

El envejecimiento poblacional trasciende lo demográfico; no sólo es un elemento que actúa sobre la estructura de la población, sino que debe ser considerado como un factor que influye primordialmente en las demandas económicas, sociales y de salud. La demanda de recursos sociales de la comunidad irá en aumento, aunada a una mayor expectativa de vida; la cual genera incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como aumento de los problemas de invalidez o incapacidad, que impiden o limitan a los individuos en la realización de las actividades de la vida diaria y en sus posibilidades de autocuidado e integración social.

Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico



Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico



Comité Nacional de Atención al Envejecimiento
CONAEN





Centro Nacional de Vigilancia Epidemiológica
y Control de Enfermedades

Programa de Atención al Envejecimiento

CENTROS DE DÍA

Lineamientos Generales para el Funcionamiento de un Centro de Día Gerontológico

DIRECTORIO

DR. JOSÉ ÁNGEL CORDOVA VILLALOBOS
SECRETARIO DE SALUD

DR. MAURICIO HERNÁNDEZ AVILA
SUBSECRETARIO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

DR. PABLO KURI MORALES
DIRECTOR GENERAL DEL CENTRO NACIONAL DE VIGILANCIA
EPIDEMIOLÓGICA Y CONTROL DE ENFERMEDADES

INSTITUCIONES PARTICIPANTES

SECRETARÍA DE SALUD (SSA)
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL (IMSS)
INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO (ISSSTE)
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL (SEDENA)
SECRETARÍA DE MARINA (SM)
PETROLEOS MEXICANOS (PEMEX)
PROGRAMA NACIONAL DE LA TERCERA EDAD (PRONATE)
UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MÉXICO (UVM)
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO (UNAM)
ASOCIACIÓN MEXICANA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (AMGG)
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO (HGM)
INSTITUTO NACIONAL DE NEUROLOGÍA Y NEUROCIRUGÍA
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO "FRAY BERNARDINO ÁLVAREZ"
DESARROLLO INTEGRAL DE LA FAMILIA (DIF)

AGRADECIMIENTOS

A BLANCA CHAROLET, POR LA FOTOGRAFÍA DE LA PORTADA

A LA SRITA. EVANGELINA ESCOBAR MORENO,
POR EL APOYO SECRETARIAL BRINDADO
PARA LA ELABORACIÓN DE ESTE TRABAJO

A LA DOCTORA DULCE PATRICIA GALINDO GALARZA
POR EL APOYO EN LA REVISIÓN DEL DOCUMENTO

AUTORES

DRA. MARGARITA BECERRA PINO
MÉDICO PSIQUIATRA. UNAM

DRA. LYLIA C. BERTHELY JIMÉNEZ
COORDINADORA GRAL. DEL PROG. NACIONAL DE LA TERCERA EDAD. A.C.

LIC. ENF. MA. ALEJANDRA BONILLA DE JESÚS
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SSA

ENF. FELTRIA CASTRO YÁNEZ
SANIDAD MILITAR SEDENA

LIC. ENF. ERICA TANIA CHAPARRO GONZÁLEZ
PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO, CENAVECE. SSA

DRA. BEATRIZ DUARTE GÓMEZ
DIRECCIÓN GRAL. ADJUNTA DE EQUITAD Y GÉNERO. DIREC. GENERAL DEL
CENTRO NAL. DE EQUITAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA, SSA

DR. ERNESTO KRUG LLAMAS
PROGRAMAS INTEGRADOS DE SALUD. IMSS

DR. AGUSTÍN LARA ESQUEDA
DIRECTOR DEL PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO.
CENAVECE. SSA

DRA. MA. ESTHER LOZANO DÁVILA
SUBDIRECTORA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ENVEJECIMIENTO.
CENAVECE. SSA

DR. RAÚL MENA LÓPEZ
JEFE DEL DEPTO DE FISILOGIA Y NEUROCIENCIAS CINVESTAV. IPN
COORDINADOR DEL CONAEN

DRA. CAROLINA RAYÓN RANGEL
RESPONSABLE DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR
DIRECCIÓN GENERAL ADJ. DE SANIDAD NAVAL

DR. CARLOS RIVERA RESENDIZ
SANIDAD MILITAR SEDENA

LIC. ALEJANDRA SALGADO
SANIDAD NAVAL

LIC. ENF. ANASTACIA TOVAR PALOMARES
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO, SSA

DRA. ZOILA TRUJILLO DE LOS SANTOS
COORDINADORA DEL PROGRAMA DE GERIATRÍA Y ATENCIÓN DEL ADULTO
MAYOR, HOSP. REGIONAL, G.M. IMSS

DR. JAVIER ALFREDO CALLEJA OLVERA MED. INTERNISTA Y
GERIATRA.
PROGRAMA DE SALUD DEL ADULTO Y DEL ANCIANO CENAVECE SSA.

COAUTORES

DR. RAFAEL CAMACHO SOLIS
IMSS. OPORTUNIDADES

C.P. RODOLFO CARRASCO RIVERA
REHABILITACION Y ASISTENCIA SOCIAL. DIF

DRA. MA. DE LOURDES ESCOBEDO M
DIRECCION GENERAL DE CALIDAD Y EDUCACIÓN EN SALUD. SSA.

DR. LORENZO FUENTES TREJO
SERVICIOS DE SALUD PEMEX

ENF. MARTHA GARCIA FLORES
SUBDIRECTORA DE ENFERMERIA, DEL HOSP. GRAL. DE MÉXICO

DR. DIAMANDI D. HERNÁNDEZ MONTES DE OCA
IMSS. OPORTUNIDADES

PREFACIO

Los países desarrollados han trabajado para dar soluciones a las necesidades del envejecimiento poblacional desde hace decenios, mostrando con eficiencia los alcances de sus programas y estrategias, no sólo en la mayoría de los aspectos relacionados con la atención médica, social y económica del Adulto Mayor. Este éxito puede también ser debido a que el envejecimiento ocurrió de manera gradual a lo largo de los últimos 100 años, lo que favoreció un cambio progresivo en la cultura de la sociedad y que los organismos responsables de la atención de la población de Adultos Mayores abordó diversos temas del envejecimiento, basados en estudios sistemáticos de las condiciones propias de los ancianos sin omitir una visión de los cambios que ellas pudieran presentar. No obstante estas ventajas, el envejecimiento sigue constituyendo una alta y creciente prioridad en los países que se caracterizan por tener una gran cantidad de Adultos Mayores en su población. Dentro de las estrategias exitosas que se han instrumentado en estos países están los Centros de Día, en donde no sólo se brinda protección a la salud del Adulto Mayor, sino también atención y cuidados durante el día al paciente crónico para que el familiar pueda continuar sin perjuicio con su vida laboral. Además, brinda al cuidador primario el respiro que requiere, así como una capacitación permanente y atención del agobio que éste puede presentar.

