

Libro de Comunicaciones

Jornadas Centros de día y Dependencia

Modelos y Perspectivas en las grandes ciudades

Índice

■ ESTUDIO COSTE-EFECTIVIDAD DE UN CENTRO DE DÍA	299
■ USUARIOS Y SATISFACCIÓN DE NECESIDADES EN UN CENTRO DE DÍA PSICOGERIÁTRICO	305
■ PERFIL DE LOS USUARIOS EN UN CENTRO DE DÍA URBANO	311
■ ESTUDIO DE VIABILIDAD PARA LA CREACIÓN DE UN CENTRO DE DÍA EN EL MUNICIPIO DE POZUELO DE ALARCÓN (MADRID)	315
■ HÁBITOS ALIMENTARIOS DE USUARIOS DE CENTROS DE DÍA MUNICIPALES.	321
■ PREVALENCIA DE DETERIORO COGNITIVO O DEMENCIA EN LOS CENTROS DE DÍA CONVENCIONALES MUNICIPALES.	329
■ ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EL DOMICILIO	333
■ DIAGNOSTICO PRECOZ DE DETERIORO COGNITIVO: PROGRAMA-PROUECTO.	339
■ CALIDAD DE VIDA Y AUTONOMÍA EN EL ANCIANO DENTRO DE SU ENTORNO..	343

Estudio coste-efectividad

de un centro de día

Premio a la mejor comunicación

ATANCE MARTÍNEZ, J.C.; RODRÍGUEZ MIRANDA, M.; AMO CABALLERO, M. DEL; PUYANA CERPA, M^a C.;

OLMO SERNA, J. DEL.; GALLEGO IBÁÑEZ, R.

COMPLEJO SOCIO SANITARIO

HOSPITAL PROVINCIAL DE GUADALAJARA

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Día (CD) se plantean como dispositivos que pretenden compatibilizar la vida sociolaboral activa de los “cuidadores informales” generalmente familiares, con el mantenimiento de la/s persona/s dependiente/s en el medio y entorno domiciliario y familiar. Sin embargo esta decisión que inicialmente al menos, corresponde a la familia no siempre está adecuadamente sustentada, en relación a las posibilidades que ofrecen estos u otros dispositivos disponibles, que bien podrían graduar su utilización en función del grado de deterioro o dependencia del paciente, desde la ayuda a domicilio hasta el ingreso en medios residenciales.

Junto a lo anterior parece resaltable que la información que llega a los cuidadores- familiares, respecto a los dispositivos, no siempre es ni completa ni existente, de modo que ya desde el inicio de cualquiera de estos procesos este será un punto en que habrá que poner especial énfasis. Además la implicación y coordinación de los dispositivos aludidos, en un objetivo común, como podría ser que la persona dependiente pudiese acceder al dispositivo más adecuado a su condición, y que esto así mismo se incardinara automáticamente en los servicios sociales y sanitarios, en un contexto sociosanitario que evitaría buen número de problemas, cuya índole no es otra que la ausencia de integración real de servicios, casi obligando a duplicar solicitudes, informaciones, estructura, etc, según que la dependencia se incorpore más a una vertiente u otra de las indicadas, hasta tal punto que una misma persona dependiente, pueda ser denominada “usuario/a”, en su ámbito social, mientras que “paciente” lo sería en el sanitario, y todo ello sin dejar de ser lo mismo en cualquier término.

Los objetivos atribuidos a estas unidades (CD) contemplados desde el ámbito de los servicios sociales se centran en la descarga familiar de los cuidadores informales a cuyo cargo están las personas dependientes, mientras que cuando estos CD se planifican desde el contexto sanitario además de anterior, anexionan objetivos de mejora de los pacientes en las esferas funcional y mental, si bien no así en la supervivencia, pero si en la calidad de vida.

De otra parte el planteamiento de estos servicios así mismo difiere según se encuadren en los tradicionales CD geriátricos y basados en el modelo de Tester, y que en síntesis buscan la rehabilitación del paciente, para hacerlo lo más capacitado posible para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), una vez pueda abandonar el centro y retornar a su medio, frente al modelo más convencional sociosanitario propiamente dicho, que se basan en los planteamientos de ese sector que se inicia, como ya es conocido a finales de los años 70 en San Francisco – China Twon- EEUU., y cuyo fin solo es el mantenimiento de los dependientes, el mayor tiempo y en las mejores condiciones posibles, pero nunca con criterios de autonomía ni de abandono del servicio, salvo para asistir a otro dispositivo, habitualmente de mayor requerimiento de cuidados.

OBJETIVOS

Con todo lo anterior nos posponemos realizar un estudio para conocer lo siguiente:

- 1- Caracterizar el perfil de las personas dependientes que permanecen en su domicilio, frente a los que asisten a un CD.
- 2- Caracterizar el perfil económico y asistencial de ambos grupos de participantes en el estudio.
- 3- Estimar el beneficio, ver sus, utilidad, de sendas opciones: domiciliados y asistentes a CD.

MATERIAL MÉTODO

- 1- Diseñamos un estudio observacional en el que estudiamos pacientes durante un periodo de tiempo de mayo 2002 a octubre 2003, ambos inclusive.
- 2- Estudiamos un grupo de pacientes seleccionados al azar, de entre los registrados con enfermedad de Alzheimer, en los servicios de Geriatría y Neurología del Hospital Universitario de Guadalajara, y que no acudían a ningún CD; junto con los enfermos asistentes la CD de nuestro Hospital.
- 3- Caracterizamos epidemiológicamente a los dos grupos de participantes en el estudio: asistentes a nuestro CD y los domiciliados (no asistentes a ningún CD).
- 4- Las variables analizadas fueron : universales de edad y sexo, comorbilidad, grado de deterioro, nivel de renta, cartera de servicios recibidos, y costes.
- 5- Posteriormente se compararon los resultados en ambos grupos con la ayuda de estadísticos descriptivos, de comparación de medias y correlación; todo ello para un error tipo I y probabilidad alfa de $p < 0,05$.

- 6- Finalmente comparamos los costes medios y carteras de servicios respectivos a cada grupo de estudio y estimamos la utilidad en términos de beneficio clínico, según los cambios registrados en Minimental-Test; Blessed y Barthel;
- 7- Y concluimos tras todo lo anterior con un análisis de eficiencia.
- 8- Para el estudio de los domiciliados se realizó visita domiciliaria , y solicitud de autorización, y de los asistentes al CD se utilizaron los datos registrados en el Centro.

RESULTADOS

Estudiamos 80 pacientes en el periodo indicado, de los que 48 estaban domiciliados y 32 eran asistentes al CD.

Para las variables universales de edad (media) no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, siendo el rango de valores obtenidos para un IC del 95% de 68 a 84 años. Igualmente ocurrió con la comorbilidad asociada (1,01) y en relación al sexo (proporciones) la relación mujeres / varones tampoco fue significativa entre los grupos, pero las diferencias de proporciones de varones /mujeres en cada grupo si fueron significativas con una mayor proporción de mujeres frente a varones (3,01).

Las carteras de servicios respectivos, así como las diferencias entre ellas se pueden observar en la **tabla 1**.

Se obtuvieron diferencias significativas en la renta, y aportaciones de los pacientes (copago), siendo en ambos casos mayor en los domiciliados; mientras que la cartera de servicios y el grado de deterioro fue menor en el mismo grupo, domiciliados, y también de forma significativa. Se exponen estos resultados en la **tabla 2**.

En el análisis funcional de la evolución de los pacientes del Centro de Día mediante los tests que se indicaban, pudimos observar que el que más finamente registraba los cambios en el estado clínico del paciente fue Barthel, con diferencias significativas entre el tiempo de inicio y final del estudio. El periodo de tiempo en que los pacientes se mantenían con valores de los test similares a los del tiempo inicial, y por tanto manteniendo sus condiciones iniciales de dependencia, se situaba en torno a un periodo de latencia de 9 a 16 meses. También observamos una correlación moderada ($r = 0.39$) en los ítems de Barthel que sugerían mal pronóstico (aseo, baño, vestido, y retrete) frente a los que más se mantenían (deambulaci3n, lenguaje, orientaci3n,etc). Se presentan estos resultados en la **tabla 3**.

DISCUSIÓN

El estudio sugiere que la asistencia al CD aporta no solo descarga familiar si no también un mejor manteniendo clínico del paciente durante un periodo de tiempo de al menos un año, en el que el paciente conserva sus capacidades iniciales. Este dato junto con los buenos resultados de la integración servicios sanitarios y sociales, es avalado por la literatura. El perfil de los pacientes estudiados difiere esencialmente en el nivel de renta y grado de deterioro de los mismos de modo que los más deteriorados y de menor renta son los que asisten al CD, siendo una decisión unilateral de los familiares que asumen el mantenimiento del paciente en su domicilio, pero que a diferencia con los anteriores, en los que los profesionales coordinan la asistencia integral de los mismos, en este caso son los cuidadores informales, no siempre capacitados para ello, y además privando al paciente de los potenciales beneficios de los CD.

Junto a lo anterior obtener acceso a una cartera de servicios más amplia, y rentable económicamente en el caso del CD, hacen sugerente la aproximación de estos servicios a la eficiencia, que junto con su aportación al mantenimiento de las condiciones iniciales del paciente sugieren ser unidades coste-efectivas.

Con los test utilizados observamos que sí podemos conocer las variables que con más frecuencia y prontitud se deterioran, y podemos intervenir sobre ellas, estaremos avanzando además de en el mantenimiento, en la prevención y/o enlentecimiento del deterioro. Nuestros datos a este respecto coinciden con la literatura.

CONCLUSIONES

- 1- Existe relación entre el nivel de renta y deterioro de los pacientes respecto a dispositivo utilizado.
- 2- El perfil de edad, sexo y comorbilidad asociada es similar en ambos grupos.
- 3- El Centro de Día sugiere eficiencia respecto a los pacientes domiciliados.
- 4- La mayor utilidad de servicios del CD se relaciona con pacientes más deteriorados y de menor renta.
- 5- La efectividad del Centro de Día se mantiene hasta un periodo de 9 a 16 meses.

TABLAS

Tabla 1: Cartera de servicios: SED/ Domiciliados

SERVICIO ESTANCIAS DIURNAS	DOMICILIADOS
Consulta médica y enfermería	Atención Primaria
Consulta psiquiatría- psicología	Atención Especializada
Terapia Ocupacional	Ayuda a domicilio y veladoras
Fisioterapia	
Psicomotricidad-gerontogimnasia	Cuidados enfermería y fisioterapia privados
Taller de reminiscencia y orientación temporoespacial y la realidad	Cuidados familiares
Taller musicoterapia	
Apoyo a familiares y profesionales	
Servicio Estomatología	
Servicio Podología	
Servicio Peluquería	
Alimentación, aseo y baño	
Transporte	

Tabla 2: Variables Significativas

	CENTRO DÍA	P	DOMICILIADO
RENTA	368 €/mes	0.0051	598€/mes
APORTACIÓN	1248€/año	0.038	2483€/mes
CART.SERVS	1 s ; 1€	0.042	0.43 s ; 1,66€
DETERIORO	G-II :100%	0.021	GI:65%; GII:35%; RI/II: 1,81

s = servicio; GI = grado I (leve); GII = grado II (moderado); RI/II = relación grado I / II

Tabla 3: Resumen evolución funcional

	To			T1			T2			
	R	X	Mo	r	X	Mo	r	X	Mo	P
MMT	0-9	4	0	0	0	0	0	0	0	0.41
BT	25-90	38	30	15-85	25	15	0-40	10	10	0.04
BL	14-26	21/28	24	20-27	21/28	26	23-28	24/28	26	0.06
	16-37	28/37	36	20-37	28/37	36	20-37	29/37	36	

To= Tiempo 0; T1= 6 meses; T2= 16 meses; r= rango; X= media; Mo= moda; MMT= Minimental-test; BT= Barthel; BL=

BIBLIOGRAFÍA

- Tester S. - Definitions and objectives of day care services. In : Caring by day : a study of day care services for older people. Policy studies in ageing nº. 8 . London: Centre for policy on Ageing, 1989; (34-47).
- Rabanaque M^a.J. “Las unidades geriátricas reducen el deterioro funcional y mejoran la salud mental de los ancianos”. Gestión Clínica y Sanitaria 2002; 4 (3): 79.
- Casado Marín D. “A vueltas con lo Sociosanitario”. Editorial: Economía y Salud; 2003; Septiembre (48): 1-2.
- Artaso Irigoyen B; Martín Carrasco M; Cabases Hita J.M.: “Análisis coste-consecuencia de un centro de día”. Rev. Esp. Geriatr.Gerontol. 2002; 37 (6): 291-297.
- Casado Marín D: “La provisión integrada de Servicios Sanitarios y Sociales a los ancianos es coste-afectiva”. Gestión Clínica y Sanitaria. 2002, 4 (2): 48.
- Johri M; Beland F; Bergman H : “International experiments in integrated care for the elderly: a Synthesis of the evidence”. Int. J. Geriatric Psych. 2003; 18 : 222-235.
- Atance Martínez. JC; Yusta Izquierdo A; Grupeli Gardel BE; Olivar García M; Delgado Delgado P; Puyana Cerpa C; Rodríguez Miranda M : ¿Comprobamos si atendemos con equidad a los enfermos de Alzheimer en el área de salud? : XXI V Jornadas Asoc. Econ. Salud (AES). El Escorial, 26-28, mayo 2004. Libro de actas del Congreso.
- Alcalde R. MM; Campos LF; Yebra L, AB; Pozos N, MO.: “Residencia o domicilio ¿dónde están mejor nuestros mayores? Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002, 37 (1) : 144.
- Tobaruela G, JL; Camacho H, E.; Ruiz D, V; Olivenza J.T; Robledo P, JJ; Saez L,P; Prieto C, A.: “Centros de día: Coordinación con Centros de Salud” Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002, 37 (1) : 25.
- Ruiz Dieguez, V.; Olivenza Jiménez, T.; Camacho Hernández , E.; Tobaruela González, J.L.; Moreno Calvo, C.; Prieto Castillejo, A.; Robledo Parrón, J.J.: “Rentabilidad terapéutica del centro de día para personas mayores”. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002; 37 (51): 23-25.
- León Ortiz, M.; Maicas Martínez, L.; Martín Sebastián, E.; Roncero Rivas, L.; Luengo Márquez, C.; Abizonda Soler, P; “Ítems del índice de Barthel predictores de ganancia funcional y estancia media de pacientes ingresados en una unidad geriátrica de agudos”. Rev. Esp. Geriatr. Gerontol. 2002, 37 (51) : 39-43.

Usuarios y satisfacción

de necesidades en un centro de día psicogeriátrico

FERNANDO MARTÍNEZ CUERVO*, M^a TERESA LÓPEZ REBORDINOS*, CRISTINA CASTANEDO PFEIFFER**
DIPLOMADOS DE ENFERMERÍA. *RESIDENCIA MIXTA DE ANCIANOS DE GIJÓN (ERA: ESTABLECIMIENTOS RESIDENCIALES PARA ANCIANOS DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS). ** PROFESORA TITULAR UNIVERSIDAD DE CANTABRIA.

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Día Psicogeriátricos (CDP) se caracterizan por prestar servicios sanitarios y sociales en jornada laboral diurna a personas edad con limitaciones psíquicas, permitiendo la permanencia en la comunidad y evitando la institucionalización.

Los beneficios tendremos que observarlos al menos en dos vertientes: una respecto al usuario; y la otra, con relación a la familia o más concretamente al cuidador principal.

OBJETIVOS

Los objetivos que nos marcamos son: recoger y constatar las características socio-sanitarias de los usuarios de un CDP. También nos ha interesado, observar la evolución que han tenido cada uno de los usuarios en relación con la satisfacción de sus necesidades durante un periodo de dos años (desde febrero de 1998 a enero 2000).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo de la situación de todos los usuarios de un CDP y de sus respectivos cuidadores (cuidador principal).

Hemos utilizado un cuestionario para la recogida de datos, realizado “ad hoc” y previamente validado, donde se registraban datos de filiación del usuario, datos sobre la enfermedad y se anotaba la valoración de la satisfacción de necesidades utilizando el PAGES. Los cortes para la recogida de datos se han realizado al ingreso, a los seis meses, al año y a los dos años de ser usuario del centro de día.

