los gastos de la promoción y el costo de los permisos legales que regulan el establecimiento.

Se ha elegido rentar un inmueble con una superficie de 236m² con un valor de \$20,000 con un pago mensual por concepto de arrendamiento. Este se verá incrementado, un 7% aproximadamente, por las adaptaciones que les serán hechas para que este sea accesible y cumpla con la normativa.

En cuanto al costo para el mobiliario y material para los profesionales ha sido determinado a través de sitios de internet, como Mercado Libre México y Amazon.

En la tabla 3 se muestra el concepto y costos de la inversion inicial.

Concepto	Inversión inicial
Constitución de sociedad	\$30,000
Renta y servicios	\$24,200 mensual
Nómina (sueldos)	\$59,000 mensual
Remodelación	\$51,000
Mobiliario y material	\$35, 700
Alimentación	\$10,000 mensual
Plan de lanzamiento	\$ 20,000

CAPÍTULO V. TRÁMITES DE APERTURA

Uno de los primeros trámites que se debe de realizar es la ACTA CONSTITUTIVA del centro de día y esta es otorgada por el notario público.

Para que pueda operar de manera formal el centro de día o cualquier negocio, se debe de realizar trámites requeridos por la ley. En México tenemos 3 niveles de gobierno (federal, estatal y municipal) que piden por lo menos un trámite que se debe hacer.

Trámite federal. Inscripción al Registro Federal de Contribuyentes. Este es otorgado por el SAT y será en el régimen que más convenga, según las actividades que vaya a realizar la empresa.

En este caso será una Sociedad Civil (S.C.)

Los requisitos solicitados son:

- Nombre de la empresa S.C., SA, etc.
- Comprobante de domicilio
- Acta de Nacimiento del Representante Legal. (socio, abogado o contador)
- INE
- CURP
- RFC

Trámite estatal. Registro Estatal de Causantes (REC). Los modulos para realizar este trámite se encuentran ubicados en la Secretaría de finanzas o tesorería; este registro se realiza para que se otorgue una clave y con ella realizar pagos de impuestos locales.

Trámite municipal. Delegación

Antes de iniciar el trámite municipal de apertura, se debe acudir a SEDUVI con el permiso de uso de suelo. Posteriormente se acude a la delegación, donde otorgaran:

-Aviso de Declaración de Apertura o licencia de funcionamiento: La Declaración de Apertura no tiene vigencia. Mientras el establecimiento no cambie de giro no es

necesario renovar este documento, sin embargo, cuando se va a cerrar se tiene que dar aviso de que se cierra o traspasa.

-Inscripción del Registro Empresarial ante el IMSS: La inscripción debe hacerse dentro de un plazo no mayor de cinco días de iniciadas las actividades. Al patrón se le clasificará de acuerdo con el Reglamento de Clasificación de Empresas y denominación del Grado de Riesgo del Seguro del Trabajo base para fijar las cuotas que deberá cubrir.

Documentos solicitados

- RFC	- Acta constitutiva
- Afil (es otorgada por el IMSS)	- Documentación del representante legal (comprobante de domicilio, INE, CURP)

-Apertura de Establecimiento ante la Secretaría de Salud: Esta licencia tiene por lo general una vigencia de dos años y debe revalidarse 30 días antes de su vencimiento.

-Inscripción en el Sistema de Información Empresarial Mexicano SIEM ante la Secretaría de Economía.

-Trámite del Registro de la Propiedad: Sirve para comprobar la situación Jurídica Registral que guarda un Inmueble.

El costo de los trámites para iniciar un negocio así como el tiempo que va a invertir en llevarlos a cabo depende de cada estado y entidad.

RESUMEN

Aunque el número de personas adultas mayores con demencia está aumentando, no hay suficientes centros de atención, en la Ciudad de México, exclusivos que atiendan a estas personas; y refiriendonos en concreto en la delegación de Azcapotzalco, no hay ningún centro que otorgue este servicio.