DRA. ANA MARIA OLIVARES LUNA, ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR Y GERIATRA, COORDINADORA
DEL PROGRAMA ENVEJECIMIENTO EXITOSO
ISSSTE

DRA. LEONOR PEDRERO NIETO
EXPRESIDENTA DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE GERONTOLOGÍA Y
GERIATRÍA. A.C.

DR. ARMANDO PICHARDO FUSTER
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DR. ANDRÉS ROCHE BERGUA
JEFE DE LA UNIDAD DE PSICOGERIATRIA DEL HOSP. PSIQUIATRICO
"FRAY BERNARDINO ALVAREZ" SSA

LIC. ENF. GEORGINA SOBERANES GUZMÁN
HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO

DRA. ANA LUISA SOSA ORTIZ
JEFE DE LA UNIDAD DE COGNICION Y CONDUCTA . INNN

DRA. LOURDES TOKUNAGA B.
COORD. DE INNOVACIÓN Y COOPERACIÓN TEC. GENERAL DEL
CENTRO NAL. DE EQUITAD DE GÉNERO Y SALUD REPRODUCTIVA

CONTENIDO

• Definición	1
• Presentación	1
• Introducción	2
• Problemática	3
• Marco jurídico	5
• Objetivos de los Centros de día	13
• Antecedentes de los Centros de Día	13
• Atención geriátrica	14
• Lineamientos para la planificación de un Centro de Día	15
• Centros de día especializados	18
• Valoración previa del usuario	19
• Modalidades de atención geronto - geriátrica	24
• Horarios del Centro de Día	24
• Servicios que puede prestar	25
• Alta del usuario en el programa	28
• Participación de voluntarios	30
• Coordinación interinstitucional	31
• Referencia - contra referencia para Centros de Día	37
• Difusión	39
• Programa general de trabajo	42
• Anexos	59
• Bibliografía	62

DEFINICIÓN

El término Centro de Día (CD) es el utilizado en la literatura internacional para designar el tipo de equipamiento que estamos definiendo aquí como:

"Servicio médico-social 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."

PRESENTACIÓN

Para los países en vías de desarrollo, Adulto Mayor es la persona de 60 años y más, mientras que para los países desarrollados, lo es a partir de los 65 años, de acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

En el año 2000 existían en México 6 948 457 Adultos Mayores, lo cual equivale al 7.12% sobre el total de la población¹ (3.7 millones son mujeres y 3.2 millones, hombres); también se contaba con que había 5 millones 300 mil hogares con al menos una persona de 60 años, los cuales representaban 23.4% del total de familias en el país. De acuerdo con las proyecciones vigentes del Consejo Nacional de Población (CONAPO), los Adultos Mayores llegarán a 32 millones 400 mil en el año 2050, lo que significará que uno de cada cuatro mexicanos tendrá más de 60 años de edad.

El envejecimiento poblacional trasciende lo demográfico; no sólo es un elemento que actúa sobre la estructura de la población, sino que debe ser considerado como un factor que influye primordialmente en las demandas económicas, sociales y de salud. La demanda de recursos sociales de la comunidad irá en aumento, aunada a una mayor expectativa de vida; la cual genera incremento de las enfermedades crónicas y degenerativas, así como aumento de los problemas de invalidez o incapacidad, que impiden o limitan a los individuos en la realización de las actividades de la vida diaria y en sus posibilidades de autocuidado e integración social.

Los estudios epidemiológicos demuestran que, si bien una buena parte de las personas de edad avanzada gozan de buena salud; consumen el 40% de los recursos en salud del 30 al 40% de las personas ingresadas en un hospital tienen más de 60 años y 50% del gasto farmacéutico es atribuible a este grupo de edad.² De acuerdo con algunos resultados de la encuesta SABE, la hipertensión se presenta en el 43%, la diabetes mellitus en el 22%, la cardiopatía isquémica en el 10%, el accidente vascular cerebral en un 8% y la artritis en el 33% de la población de nuestro país. Todo lo anterior repercute en el estado funcional de los Adultos Mayores, que da como resultado diversos estados de discapacidad.

Con este escenario, se ha observado en años recientes, en nuestro país la proliferación de "establecimientos" de diversa índole y modalidad que atienden a Adultos Mayores, sin que exista a la fecha normativa alguna que establezca las bases generales indispensables sobre las cuales deban de funcionar estos establecimientos.

Lo anterior fundamenta la elaboración de este lineamiento, en lo que respecta a la organización de Centros de Día para Adultos Mayores.

Este lineamiento consta de cuatro secciones claramente definidas:

1. Generalidades.
2. Atención al mantenimiento de la salud de los Adultos Mayores, en donde se describen recomendaciones para retardar y limitar las manifestaciones del envejecimiento normal, a través de acciones de promoción de salud.
3. Atención al Adulto Mayor con discapacidad sin deterioro cognitivo.
4. Atención al Adulto Mayor con deterioro cognitivo con o sin neuropatología.

INTRODUCCIÓN

"El envejecimiento de la población es, ante todo y sobre todo, una historia del éxito de las políticas de salud pública así como del desarrollo social y económico..." Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, 1999.

Al entrar en el siglo XXI, el envejecimiento a escala mundial impondrá mayores exigencias económicas y sociales a todos los países. Al mismo tiempo, las personas de edad avanzada ofrecen valiosos recursos, a menudo ignorados, que brindan una importante contribución a la estructura de nuestras sociedades.

La revolución demográfica

En todo el mundo, la proporción de personas que tienen 60 años y más está creciendo con más rapidez que ningún otro grupo etario. Entre 1970 y 2025 se prevé que la población con más edad aumente en unos 694 millones o el 223 por ciento. En 2025 habrá un total de cerca de un millón 200 mil, con el 80% de ellas viviendo en los países en desarrollo.

El envejecimiento activo: concepto y justificación

La OMS define el envejecimiento activo como: "el proceso de optimización de oportunidades para luchar por la salud, por la participación activa en la vida y por la seguridad de alcanzar calidad de vida cuando el ser humano envejece".

Si se quiere hacer del envejecimiento una experiencia positiva, una vida más larga debe ir acompañada de oportunidades continuas de salud, participación y

seguridad. La OMS utiliza el término *envejecimiento activo* para expresar el proceso por el que se consigue este objetivo.