Para ello, hemos realizado una revisión pormenorizada de la historia clínica y social de los usuarios.

RESULTADOS

El total de residentes usuarios del CDP desde su inauguración y a estudio han sido 31, de los cuales el 71% (22) han sido mujeres y el 29% (9) hombres, cuya edad media ha sido de 80,48 años (+ 6,89 años) (Mujeres 82,62 años + 5,75 años y los Hombres 75,57 años + 7,14 años, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos - $p > 0,0000$).

El 100% de los varones son nacidos fuera de Asturias frente al 73% (16 mujeres) de mujeres nacidas en Asturias, presentando diferencias estadísticas significativas ($p > 0,000$).

Los varones están casados en el 100% de los casos, frente al 27% (6 usuarias) de mujeres casadas y el 73% (16 usuarias) de mujeres viudas.

El cuidador principal se distribuyó entre un 49% (15 usuarios) cónyuge, 42% (13 usuarios) hija, 3% (1 usuario) sobrina, 3% (1 usuario) cuidadora, 3% (1 usuario) que vivía sola aunque con supervisión por parte de distintos miembros de la familia.

El nivel de instrucción presente en los usuarios del Centro de Día se caracteriza por una mayoría que bien parcialmente (74,29%) o por completo (16,14%) han finalizado la educación básica frente a un 6,47% que no tiene ningún tipo de estudios y un 3,22% que no sabe ni contesta. Destacando que no existe ninguno usuario con niveles de formación medios o universitarios.

El motivo de ingreso lo hemos dividido en tres grandes grupos según la prioridad que las familias han referido. El grupo de descarga que ha englobado a 20 usuarios (64,52% - IC 95%: 42,7% - 83,6%), el de estimulación a 2 usuarios (6,45% - IC 95%: 0,1% - 21,9%) y el de descarga más estimulación de 9 usuarios (29,03% - IC 95%: 13,2% - 52,9%).

Las patologías asociadas están presentes en el 81% (25 usuarios) de los usuarios del Centro de Día. En un 65% (20 usuarios) presentarían una patología asociada frente a un 16% (5 usuarios) que padecerían dos o más patologías. Las enfermedades más prevalentes han sido la hipertensión arterial (8 usuarios), la cardiopatía isquémica (6 usuarios), la depresión y los accidentes cerebro-vasculares (4 usuarios en ambos), seguido de la diabetes, el parkinson y las trombosis venosas profundas (3, 3 y 2 usuarios respectivamente).

Otros datos de interés de los usuarios al ingreso y por tanto al inicio del estudio son las puntuaciones medias en las siguientes escalas: Norton (17,9 + 2,31); Barthel (67,4 + 20,74); Lawton (1,77 + 1,48); Tinetti de la marcha (10,5 + 3,6); y Tinetti del equilibrio (13,58 + 3,53).

La evolución en la satisfacción de las necesidades por parte del usuario se puede ver reflejadas en las tablas 1, 2, 3 y 4.

La imagen del usuario del CDP sería: mujer de 82 años (+ 5,75 años), viuda, nacida en Asturias y sin haber terminado los estudios básicos, con 26 meses como usuaria, habiendo trabajado fuera del hogar y cuyo motivo principal de ingreso ha sido la descarga familiar. Respecto a la satisfacción de necesidades hemos constatado que durante los primeros seis meses se ha mantenido o mejorado la independencia en alguna de las mismas, que tiende a mantenerse durante el primer año y deteriorarse a partir de éste.

CONCLUSIONES

- 1- Los cuidados de Enfermería que desde los CDP se ofrecen, junto con el resto de intervenciones del equipo interdisciplinar, muestran una incidencia positiva tanto sobre el usuario que mejora y mantiene su capacidad para satisfacer determinadas necesidades durante periodos de tiempo más largos, como sobre la familia aliviando su carga de trabajo diaria.
- 2- Estabilidad y/o mejoría en las AVD.
- 3- Se alcanzan cotas de mayor independencia respecto a la movilidad y el desplazamiento.
- 4- Cierta estabilidad y alguna mejoría respecto a las funciones cognitivas.
- 5- Avance positivo en relación al estado de ánimo y la relación/integración.
- 6- Mayores cotas de mejora en las áreas relacionadas con las AVD y con la movilidad/desplazamiento.
- 7- Mejoras parciales respecto de las funciones cognitivas y relacionales.

ANEXOS

Tabla 1:

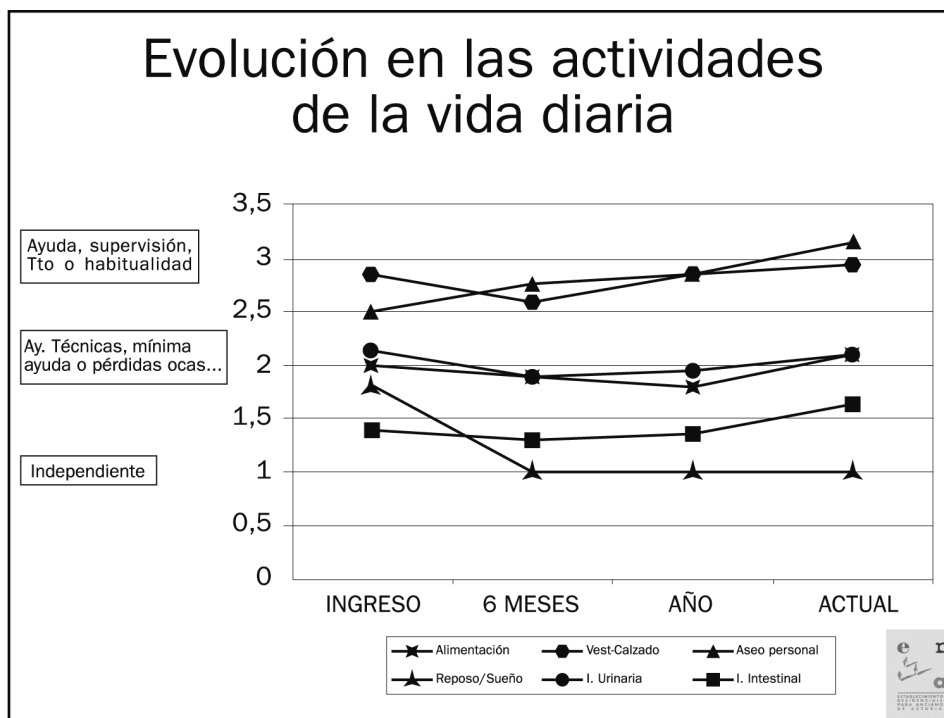


Tabla 2:

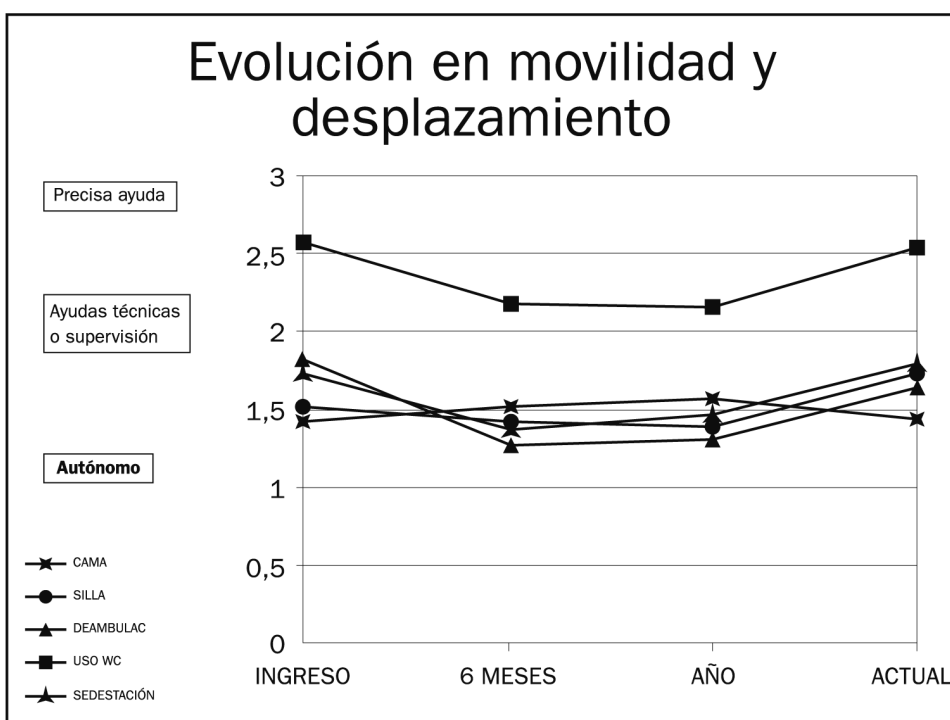


Tabla 3:

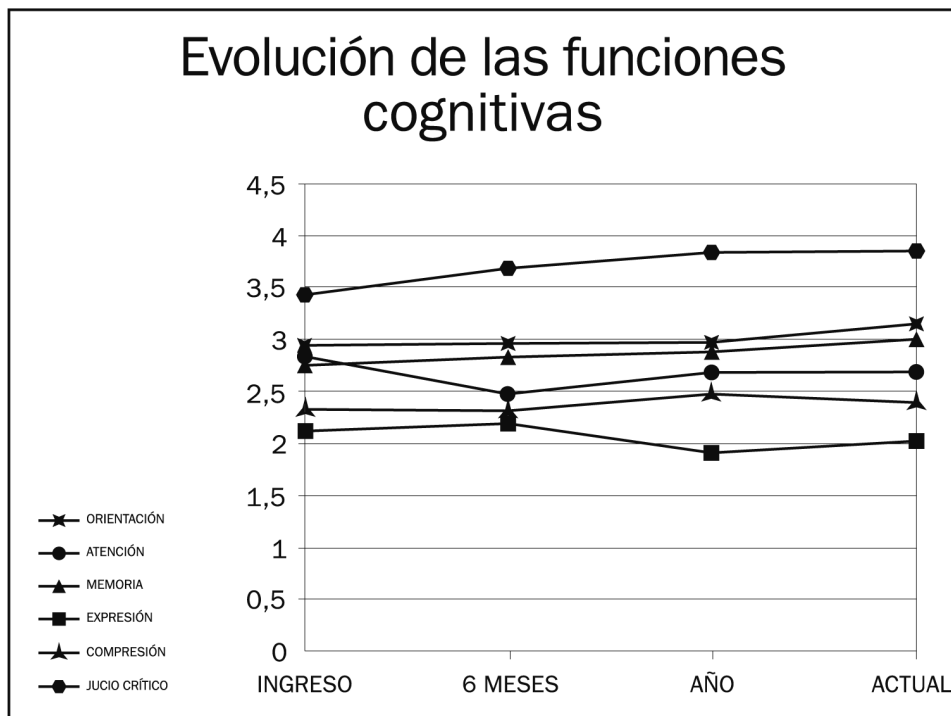
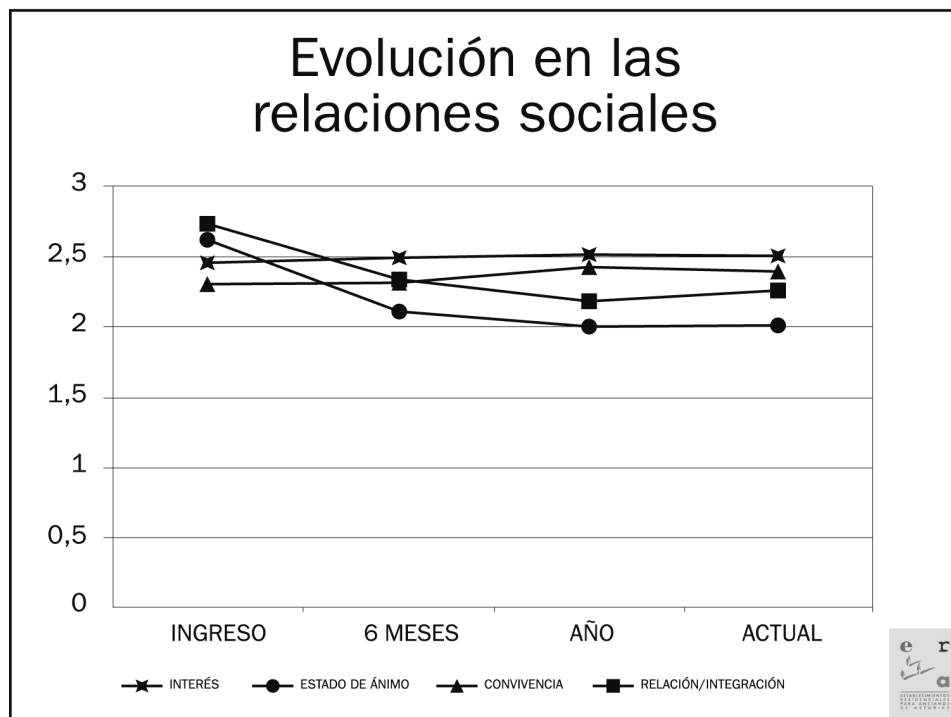


Tabla 4:



BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Asuntos Sociales. Centros de Día para Personas Mayores Dependientes. INSERSO (1996).
- Equipo multidisciplinar de la residencia mixta de Gijón. Plan de Intervención en Centros de Día. ERA (1999).
- Carbajo MA. Hoyuela A. Castanedo C. Centros de Día de Psicogeriatría. Experiencia en la Institución “Padre Menni” de Cantabria. Gerokomos. 2003; 14 (1): 26-32.
- Buide AM. Fernández EM. Carela N. Millán JC. Gandoy M. Mayán JM. Papel del profesional de enfermería en un centro de Día Gerontológico. Gerokomos 2000; 11(3): 133-137.
- Gonzalo M. Martínez R. Rol de Enfermería en un Centro de Día Geriátrico. Gerokomos 1999; 10 (3): 113-118.
- Campos JR. Centros de Día: Experiencia en la residencia para personas mayores Alcorcón. Rev. Esp. de Geriatr Gerontol 1996; 31 (NM 1): 62-68.

Perfil de los usuarios ■■■

de un centro de día urbano

AUTORAS: PILAR PASCUAL GONZÁLEZ Y EVA M^a SÁNCHEZ CAPILLA.
CENTRO DE DÍA "CASA DE LAS FLORES"

Este estudio ha sido realizado en un Centro de Día situado en el casco urbano de Madrid, calle Rodríguez San Pedro, nº 72, barrio de Argüelles. Es un Centro que atiende por igual a usuarios procedentes de la Comunidad de Madrid, Ayuntamiento y privados, cuyo perfil agrupa ancianos frágiles con trastornos clínicos, físicos y/o psíquicos. Asisten de lunes a viernes de 8:00 a 18:00 horas.

Hemos tenido en cuenta a los 61 usuarios que permanecían en el Centro durante el mes de diciembre del año 2003.

OBJETIVOS

Objetivo General:

- Conocer el perfil de los usuarios de un Centro de Día mixto situado en el casco urbano de Madrid.

Objetivos específicos:

- Describir sus características demográficas, funcionales, psíquicas y anímicas por medio de pruebas objetivas.
- Conocer el tipo de ayudas técnicas que utilizan los usuarios de nuestro Centro.
- Estudiar el tipo de ayudas que necesitan por parte de los cuidadores (auxiliares y/o familiares) en AVDB.
- Conocer el grado de participación de los usuarios en las actividades de Terapia Ocupacional y Psicología.

METODOLOGÍA

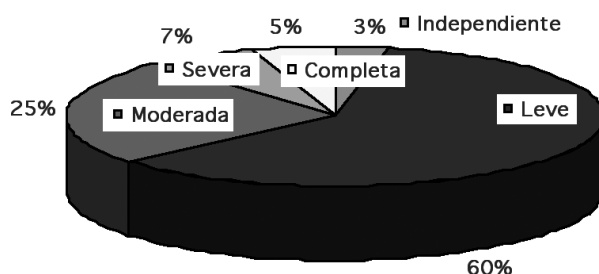
Realización de un estudio descriptivo transversal de las historias clínicas y de terapia, utilizando las siguientes pruebas estandarizadas: Test de Barthel para valoración de las AVDB, Test de Lawton para valoración de las AVDI, Escala de Pfeiffer para valoración cognitiva y Escala de Depresión de Yessavage.