La investigación muestra que es una necesidad tener un espacio que no solo cuente con los servicios básicos que pudiera requerir cualquier persona, sino también que tenga personal capacitado y que empatices con pacientes con demencia. Ayudándole a los familiares a tener un respiro, disminuyendo el colapso o el desgaste emocional o físico que pudiera tener, dando información y orientación necesaria en cuanto a la enfermedad como los cuidados que se deben de dar en casa.

En México no hay ley o sistema que regule el funcionamiento de un asilo o residencias de larga o corta estancia para el cuidado de personas adultas mayores independientes o dependientes.

CONCLUSIONES

Resulta de vital importancia de una ley de para el adecuado funcionamiento de residencias o centros de día para las personas adultas mayores, para que tener los trámites precisos evitando así, la suspensión de actividades del mismo.

Esta propuesta es una oportunidad empresarial, ya que es el único centro día, en la zona norte de la Ciudad de México, que brindará servicios a familiares que tengan pacientes con demencia; pretendiendo mejorar la calidad de vida tanto del cuidador como del paciente enfermo.

REFERENCIAS

Alonso, J. (2014). *Los cuidadores familiares. Boletín periódico del Programa Iberoamericano de cooperación sobre la situación de los adultos mayores en la región*, 6, 6.

Álvarez, V. M. I.; de Montalvo. (2010). *La familia ante la enfermedad. Familia y sociedad*. España: Universidad pontificia comillas, Universidad comillas.

Arrieta, I. & Gutierrez, L.M. (2014). *Plan de acción Alzheimer y otras demencias*. México. 2014. (2014). México: Instituto Nacional De Geriatria/Secretaría de Salud

Barbero, M. I. (2012). Higiene y atención sanitaria domiciliaria. Observación funcional y asistencia sanitaria para el usuario de ayuda a domicilio. Ideas propias.

Chiavenato, I. (2014). *Introducción a la teoría general de la administración*. México. McGraw Hill.

CONAPRED 2011

CONAPO. (2011). *Diagnóstico socio-demográfico del envejecimiento en México Serie Documentos Técnicos*. UNFPA, p.19.

Custodio, N., Escobar, J., Altamirano, J. (2006). *Demencia asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana tipo 1*. An Fac Med Lima, 67(3), p.245.

Declaración de Toronto. OMS. (2003)

Domínguez, S.G.; Zavala, M. A.; De la Cruz.; Ramírez, M.O. (2008). *Síndrome de sobrecarga en cuidadores primarios de adultos mayores de Cárdenas, Tabasco*, México. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander 23(1): 28-37.

Gutierrez, L.M. Tellez-Rojo, M., Acosta, I., López, M. Salinas, A. Sosa, A. (2012). Evidencia para la política pública en salud. Encuesta Nacional de Salud Pública y nutrición. ENSENUT. México. Instituto Nacional de Salud Pública/secretaria de Salud.

INAPAM. *Modelos de atención gerontológica*. p. 61.

INEGI. (2014). *Estadísticas a propósito del día internacional de las personas de edad (1 de octubre)* . México.

INMUJERES. (2015). *Situación de las personas adultas mayores en México*. 2017, de SEGOB Sitio web: cedo.inmujeres.gob.mx

IMSS. (2015). Detección y Manejo del colapso del cuidador. Guía práctica clínica. GPC. México.

Kim h, Chang m, rose k, Kim s. Predictors of caregiver burden in caregivers of individuals with dementia. *J adv nurs*. 2012 apr;68(4)

Kotler, P & Armstrong, G. (2012). *Marketing*. México. Pearson

Leturia, F.J.; Uriarte, A.; Yanguas, J. *Centros de día: atención e intervención integral para personas mayores dependientes y con deterioro cognitivo*. España.

Rodríguez, J. & Gutierrez, R. (2014). *Demencias y enfermedad de Alzheimer en América Latina y el Caribe*. *Rev Cubana Salud Pública*, 40(3), p.378.

Malhotra, N. (2008). *Investigación de mercados*. México. Pearson.