El envejecimiento activo se aplica tanto a los individuos como a los grupos poblacionales; permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental, esto por supuesto a lo largo de todo su ciclo vital, además de participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que se les puede proporcionar protección, seguridad y cuidados adecuados cuando así lo requieran.

El término *activo* hace referencia a una participación continua en las cuestiones sociales, económicas, culturales, espirituales y cívicas, no sólo la capacidad para estar físicamente activo o participar en la mano de obra. Las personas ancianas que se retiran del trabajo y las que están enfermas o viven en situación de discapacidad pueden seguir contribuyendo activamente con sus familias, semejantes, comunidades y naciones. El envejecimiento activo trata de ampliar la esperanza de vida saludable y calidad de vida para todas las personas a medida que envejecen, incluyendo aquellas personas frágiles, discapacitadas o que necesitan asistencia.

El término *salud* se refiere al bienestar físico, mental, social y no sólo a la ausencia de enfermedad, esto expresado por la OMS en su definición de salud. Por tanto, en un marco de envejecimiento activo, las políticas y los programas que promueven las relaciones entre la salud mental y social son tan importantes como los que mejoran las condiciones de salud física.

Mantener la autonomía y la independencia a medida que se envejece es un objetivo primordial tanto para los individuos como para los responsables políticos. Además, el envejecimiento tiene lugar dentro del contexto de los demás: los amigos, los compañeros de trabajo, los vecinos y los miembros de la familia. Por ello, la interdependencia y la solidaridad intergeneracional (dar y recibir de manera recíproca entre individuos así como entre generaciones de adultos mayores y jóvenes) son principios importantes del envejecimiento activo. El niño de ayer es el adulto de hoy y será la abuela o el abuelo de mañana. La calidad de vida que disfrutará como Adulto Mayor dependerá de los riesgos y las oportunidades que se experimenten a través de toda su vida, así como de la forma en que las generaciones sucesivas le proporcionen ayuda y soporte cuando éstos sean necesarios.

PROBLEMÁTICA

Debido a la transición demográfica que en los últimos años se evidencia en cambios importantes en la dinámica social, consecuencia directa del incremento en la esperanza de vida, así como la disminución de los índices de natalidad, el proceso de envejecimiento de la población ha adquirido una gran relevancia, incrementándose los padecimientos de tipo degenerativo. Esto aunado a la problemática

económica y social de las familias núcleos en donde hay personas adultas mayores, en todos los países la sociedad pretende dirigir a su población anciana, mediante modelos de atención, a un estado de salud, en el cual se abatan las necesidades de insumos y personal para la atención de este grupo poblacional, por lo que se pretende desarrollar la cultura del autocuidado, asociado a la atención institucional con un sentido de respeto, solidaridad y pertenencia, que fomente la convivencia del Adulto Mayor en la familia y en la sociedad, propiciando la convivencia intergeneracional y evitando el desplazamiento paulatino en el importante papel que tradicionalmente se le reconocía.

La influencia que la comunidad ejerce en la familia debido a los cambios económicos, jurídicos, políticos e ideológicos en la actualidad, a su vez ha afectado la estructura y funcionamiento de la misma, provocando cambios en sus hábitos y forma de vida familiar y permitiendo a sus miembros adaptarse a las nuevas situaciones para satisfacer sus necesidades de convivir juntos. Este aspecto muestra gran relevancia en el cuidados del Adulto Mayor, ya que tradicionalmente los familiares eran los cuidadores de éstos, quienes impulsados por la necesidad socioeconómica y la independencia real o potencial, contribuyen a crear nuevos patrones de vida en los que la mayoría de los miembros de una familia tienen necesidad de trabajar fuera de casa, debido a estas ocupaciones, dejan solo al objeto de sus cuidados la mayor parte del día, expuesto a riesgos físicos y emocionales, que propician el deterioro de sus funciones físicas y mentales. Asimismo, los reducidos e inadecuados espacios físicos con que cuentan los hogares actuales, han traído consigo la necesidad social de siempre contar con Centros de Día.

En nuestro país, los servicios de salud y sociales para atender las necesidades de cuidados para los Adultos Mayores se encuentran poco desarrollados, ya que en la actualidad son pocas las instituciones que cuentan con servicios de Geriatria y Gerontología, y aquellos que tienen implementados estos servicios no atienden todas las necesidades que la población envejecida demanda; se tienen diferentes extensiones de recursos, distintos requisitos de obtención y desigual atención profesional.

Un aspecto que resulta imprescindible atender, es la protección domiciliar de los Adultos Mayores, ya que en ocasiones la familia no está capacitada en sus cuidados. Por otro lado, no existe el conocimiento o información necesarios, ni la conciencia por parte de los directivos y familiares, de cuáles son las condiciones que se requieren para que los Centros de Día, puedan funcionar de manera organizada y coordinada, basándose en programas debidamente definidos, sino también que se sustenten en un marco jurídico dinámico más claro y preciso, que incorpore la sensibilidad del carácter humano que requiere la atención del Adulto Mayor y que, admitiendo su diversidad, salvaguarde a este grupo poblacional.

Indudablemente, esta creciente problemática requiere la interrelación y coordinación de las instituciones que prestan servicios en favor de este sector de la población, para estructurar un modelo de atención que se refuerce con cuidados geriátricos y gerontológicos específicos, que permitan estandarizar la atención que se proporcione en los Centros de Día, los factores necesarios para mejorar las condiciones de dignidad, recibir educación y capacitación para la salud; así como ejercer su plena autonomía para afrontar esta etapa de la vida con una nueva perspectiva.⁴ Por tal razón la Secretaría de Salud, consciente de esta problemática, ha iniciado una serie de acciones a fin de lograr la regulación de los Centros de Día con la participación Interinstitucional a través del Comité Nacional de Atención al Envejecimiento (CONAEN).

MARCO JURÍDICO

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1917
Última Reforma DOF 20-06-05

Artículo 1º, 3er párrafo. Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las capacidades diferentes, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de la personas.

Artículo 4º. Toda persona tiene derecho a la protección de la salud.

Toda persona tiene derecho a un medio adecuado para su desarrollo y bienestar.

Artículo 5º. A ninguna persona podrá impedirse que se dedique a la profesión, industria, comercio o trabajo que le acomode. Siendo lícitos.

La ley determinará en cada Estado, cuáles son las profesiones que necesitan título para su ejercicio, las condiciones que deban llenarse para obtenerlo y las autoridades que han de expedirlo.

Nadie podrá ser obligado a prestar trabajos personales sin la justa retribución y sin su pleno consentimiento...