Para poder realizar este estudio además de realizar entrevistas individuales a los propios usuarios hemos hecho uso de la Observación directa en el propio Centro y en algunos casos se ha contrastado o complementado la información con familiares y/o cuidadores.

Posteriormente todos los datos obtenidos han sido analizados en programa Excel.

RESULTADOS

La edad media de los usuarios es de 81,8 años, de los cuales 22 son hombres y 39 son mujeres. Un 83% vive con la familia, un 10% vive en su domicilio con un cuidador ajeno a la familia y un 7% vive solo.



En la valoración funcional de las AVDB según el Índice de Barthel obtuvimos que un 3% son independientes, mientras que el 97% restantes tienen algún tipo de dependencia.

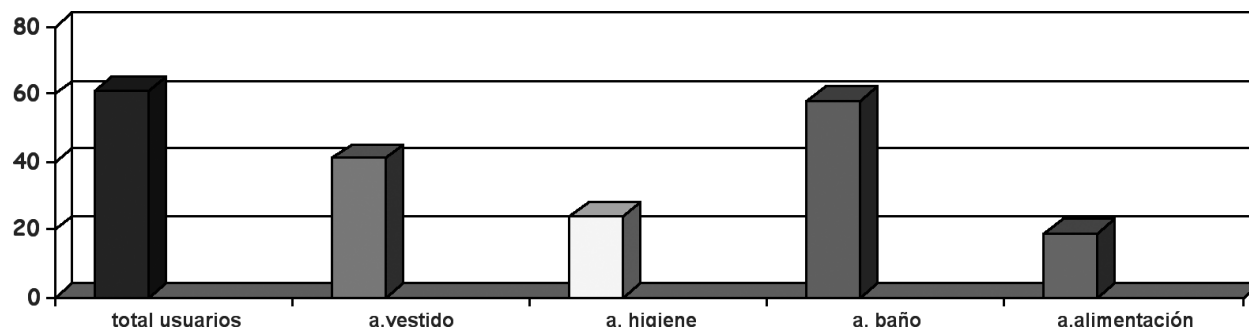
VALORACIÓN FUNCIONAL

Todos los usuarios del Centro utilizan ayudas para la deambulación de los cuales un 53% usan bastones y/o muletas, un 16% utilizan silla de ruedas de forma dependiente, el 2% utiliza andador y el 29% necesitan la ayuda de 1 ó 2 personas para desplazarse.

Presentan incontinencia el 43 %, de los cuales el 36 % es urinaria y el 7 % mixta. Mientras que el 57% son continentes.

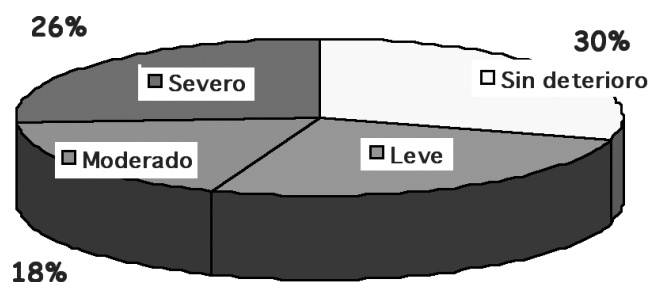
■ ■ ■ Perfil de los usuarios de un centro de día urbano

Teniendo en cuenta la ayuda prestada por los cuidadores, bien sea en el Centro de Día como en sus domicilios, 41 usuarios necesitan algún tipo de ayuda para el vestido, 24 usuarios para la higiene diaria (peinado, lavado cara , manos y dientes), 58 son dependientes para el baño (ducha) y 19 necesita ayuda para comer (se incluyen los que necesitan ser alimentados así como los que necesitan ayuda para partir, pelar y/o untar).



AYUDA PRESTADA POR LOS CUIDADORES

En la **valoración psíquica** cabe destacar que un 89% no padecen depresión y un 11% tienen síntomas depresivos, según test de Yessavage. Utilizando el test de Pfeiffer un 30% no presentan deterioro cognitivo, mientras que un 70 % presentan algún tipo de deterioro.



VALORACIÓN COGNITIVA

De las actividades organizadas desde Terapia Ocupacional y Psicología:

- Estimulación cognitiva: Organizados en grupos de 6 a 10 personas según nivel cognitivo, trabajamos cálculo, escritura, memoria , atención, praxias, dibujo, ... , de forma oral y/o escrita. Participan un 89%.

- Talleres creativos: Igualmente organizados según sus posibilidades se realizan trabajos manuales sencillos, en los cuales se desarrolla la atención, motricidad fina, creatividad, iniciativa... Participan un 43%.
- Ludoterapia: Englobamos juegos de mesa (parchís, oca, bingo, cartas,...) y juegos lúdico-cognitivos (adivinanzas, trivial, pictionary, puzzles, piezas para insertar, ...). Participan un 52%.
- Fiestas/cumpleaños: Celebramos fiestas señaladas tales como: San Isidro, Carnaval, San Fermín, fiestas navideñas... Todos los asistentes celebran su cumpleaños en el propio Centro. Participan el 100%.

CONCLUSIONES

Los usuarios que asisten a nuestro Centro de Día, presentan una elevada dependencia funcional y la mayoría de los asistentes (70%) tiene deterioro cognitivo. El CD mixto es un recurso de estimulación y descarga a la familia, fundamentalmente para ancianos dependientes y con deterioro cognitivo.

Estudio de viabilidad ■■■

para la creación de un centro de día municipal en Pozuelo de Alarcón

M^a EUGENIA ZAMORANO CALERO. CONCEJALÍA DE FAMILIA Y BIENESTAR SOCIAL.
AYUNTAMIENTO DE POZUELO DE ALARCÓN.

INTRODUCCIÓN

El Centro de Día es un equipamiento de Servicios Sociales Especializados, destinado a prestar atención sociosanitaria y de apoyo familiar, que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual, retrasando su institucionalización.

En el municipio de Pozuelo de Alarcón hay 7.469 mayores de 65 años censados, de los cuales, 3.246 son mayores de 75 años. No hay ningún centro de día público, tan solo dos centros privados. La Concejalía de Familia y Bienestar Social ha recogido una demanda, cada vez más numerosa, de solicitudes de este servicio.

El usuario tipo que demanda Centro de Día son mayores dependientes, en un grado moderado y severo, que requieren ayuda para la mayor parte de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), y que conviven con familiares, cuya situación laboral y social, no les permite dedicarles todo el tiempo para el cuidado que su situación de dependencia requiere, ocasionando situaciones de riesgo de diverso tipo para el mayor.

Desde el año 2.001, la Concejalía de Familia y Bienestar Social dispone de un Programa de Apoyo a la Familia Cuidadora, “Te ayudamos a Cuidar”, que ofrece formación, apoyo emocional e institucional, a los cuidadores no formales del municipio. El Centro de Día vendría a complementar este Programa, ofreciendo un respiro diario a la familia, y permitiendo una normal actividad familiar y laboral.

OBJETIVO

Estudiar la viabilidad de la creación de un Centro de Día Municipal para Mayores, que pueda dar respuesta a las necesidades de este colectivo y sus familiares, cada vez más numeroso, en nuestro municipio.

MÉTODO

A través de un análisis DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades), que nos permita reflexionar sobre los factores internos y externos que van a intervenir en el éxito o fracaso del proyecto y que nos permita valorar la pre-viabilidad de la creación del Centro de Día.

RESULTADOS

MATRIZ I: ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Una vez realizado el análisis de los DAFO a través de una descripción de todas las circunstancias que pueden influir, tanto positiva como negativamente sobre la creación del Centro de Día, se valoran del 1 al 10 cada uno de los factores, teniendo puntuación positiva las Fortalezas y Oportunidades, y negativas las Debilidades y Amenazas.

ANÁLISIS INTERNO		ANÁLISIS EXTERNO	
FORTALEZAS		OPORTUNIDADES	
1- Capacidad humana: existencia de profesionales cualificados	8	14- La sensación de bienestar de los cuidadores y de los mayores, aumenta cuando asisten a un Centro de Día, y se reduce la sensación subjetiva de "sobrecarga" que experimenta el cuidador principal.	8
2- Necesidad real del recurso	8	15- El Centro de Día mejora la calidad de vida tanto del cuidador como del mayor dependiente.	7
3- Demanda del Servicio	7	16- Zona de influencia: las plazas se conceden teniendo en cuenta la cercanía física del domicilio del usuario al recurso	6
4- Conocimiento del medio y del perfil del usuario tipo.	9	17- La oferta de plazas disponibles aumenta al sumarse las municipales con las de la Comunidad de Madrid.	8
5- Decisión política favorable dentro del Ayuntamiento para la creación del Centro de Día	8	18- Posibilidad de ampliar la oferta del recurso a personas semidependientes.	8
6- Cesión de terreno municipal para la construcción de Centro de Día.	1		
7- Buena situación y accesibilidad del terreno cedido.	0		
8- Buena coordinación con los equipos de salud de Atención Primaria.	7		
8- Buena coordinación con los equipos de salud de Atención Primaria.	8		
DEBILIDADES		AMENAZAS	
9- Inexistencia de Centro de Día público	-7	19- La temporalidad: el recurso estaría disponible a medio largo plazo.	-6
10- Alto coste económico de las plazas en Centro de Día privadas que existen en el municipio.	-8	20- La diferencia en el precio del recurso, ya que el Municipal sería más elevado que el ofertado por la CM.	-5
11- Incapacidad para financiar por sí mismo el recurso	-6	21- La exigencia de pago del servicio, aunque sea en parte, disminuye la intención de utilizarlo porque desmotiva a los que cuentan con niveles de rentas más bajos, que además suelen ser los que más dependencia presentan y cuentan con escasos o nulos apoyos familiares.	-7
12- Incompleta respuesta institucional para atender a las personas mayores dependientes, por profesionales cualificados de la gerontología.	-7	22- Cada vez hay más mayores con problemas de dependencia que requieren cuidados de larga duración y gran intensidad.	-8
13- Necesidad de fomentar la complementariedad de los servicios formales y los apoyos no formales en el cuidado del mayor dependiente.	-6		

MATRIZ DESCRIPTIVA I

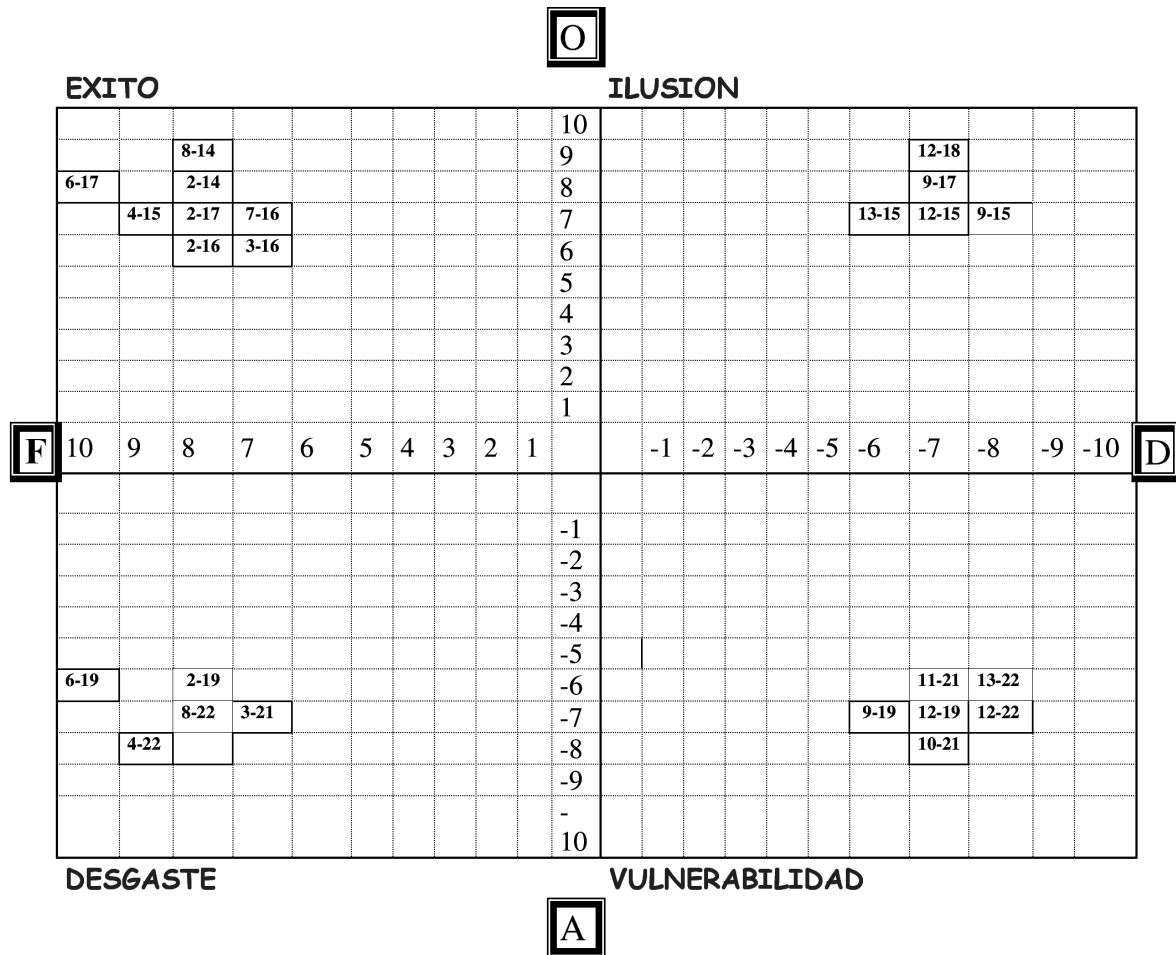
[illegible]

MATRIZ II: ANÁLISIS CUALITATIVO

En las **matrices** se relacionan y conjugan los cuatro elementos, según la influencia que tienen unos sobre otros, dando como resultado el siguiente cuadro:

- Éxito: relación entre Fortalezas y Oportunidades.
- Ilusión: relación entre Debilidades y Oportunidades.
- Desgaste: relación entre Fortalezas y Amenazas.
- Vulnerabilidad: relación entre Debilidades y Amenazas.

MATRIZ II: ANALISIS CUALITATIVO



CONCLUSIONES

Partiendo de un “modelo de mantenimiento” de Centro de Día, en el que se combinan aspectos sanitarios y sociales, se constata la necesidad de ofrecer una atención integral, tanto al mayor dependiente como a su familia cuidadora, que de respuesta a sus necesidades y garantice la continuidad de sus cuidados.

Nuestra actual situación, con una demanda clara y en aumento de este servicio especializado y con un Programa de Apoyo a la Familia Cuidadora en pleno desarrollo, favorece el éxito de la implantación en el Municipio de un Centro de Día para mayores dependientes. La relación Oportunidades/Fortalezas es muy alta al contar con un claro conocimiento de las necesidades de los usuarios, la cesión del terreno para el Centro y la posibilidad de financiación del mismo.

La necesidad de complementar los servicios formales de profesionales cualificados y los no formales, en el cuidado del mayor dependiente, hacen del Centro de Día

un recurso imprescindible para una atención eficaz, que proporcione una mayor calidad de vida, tanto a los mayores como a sus familiares.

Existe un riesgo de “Desgaste” moderado si pensamos que la necesidad es ya muy alta y el recurso estará disponible a medio-largo plazo. Hasta entonces, el coste que supone atender a los mayores dependientes a través de la oferta privada de centros de día, tanto para la Concejalía como para las familias, es muy alto, lo cual, disuade, en muchos casos, de la utilización del recurso.

BIBLIOGRAFÍA

- INSERSO (1996): Centros de Día para Personas Mayores Dependientes. Guía Práctica. Madrid: INSERSO. Colección Documentos Técnicos, nº 82.
- INSERSO (1993): Plan Gerontológico. Madrid: INSERSO. Colección Otras Publicaciones Unitarias nº 403.
- Jimeno, J.A. (1995): “Los servicios complementarios: estancias diurnas y temporales”. En SEGG: Residencias para personas mayores: Manual de orientación. Barcelona. SG Editores.
- Moragas, R. (1994): El Centro de Día para enfermos de Alzheimer. Barcelona. Editorial UCB-Pharma.
- INSERSO/Colectivo IOE/CIS (1995): Cuidados en la vejez. El apoyo informal. Madrid: INSERSO. Colección Servicios Sociales nº 126.
- Rodríguez, J.A. (1994): Envejecimiento y familia. Madrid: CIS.