Martín, P; Anders, W. et all. (2015) *El impacto global de la demencia. Un análisis de la prevalencia, incidencia, costos y tendencias. Informe mundial sobre el Alzheimer. Alzheimer's Disease International*. Londres.

Morrison, J. (2014). *DSM-5 Guía para el diagnóstico clínico*. México: Manual moderno

NOM-030-SSA3-2013, que establece las características arquitectónicas para facilitar el acceso, tránsito, uso y permanencia de las personas con discapacidad en establecimientos para la atención médica ambulatoria y hospitalaria del sistema nacional de salud.

NOM-031-SSA3-2012, Asistencia social. Prestación de servicios de asistencia social a adultos y adultos mayores en situación de riesgo y vulnerabilidad

OLGUIN, F. (2000) *Atención a los ancianos en asilos y casa hogar de la Ciudad de México*. España. Plaza y Valdes.

OMS. (2002) Envejecimiento activo: in marco político. *Rev. Esc. Geriatr. Gerontol*; 37 (S7): 74-105

OPS/OMS. Parte II: *Abuso (Maltrato) y Negligencia (Abandono)*. *Guía de diagnóstico y manejo 1*, p.130-131.

Prince, M. & Jacson, J.(2009). *Informe Mundial sobre el Alzheimer 2009*. Resumen ejecutivo. ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, p.11.

Rodríguez, R. (2011). *Práctica de la Geriatría*. México: McGraw Hill.

Sicilia et all. (2013.). *Día a día con la enfermedad de Alzheimer*. México: Alfa omega.

Slachevsky & Oyarzo (2008), las demencias: historia, clasificación y aproximación clínica, en tratado de neuropsicología clínica. Argentina: Librería Akadia editorial

Tallis & Fillit. (2007). *Brocklehurst's geriatrics'* . España: Marban

Uribe, A. (2012). *Reconocimiento jurídico de las instituciones gerontológicas mexicanas*. México.

ANEXOS

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL DE FOLSTEIN (MINIMENTAL)

¿Qué fecha es hoy? (día __, mes __, año __, día de la semana __, estación/clima __)	0	1	2	3	4	5
¿En donde estamos? (calle __, colonia __, delegación __, ciudad __, país __)	0	1	2	3	4	5
Repita estas 3 palabras: MESA __ LLAVE __ LIBRO __	0	1	2	3		
Deletree la palabra MUNDO al revés: O __, D __, N __, U __, M __	0	1	2	3	4	5
¿Cuáles fueron las tres palabras mencionadas anteriormente? MESA __ LLAVE __ LIBRO __	0	1	2	3		
Muestre un lápiz y un reloj y pida que los identifique LAPIZ __ RELOJ __	0	1	2			
Repita la siguiente frase: “NO IRÉ, SI TU NO LLEGAS TEMPRANO”	0	1				
Cumpla la siguiente orden verbal: “TOME ESTA HOJA CON SU MANO DERECHA __, DOBLELA POR LA MITAD __ Y COLOQUELA EN EL PISO __”	0	1	2	3		
Lea la siguiente frase y realice lo que ella dice: “ CIERRE LOS OJOS ”	0	1				
Escriba una frase o enunciado	0	1				
Copie estos dibujos	0	1				
Total/30						

ESCALA DE BARTHEL (VALORACION PARA ACTIVIDADES BASICAS DE LAS VIDA DIARIA)

COMER

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.
- 5 NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo
- 0 DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona

VESTIRSE

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
- 5 NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
- 0 DEPENDIENTE.

ARREGLARSE

- 5 INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda

DEPOSICIÓN

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
- 0 INCONTINENTE.

MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior)

- 10 CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo.
- 5 ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.
- 0 INCONTINENTE.

IR AL RETRETE

- 10 INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo.
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.

TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias)

- 15 INDEPENDIENTE. No precisa ayuda
- 10 MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
- 5 GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada.
- 0 DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.

DEAMBULACIÓN

- 15 INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo.
- 10 NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.
- 5 INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.
- 0 DEPENDIENTE

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

- 10 INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
- 5 NECESITA AYUDA
- 0 DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones.