Artículo 109. III. Se aplicarán sanciones administrativas a los servidores públicos por los actos u omisiones que afecten la legalidad, honradez, lealtad, imparcialidad y eficiencia que deban observar en el desempeño de sus empleos, cargos o comisiones.

ART. XXXX. V. d). Autorizar, controlar y vigilar la utilización del suelo, en el ámbito de su competencia, en sus jurisdicciones territoriales.

Artículo 123. Toda persona tiene derecho al trabajo digno y socialmente útil, al efecto, se promoverán la creación de empleos y la organización social para el trabajo, conforme a la Ley.

Código Civil Federal. 1928. Última Reforma 31-12-2004

Artículo 2º. La capacidad jurídica es igual para el hombre y la mujer, en consecuencia, la mujer no queda sometida, por razón de su sexo, a restricción

alguna en la adquisición y ejercicio de sus derechos civiles.
 Artículo 6°. La voluntad de los particulares no puede eximir de la observancia de la Ley, ni alterarla o modificarla.

Artículo 2606. El que presta y el que recibe los servicios profesionales, pueden fijar, de común acuerdo, retribución debida por ellos.
 Artículo 2608. Los que sin tener el título correspondiente ejerzan profesiones para cuyo ejercicio la ley exija título, además de incurrir en las penas respectivas, no tendrán derecho de cobrar retribución por los servicios profesionales que hayan prestado.

Ley de Asistencia Social. 02-09-04

Artículo 1. La presente Ley se fundamenta en las disposiciones que en materia de Asistencia Social contienen la Ley General de Salud, para el cumplimiento de la misma, garantizando la concurrencia y colaboración de la Federación, las entidades federativas, el Distrito Federal y los sectores social y privado.

Artículo 3. Para los efectos de esta Ley, se entiende por asistencia social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan el desarrollo social e integral del individuo, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, indefensión, desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

La asistencia social comprende acciones de promoción, previsión, prevención, protección y rehabilitación.

Artículo 4. Tienen derecho a la asistencia social los individuos y familias que por sus condiciones físicas, mentales, jurídicas o sociales, requieran de servicios especializados para su protección y su plena integración al bienestar.

Artículo 16. Las dependencias y las entidades de la Administración Pública Federal que ejerzan funciones relacionadas con la asistencia social, se sujetarán en el ejercicio de éstas a las disposiciones contenidas en la presente Ley.

Artículo 22. Son integrantes del Sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada:

La Secretaría de Salud.

La Secretaría de Desarrollo Social.

La Secretaría de Educación Pública.

El Sistema Integral para el Desarrollo Integral de la Familia.

Las instituciones privadas de asistencia social legalmente constituidas.

Las Juntas de Asistencia Privada.

El Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores.

El Consejo Nacional para la Educación y la Vida.

La Beneficencia Pública.

Artículo 23. El sistema Nacional de Asistencia Social Pública y Privada, en lo sucesivo "El Sistema", tiene como objeto promover y apoyar, con la participación de los sectores público, privado y las comunidades, las acciones a favor de las personas y familias a que se refiere esta Ley.

Artículo 25. El Sistema contará, para su funcionamiento y coordinación, con un consejo nacional, que emitirá opiniones, recomendaciones y líneas de acción para la prestación de servicios de asistencia social.

Artículo 26. Los integrantes del Sistema contribuirán al logro de los siguientes objetivos:

Supervisar y evaluar la actividad y los servicios de asistencia social que presten las instituciones de asistencia social pública y privada, conforme a lo que establece la Ley General de Salud y el presente ordenamiento.

Organizar el Servicio Nacional de Información sobre la Asistencia Social.

Promover la formación, capacitación y profesionalización del personal encargado de la prestación de los servicios de asistencia social.

Operar establecimientos de asistencia social y llevar a cabo acciones en materia de prevención.

Disñar modelos de atención para la prestación de los servicios asistenciales.

Prestar apoyo, colaboración técnica y administrativa en materia de asistencia social a las distintas entidades federativas, al Distrito Federal y los municipios.

Asignar de acuerdo a su disponibilidad, recursos económicos temporales y otorgar apoyos técnicos a instituciones privadas y sociales, con base a los criterios que sean fijados por la Junta de Gobierno.

Coordinar los esfuerzos públicos y privados, para la integración social de los sujetos de la asistencia, y la elaboración y seguimiento de los programas respectivos.

Establecer prioridades en materia de asistencia social.

Artículo 48. La Secretaría de Salud y el Organismo emitirán las Normas Oficiales Mexicanas que dichas instituciones deberán observar en materia de asistencia social.

Artículo 49. El Organismo promoverá ante las autoridades correspondientes el otorgamiento de estímulos fiscales, para inducir las acciones de los sectores social y privado en la prestación de servicios de salud en materia de asistencia social.

Artículo 51. Las Instituciones privadas de asistencia social serán consideradas de interés público y tendrán los siguientes derechos:

Formar parte del Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social.

Recibir de parte del Organismo, la certificación de los servicios de calidad de ...

Acceder a los recursos públicos destinados a la asistencia social en los términos y ...

Participar en el diseño, ejecución y evaluación de las políticas públicas en materia ...

Recibir el apoyo y la asesoría técnica y administrativa que las autoridades otorguen.

Tener acceso al Sistema Nacional de Información

Recibir donativos de personas físicas y morales, nacionales y extranjeras de acuerdo...

Acceder a los beneficios dirigidos a las organizaciones sociales, que se...

Ser respetadas en el ejercicio de sus actividades, estructura y organización interna.

Artículo 52. Las Instituciones privadas de asistencia social tendrán las siguientes obligaciones:

Constituirse de acuerdo con lo estipulado en las leyes aplicables.

Inscribirse en el Directorio Nacional de Instituciones de Asistencia Social.

Cumplir con lo establecido en las Normas Oficiales Mexicanas que se emitan para la...

Garantizar en todo momento el respeto a la dignidad y los derechos humanos de las

...
Artículo 58. El registro de las instituciones y la supervisión de las funciones asistenciales, será requisito para recibir recursos de las instituciones de asistencia social pública.

Artículo 60. Las instituciones recibirán una constancia de su registro en el directorio...

Artículo 62. El Servicio Nacional de Información publicará anualmente un compendio de información básica sobre las instituciones asistenciales registradas...

Artículo 63. Las instituciones de asistencia social deberán ajustar su funcionamiento a lo dispuesto por las Normas Oficiales Mexicanas...

Artículo 67. El incumplimiento de las disposiciones de esta Ley y demás disposiciones derivadas de ella serán sancionadas administrativamente...

Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores 2002

Última reforma publicada DOF 26-01-05

LEY DE PLANEACIÓN 1983. Última reforma aplicada 13-06-2003

Artículo 2. La planeación deberá llevarse como un medio para el eficaz desempeño de la responsabilidad del Estado sobre el desarrollo integral y sustentable del país y deberá tender a la consecución de los fines y objetivos políticos, sociales, culturales y económicos, contenidos en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Para ello estará basada en los siguientes principios:

III. La igualdad de derechos, a la atención de necesidades básicas de la población y la mejoría en todos los aspectos, de la calidad de vida, para lograr una sociedad más igualitaria...

IV. El respeto irrestricto de las garantías individuales, y de las libertades y derechos sociales...

Artículo 3. Mediante la planeación se fijarán objetivos, metas, estrategias y prioridades; se asignarán recursos, responsabilidades y tiempos de ejecución; se coordinarán acciones y se evaluarán resultados.

Ley Federal de Fomento a las Actividades Realizadas por Organizaciones de la Sociedad Civil DOF. 09-02-2004

Artículo 3. Podrán acogerse y disfrutar de los apoyos y estímulos que establece esta ley, todas las agrupaciones u organizaciones mexicanas que, estando legalmente constituidas, realicen alguna o algunas de las actividades a que se refiere el Artículo 5 de la presente ley y no...

Artículo 5. Para efectos de esta ley, las actividades de las organizaciones de la sociedad civil objeto de fomento son las siguientes:

I. Asistencia social, conforme a lo establecido en la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social y en la Ley General de Salud.

VI. Promoción de la equidad de género.

IX. Apoyo en la defensa y promoción de los derechos humanos.

XI. Promoción y aportación de servicios para la atención de la salud y cuestiones sanitarias.

XVI. Prestación de servicios de apoyo a la creación y fortalecimiento de organizaciones que realicen actividades de fomento de esta ley...

Ley General de Educación: Nueva Ley Publicada el 13 de Julio de 1993

Última Reforma Publicada DOF 04-01-2005

Artículo 7º I. Contribuir al desarrollo integral del individuo, para que ejerza plenamente sus capacidades humanas,

Ley General de Protección Civil. Nueva Ley Publicada DOF 12-05-2000

Última Reforma DOF 15-06-2004

Artículo 10. El objetivo del Sistema Nacional es el de proteger a la persona y a la sociedad ante la eventualidad de un desastre, provocado por agentes naturales o humanos, a través de acciones que reduzcan o eliminen la pérdida de vidas...

Con la finalidad de impulsar la educación en la prevención y en la protección civil, las dependencias e instituciones del sector público, con la participación de organizaciones e instituciones de los sectores social privado y académico promoverán:

II. La ejecución de simulacros en los lugares de mayor afluencia de público, principalmente en oficinas públicas, planteles educativos, edificios privados e instalaciones industriales, comerciales y de servicios.

Artículo 12. La coordinación ejecutiva del Sistema Nacional recaerá en la Secretaría de Gobernación, la cual tiene las atribuciones siguientes en materia de protección civil:

II. Proponer políticas y estrategias para el desarrollo de programas internos, especiales y regionales de protección civil;

VI. Asesorar y apoyar a las dependencias y entidades de la Administración Pública Federal, a los gobiernos de las entidades federativas y de los municipios, así como a otras instituciones de carácter social y privado en materia de protección civil;

Artículo 28. Se podrán elaborar programas especiales de protección civil cuando:

II. Se trate de grupos específicos, como personas minusválidas, de tercera edad, jóvenes, menores de edad y grupos étnicos.

Ley General de Salud Nueva Ley Publicada en el DOF El 7 de Febrero de 1984

Última Reforma Publicada DOF 28-06-2005

Artículo 1. La presente ley reglamenta el derecho a la protección de la salud que tiene toda persona en los términos del Artículo 4o. de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos.

Artículo 2. El derecho a la protección de la salud, tiene las siguientes finalidades:

I. El bienestar físico y mental del hombre, para contribuir al ejercicio pleno de sus capacidades;

II. La prolongación y mejoramiento de la calidad de la vida humana;

III. La protección y el acrecentamiento de los valores que coadyuvan a la creación, conservación y disfrute de condiciones de salud que contribuyan al desarrollo social;

V. El disfrute de servicios de salud y de asistencia social que satisfagan eficaz y oportunamente las necesidades de la población;

Artículo 3. En los términos de esta Ley, es materia de salubridad general:

II bis. La Protección Social en Salud.

V. La salud visual.

VI. La salud auditiva.

VIII. La salud mental;

IX. La organización, coordinación y vigilancia del ejercicio de las actividades profesionales, técnicas y auxiliares para la salud;

XIII. La educación para la salud;

XIX. La prevención de la invalidez y la rehabilitación de los inválidos;

XX. La asistencia social;

Artículo 6. El Sistema Nacional de Salud tiene los siguientes objetivos:

III. Colaborar al bienestar social de la población mediante servicios de asistencia social, principalmente a menores en estado de abandono, adultos mayores desamparados y minusválidos, para fomentar su bienestar y propiciar su incorporación a una vida equilibrada en lo económico y social;

VII. Coadyuvar a la modificación de los patrones culturales que determinen hábitos, costumbres y actitudes relacionados con la salud y con el uso de los servicios que se presten para su protección, y

VIII. Promover un sistema de fomento sanitario que coadyuve al desarrollo de productos y servicios que no sean nocivos para la salud.

Artículo 23. Para los efectos de esta Ley, se entiende por servicios de salud todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad.

Artículo 24. Los servicios de salud se clasifican en tres tipos:

I. De atención médica;

II. De salud pública, y

III. De asistencia social.

Artículo 27. Para los efectos del derecho a la protección de la salud, se consideran servicios básicos de salud los referentes a:

III. La atención médica, que comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, incluyendo la atención de urgencias;

VI. La salud mental;

VII. La prevención y el control de las enfermedades bucodentales;

X. La asistencia social a los grupos más vulnerables.

Artículo 34. Para los efectos de esta Ley, los servicios de salud, atendiendo a los

prestadores de los mismos, se clasifican en:

I. Servicios públicos a la población en general;

II. Servicios a derechohabientes de instituciones públicas de seguridad social o los que con sus propios recursos o por...

III. Servicios sociales y privados, sea cual fuere la forma en que se contraten, y Artículo 38. Son servicios de salud privados los que presten personas físicas o morales en las condiciones que convengan con los usuarios, y sujetas a los ordenamientos legales...

Artículo 39. Son servicios de salud de carácter social los que presten, directamente o mediante la contratación de seguros individuales o colectivos, los grupos y organizaciones sociales a sus miembros y a los beneficiarios de los mismos.