Hábitos Alimentarios

Usuarios de centros de día

AUTORES: TENA-DÁVILA MATA, MC; SERRANO GARIJO, P; ROMERO CHAPARRO, R; MARTÍN DíEZ, C; MARTÍNEZ SIMANCAS, A

DEPARTAMENTO DE PROGRAMAS INNOVADORES. DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES. ÁREA DE GOBIERNO DE EMPLEO Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA. AYUNTAMIENTO DE MADRID

INTRODUCCIÓN

Conocemos que las personas mayores conceden gran importancia a su estado de salud y competencia funcional por ser ambas proveedoras de la capacidad de autonomía, considerada uno de los valores mas importantes del ser humano. Por ello toda propuesta que tenga como objetivo el mantenimiento de la autonomía en los mayores, debe de ser abordada con carácter prioritario desde la investigación hasta la atención y en todos los campos, tanto sociales como sanitarios.

La dieta y la situación nutricional tiene una clara influencia en la mejora de las condiciones de salud y calidad de vida en las personas mayores, considerándose indicadores de la capacidad funcional, y formando parte de los factores que hay que priorizar para mantener una buena salud.

En la evaluación del estado nutricional de un individuo o un grupo etario, el análisis de la ingesta dietética constituye un apartado de extraordinaria importancia. Diversos estudios han puesto de manifiesto el riesgo de ingestas inadecuadas y de desnutrición proteico calórica en las personas más mayores, con dificultades en las actividades cotidianas, donde además se suman otros factores de riesgo sociales, psicológicos y clínicos.

OBJETIVO

El grupo objeto de nuestro estudio son los usuarios de Centros de Día, recurso sociosanitario diurno que provee los apoyos necesarios al mayor y su familia con el objetivo de favorecer el desenvolvimiento del anciano en su entorno cotidiano.

Como primer objetivo nos planteamos conocer los hábitos alimentarios de los usuarios que acuden a estos centros.

Un porcentaje elevado de estos mayores tienen problemas de dependencia y pre-

cisan ayuda más o menos importante para desarrollar las actividades de la vida diaria, por lo cual es un colectivo con riesgo no ponderado de malnutrición.

Los resultados de la investigación aportaran la información necesaria para futuras estrategias individuales y colectivas que mejoren las condiciones dietéticas, y por tanto contribuyan a preservar la salud y evitar situaciones de mayor riesgo de dependencia.

METODOLOGÍA

Dentro de la atención integral a los usuarios de centros de día municipales, un equipo multiprofesional formado por DUES, Médicos, y Trabajadores sociales, realiza un protocolo de valoración nutricional con el fin de detectar a la población en riesgo de malnutrición o malnutridos, realizar educación para la salud individual y/o colectiva, e indicar los recursos sociosanitarios necesarios de apoyo.

En la detección se recogen factores dietéticos, factores clínicos, funcionales, psicológicos y sociofamiliares que pueden influir en este proceso.

Los profesionales que intervienen tienen conocimientos básicos de la dieta adecuada para los mayores en cuanto a raciones, calidad y cantidad de principios inmediatos recomendadas (IR) así como de los mínimos requeridos de energía y nutrientes necesarios para mantener el estado de salud, no solo evitando deficiencias si no permitiendo adaptaciones a las diferentes situaciones funcionales.

Clasificamos los alimentos en VI grupos, incluyendo los líquidos en el VII (*imagen I*). En cada grupo de alimentos deben consumirse unas raciones mínimas para considerar que se alcanzan las exigencias requeridas.

Se estudian 31 usuarios de distintos centros de día municipales, a los cuales les recogemos toda la ingesta de tres días no consecutivos, uno de ellos festivo, mediante un dietario elaborado por nosotros, que computa los requerimientos mínimos diarios de una dieta equilibrada y las desviaciones groseras sobre la “media estándar” que previamente está definida en el dietario como mínimo necesario en cada grupo de alimentos.

Para medir las cantidades se utiliza como referencia los utensilios de cocina habitual y su equivalencia en gramos, posteriormente se relaciona con el grupo de alimento al que pertenece, se suman las raciones (no es sinónimo de porciones de la pirámide de alimento) por grupos y se hace la media. El dato obtenido se compara con el deseado. Evaluamos las desviaciones por defecto (*imagen II*).

Se recoge información de todos los alimentos que ingieren a lo largo del día, no solo la que efectúan en el centro (desayuno y comida).

La mayoría de los usuarios acuden dos o tres días a la semana, ninguno de ellos festivos.

Se analizan los datos mediante tabla de frecuencias y porcentajes con SPSS.

RESULTADOS

Los datos corresponden a 31 usuarios de Centros de Día convencionales con una edad media de 82 años, de los que el 90% son mujeres.

Se observa que ninguno llega al mínimo en todos los grupos de alimentos. La distribución de los usuarios según el número de grupos que están deficitarios en porcentaje es de: 2 grupos de alimentos el 6,5%, de tres grupos el 16,1%, cuatro el 32,3%, cinco 32,3% y seis el 12,9% (*figura 3*).

Al mismo tiempo un elevado número de los usuarios no llega a las raciones mínimas aconsejadas por grupo, siendo los porcentajes de usuarios que no lo cumplen los siguientes: en el caso de leche y derivados el 58,1% , proteínas de origen animal el 90%, cereales, legumbres y tubérculos el 38,7%, frutas, verduras y hortalizas el 32,3%, grasas y aceites el 70%, y líquidos el 90,3%. Solo en el caso de grupo 6, dulces e hidratos de carbono, el 80% de los usuarios estudiados llegan al mínimo requerido (*figura 4*).

Vemos por tanto que en el caso del grupo de proteínas de origen animal y líquidos casi rozan el 100% de los usuarios estudiados los que no llegan a los mínimos aconsejados.

DISCUSIÓN

Este estudio está dentro de las iniciativas destinadas a promover la nutrición saludable, en la población mayor.

Nuestro grupo de usuarios tiene una edad media superior a 80 años, las recomendaciones que en la actualidad aconseja para los mayores de 70 años son más ricas en proteínas de alto valor biológico y con un aporte adecuado del resto de nutrientes dentro de una ingesta calórica más baja, lo que supone siempre un desafío dietético. Comprobamos que estos usuarios no llegan en un 90% a unos mínimos necesarios de proteínas de origen animal.

También conocemos que el aporte calórico de la ingesta debe de ser proporcional a la actividad física que se desarrolla. Esta población mayor por sus condicionamientos físicos y funcionales tiene un estilo de vida poco activo, pero por ello no debe de aplicarse una diete restrictiva, que en general son dietas mal equilibradas. En este estudio.queda patente que la muestra de población estudiada sigue una dieta defici-taria.

Una dieta equilibrada utiliza todos los alimentos, divididos al menos en cinco ingestas como recoge el dietario. El desayuno debe de aportar el 20% de la ingesta dia-ria, compuesto principalmente de cereales y lácteos, pero vemos que el grupo estu-diado tiene un % bajo de consumo de estos alimentos.

A diario se deben de comer lácteos, verduras, cereales, carnes magras o pesca-dos, aceite de oliva y hortalizas, asegurando de esta manera un balance proteico y vita-mínico adecuado, situación que no se ve reflejada en este estudio.

El agua debe de ser considerado como un verdadero nutriente en espacial en los mayores. Es necesario prestar mucha atención a su ingesta por la facilidad que tienen estos usuarios de sufrir deshidratación, más si hacen algún tipo de actividad física como esta programada en estos centros. El agua forma parte de los procesos hosme-ostáticos y un estado deficitario aumenta la morbilidad, en este caso el 90% de nuestra muestra está en riesgo.

La aplicación errónea de los principios de una dieta correcta por parte de nues-tros mayores puede deberse a muchos factores, entre ellos: funcionales, sociales y familiares que deberemos analizar en un estudio posterior. A priori conocemos que la mayor o menor dependencia en las tareas de compra, cocinado y alimentación son reconocidas como causa de deterioro del estado nutricional, no se come igual lo que te eligen que lo que te gusta, muchas veces esto se soluciona con una dieta a la carta, situación que no es favorecida en el medio que se desarrolla este estudio por causa obvias.

Podemos minimizar esta situación sabiendo que la valoración nutricional y el cono-cimiento de las pautas alimentarias correctas son abordajes indispensables en un Centro de estas características. Entre las estrategias de intervención están más que documentadas el asesoramiento y educación nutricional para mejorar los hábitos ali-mentarios, el impulsar la detección sistemática de la malnutrición, y adoptar actitudes activas en su prevención con la utilización de recursos sociales y sanitarios que mini-micen los riesgos conociendo su entorno físico y socio familiar.

Debemos de saber que la comida aportada en los centros no asegura el mínimo calórico proteico que debe de consumir un mayor en el día, por ello la función de estos

centros no solo está en cubrir las necesidades de la comida durante su estancia, sino en educar y detectar situaciones carenciales con miras a una intervención sociosanitaria.

CONCLUSIONES

Aunque no es posible tener una idea exacta del estado nutricional a partir de los datos dietéticos exclusivamente, los resultados de las encuestas alimentarias permiten obtener información fidedigna de si una persona o grupo etario tiene ingesta inadecuadas y constituye un grupo de riesgo.

Nuestros mayores estudiados presentan un tanto por ciento no imaginable de bajo aporte de principios inmediatos, que en el caso de proteínas y líquidos llega al 90%, situación que es contraria a los principios que debe de observarse para conservar un estado de salud y un estado nutricional competente.

Observamos que los hábitos dietéticos no son correctos en nuestros mayores con marcados desequilibrios, encontrando un 80% de usuarios que no alcanzan los mínimos necesarios en más de dos grupos de alimentos. Por otra parte un 12% come y bebe poco en general.

Es importante que la alimentación esté supedita a una vigilancia constante aunque presupongamos que esta subsanada por la asistencia a un Centro sociosanitario, pues la alimentación con nutrición, aún siendo una actividad cotidiana, precisa del mantenimiento de procesos complejos del individuo o en su defecto de su cuidador.

IMAGEN I







RACIONES RECOMENDADAS DE ALIMENTOS			
		Raciones Diarias	
GRUPO 1	 LECHE DERIVADOS	2 raciones/ día	200 cl leche = 1 ración 2 yogures = 1 ración 40 gr de queso curado = 1 ración
GRUPO 2	CARNES PESCADOS HUEVOS 	2 raciones/ día	100 gr carne magra = 1 ración 125 gr pescado = 1 ración 2 huevos = 1 ración
GRUPO 3	 CEREALES LEGUMBRES TUBERCULOS	2 raciones/ día	80 gr de pan = 1 ración 70 gr legumbre = 1 ración 1 patata mediana = 1 ración
GRUPO 4	FRUTAS HORTALIZAS VERDURAS 	3 raciones/ día	2 piezas de fruta = 1 ración 300 gr de verdura limpia = 1 ración
GRUPO 5	 GRASAS ACEITES	2 raciones/ día	1 cucharada de mantequilla = 1 ración 2 cucharadas de aceite = 1 ración 2 cucharadas de mayonesa = 1 ración
GRUPO 6	DULCES AZUCAR 	Con modera- ción	2 cucharadas de azúcar = 1 ración 125 gr de pasteles = 1 ración
LIQUIDOS	 AGUA INFUSIONES ZUMO	8 vasos al día	1 vaso de 200 cc de agua = 1 ración

IMAGEN II

	ALIMENTOS	CANTIDAD	RACION
DESAYUNO			
MEDIA MAÑANA			
COMIDA			
MEDIA TARDE			
CENA			

Figura 3

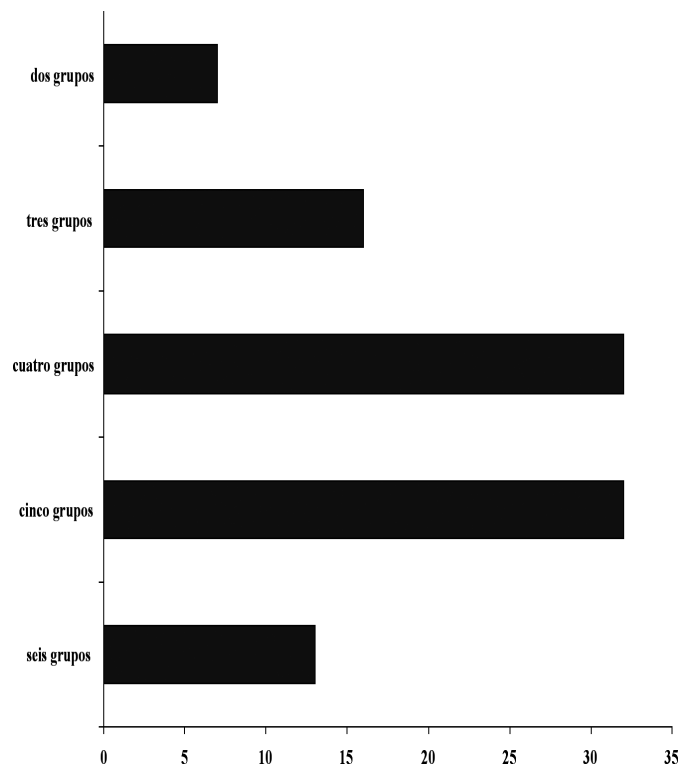
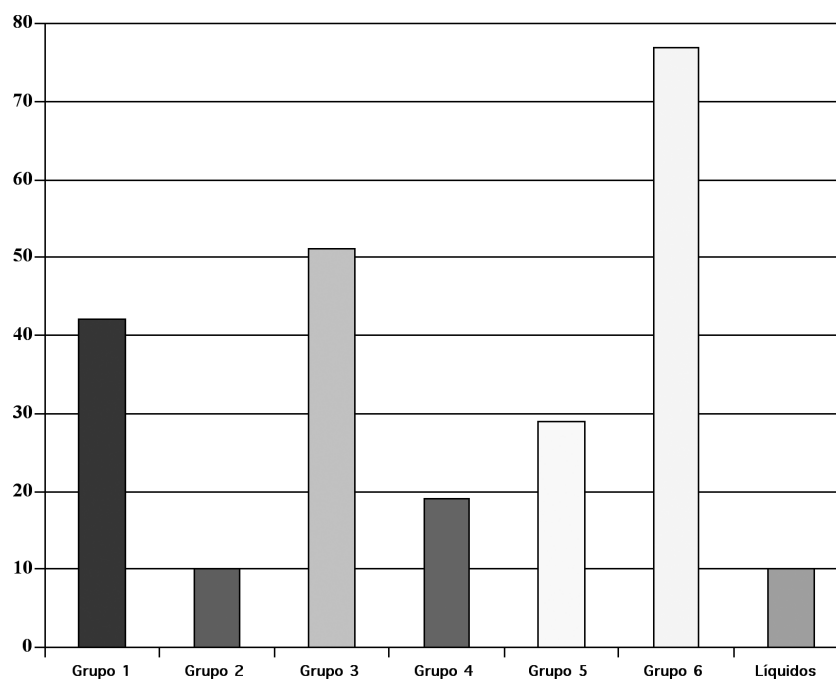


Figura 4



BIBLIOGRAFÍA

- Aranceta, J: Restauración colectiva en centros geriátricos. En Aranceta (ed). Nutrición Comunitaria. Masson, S.A. Barcelona 2001. 133-146.
- Aranceta, J; Bartrina, J; Perez Rodrigo: Alimentación y nutrición. Informe SESPAS 2002. 131-154. CAPITULO 8.
- Arbones, G; Carvajal, A et col Nutrición y recomendación dietética para personas mayores. Grupo de trabajo “Salud Publica” de la Sociedad Española de Nutrición SEN. Nutr. Hosp. 2003. 18 (39:109-137).
- Eurodiet.2000.<http://eurodiet.mec.uoc.gr>
- Moreiras O, Carbajal A, Pereal, et al .Nutrición y salud de las personas de edad avanzada en Europa. EURONUT –SENECA .Estudio en España. Rev. Esp. Gertr. Gerontol. 1993 8:197-242.
- Serra, J; Salvá, A; Lloveras, G: Consejo de alimentación en las personas mayores Med. Cli. 2001 116/1:90-94.
- <http://www.portalfitness.com.nutricion/dieta equilibrada>

Prevalencia de deterioro

cognitivo o demencia en los centros de día convencionales municipales

AUTORES: DRAS: PUENTE ANDRÉS PILAR, SERRANO GARIJO PILAR, GONZÁLEZ DOCAVO F., CAVA PRECIADOS MT, MARTÍN C., MARTÍNEZ A., GALÁN A., TENA –DÁVILA MC.