<20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve

ESCALA DE KATZ (VALORACION PARA ACTIVIDADES BASICAS DE LAS VIDA DIARIA)

El índice de Independencia en las Actividades de la Vida Diaria esta basado en la evaluación de la independencia o dependencia funcional de los mayores en el baño, vestido, ir al servicio, traslado, continencia y alimentación.

En esta página se muestran definiciones específicas de la dependencia e independencia funcional.

Índices:

- A. Independencia en alimentación, continencia, movilidad, uso del W.C., vestido y baño. (Independiente en todas las funciones)
- B. Independencia en todas excepto en una de estas actividades
- C. Independiente en todas excepto lavado, y otra actividad
- D. Independencia en todas excepto lavado, vestido y otra actividad
- E. Independencia en todas excepto lavado, vestido, uso del W.C. y otra actividad
- F. Independencia en todas excepto lavado, vestido, uso del W.C., movilidad y otra actividad cualquiera
- G. Dependencia en todas las funciones (seis actividades)
- H. Dependencia en al menos dos actividades pero no clasificables como C, D, E o F.

Independencia significa sin supervisión, dirección o ayuda personal activa, excepto en los casos que se especifica más abajo. Se basa sobre su estado actual y no sobre su capacidad de hacerlas.

Un mayor que rehúsa ejecutar una actividad se considera que no la ejecuta aunque sea capaz.

LAVADO (esponja, ducha o bañera)

- **Independencia:** Se le ayuda únicamente en algunas zonas (espalda) se baña el mismo por entero.
- **Dependencia:** Ayuda en el baño para más de una parte del cuerpo. Ayuda en entrar o salir de la bañera o no se baña por sí solo.

VESTIDO

- **Independencia:** Coger la ropa del armario y cajones, se arregla la ropa, se pone la ropa, incluida la ropa exterior, puede abrocharse. Se excluye atarse los zapatos.
- **Dependencia:** No se viste solo o queda parcialmente desvestido.

USO DEL W.C.

- **Independencia:** Va al W.C. solo. Arregla sus ropas. Limpia los órganos de excremento.
- **Dependencia:** Precisa ayuda para ir al W.C.

MOVILIDAD

- **Independencia:** Se levanta y acuesta de la cama por sí mismo y se levanta de la silla por sí solo
- **Dependencia:** Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla; no realiza uno o más desplazamientos

CONTINENCIA ESFINTERIANA

- **Independencia:** Control completo de micción y defecación
- **Dependencia:** Incontinencia parcial o total de la micción o defecación

ALIMENTACIÓN

- **Independencia:** Lleva la comida del plato o similares a la boca (Se excluye cortar la carne y preparación de alimentos, como por ejemplo, untar el pan)
- **Dependencia:** Necesita ayuda en la comida, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral

**ESCALA DE LAWTON Y BRODY (VALORACION PARA ACTIVIDADES
INSTRUMENTADAS DE LA VIDA DIARIA)**

<p>A. CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc 2. Marca unos cuantos números bien conocidos 3. Contesta el teléfono pero no marca 4. No usa el teléfono 	
<p>B. IR DE COMPRAS</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza todas las compras necesarias con independencia 2. Compra con independencia pequeñas cosas 3. Necesita compañía para realizar cualquier compra 4. Completamente incapaz de ir de compras 	
<p>C. PREPARACIÓN DE LA COMIDA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia 2. Prepara las comidas si se le dan los ingredientes 3. Calienta y sirve las comidas pero no mantiene una dieta adecuada 4. Necesita que se le prepare y sirva la comida 	
<p>D. CUIDAR LA CASA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados) 2. Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama 3. Realiza tareas domésticas ligeras pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable 4. Necesita ayuda en todas las tareas de la casa 5. No participa en ninguna tarea doméstica 	
<p>E. LAVADO DE ROPA</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Realiza completamente el lavado de ropa personal 2. Lava ropa pequeña 3. Necesita que otro se ocupe del lavado 	
<p>F. MEDIO DE TRANSPORTE</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche 2. Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público 3. Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona 4. Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros 5. No viaja 	
<p>G. RESPONSABILIDAD SOBRE LA MEDICACIÓN</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas 2. Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas 3. No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación 	
<p>H. CAPACIDAD DE UTILIZAR EL DINERO</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos 2. Maneja los gastos cotidianos pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc. 3. Incapaz de manejar el dinero 	