Artículo 58. La comunidad podrá participar en los servicios de salud de los sectores público, social y privado a través de las siguientes acciones:

III. Incorporación, como auxiliares voluntarios, en la realización de tareas simples de atención médica y asistencia social, y participación en determinadas actividades de operación de los servicios de salud, bajo la dirección y control de las autoridades correspondientes;

Artículo 77 bis 1. Todos los mexicanos tienen derecho a ser incorporados al Sistema de Protección Social en Salud de conformidad con el Artículo 40 de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, sin importar su condición social.

Artículo 77 bis 4. La unidad de protección será el núcleo familiar, la cual para efectos de esta Ley se puede integrar de cualquiera de las siguientes maneras: Se considerarán integrantes del núcleo familiar..., a los ascendientes directos en línea recta de éstos, mayores de 64 años, que habiten en la misma vivienda y dependan económicamente...

Artículo 78. El ejercicio de las profesiones, de las actividades técnicas y auxiliares y de las especialidades para la salud, estará sujeto a:

La Ley Reglamentaria del Artículo 50. constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal...

Artículo 79. Para el ejercicio de actividades profesionales en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, biología, bacteriología, enfermería, trabajo social, química, psicología, ingeniería sanitaria, nutrición, dietología, patología y sus ramas, y las demás que establezcan otras disposiciones legales aplicables, se requiere que los títulos profesionales o certificados de especialización hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Para el ejercicio de actividades técnicas y auxiliares que requieran conocimientos específicos en el campo de la medicina, odontología, veterinaria, enfermería..., se requiere que los diplomas correspondientes hayan sido legalmente expedidos y registrados por las autoridades educativas competentes.

Artículo 84. Todos los pasantes de las profesiones para la salud y sus ramas deberán prestar el servicio social en los términos de las disposiciones legales aplicables en materia educativa y de las de esta Ley.

Artículo 88. La Secretaría de Salud y los gobiernos de las entidades federativas, en sus respectivos ámbitos de competencia, con la participación de las instituciones

de educación superior, elaborarán programas de carácter social para los profesionales de la salud, en beneficio de la colectividad, de conformidad con las disposiciones legales aplicables al ejercicio profesional.

Artículo 167. Para los efectos de esta Ley, se entiende por Asistencia Social el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta lograr su incorporación a una vida plena y productiva.

Artículo 168. Son actividades básicas de Asistencia Social:

- II. La atención en establecimientos especializados a menores y adultos mayores en estado de abandono o desamparo e inválidos sin recursos;
- III. La promoción del bienestar del senescente y el desarrollo de acciones de preparación para la senectud;
- V. La prestación de servicios de asistencia jurídica y de orientación social, especialmente a menores, adultos mayores e inválidos sin recursos;
- VI. La realización de investigaciones sobre las causas y efectos de los problemas prioritarios de asistencia social;

Artículo 174. La atención en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos comprende:

- III. La identificación temprana y la atención oportuna de procesos físicos, mentales y sociales que puedan causar invalidez;

Artículo 175. La Secretaría de Salud establecerá las normas oficiales mexicanas de carácter nacional en materia de prevención de invalidez y rehabilitación de inválidos, y coordinará, supervisará y evaluará su cumplimiento por parte de las instituciones públicas, sociales o privadas que persigan estos fines.

Artículo 368. La autorización sanitaria es el acto administrativo mediante el cual la autoridad sanitaria competente permite a una persona pública o privada, la realización de actividades relacionadas con la salud humana, en los casos y con los requisitos y modalidades que determine esta Ley y demás disposiciones generales aplicables.

Las autorizaciones sanitarias tendrán el carácter de licencias, permisos, registros o tarjetas de control sanitario.

Artículo 369. Las autorizaciones sanitarias serán otorgadas por la Secretaría de Salud o por los gobiernos de las entidades federativas, en el ámbito de sus respectivas competencias, en los términos de esta Ley y demás disposiciones aplicables.

Artículo 371. Las autoridades sanitarias competentes expedirán las autorizaciones respectivas cuando el solicitante hubiere satisfecho los requisitos que señalen las normas aplicables y cubierto, en su caso, los derechos que establezca la legislación fiscal.

Artículo 416. Las violaciones a los preceptos de esta Ley, sus reglamentos y demás disposiciones que emanen de ella, serán sancionadas administrativamente por las autoridades sanitarias, sin perjuicio de las penas que correspondan cuando sean

constitutivas de delitos.

Artículo 417. Las sanciones administrativas podrán ser:

- I. Amonestación con apercibimiento;
- II. Multa;
- III. Clausura temporal o definitiva, que podrá ser parcial o total, y
- IV. Arresto hasta por treinta y seis horas.

OBJETIVOS DEL CENTRO DE DÍA

Brindar atención especializada y personalizada durante el día (mañana y/o tarde) no residencial, de contexto socio-rehabilitador, dirigido a personas mayores que presentan trastornos degenerativos que limiten su funcionalidad y comprometan su independencia, temporal o permanentemente. Con la finalidad de contener las pérdidas funcionales, favorecer la rehabilitación y el mantenimiento en su medio habitual de convivencia y brindar apoyo a sus familiares, que evite el agobio en la carga de cuidados y el posible maltrato por este motivo, además de ofrecer un espacio de respiro que les permita mantener sus relaciones sociales.

Este tipo de asistencia debe combinarse con atención domiciliar o con teleasistencia, de manera que la familia y/o cuidadores tengan apoyo u orientación cuando lo necesiten, o cuando la persona mayor no pueda asistir al Centro de Día, tenga la posibilidad de un seguimiento.

ANTECEDENTES DE LOS CENTROS DE DÍA

Al intentar acercarnos a la breve historia de las experiencias de atención diurna, nos encontramos con un primer antecedente, fuera del ámbito de atención a la vejez, que se remonta a 1920, cuando en la antigua Rusia se empezaron a desarrollar programas de cuidados diurnos para enfermos mentales, y un poco más tarde para discapacitados psíquicos, en un intento de buscar alternativas a la hospitalización.

Habría que esperar al decenio de 1950 para que esta idea sea aplicada al cuidado de los adultos mayores en el Oxford Hospital, de la mano de Lionel Z. Cousin. Ocho años más tarde, en 1958, se pondría en marcha el primer centro destinado expresamente a este fin, con su propio personal y ubicado en Cowley Road, Oxford (Padula, 1981).