DEP. DE PROGRAMAS INNOVADORES. DIRECCIÓN GENERAL DE MAYORES.

ÁREA DE GOBIERNO DE EMPLEO Y SERVICIOS A LA CIUDADANÍA.

AYUNTAMIENTO DE MADRID

INTRODUCCIÓN

Los Centros de Día Convencionales del Ayuntamiento de Madrid son recursos intermedios entre el domicilio y la institucionalización que tienen como fin mantener al anciano en la comunidad en su más óptimo nivel de funcionamiento físico y social alcanzable y de servir de soporte y alivio a la familia, disminuyendo la sobrecarga familiar y el estrés del cuidador. La población a la que va destinada es el usuario mayor con criterios de anciano frágil por pérdida de su capacidad física, funcional y/o psíquica. Este es el motivo por el que en los Centros de Día Convencionales se aceptan ancianos con perfil de deterioro cognitivo leve-moderado siempre que no presenten trastornos de conducta que dificulten la normal convivencia en el centro.

OBJETIVO

Conocer el número de usuario que son dados de alta en un Centro de Día Convencional e ingresan en el mismo con el diagnóstico previo de deterioro cognitivo o demencia, así como conocer la prevalencia global de este proceso entre los usuarios que acuden al Centro de Día.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudian 1107 usuarios de 22 Centros de Día convencionales, de los 30 con los que cuenta el Ayuntamiento de Madrid, con el objetivo ya comentado de describir las frecuencias de demencia. Se establece la existencia de deterioro cognitivo o demencia en el momento del alta, cuando dicho diagnóstico figuraba expresamente en los informes aportados en el momento de la valoración.

En los casos en los que el proceso surge durante la estancia en el Centro de día, como un diagnóstico nuevo, la sospecha clínica es avalada por el test de Pfeifer y el mini examen cognoscitivo en la versión de LOBO (MEC) Utilizándose posteriormente otra evidencia y derivación para estudio al sistema sanitario.

Cuando un anciano presenta un trastorno cognitivo, cabe la posibilidad de que ingrese en un centro de día específico, para lo cual se exige que su grado en la escala de Reisberg (GDS) sea 5 ó 6, y por debajo de ese nivel, se estima adecuado para sus necesidades, el centro de día convencional.

En el se establece una graduación de tal modo que un MEC inferior a 27/35 sugiere deterioro cognitivo, y uno inferior a 24/35, demencia. Los datos se trataron en una hoja de excel, y simplemente se cuantificaron y expresaron en porcentaje.

Figura 1

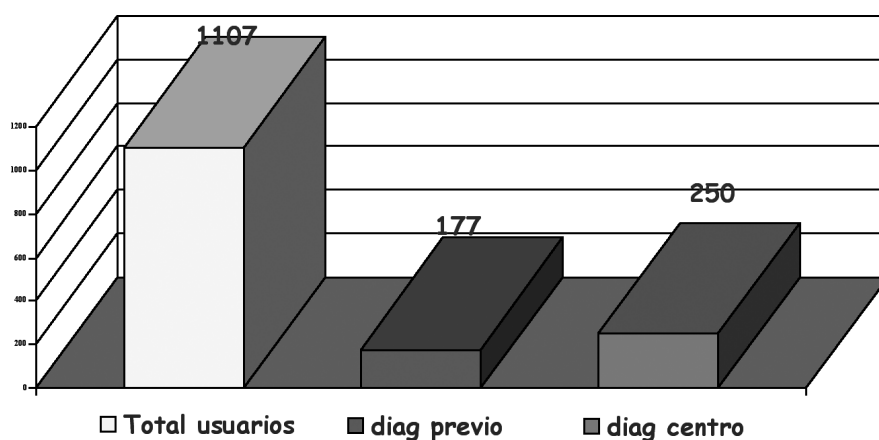


Figura 2

**Confirmación con MEC de sospecha o patológico.
El 67,2% de los usuarios tienen un MEC<24/35.**

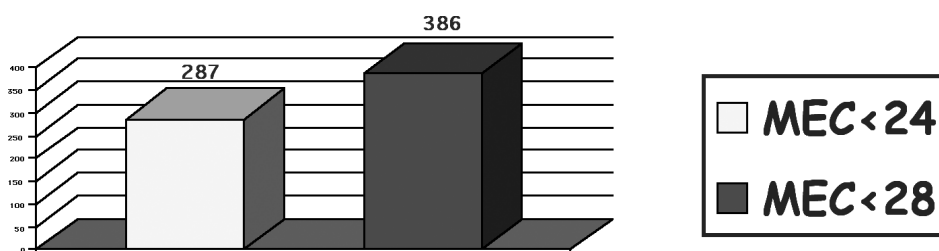


Figura 3

De los 427 (38,6%) usuarios del Centro de Día diagnosticados de demencia, el 55,3% han sido diagnosticados en este nivel.



RESULTADOS Y COMENTARIOS

De los 1.107 usuarios estudiados, 427 presentan deterioro cognitivo o demencia, siendo su edad media de 81´47 años. En ellos, el momento del diagnóstico o la sospecha, se produce antes del alta en el centro en 177 casos, y durante su estancia en el mismo en 250 casos (*figura 1*).

Esto arroja una cifra de prevalencia de diagnóstico previo del 16´8%, cifra semejante a la existente en la comunidad.

Durante su estancia en el Centro, el seguimiento habitual de los usuarios permite detectar casos de nueva aparición, de tal modo que la mayoría de los usuarios estudiados han sido objeto de sospecha o de diagnóstico una vez dados de alta en el centro de día, como vemos en la *figura 2*. Lógicamente, la suma de todas las sospechas o diagnósticos nos ofrece una cifra muy superior de prevalencia (38,6%) a la existente en la comunidad, algo congruente con la finalidad del recurso.

Al hacer la graduación del MEC (*figura 3*) podemos comprobar como la mayoría de los afectados podrían ser considerados dementes, aunque estudios posteriores deban confirmarlo.

Posiblemente una graduación más detallada, incluyendo otro estudio con el GDS utilizado para el acceso a los centros específicos de demencia, nos permita planificar las desavenencias entre ambas modalidades de Centros de Día.

En cualquier caso, es evidente que el Centro de Día es un recurso útil de las personas con trastornos cognitivos y que debe establecerse un sistema de seguimiento que garantice una atención adecuada a las necesidades.

BIBLIOGRAFÍA

- El cribado de demencia en una población con bajo nivel de estudios. Autores: Roman Ramos Rios, Raimundo Mateos Alvarez, Javier López Moriño. Universidad

de Santiago de Compostela y hospital universitario CHUS. Fuente: Interpsiquis 2005 (2005).

- Prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer. Dr Jose Manuel Martinez Lage. Fuente: Victursalud.com. Septiembre 2002.
- Prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer. M. Boada. Fuente: Medicina Clínica 1999; 113:(609-695).
- Alzheimer la enfermedad del olvido. Ana Dominguez Castro. Fuente: Revista Española de Economía de la Salud. Junio 2002.
- Prevalencia de la Enfermedad de Alzheimer en los ciudadanos europeos. Fuente: Saludalia Marzo 2002.
- Análisis de los costes de la E. De Alzheimer en función del deterioro cognitivo y funcional. Secundino López Pousa, Josep Garra Olmo, Antoni Turon Estrada. Fuente: Medicina Clínica 2004. Mayo 122(20): 767-772.

Estimulación cognitiva

en el domicilio. Implicación en la familia

Autores: de Andrés, ME; Montejo, P; Montenegro, M; Reinoso, AI; Claver, MD.
Unidad de deterioro Cognitivo y Memoria. Ayuntamiento de Madrid.

INTRODUCCIÓN

La detección precoz del deterioro cognitivo es fundamental para intervenir manteniendo las capacidades conservadas y retrasar el deterioro. La Unidad de Deterioro Cognitivo y Memoria del Ayuntamiento de Madrid, desde el Gabinete de Evaluación, lleva a cabo un Programa para realizar actividades en el domicilio, dirigido a personas con deterioro cognitivo leve y primeras fases de demencia.

PROGRAMA DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA EN EL DOMICILIO

En el Gabinete de Evaluación se realiza la evaluación específica con el CAMCOG - Examen Cognitivo del CAMDEX y la Escala Funcional de Lawton, entre otras pruebas.

La mayoría de los usuarios han iniciado un deterioro cognitivo evolutivo, por lo que se plantea la necesidad de intervenir para tratar de modificar la progresión.

OBJETIVOS

El objetivo general es intervenir en el mantenimiento de las capacidades cognitivas conservadas y las que empiezan a deteriorarse, mantener la autonomía funcional y retrasar el proceso de deterioro, para lograr que los usuarios mantengan la mejor calidad de vida el mayor tiempo posible, redundando en ayuda para sus familiares o cuidadores.

El Programa, además de la estimulación cognitiva persigue otros objetivos:

- 1- Proporcionar la información adecuada para contribuir al afrontamiento del proceso de deterioro y reducir la ansiedad del paciente y su familia.
- 2- Promover el mantenimiento de la actividad funcional para mantener la autonomía personal y la independencia.

- 3- Potenciar la actividad cognitiva para frenar el deterioro.
- 4- Contribuir al manejo conductual del paciente.
- 5- Reforzar la relación y fomentar la integración del paciente en su entorno familiar y social.
- 6- Fomentar medidas de prevención y promoción de la salud para disminuir la progresión del deterioro cognitivo.

METODOLOGÍA

El programa se desarrolla desde las consultas programadas del gabinete y precisa de la colaboración de la familia o cuidador, que es fundamental para que el usuario realice la actividad, la mantenga y logre resultados.

Entre las **actividades** realizadas en cada área de atención van encaminadas a lograr los objetivos específicos planteados están:

1. En el área **Informativa**:
 - Devolución de los resultados y orientación diagnóstica y terapéutica.
 - Información sobre el deterioro y los recursos sociosanitarios.
2. En el área **Funcional**:
 - Se potencia el mantenimiento de las actividades cotidianas.
 - Se promueve la revisión periódica sensorial.
3. En el área **Cognitiva**:
 - Se estimulan las capacidades cognitivas conservadas.
 - Se adapta el nivel de los ejercicios a la progresión del deterioro.

En el área Conductual

- Se detecta sintomatología ansioso-depresiva para su atención.
 - Se refuerza la motivación y se presta apoyo psicológico.
4. En el área de **Relacional** se promueven las relaciones familiares y con el entorno:
 - Se fomentan actividades sociales, culturales y de ocio asequibles.
 - Se fomenta el autocuidado del cuidador para reducir la sobrecarga.
 5. En el área **Preventiva y de Promoción de la salud**:
 - Recoger los factores de riesgo modificables y potenciar su control.
 - Fomentar hábitos saludables como factores protectores del deterioro.

MATERIALES

- Documento con los ejercicios de estimulación cognitiva.
- Cuaderno de trabajo.
- Materiales del Programa de Memoria.
 - Manual de Recomendaciones “cómo mejorar nuestra memoria”.
 - Cuadernos de ejercicios para la memoria nº 1 y nº 2.

CONTENIDOS DEL DOCUMENTO CON LOS EJERCICIOS DE ESTIMULACIÓN COGNITIVA

El documento incluye ejercicios variados y se entrega a todos los usuarios en la primera consulta. A partir de la segunda consulta se hace una valoración para que cada usuario continúe su propia estimulación modificada y adaptada a sus capacidades y circunstancias personales y clínicas.

El documento incluye recomendaciones generales para su desarrollo y describe cómo realizar cada uno de los ejercicios planteados en tres bloques:

- Ejercicios cognitivos básicos para establecer un hábito de trabajo diario.
- Ejercicios complementarios relacionados con la actividad funcional y su entorno.
- Ejercicios de reminiscencia para relatar recuerdos.
- Recomendaciones de educación sanitaria.

Los ejercicios deben plantearlos la familia ya que es improbable que el usuario pueda organizarlos solo. Se proponen los siguientes ejercicios:

I- Ejercicios cognitivos básicos

- *Fecha completa.*
- *Lectura-escritura- copia.*
- *Actualidad informativa. Una noticia positiva.*
- *Ejercicio de atención y cálculo: En un texto señalar una letra y contarlas*
- *Dibujar un objeto cotidiano.*
- *Aspectos destacados del día.*

II- Ejercicios cognitivos complementarios

Se introducen cuando el usuario ha adquirido un hábito de trabajo, complementariamente a los básicos. Se reparten a lo largo de los días de la semana:

- Lunes: ejercicios de orientación.

- Martes: ejercicios de recuerdo de nombres.
- Miércoles: ejercicios de cálculo orientados al manejo del dinero.
- Jueves: ejercicios de lenguaje.
- Viernes ejercicios de memoria visual del entorno.

III- Ejercicios de Reminiscencia

La reminiscencia es una técnica de orientación emocional que se trabaja fundamentalmente en personas con deterioro cognitivo, pero hay aspectos que conviene desarrollar cuando la persona mantiene cierta capacidad cognitiva, ya que puede ser una herramienta importante para trabajar en un futuro.

Entre los trabajos que se proponen en esta línea están:

- Relatos escritos de ciertas anécdotas, viajes y experiencias vividas,...
- Escribir canciones, coplas, poesías, oraciones, adivinanzas, recetas,...

IV- Recomendaciones

El documento de estimulación cognitiva incluye recomendaciones de educación sanitaria orientadas a prevenir y controlar los factores de riesgo adquiridos para el deterioro cognitivo y fomentar algunos de los factores protectores.

Además de la estimulación cognitiva, cada 6 meses se realiza en el Gabinete revisión del perfil neuropsicológico y funcional, para seguir la evolución.

Resultados

El perfil de los usuarios atendidos, un total de 458, se refleja en la tabla.

PERFIL DE PACIENTES del gabinete de evaluación		
Edad 74,6 DT 6,13	N=283	
	MEDIAS	DT
MEC	25,1	5,1
RBMT Global	2,2	2,1
GDS	11,5	6,4
CAMCOG	69,4	12,7
LAWTON	6,5	2,4

La media de los usuarios presenta un MEC por encima del punto de corte para deterioro cognitivo, con trastorno severo de memoria y estado de ánimo aceptable. La

evaluación cognitiva está por debajo del punto de corte para probable demencia, que es de 74 puntos sobre 106. El nivel de autonomía funcional es aceptable.

CONCLUSIONES

El papel de la familia es fundamental para estimular y reforzar las actividades realizadas en el domicilio. Se observa un alto grado de implicación y compromiso en el seguimiento, que contribuye a la aceptación progresiva del proceso de deterioro y a mejorar la calidad de vida del paciente y de la familia.

Este programa contribuye a fomentar el mantenimiento de las funciones cognitivas conservadas y la capacidad funcional del paciente, retrasando el proceso de deterioro y con ello el diagnóstico de síndrome de demencia.

BIBLIOGRAFÍA

- Franco, M.A., Orihuela, T., Bueno, Y., Cid, T. 2000. Programa Grador. Programa de Evaluación y Rehabilitación cognitiva por ordenador. Valladolid. Edintras.
- Montejo, P, Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E., Claver, M.D. 1997. Manual de recomendaciones. Como mejorar la memoria. Ayuntamiento de Madrid.
- Montejo, P, Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E., Claver, M.D. 1999. Cuaderno de Ejercicios para la Memoria nº1. Madrid. Ayuntamiento de Madrid.
- Montejo, P, Montenegro, M., Reinoso, A.I., De Andrés, M.E., Claver, M.D. 2001. Cuaderno de Ejercicios para la Memoria nº2. Madrid. Ayuntamiento de Madrid.
- Ortiz, T. 1998. Teleterapia mediante la televisión para frenar el deterioro cognitivo en la enfermedad de Alzheimer. V Congreso Estatal de Intervención Social. Madrid.
- Peña-Casanova, J., 1999. Activemos la mente. Barcelona. Fundación La Caixa.
- Sobera, C. 2002. Manual para la estimulación de los enfermos de Alzheimer en el domicilio. Fundación Pfizer.
- Tárraga, L.I., 2000. El Programa de Psicoestimulación Integral, tratamiento complementario para la enfermedad de Alzheimer. Revista Española Geriatria y Gerontología, 35 (S2):51-64.