ESCALA DE ZARIT (TEST DE SOBRE CARGA DEL CUIDADOR)

		Nunca	Rara vez	Algunas veces	Bastantes veces	Casi siempre
1	¿Piensa que su familiar solicita más ayuda de la que realmente necesita?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar ya no dispone de tiempo suficiente para usted?					
3	¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Se siente vergüenza por la conducta de su familiar?					
5	¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar?					
6	¿Cree que la situación actual afecta negativamente la relación que Ud tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?					
8	¿Piensa que su familiar depende de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a su familiar?					
10	¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar a su familiar?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a su familiar?					
13	¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?					
14	¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?					

19	<i>¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?</i>					
20	<i>¿Piensa que debería hacer más por su familiar?</i>					
21	<i>¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?</i>					
22	<i>Globalmente ¿Qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?</i>					

ESCALA DE YESAVAGE (ESCALA DE DEPRESION GERIATRICA)

		SI	NO
1	¿Está usted satisfecho con la vida que lleva?	0	1
2	¿Ha dejado de hacer las cosas que le gustan?	1	0
3	¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4	¿Se siente aburrido frecuentemente?	1	0
5	¿Está de buen ánimo la mayor parte del tiempo?	0	1
6	¿Está preocupado, porque piensa que algo malo le va pasar?	1	0
7	¿Se siente feliz gran parte de su tiempo?	0	1
8	¿Siente a menudo que no vale nada?	1	0
9	¿Prefiere estar sin hacer nada en casa durante el día que salir a la calle?	1	0
10	¿Piensa que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente de su edad?	1	1
11	¿Piensa que es agradable estar vivo?	0	1
12	¿Siente que vale poco en su actual condición?	1	0
13	¿Se siente lleno de energía?	0	1
14	¿Se encuentra sin esperanza por su condición actual?	1	0
15	¿Piensa que la mayoría de la gente tiene más suerte que usted?	1	0
	Total/15		

La siguiente encuesta, se realizará para fines de investigación académica:

1. ¿Tiene usted algún familiar con demencia?

si	no
----	----

2. Indique cual, de los siguientes centros de atención para adultos mayores con demencia, conoce que hay en esta delegación:

	Conoce	No conoce
a) Asilos o casas de reposo para personas con demencia		
b) Centros de día o centros de corta estancia para personas con demencia		
c) Otros		

3. En una escala del 1 al 6, donde 6 es "muy necesario" y 1 es "innecesario". ¿qué tan necesario es que exista un centro de día para personas con demencia?

6	5	4	3	2	1

4. Si tuviera la necesidad de contratar el servicio del centro de día especializado para personas con demencia, ¿por que razón o razones le atraerían?

a) Es nuevo	
b) es cercano a su domicilio o trabajo	
c) Se siente agotado (a) de cuidar a su familiar	

d) Tiene que ir a trabajar o hacer otras actividades	
e) No deseo cuidarlo	
f) Otro	

5. ¿Cuál o cuáles razones no le atraen el servicio que otorga el centro de día para personas con demencia?

a) No lo necesitamos	
b) No puedo pagar el servicio	
c) No tengo manera de trasladarme	
d) Tengo buen apoyo de la familia	
e) Requiero un servicio de 24hrs	

6. ¿Qué servicios le parecerían más importantes en un centro de día para personas con demencia?

a) Servicio fisioterapia	
b) Servicio de estimulación cognitiva	
c) Servicio apoyo psicológico	
d) Servicio de orientación médica	

7. Indique, ¿Cuál sería el precio mensual por otorgar los cuidados de 8-10hrs al día a personas con demencia?

a) \$3000-5000	b) \$5100-7000	c) Más de \$7000