Una vez más el Reino Unido aparece como promotor y pionero de este sistema de cuidados a los adultos mayores en el ámbito de la intervención en salud, como un eslabón más de su modelo de atención geriátrica que ya desde entonces intentaba integrar recursos hospitalarios y comunitarios para este grupo de población. Los últimos datos disponibles sobre este país contabilizaban 480 Hospitales de Día Geriátricos en 1988 (Brockelhurst), y 27 000 plazas correspondientes a Centros de Día en 1991.

Paralelamente, en Estados Unidos, a finales de la década de 1960, empieza a tomar cuerpo todo un movimiento favorable a los sistemas de cuidados diurnos que desemboca en la puesta en marcha de los primeros Hospitales y Centros de Día para personas mayores. El número de estos centros se ha incrementado considerablemente en este país durante los últimos años, pasando de 20 a comienzos de la década de 1970, a 1 400 en 1988, registrados en el National Day Care Directory.

En el resto de Europa el proceso de implantación de este tipo de centros está siendo mucho más lento y conceptualmente confuso, excepto en el Reino Unido en el que el modelo de atención geriátrica ha dado lugar a una clara delimitación entre Hospitales y Centros de Día.

ATENCIÓN GERIÁTRICA

Desde que la Geriatria se constituyó en especialidad (1978 en España, 1950 en Inglaterra) los pilares en que se basa la asistencia al paciente de edad avanzada son:

- El servicio de Geriatria Hospitalaria.
- La medicina general y comunitaria.
- Los servicios sociales de la comunidad.

El objetivo de la asistencia geriátrica es mantener al anciano en el seno de su familia, medio habitual y la comunidad mientras sea posible, con la máxima capacidad funcional y el mayor nivel de independencia posibles.⁴⁵

Para alcanzar su objetivo, la Geriatria dispone de una serie de instrumentos que la diferencian de otras especialidades médicas y que, en síntesis, son:

- Valoración integral del anciano (diagnóstico clínico, funcional, mental y social).
- Trabajo en equipo multidisciplinario (médico, enfermera, trabajador social, fisioterapeuta y otros).
- Tratamiento continuado del paciente que lo requiera mediante los diferentes niveles asistenciales (unidad de agudos, unidad de media estancia, hospital de día, consulta externa) y una relación estrecha con Atención Primaria de Salud. Con estas bases, los cuidados a aportar a nuestros pacientes deben ser preventivos y progresivos.

En la actualidad, las personas mayores de 65 años de edad constituyen un grupo poblacional muy heterogéneo, con diferentes estados de necesidad, que además evolucionan y exigen respuestas diversas. En consecuencia, se impone una oferta de servicios amplia y variada (en su mayoría servicios en salud) que posibilite la capacidad de elección de las personas mayores y sus familiares, así como una mejor adecuación entre recursos y necesidades.

Para atenderlos se requiere producir la convergencia entre los servicios profesionales de la salud y los sistemas de apoyo informal, de tal forma que desde los primeros se provea de programas de intervención y servicios específicos de apoyo a los cuidadores informales. No se trataría de suplantar, ni siquiera de sustituir el cuidado informal por el profesional, sino que la sinergia entre estas dos vertientes sería de una complementación estratégica valiosísima.

Debe existir integración de esfuerzos y coordinación de servicios; no puede ser una opción, sino que viene impuesta por la realidad de los hechos. La utilización de conceptos como eficacia, eficiencia y optimización de los recursos, exige la puesta en práctica de estos criterios. Las políticas de salud, vejez, discapacidad y familia tendrán que estar presentes en todo este proceso.

LINEAMIENTOS PARA LA PLANIFICACIÓN DE UN CENTRO DE DÍA

La planificación y oferta de servicios, en ningún caso debe olvidar el análisis previo de la demanda potencial: el estudio de necesidades, formuladas o no, de sus futuros clientes. Además será preciso conocer y valorar los recursos sociales y sanitarios de que ya se dispone en la zona, buscando en todo momento la complementariedad y potenciación mutua, evitando duplicidades innecesarias.

La ubicación y diseño de un Centro de Día debe de ser consecuente con las necesidades y equipamientos de su zona de influencia. Por otro lado, cada recurso tiene una identidad propia, una filosofía particular, medios materiales y humanos que le hacen apropiado para prestar una serie de atenciones y cuidados y no otros. Ello debe comportar una necesaria y constante vigilancia para orientar adecuadamente la demanda.

Para el acceso a un Centro de Día, al igual que a otros recursos, se han de establecer una serie de criterios, bien sea de admisión o bien de exclusión, que permitan detectar aquellos casos para los que estos centros son el recurso adecuado y distinguirlos de aquellos que, por no serlo, deban derivarse a otro sistema de atención.

1. Las características del Centro de Día (su ubicación, equipamiento, dotación de medios materiales y humanos, etc.), vendrán definidas a partir de las necesidades de la zona de implantación.
2. El tipo o perfil de usuario que haya de acceder al mismo deberá estar en función de la filosofía, objetivos, posibilidades y medios del propio centro. Sin embargo, este tipo o modelo de asistencia debe ofrecerse a: personas mayores que tengan enfermedades o situaciones que limitan su funcionalidad, que su cuidado impida realizar a la familia, su trabajo o actividades sociales y sea causa potencial de agobio (también llamado colapso del cuidador), que la

persona consienta de manera voluntaria asistir al centro sin coacciones (en el caso de que tenga integridad de funciones cognitivas).

3. En el caso de personas con trastornos conductuales o demenciales en etapa leve a moderada, la asistencia a un Centro de Día debe ser bajo criterios específicos y con personal capacitado que pueda contenerlos y favorecer la estimulación y/o mantenimiento de capacidades cognitivas sin violencia farmacológica o física.

Es importante que los responsables del Centro mantengan una constante interacción adaptativa, abandonen inercias y rigideces que les permita adaptar continuamente el ambiente del centro, sus recursos y programas a las necesidades y evolución de sus usuarios. Será necesario flexibilidad y adaptación, sin olvidar las estrategias y procedimientos que habrán de desarrollarse con el objetivo de captar a los usuarios más idóneos para optimizar las posibilidades de atención que cada centro en concreto pueda ofrecer.

TIPO DE USUARIO

Generalmente se debe definir primero para quién está orientado el Centro de Día, y realizar una serie de dispositivos de atención donde estaría orientado en exclusiva a un tipo concreto de usuarios, con necesidades perfectamente catalogadas, a las que desde ese recurso social o de salud se estaría en disposición de responder o apoyar adecuadamente.

A su vez, cada demandante no tendría más que someterse a una especie de revisión que le clasificase con base en unas tipologías estandarizadas, dentro del menú de servicios que debería de recibir.