Diagnóstico precoz

de deterioro cognitivo programa-proyecto

AUTORES: MONTEJO, PEDRO; MONTENEGRO, MERCEDES; DE ANDRÉS, M^a. EMILIANA;
REINOSO, ANA ISABEL; CLAVER, M^a DOLORES.

UNIDAD DE DETERIORO COGNITIVO Y MEMORIA. AYUNTAMIENTO DE MADRID

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones cognitivas de los mayores están recibiendo cada vez mayor atención. Estas alteraciones son la pérdida de memoria por la edad, el deterioro cognitivo leve y la demencia en sus distintas fases de gravedad. Con frecuencia resulta difícil precisar el inicio y el final de cada proceso, debido al solapamiento entre los signos muy precoces de demencia, el deterioro cognitivo leve y los cambios cognitivos y funcionales asociados al envejecimiento normal.

La prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve en sujetos mayores de 65 años oscila entre 17-34% La tasa de conversión anual de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve en Enfermedad de Alzheimer se sitúa alrededor del 15 %. Se han estudiado diversos predictores y marcadores.

La importancia del problema del Deterioro Cognitivo radica sobre todo en el elevado porcentaje de sujetos con Deterioro Cognitivo que va a padecer demencia.

La detección precoz del deterioro cognitivo produce una serie de beneficios para el paciente, la familia, la sociedad y el sistema sanitario. Entre estos se encuentran: diferenciación de los casos benignos y de los que pueden evolucionar a demencia, implicación del paciente en las decisiones sobre la planificación de su futuro, comienzo precoz del tratamiento antes de que se produzca un mayor deterioro, se ofrecen respuestas a los interrogantes y la incertidumbre de la familia sobre el declive cognitivo y funcional del paciente, se facilita la planificación de futuro, se reduce el estrés y la carga familiar (grupos de apoyo, recursos sociosanitarios...), se evitan las pruebas y tratamientos mal orientados, se puede detectar precozmente “morbilidad oculta”, se puede retrasar la institucionalización, es posible reducir accidentes (tráfico, hogar,...), se pueden realizar avances en la investigación, etc.

OBJETIVOS

1. Detectar y diagnosticar el Deterioro Cognitivo Leve.
2. Realizar orientación terapéutica y estimulación cognitiva a los sujetos con DCL.

3. Informar y asesorar a los sujetos con Deterioro Cognitivo y a sus familiares respecto a su situación y a los recursos sanitarios y sociales existentes para ellos de modo que puedan beneficiarse lo antes posible de las medidas terapéuticas y otros beneficios sociosanitarios.
4. Hacer seguimiento de los sujetos con Deterioro Cognitivo mediante el estudio de su perfil neuropsicológico y funcional como predictores de evolución para instaurar tratamiento precoz cuando evolucionen a demencia.
5. Identificar los cuadros reversibles de Deterioro Cognitivo y realizar orientación terapéutica para su solución.
6. Realizar Prevención Primaria y Promoción de la salud en aquellos individuos en riesgo de padecer, o que ya padecen, Deterioro Cognitivo.
7. Realizar investigación en el campo del Deterioro Cognitivo.

METODOLOGÍA

Población objeto

Mayores de 65 años y familiares de los pacientes con Deterioro Cognitivo.

Captación

1. Usuarios de los Programas de Deterioro Cognitivo y de Mayores.
2. Atención Primaria y Especializada de la Red Asistencial.
3. Usuarios de los Centros de Mayores y Centros de Día del Ayuntamiento.
4. Mailing.
5. Campañas al efecto:
 - Día Internacional del Alzheimer el 21 de Septiembre.
 - Jornadas sobre envejecimiento

Estructura

El Programa se estructura en dos niveles: periférico y central.

1. Nivel periférico: Los 14 Centros Municipales de Salud (CMS), actúan como centros periféricos, en turno de mañana y tarde. El Programa lo llevan a cabo médicos y personal de enfermería entre otros.
2. Nivel Central: La Unidad Central cuenta con médicos, psicólogos, psiquiatra, neurólogo, enfermería y personal auxiliar.

Fases del Programa

1. Primera Fase “**Screening**”: se realiza principalmente en los CMS empleando, entre otras, las siguientes pruebas: el MMSE, la Escala de Depresión Geriátrica, el Test Conductual de Memoria Rivermead.
2. Segunda Fase: **Diagnóstico precoz** y determinación del perfil neuropsicológico del paciente. Se realiza en la Unidad Central, donde se realiza el siguiente protocolo:
 - Evaluación Neuropsicológica, empleando entre otras pruebas: CAMCOG, Test Barcelona, Test de los 7 minutos, WMS III, etc.
 - Evaluación Funcional: Escala de Lawton, Test del Informador.
 - Exploración neurológica, Analítica específica, neuroimagen y Apo E.
3. Tercera Fase: Actividades dirigidas a los pacientes y a los familiares:
 - Información y orientación sobre el Deterioro Cognitivo y la Demencia. (en consulta, con grupos y con material escrito) y sobre los recursos sanitarios y sociales existentes.
 - Orientación personal según el caso.
 - Formación y apoyo a los familiares.
 - Estimulación de las funciones cognitivas que puedan mantenerse en el tiempo y desarrollo de ayudas externas que faciliten la vida diaria.
 - Seguimiento de los casos.
 - Sesiones de Promoción de la Salud, en charlas a realizar en los CMS y en la Unidad.
4. Cuarta Fase: Derivación de los casos con probable demencia a los recursos especializados del Imsalud: se realiza desde la Unidad Central.

ACTIVIDADES EN LOS CMS

1. Difusión y Captación.
2. Evaluación Cognitiva y de Memoria: Se realizarán las pruebas en función del Programa por el que se acceda.
3. Prevención y Promoción de la Salud. Se ofertará a todos los nuevos.
 - Sesiones mensuales de hora y media por grupo 20-25 personas.
 - Contenidos: 1-Factores de riesgo/ Protectores 2- Estimulación cognitiva.
 - Documentos a entregar: Manual de Recomendaciones, Cuadernos de Ejercicios.

4. Derivación a la Unidad Central: Toda persona con probable Deterioro Cognitivo será derivada a la Unidad Central.
5. Revisiones: se realizará revisión a aquellos usuarios que no hayan sido derivados a la Unidad Central. Todos aquellos que presenten algún trastorno cognitivo o de memoria se les revisará anualmente. Si alguno de estos usuarios tiene especial interés podrá participar de nuevo en las sesiones de Prevención y Promoción de la Salud.

ACTIVIDADES EN LA UNIDAD CENTRAL

En la Unidad Central se realizarán las actividades de las fases 2ª, 3ª y 4ª:

- Segunda fase: Diagnóstico precoz y determinación del perfil neuropsicológico.
- Tercera fase: Información, asesoramiento, seguimiento, estimulación cognitiva, Educación para la Salud.
- Cuarta fase: Derivación a recursos especializados del Imsalud.

CONCLUSIONES

El Programa de Detección Precoz de Deterioro Cognitivo con la creación de una Unidad Central, contribuye a potenciar el trabajo que el Ayuntamiento de Madrid viene realizando desde hace diez años en el campo de las alteraciones de memoria y la estimulación cognitiva en los mayores, a través del Programa de Evaluación y Entrenamiento de Memoria, Método UMAM realizado en los CMS y coordinado por la Unidad de Memoria. Este nuevo Programa es un indicador del interés del Ayuntamiento de Madrid por este campo cada vez más importante que es el Deterioro Cognitivo.

Calidad de vida



y autonomía del anciano dentro de su entorno

SILVIA BURDALLO
CENTRO DE DÍA ARGANZUELA
AYUNTAMIENTO DE MADRID

OBJETIVO

Uno de los mayores problemas sociosanitarios de nuestro país lo constituye el progresivo envejecimiento de la población y sus enfermedades asociadas.

En geriatría es normal aceptar que tratar a un anciano no supone curarle de su proceso crónico, sino simplemente mejorar su capacidad funcional y social con el objetivo de aumentar su calidad de vida.

Podemos definir el Centro de Día como un recurso sociosanitario y de apoyo familiar que ofrece atención diurna especializada e interdisciplinaria a pacientes ancianos con alteraciones psicocognitivas y funcionales, que a su ingreso no presentan patología aguda, promoviendo y facilitando el mantenimiento de la persona en su entorno habitual en las mejores condiciones posibles y con una digna calidad de vida. Con ello se preserva la afectividad del anciano y se facilita la estimulación física y psíquica, evitando la institucionalización precoz.

Entre sus objetivos podemos destacar:

- A nivel del paciente. Recuperar el mayor grado posible de autonomía y mejorar su calidad de vida mediante programas de estimulación psicocognitiva y física; mantenimiento de las capacidades indemnes y reeducación de las funciones deficitarias, unido a la seguridad efectiva verdadera que proporciona el mantenimiento del paciente en su entorno familiar.
- A nivel familiar. Aliviar a los cuidadores en la atención permanente del enfermo, situación ésta que produce altos niveles de estrés y descompensación emocional, así como proporcionar formación en los distintos aspectos del cuidado del paciente.
- A nivel institucional. Evitar ingresos hospitalarios o en residencias, precoces o continuados, siempre caros, tanto desde el punto de vista económico como

social, al ser atendido y controlado el enfermo por un equipo interdisciplinario experto. Con los Centros de Día se potencia además el uso de la red comunitaria de servicios sociales, optimizándose la utilización de los recursos y mejorando así la calidad de la atención recibida por el anciano.

RECURSOS

1. Recursos internos:

- Recursos materiales: Zona administrativa y de recepción, despachos para consulta y valoración, salas de de tratamiento polivalentes, sala de enfermería y curas, comedor y aula polivalente, servicios higiénicos adaptados y ducha geriátrica, office, vestuario, adaptaciones en zonas de paso, ausencia de barreras arquitectónicas para acceder al centro y a las diferentes zonas y plantas.
- Recursos humanos: deben contar con un equipo geriátrico interdisciplinario especializado que proporcione a los ancianos cuidados preventivos, integrales y continuados. El equipo estará compuesto por: trabajador social, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, gerocultores, conductores de vehículos adaptados, peluquero, podólogo y personal sanitario municipal.

2. Recursos externos: diferentes recursos sanitarios y sociales.

METODOLOGÍA

Debe existir una coordinación interna y externa con los diferentes agentes y recursos implicados a través de una metodología interdisciplinar, para así tratar al usuario en su dimensión global.

Partiendo de la valoración integral del usuario se determinan los recursos a utilizar:

PROBLEMAS MÁS FRECUENTES EN CENTRO DE DÍA	RECURSOS INTERNOS A UTILIZAR	RECURSOS EXTERNOS A UTILIZAR
Problemas de movilidad	Terapia Funcional Gerontogimnasia Programa Marcha y equilibrio	Recursos sanitarios Servicio de Ayuda Domicilio Teleasistencia
Déficit de autocuidado	Entrenamiento ABVD Educación sanitaria.	SAD
Aislamiento social	Entrenamiento AIVD Entrenamiento en HHSS Programa de integración Dinámicas de grupo	Actividades Socioculturales Voluntariado Teleasistencia
Deterioro Cognitivo	Estimulación cognitiva Entrenamiento en AVD Apoyo a la familia	SAD Recursos especializados

RESULTADOS:

Se toma como referencia una muestra de 100 usuarios atendidos en el Centro de Día Municipal Arganzuela, obteniendo los siguientes resultados:

• USUARIOS:

PROBLEMAS TRATADOS	PORCENTAJE DE USUARIOS TRATADOS	PORCENTAJE DE USUARIOS MEJORADOS
Problemas de movilidad	50	15
Déficit de autocuidado	30	10
Aislamiento social	45	90
Deterioro cognitivo	12	3

• FAMILIA-INSTITUCIÓN:

SITUACIONES TRATADAS	ACTUACIONES	SITUACIONES MEJORADAS
Sobrecarga familiar	Derivación a "Cuidando al cuidador" Programa de formación a familias	45 %
Institucionalización permanente	Programas de R espiro familiar Residencias temporales para vacaciones	3%

CONCLUSIONES:

Para llegar a estas conclusiones , nos hemos basado en las diferentes escalas de valoración usadas en geriatría (Barthel, Lawton, MEC, Tinetti, Cruz Roja, Recursos sociales del anciano, GDS) tomando como referencia de control la puntuación obtenida al ingreso, al mes y a los seis meses.

También hemos usado métodos informales, como la observación y las entrevistas tanto al usuario tratados como a los cuidadores y familiares.

Señalar la mejoría en cuanto a la percepción de la familia en su sobrecarga emocional/ física por el cuidado del usuario, así como la prevención de la institucionalización precoz de los mismos.

Para afirmar esto, nos basamos en las impresiones que las familias nos han transmitido, así como el número de usuarios que han rechazado la plaza en residencia y los que aún no la han solicitado.

BIBLIOGRAFÍA.

- Hopkins, H.L. y Smith, H. D. *Terapia Ocupacional*. 8ª ed. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 1998.
- Durante, P, y Pedro, P: *Terapia Ocupacional en geriatría: Principios y práctica*. Masson. 1ª ed. 1998.
- Guillén, F., y Pérez del Molino, J. *Síndromes y cuidados del paciente geriátrico*. 1994.
- Fernández, R. *Gerontología social*. Editorial Psicología Pirámide.
- López, M y Chacón, F. *Intervención psicosocial y servicios sociales*. Editorial síntesis psicología.

Centros de Día ■■■

en las grandes ciudades. Aproximación a la perspectiva europea

GREGORIO RODRÍGUEZ CABRERO
UNIVERSIDAD DE ALCALÁ

LOS CENTROS DE DÍA COMO RECURSO DE INTERVENCIÓN SOCIAL PARA LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Podemos definir el Centro de Día, siguiendo a M^a T^a Sancho como “un servicio socio-sanitario y de apoyo familiar que ofrece durante el día atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas afectadas por diferentes grados de dependencia, promoviendo su autonomía y la permanencia en su entorno habitual” (Defensor del Pueblo, 2000).

Desde la puesta en marcha del I Plan Gerontológico Estatal 1992-97, siguiendo por el Plan de Acción para las Personas Mayores 2000-2005 del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y el desarrollo de diferentes planes y programas de acción social y sanitaria para las personas mayores, con especial referencia a las personas en situación de dependencia, las políticas públicas de atención a las personas en situación de dependencia han centrado sus objetivos en el desarrollo de aquellos recursos que faciliten la autonomía de las personas dependientes y sus familiares cuidadores.

El Centro de Día (CD a partir de ahora) es un recurso comunitario intermedio diurno que realiza funciones de prevención, rehabilitación y mantenimiento del nivel de autonomía de las personas dependientes a la vez que de apoyo a la familia. En este mismo sentido autores como Goldberg y Connelly (1982) señalan que las funciones de un CD son básicamente cinco: socialización; apoyo a los cuidadores, mejora funcional; rehabilitación y mantenimiento; y sustitución del cuidado residencial o preparación para la entrada en una residencia. Funciones todas ellas que pueden encontrar desarrollo en centros de orientación social y en centros de orientación sanitaria si bien no en pureza.

A pesar de la relevancia asistencial de este recurso en si mismo y como estructura de apoyo intermedio entre el servicio de ayuda domiciliaria (SAD) y los centros residenciales, es lo cierto que su importancia cuantitativa es muy baja si tenemos en cuenta las necesidades de atención a personas dependientes, la intensidad del envejeci-

miento en España y nuestro grado de desarrollo social y económico.

Según la actualización del Informe 2002 del Observatorio de Personas Mayores en España () el número de centros de día existentes al día 1 de Enero de 2003 sería de 1.234 centros con un total de 25.143 plazas y un índice de cobertura del 0,35% de la población mayor de 65 años. De este total los centros propios o de gestión pública son 433 con un total de 9.383 plazas; el número de centros concertados es de 328 centros con 5.092 plazas y, finalmente, existen 473 centros privados con 10.668 plazas. En Cataluña se concentra el 33,3% de todas las plazas asistenciales, seguida a gran distancia de Madrid (15%) y País Vasco (7,4%).

El Informe del Defensor del Pueblo sobre la Atención Sociosanitaria de 2000 consideraba que el número de plazas de CD necesarias para hacer frente a las necesidades de personas en situación de dependencia en 2006 sería de 87.113, con una cobertura del 2% de las personas de 80 y más años (Rodríguez Cabrero, 2000). En el conjunto del gasto de un continuo sociosanitario para un promedio de esperanza de vida a los 65 años de 19,4 años y con un promedio de 7,5 años de dependencia el gasto en CD en 2000 () suponía el 13% del gasto total en atención sociosanitaria. Sin embargo, su importancia asistencial y social como recurso es superior a su coste ya que constituye un recurso frontera preventivo y rehabilitador entre las situaciones de dependencia moderada y grave y, por tanto, su función es estratégica en la atención social de las personas con dependencia.

El envejecimiento de la población española, el aumento de las personas en situación de dependencia como consecuencia de este efecto, el incremento del grupo de población de 80 y más años junto a los cambios en el tamaño, estructura y funciones de la población familiar cuidadora, hasta ahora mayormente femenina, conducen inevitablemente a un desarrollo más intenso de los recursos comunitarios para personas con dependencia y dentro de estos el recurso del CD.

Teniendo en cuenta la importancia de este recurso como instrumento de prevención, rehabilitación y atención a personas con dependencia, esta ponencia pretende abordar los siguientes objetivos:

1. En primer lugar, definir el contexto sociodemográfico (problemática de la dependencia) e institucional (modelos de protección social de las situaciones de dependencia) en el que tiene lugar el desarrollo de los servicios sociales intermedios como son los Centros de Día.
2. En segundo lugar, tratar de definir de manera aproximativa los modelos de CD en grandes núcleos urbanos en diferentes modelos de Estados de Bienestar así como analizar la ambivalencia de su efectividad protectora.

CONTEXTO SOCIODEMOGRÁFICO E INSTITUCIONAL DE LA PROTECCIÓN SOCIAL DE LA DEPENDENCIA

El contexto actual del desarrollo de los servicios sociales en los grandes núcleos urbanos y, en general, en las sociedades urbanas europeas es el del envejecimiento de la población y de manera particular el impacto específico que este tiene en la creciente población en situación de dependencia. Baste considerar que la población europea afectada por situaciones de dependencia que condicionan con cierta severidad la autonomía de las personas mayores en su vida cotidiana viene a suponer en torno al 15% de la población mayor entre 65 y 79 años de edad y alrededor de un tercio de la población de 80 años de edad y más, tal como puede verse en el CUADRO 1. Esas tasas se incrementan en los grandes espacios urbanos en los que las tasas de envejecimiento se incrementan de manera notable.

En sociedades crecientemente envejecidas como las europeas se ha producido un doble proceso de cambio:

- a) El primer proceso de cambio que se inicia en la década de los años ochenta se traduce en el tránsito de un modelo asistencial residencial a otro de tipo comunitario debido a cambios culturales (vivir en casa), financieros (contención del Estado de Bienestar) y asistenciales (el giro de la atención desde la centralidad de los recursos residenciales a los de tipo comunitario básicos e intermedios buscando una mayor calidad de vida de las personas en situación de dependencia). El desarrollo de un modelo de intervención social comunitario se constituye en característica dominante de los sistemas de intervención y entre ellos la atención domiciliaria y los espacios intermedios entre el domicilio y la residencia.
- b) A nivel de los modelos generales de atención a las situaciones de dependencia en los años noventa se inicia en diferentes países de la UE cambios en profundidad que se aceleran en la presente década en pro de modelos globales de atención a las personas dependientes bajo los cuales se articulan las intervenciones de tipo comunitario. Las tendencias favorecedoras de sistemas públicos universales de protección a las personas dependientes no puede ocultarnos la persistencia de las tradiciones nacionales en materia protectora así como las tendencias de freno de los gobiernos hacia nuevas vías crecientes de gasto social como son las derivadas del envejecimiento de la población.

Tal como señala O,Shea la protección a la dependencia para las personas mayores en Europa muestra grandes diferencias entre países: “no hay una evidente convergencia hacia un modelo universal de financiación y prestaciones para las personas mayores”. Aunque si existen algunas tendencias comunes como son:

a) La protección a la dependencia, en su coste y carga asistencial, tiende a repartirse entre el Estado, el individuo afectado y la familia; se trata de una tendencia hacia un sistema de reparto básico de apoyo a la familia ya que el seguro privado solo es accesible a una minoría de la población.

b) La articulación entre los recursos comunitarios, los familiares y los del propio individuo del que trata de destacarse no solo la situación de dependencia a proteger sino la independencia a promover (Secker y otros, 2003); c)

c) La colaboración entre los distintos sistemas asistenciales en su dimensión social/sanitaria y comunitaria/residencial/familiar.

La persistencia de los sistemas nacionales de protección social nos obliga a destacar las diferencias existentes entre ellos a nivel general. Existen básicamente cuatro modelos de protección social a la dependencia. Cada modelo tiene raíces distintas en la historia de los respectivos sistemas de protección social y entre ellos existen diferencias en cuanto a la cobertura, contenido prestacional y forma de financiación.

Básicamente son cuatro los modelos a considerar aquí: el modelo asistencial-liberal anglosajón, el modelo universalista de servicios nórdico, el modelo de Seguridad Social continental ampliado y, finalmente, el modelo asistencial mediterráneo en transición (CUADRO 2). El primero se limita a cubrir la atención personal a la población sin recursos, a los que están por debajo de un baremo económico de carácter asistencial y, por tanto, excluyendo a una parte importante de la población en situación de dependencia que necesita de ayuda personal y que tienen que pagar su coste, parcialmente o totalmente, o recurrir a servicios privados. El segundo es fruto de una extensión progresiva de los servicios sociales tradicionales de tipo comunitario y especializado a la necesidad de ayuda social que precisan las personas en situación de dependencia en el contexto de un modelo de naturaleza universal y centrado en el desarrollo de los servicios personales. El tercer modelo, el de tipo continental ampliado, en el que nos detendremos especialmente, es un modelo mixto universal, tanto contributivo como asistencial, surgido como confluencia entre un modelo de Seguridad Social y la extensión de los servicios sociales de naturaleza asistencial en pro de un modelo integrado de protección social a la dependencia. Finalmente, el modelo mediterráneo en transición es un modelo de raíz asistencial, apoyado en la solidaridad intensiva de la familia, pero que ha evolucionado hacia un modelo de tipo universalista en lo que respecta a la atención sanitaria que convive con una sistema de servicios sociales públicos claramente insuficiente para satisfacer las necesidades de atención a las personas con dependencia.

Finalmente, y antes de entrar en el análisis descriptivo de los cuatro modelos protectores básicos, hay que enfatizar que el proceso de envejecimiento de la población,

así como la visibilidad social creciente de las necesidades de la población discapacitada menor de 65 años, han hecho que la protección social de la dependencia haya pasado a ser una de las áreas del debate en política social más relevantes en la actualidad y de amplio dinamismo en cuanto al desarrollo de políticas y programas que tratan de dar respuesta al nuevo reto de los cuidados personales.

Con el fin de tener una visión de los cuatro modelos pasamos a describir de manera sintética sus rasgos más característicos.

a) Modelo asistencial anglosajón:

El modelo asistencial liberal, característico del Reino Unido e Irlanda, sobre todo del primero (también cabe mencionar fuera de la UE los casos de Australia y USA) es un modelo de cuidados de larga duración dual y desequilibrado ya que, por una parte, existe una cobertura por parte del Servicio Nacional de Salud (NHS) de accesibilidad universal, pero que no cubre los cuidados personales que entran en su campo y, por otra parte, interviene un sistema de servicios sociales de naturaleza asistencial de suerte que la condición económica o prueba de medios limita el acceso a los servicios sociales a los colectivos sin recursos o con recursos económicos bajos.

Pero al mismo tiempo se ha producido un triple cambio a lo largo de la década de los años noventa, en concreto desde 1990. En primer lugar, un sistema de descentralización que ha desplazado parte de la responsabilidad de los cuidados de larga duración a los servicios sociales de las Administraciones Locales que no disponen de los recursos suficientes, económicos e institucionales, para hacer frente al problema de forma que la extensión de la financiación por parte de los usuarios y el copago han sido una de las consecuencias más importantes de la reforma de los servicios sociales puesta en marcha por la Community Care Act de 1990. En segundo lugar, se ha producido un claro desplazamiento desde el sistema sanitario hacia el sistema de servicios sociales de la carga de los cuidados de larga duración dentro de las políticas de contención del gasto sanitario.

En la medida en que el sistema sanitario no ha asumido su responsabilidad y los servicios sociales son de carácter asistencial y financieramente débiles la consecuencia ha sido una mayor carga financiera y de cuidados para las familias. Finalmente, una mayor presencia del sector privado en la gestión de los servicios sociales, tanto públicos como privados, si bien la oferta de seguros privados de protección social a la dependencia no ha tenido éxito por ahora en la población. Los servicios sociales no solo siguen siendo considerados el último recurso sino que, además, el sistema está dominado por la perspectiva de los proveedores de los servicios más que por los usuarios y por la creación de los

cuasi-mercados.

El informe sobre cuidados de larga duración de 1999 (Royal Commission, 1999) marcó un antes y un después en el debate político y científico sobre el sistema a adoptar en el futuro para hacer frente a las necesidades de atención social que genera el envejecimiento de la población y los cambios en la estructura social de la familia cuidadora. A pesar del rigor y ambición científica del informe y de su opción en favor de un seguro colectivo o nacional para compartir los riesgos sociales de la dependencia y de que sigue siendo una guía muy positiva para el diseño de una política pública de cuidados de larga duración, sin embargo, su aplicación práctica no ha tenido lugar hasta el día de hoy. El modelo británico sigue siendo un modelo de cuidados de larga duración que carga sobre un sistema de servicios sociales asistencial y sobre los ciudadanos el coste de la dependencia a la vez que el sistema nacional de sanidad ha quedado en gran medida al margen.

b) Modelo universalista de servicios nórdico:

Este modelo no comprende de manera específica la protección social de la dependencia. Los servicios sociales o de cuidados personales han ido extendiéndose progresivamente a lo largo del tiempo como un sistema de apoyo a las necesidades de la familia en el cuidado de niños y personas mayores. En ninguno de estos países, como decimos, existe una ley de protección a la dependencia en sentido estricto, sino que es fruto de la progresiva adecuación de la oferta pública de servicios sociales a las cambiantes necesidades sociales y demanda de cuidados personales.

Este modelo se caracteriza por cuatro rasgos fundamentales:

- a) Se trata de un modelo de naturaleza universal, por tanto accesible a todos los que lo precisen sin limitaciones de renta.
- b) Es financiado mediante impuestos generales y locales y contempla el copago en función del nivel de renta de la persona que precisa la atención personal.
- c) Las prestaciones sociales son en gran medida servicios comunitarios y especializados, teniendo los primeros unas tasas de cobertura elevadas, las más altas de los países de la UE. La estructura de cuidados personales se apoya sobre todo en la extensión de los servicios comunitarios (domiciliarios y centros de día). Las tasas de cobertura de ayuda a domicilio, por ejemplo, están entre el 15 y 20 por cien de la población mayor de 565 años.

d) Se trata de un sistema ampliamente descentralizado; los servicios sociales son competencia municipal aunque el Estado contribuya a su financiación. Durante los últimos años la provisión de los servicios ha ido desplazándose hacia el sector privado. De hecho este último sistema no sólo comparte la provisión con el sector público sino que también es un sistema preferente para los grupos de renta elevada.

c) Modelo continental de Seguridad Social ampliada:

A partir de 1993 en que Austria inicia la aplicación de un seguro público de protección social a la dependencia, una serie de países con modelos de Seguridad Social - Alemania en 1995, posteriormente Luxemburgo en 1998 y finalmente Francia en 2002-, han incorporado la protección del riesgo social de los cuidados de larga duración a sus respectivos sistemas de protección social como una nueva rama que extiende al campo de la acción protectora de la Seguridad Social. Otros países del mismo modelo o bien disponen de sistemas relativamente desarrollados de cuidados de larga duración (Países Bajos, en parte ligados al sistema de sanidad) o están pendientes de nuevos avances en sus actuales modelos (Bélgica). Todos ellos tienen unas tasas de cobertura de servicios sociales comunitarios entre el 5 y el 10 por cien de la población mayor de 65 años.

Este modelo de protección social a la dependencia se caracteriza, sin entrar aquí en las diferencias específicas entre los distintos países, por varios rasgos:

- a) Es una nueva rama de la Seguridad Social o nuevo campo de su acción protectora.
- b) La protección social de la dependencia genera un verdadero derecho subjetivo independientemente del nivel de renta y situación sociolaboral y tiene como objetivo apoyar activamente a la familia cuidadora y, excepcionalmente, sustituirla.
- c) El reconocimiento de la situación objetiva de dependencia requiere una evaluación de carácter sociosanitario, con distinto énfasis en los aspectos sociales o sanitarios según los modelos concretos, y suele contemplar una gradación de la misma en tres niveles (moderado, grave y severo).
- d) El sistema de ayuda o prestacional es de carácter mixto, es decir, en servicios, en prestaciones monetarias o mixto, cuya elección por parte de la persona en situación de dependencia es o totalmente libre (caso alemán) o condicionada por la gravedad de la dependencia (caso de Luxemburgo).

e) Las prestaciones son topadas y contemplan el copago a partir de las prestaciones básicas que financia el sector público.

f) Finalmente, el modelo de financiación es de tipo mixto en base a cotizaciones sociales e impuestos con el fin de cubrir tanto el ámbito contributivo como el no contributivo.

En suma, el nuevo modelo continental de seguro de protección social a la dependencia se inscribe en la “tradición” de la Seguridad Social como modelo protector de apoyo a la familia cuidadora cuya importancia sigue siendo central en la estructura social de cuidados tanto en su concepción o diseño como en su desarrollo práctico.

d) Modelo asistencial mediterráneo en transición

Históricamente los países del Sur de Europa (Italia y España principalmente) han resuelto hasta muy recientemente la atención social a las personas dependientes mediante el recurso a la familia, y dentro de esta a la mujer que asume la carga fundamental del sistema informal de cuidados y, residualmente mediante el concurso de servicios sociales de naturaleza fuertemente asistencial.

En los últimos casi veinte años, y nos referimos a partir de ahora al caso español, han tenido lugar una serie de cambios tanto en el sistema de servicios de bienestar como en la estructura informal de cuidados que suponen una transición en nuestro sistema protector y de cuidados informales.

Por una parte, el desarrollo del Estado de Bienestar en España ha configurado, en cuanto a los cuidados de larga duración, tres sistemas muy diferentes y desequilibrados en cuanto a accesibilidad, prestaciones y financiación. Por una parte, en el ámbito de la Seguridad Social, existe un sistema de prestaciones monetarias de ayuda de tercera persona cuya naturaleza sociojurídica depende de una relación laboral (ayuda de tercera persona por gran invalidez contributiva) o de la incapacidad para el trabajo unida a la necesidad de ayuda de tercera persona (ayuda de tercera persona de carácter no contributivo) o del sacrificio del acceso al empleo por cuidar a un familiar (pensión de favor familiar).

Prestaciones monetarias todas ellas más relacionadas con una condición laboral o necesidad de recursos que con la estricta protección objetiva de la situación de dependencia. Por otra parte, existen dos sistemas de servicios públicos que intervienen en la atención de las personas con dependencia: a) El sistema sanitario de cobertura universal para todos los ciudadanos pero que está limitado en cuanto al desarrollo de prestaciones sanitarias dirigidas a la rehabilitación de las personas que precisan cuidados de larga duración; en la práctica se produce la derivación hacia la rema de servicios sociales; b) los servicios sociales, por su parte, tienen un carácter asistencial, su oferta es insuficiente para hacer frente a las

necesidades crecientes de cuidados personales y, a pesar de su reciente modernización y cierta extensión, constituyen una oferta residual que tiene que cubrir la familia directamente o mediante ayudas externas contratadas. Si a ello unimos la creciente desigualdad entre los sistemas autonómicos de servicios sociales en cuanto a la oferta de servicios, requisitos de acceso y financiación, la resultante es que el sistema de servicios sociales en su actual estructura de oferta no puede dar una respuesta positiva a la demanda social de cuidados de larga duración. Los recientes cambios de las Leyes de Servicios Sociales de Asturias, sobre todo, y Madrid en 2003 indican un cambio de rumbo en favor de la universalización de una serie de prestaciones sociales básicas para todos los ciudadanos cuya materialización va a depender de una política activa de gasto en servicios sociales. En todo caso, la existencia de tres sistemas que intervienen en los cuidados o atención personal exigen una articulación de la acción política para lograr la necesaria universalidad de una serie de prestaciones básicas para todos los ciudadanos.

Por otra parte, la incorporación de la mujer al mercado de trabajo y los cambios en el tamaño y funciones de la familia, además de la diversificación de los tipos de hogares y formas de convivencia, conllevan una redefinición de la solidaridad familiar que en la práctica ya está teniendo lugar. Por ejemplo, la incorporación de los varones mayores de 65 años como cuidadores principales de sus esposas mayores dependientes empieza a ser un hecho, igualmente la incorporación de los varones como cuidadores secundarios y, finalmente, el creciente recurso a los cuidadores externos privados (inmigrantes económicos extranjeros mayormente), son indicadores de los inevitables cambios en el sistema informal de cuidados de larga duración. Ello no supone afirmar que esté teniendo lugar un retroceso de la solidaridad familiar sino su adaptación en una sociedad en la que la igualdad de género y el empleo son prioritarios socialmente. De ahí, que los seguros públicos de dependencia no tengan como objetivo la sustitución de la solidaridad familiar, excepto en casos muy determinados en que está no existe o no es posible llevarla a cabo por las especiales necesidades de cuidados que pueda precisar una persona dependiente (por ejemplo, fase terminal de un enfermo de Alzheimer), sino justamente la creación de un sistema de apoyo efectivo a la familia cuidadora o, en su caso, de cobertura de necesidades de cuidados especializadas, que generen bienestar individual y familiar, además de contribuir a la creación de empleo y del bienestar general de la sociedad.

Ambas realidades, la existencia de un sistema insuficiente y desequilibrado de cuidados personales en España y los cambios en la estructura familiar, exigen una respuesta global y articulada ante las necesidades de atención a las personas con dependencia. De hecho, la respuesta ya empezado tanto en términos prácticos (la proliferación de programas y planes de atención a las personas depen-

dientes en las CCAA, muy diferentes entre si en cuanto a enfoques, medios y resultados así como en el debate social y, sobre todo, en el debate y en la acción política (Pacto de Toledo de Octubre de 2003 y creación de la Comisión para el Estudio de la Dependencia de 2003).

MODELOS GENERALES DE CENTROS DE DÍA EN EL ÁMBITO DE LA UE Y CONSIDERACIONES SOBRE SU EFECTIVIDAD.

Modelos existentes de Centros de Día. Rasgos básicos.

Los modelos de CD existentes en el espacio de la UE son en buena medida reflejo de los modelos generales de Estados de Bienestar existentes en los diferentes países, si bien hay que enfatizar que existe una cierta convergencia en cuanto a la importancia de este recurso intermedio como medio de retraso de la institucionalización y apoyo a la familia, lo que no quiere decir una convergencia en cuanto a las metodologías de intervención social ni en la provisión de cuidados sanitarios y sociales (O'Shea, 2003) aún muy dependientes de las tradiciones nacionales.

Una cierta convergencia en la filosofía general sobre la importancia de la atención a las personas en situación de dependencia se ha impuesto en el espacio europeo a través del Consejo de Europa. En este sentido cabe señalar la idea de la mejora de la calidad de vida de las personas mayores en situación de dependencia a través del apoyo a modelos de vida autónomos en el propio medio.

Básicamente podemos diferenciar cuatro tipos o modelos tentativos de CD en las grandes ciudades de la UE que en buena medida se corresponden con los modelos de Estado de Bienestar. No se trata de modelos claramente delimitados puesto que en ellos encontramos importantes puntos de encuentro, sino de tendencias generales:

1. En primer lugar, cabe destacar un modelo de CD nórdico, de acceso universal (no asistencial), orientado al apoyo social e instrumental de la persona dependiente, sin descartar la atención sanitaria y rehabilitadora y sustitutivo de los cuidados informales de la mujer trabajadora. Se trata de un modelo que ha evolucionado históricamente desde una concepción sanitaria a otra de tipo social. El CD ocupa una posición asistencial cardinal con una amplia variedad de tipos de CD (integrados como medio de apoyo a pisos tutelados, centros independientes de carácter social, centros de día para personas con problemas de demencia, centros para personas mayores con discapacidades en su doble versión de mantenimiento físico o mejora de capacidades físicas y psíquicas. Es un modelo de amplia cobertura, de financiación pública (con cierto copago) y provisión pública (si bien en proceso de cambio) y en el apoyo a la persona en situación de necesidad predomina sobre el apoyo a la familia a la que tiende a sustituir.

2. Un segundo modelo de CD es el de tipo continental, con variaciones entre si, de carácter universalista, en unos casos orientados a la rehabilitación y al cuidado sanitario (Holanda), en otros orientado al apoyo a la familia cuidadora (Alemania, Austria) ocupando Francia y Bélgica una situación intermedia entre el modelo de apoyo familiar y la rehabilitación y mantenimiento de las capacidades de la persona en situación de dependencia. Común denominador a todos ellos es el retraso de la institucionalización.. El CD ocupa una posición sociosanitaria de enlace entre los servicios comunitarios y los de tipo residencial si bien con distinto enfoque. Como en la mayoría de los modelos existe una clara tendencia a la expansión de los CD de personas con problemas de demencia que son siempre encuentra soluciones adecuadas en centros de carácter polivalente. Este modelo tiene unas tasas de cobertura intermedia entre el modelo nórdico y el latino y en la actualidad, con la extensión de sistemas públicos de protección a la dependencia, está en proceso de expansión la oferta en las zonas urbanas de mayor envejecimiento.

3. Un tercer modelo de CD es el mediterráneo, de carácter asistencial, orientado al apoyo de la familia cuidadora, dependiente del sistema de servicios sociales y que lentamente está integrando un protocolo más amplio de intervención. El CD ha ocupado hasta recientemente una posición socio-sanitaria subordinada a la residencial, si bien la creación de CD independientes y de carácter polivalente en cuanto a usuarios es una realidad creciente. El envejecimiento de la población (sobre todo mayor de 80 años), particularmente en las grandes áreas urbanas, junto a los cambios en el volumen y responsabilidades de los cuidadores familiares, está demandando una expansión de este recurso bajo un enfoque de cobertura amplia cuya provisión tiene una naturaleza mixta. En el mismo sentido el aumento de las demencias seniles supone un reto en la estructura de cuidados en los CD parte de los cuales se orientan hacia una cierta especialización u orientación psicogeriátrica.

En suma, la oferta de CD puede calificarse, en general, por varios rasgos: altamente escasa en relación a las necesidades o de baja cobertura (0,20/población > 65 años), dependiente sobre todo de centros residenciales, de naturaleza mixta en cuanto a la titularidad, de financiación pública predominante, de carácter polivalente en cuanto a la tipología de usuarios, de contenidos asistenciales variados, orientados al soporte de los cuidados familiares, baja imagen social como recurso sociosanitario y protocolización desigual de sus programas de intervención.

4. Finalmente, el modelo anglosajón, particularmente el británico, es un modelo predominantemente de orientación social que ocupa un lugar dependiente respecto de la ayuda domiciliaria y la oferta residencial. Su enfoque es asistencial aunque la oferta es de tipo medio, la financiación es mixta y la provisión es mayoritariamente no lucrativa.

En el modelo anglosajón el CD es un tipo de servicio que en parte sustituye a la familia cuidadora, en menor medida la apoya, y que se centra en la atención a la persona en situación de dependencia. Su papel es creciente en los últimos años debido a la importancia de las demencias seniles y el Alzheimer.

La evaluación de su efectividad.

Los servicios de atención a la dependencia a nivel internacional debemos enmarcarlos en lo que parece ser una tendencia más o menos generalizada hacia el retraso de la institucionalización del enfermo, crecientes inversiones en servicios de atención vinculados al hogar del afectado y una mayor coordinación de los distintos agentes de bienestar en la provisión de los cuidados (Administraciones Centrales y locales, Tercer Sector, iniciativa privada).

En este contexto, existe cierta convergencia en los distintos modelos de Estado de Bienestar a desarrollar un tipo de servicios como son los centros de día (CD) que, por ser considerados como un recurso sociosanitario y de apoyo familiar “intermedio” entre la institucionalización de la persona dependiente en centros residenciales y la atención a domicilio, pueden contribuir precisamente a promover su autonomía y la permanencia en su entorno social. Los usuarios a los que se orientan son personas que mantienen o pueden mantener cierto nivel de contacto con el entorno, excluyéndose las personas con graves déficits funcionales y conductuales, lo cual determina las características espaciales y funcionales que deben tener los propios centros de día.

Esto supone que en los CD sea imprescindible afrontar la dificultad de acotar los límites de la dependencia y autonomía de los usuarios y la constatación del momento en el que la persona dependiente debería pasar a otro nivel asistencial. Para ello la evaluación de las capacidades y perfiles de los potenciales usuarios del centro de día así como una definición clara del marco de intervención y de su programación diaria son fundamentales para conseguir un funcionamiento más eficaz y menos costoso en relación a otros servicios de atención, aspectos sobre los cuales dan buena cuenta trabajos como el de la Fundación Matía o la Guía práctica de Centros de Día para personas mayores dependientes elaborada por el IMSERSO.

Además del análisis de la estructura organizativa de los CD también debe prestarse atención a la efectividad real de los mismos para los pacientes y para los familiares. A este respecto, la literatura internacional pone de manifiesto que las investigaciones sobre la efectividad de los centros de día son cada vez más frecuentes pero no son concluyentes sobre todo en lo que respecta a sus efectos sobre los familiares cuidadores. La mayoría de las evaluaciones reconocen que los CD funcionan más como complemento de los cuidados informales que como sustitutivo de la ayuda a domicilio así como la baja o nula efectividad de los CD en lo que respecta a contener y reducir

las situaciones de dependencia derivada de las actividades rutinarias de la vida diaria y los trastornos del comportamiento y de la salud. Por el contrario, parecen mostrarse más efectivos sobre aspectos subjetivos como el bienestar, el humor o la satisfacción con el centro cuando estos son utilizados regular y sostenidamente. No obstante, estos resultados no son del todo concluyentes ya que adolecen de limitaciones metodológicas ya que se limitan a análisis de estancias cortas, utilizan diseños experimentales con pequeñas muestras y programas de atención muy específicos o no incluyen un grupo de control no atendido en los centros de día como referencia de comparación de los resultados.

En su afán de superar estas limitaciones Zarit y otros (1998) compararon los resultados obtenidos entre un grupo experimental compuesto por familiares de enfermos que asistían a los CD en EEUU como mínimo dos días a la semana con los obtenidos en un grupo de control ajeno a los CD. Los resultados demostraron que el grupo experimental presentaba menores niveles de estrés, depresión y angustia que el grupo de control tanto después de tres meses como pasado un año.

En España, esta tendencia a comparar los resultados en dos grupos de cuidados se ha seguido por autores como Artaso, Martín y Cabasés (2002) quienes consideran mediante un análisis coste-beneficio que los pacientes que acuden a los CD en comparación con los que reciben cuidados comunitarios habituales suponen un mayor coste sin modificar de forma significativa la salud del paciente ni la de su cuidador y sólo muy ligeramente los trastornos conductuales del dependiente. En una línea similar, Goñi y otros (2003) apenas encontraron diferencias significativas en la sobrecarga emocional de los pacientes y sus cuidadoras informales analizados entre aquellos que asistían a los CD y los que eran asistidos en su domicilio. Concretamente observaron como la sobrecarga emocional que padece el cuidador de un paciente con demencia es intensa e independiente de que acuda a un recurso diurno o que permanezca en su domicilio.

Estos resultados a priori pueden resultar desalentadores en la medida en la que parecen poner en tela de juicio la propia efectividad de los centros de día. No obstante, hay que tener en cuenta que en muchos casos son los propios autores de estos trabajos quienes, a pesar de no haber podido demostrar, utilizando también grupos de control, el impacto positivo de los CD sobre los síntomas de ansiedad o depresión entre los usuarios y los cuidadores después de tres meses de investigación también apuntan algunas razones que nos deben hacer dudar de esos resultados máxime cuando es evidente que los servicios de respiro en un CD generan cierto alivio para los familiares en el cuidado de las personas dependientes en los CD. Concretamente, el tiempo analizado (tres meses) puede resultar en muchos casos insuficiente para valorar el impacto de los CD en la medida en la que la adaptación del usuario y los familiares a estos centros en los primeros meses puede generar cierta ansiedad a lo desconocido

que se va atenuando con el tiempo. En segundo lugar, es probable que los propios cuidadores apenas perciban un mayor bienestar por los servicios de respiro que les ofrecen los CD en la medida en la que suelen dedicar ese tiempo bien para acudir a sus puestos de trabajo o bien para desarrollar tareas del hogar que no pueden hacer cuando el enfermo está presente. Por último, suele ocurrir que tanto la heterogeneidad de los centros analizados y de los programas desarrollados en los centros de día como el carácter intangible de aspectos como la satisfacción o los beneficios derivados de la atención en los CD pueden escapar al uso de las herramientas de análisis convencionales, además de que en investigaciones como estas apenas se pueden captar las experiencias vividas por los propios afectados cuando su estado cognitivo es limitado.

CUADRO 1
POBLACIÓN EUROPEA CON ENFERMEDAD CRÓNICA, INCAPACIDAD O DEFICIENCIA CRÓNICAS QUE IMPIDE REALIZAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA SEGÚN NIVEL DE DIFICULTAD SEVERA Y POR EDADES

EDADES	16-64	65-79	80+	TOTAL
<u>Países NÓRDICOS</u>				
	4,6	14,4	26,4	6,6
<u>Países CONTINENTALES</u>				
	5,5	20,6	37,9	8,5
<u>Países del SUR DE EUROPA</u>				
	2,8	13,5	27,7	5,5
<u>Países ANGLOSAJONES</u>				
	2,9	13,5	34,5	5,6

CUADRO 2
MODELOS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

	ANGLOSAJÓN	CONTINENTAL (Alemania, Austria)	NORDICO	MEDITERRAN (España)	EUROPA DEL ESTE
Derecho a la protección social de la dependencia	Derecho mixto: universal en atención sanitaria y asistencial en servicios sociales personales	Derecho universal de dos niveles: contributivo y no contributivo	Derecho universal sanitario y en cuidados de larga duración	Derecho mixto: universal en atención sanitaria; en servicios sociales contributivo limitado y asistencial	Derecho universal limitado en atención sanitaria y asistencial residual en servicios sociales
Financiación	Impuestos y copago para los que superan un nivel de renta asistencial	Cotizaciones sociales, impuestos y copago	Impuestos y cierto copago	Impuestos, cotizaciones y copago para los que superan un nivel de renta asistencial	Impuestos y copago
Tipo de prestación	Servicios y ayudas monetarias asistenciales	Servicios y ayudas monetarias topadas universales	Servicios sociales y sanitarios universales	Ayudas monetarias y secundariamente servicios de tipo asistencial	Servicios residuales y algunas ayudas monetarias asistenciales
Responsabilidad de la Organización y Gestión	Municipal	Regiones y municipios	Municipal	Regiones y Municipios	Municipal
Provisión de servicios según importancia	Empresas, ONGs y municipios	ONGs y empresas, papel residual municipios	Municipios y recientemente empresas	Municipios, ONGs y crecientemente empresas	ONGs y municipios
Política de apoyo al cuidado informal	Apoyo limitado a la familia cuidadora y elevada responsabilidad individual	Amplio apoyo a la familia cuidadora responsable final	Apoya y sustituye a la familia	Apoyo residual a la familia cuidadora	Apoyo muy residual a la familia cuidadora