La realidad, por el contrario, nos muestra que las diversas y múltiples manifestaciones del proceso de envejecimiento, así como las diferentes variables que concurren en la determinación del estado de necesidad (nivel económico, condiciones de la vivienda, grado de apoyo familiar o social, etc.), hacen difícil el establecimiento de sistemas de clasificación que no violenten la realidad misma.

La estandarización siempre conlleva un riesgo de encorsetamiento y de eliminación de singularidades, ya que no se dan situaciones clínicamente puras. Pero no por ello hemos de renunciar al esfuerzo de racionalizar toda prestación de servicios con base en una clasificación de necesidades a partir de la cual podamos agrupar a la población destinataria.

Aunque existan, e incluso abundan, situaciones intermedias susceptibles de pertenecer de manera simultánea a dos o más grupos-tipo, debemos de contar con bases teóricas que nos definan los perfiles de los diferentes usuarios, lo que permitirá estructurar la atención lo más adecuadamente posible al estado de

necesidad que presenta el usuario. Por otra parte, se podrá tener a los demandantes (usuarios) correctamente informados cuando soliciten atención, ya que existirá una claridad en el tipo de servicio que se pretende proporcionar.

Si podemos establecer previamente a qué segmento de población adulta mayor vamos a atender con un determinado recurso social o de salud, cuáles son sus necesidades y características personales y sociales, cuáles son los rasgos definitorios del perfil del "usuario-tipo" de ese recurso, estaremos en condiciones de diseñar de forma adecuada los elementos materiales, personales, los programas y actividades que se han de desarrollar para que la atención prestada alcance los niveles de eficacia y eficiencia que nos exige un tipo de servicio de esa magnitud.

CARACTERÍSTICAS:

1. Podemos considerar aquellas personas que por su mayor discapacidad física o psíquica precisan de ayuda para levantarse, acostarse, deambular, vestirse, así como para mantener su higiene personal, etc. Situación agravada con soledad, incluso momentánea por la actividad normal de la familia cuidadora, lo que ocasiona riesgos de diverso tipo, y que se agrava además con la necesidad de ciertos cuidados para el mantenimiento de la salud.
2. Cuando existe discapacidad severa, y la atención que reciben de su entorno no es suficiente o bien ocasiona graves problemas dentro de la familia (conflictividad por demencias, riesgos por desorientación, impedimentos para la actividad familiar normal, sus obligaciones laborales, etc.), nos encontramos ante un tipo de usuario que en alguna circunstancia (familia cuidadora con posibilidades de alta dedicación) podría ser atendida de forma suficiente desde un Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) pero que en gran número de casos, quizá la mayoría, debe considerarse como objeto de atención en el Centro de Día.
3. Atención esporádica hasta lograr el resultado deseado para aquellos Adultos Mayores con severa discapacidad que precisen de cuidados especializados de enfermería, fisioterapia o terapia ocupacional para una adecuada rehabilitación, o al menos las actuaciones de mantenimiento que permitan hacer más lento el proceso de deterioro existente.

La existencia de dificultades de acceso a la vivienda, puede ser una restricción para asistir a un Centro de Día, las cuales pueden ser por:

- Falta de ascensor.
- Excesiva distancia del centro.
- Transporte inadecuado o inexistente.

La movilización de recursos informales, del voluntariado, etc., pueden desbloquear muchas situaciones aparentemente sin salida.

CENTROS DE DÍA ESPECIALIZADOS

Este tipo de centros están diseñados para Adultos Mayores que sufren trastornos mentales que suponen alteraciones graves de la conducta que impiden la normal convivencia en un Centro de Día gerontológico habitual, pero que pueden ser atendidos en su domicilio, por su familiar, el cual requiere de un soporte asistencial, para realizar sus actividades laborales o para evitar el colapso del cuidador, o como un centro para "terapia de respiro" (entendiéndose este término a evitar o aliviar el colapso del cuidador).

Dependiendo de cual sea la característica del o de los familiares y de sus necesidades, será el tipo de horario de atención que se les brinde.

El Centro de Día para personas con problemas de conducta o demencia o enfermedades neurodegenerativas está diseñado para los pacientes que no necesitan hospitalización en una unidad de agudos, o no están en el momento utilizando los servicios de una unidad de larga estancia geriátrica, pero que sí necesitan una atención especializada de enfermería y de otros profesionales de la salud.

Tipos de pacientes

Se admiten personas con problemas tales como: secuelas de enfermedad vascular cerebral, enfermedad de Parkinson u otras entidades nosológicas como son las demencias, depresión y la enfermedad de Alzheimer.

Objetivos

Ayudar a la familia dándole un descanso durante el día, debido a que tienen necesidad de trabajar y muy comúnmente no cuentan con alguien que cuide a su adulto mayor y mantenerlo socializado para evitar el aislamiento y que se mantenga en un ambiente confortable.

Actividades

La enfermera coordinadora del centro elabora el programa de actividades conjuntamente con el equipo interdisciplinario, pero él o ella es responsable de que se ponga en práctica.

Planeación necesaria para un Centro de Día

1. Corroborar si existe una regulación o cómo se obtienen los permisos para su fundación (consultar la norma de la Secretaría de Salud para establecimientos de este tipo).
2. Qué tipo de construcción se necesita, así como la regulación sanitaria.

3. Cómo se van a conseguir los recursos para su puesta en marcha.
4. Cómo se va a continuar su mantenimiento.

Localización y construcción

- La planta física y la localización deben ser confortables, de fácil acceso para la realización de las actividades programadas.
- Contar con un área física atractiva visualmente, con colores alegres pero no que provoquen cansancio visual (evitar tonos muy subidos o con un contraste que provoque deslumbramientos en los adultos mayores).
- Construir el edificio expresamente para este propósito.
- El tamaño debe tener dimensiones para un grupo aproximado de 30 a 40 personas por día.
- La construcción debe ser de una sola planta (de preferencia), el color del piso (no claro ni brillante que deslumbre y favorezca caídas) es importante, pues debe contribuir al mejor aprovechamiento de la iluminación; se recomienda el uso de pisos antiderrapantes, pero no rugosos.
- Las rampas de acceso son básicas. Si hay escaleras, éstas deben contar con elementos de contención, para evitar que se deslicen los bastones o muletas, con pasamanos en ambos lados con una prolongación horizontal de 30 a 40 cm al comenzar y finalizar la escalera con descansos cada 12 o 15 escalones y evitar las escaleras helicoidales.
- Paredes de colores agradables o que estimulen la tranquilidad.
- No colocar tapetes en los pisos, pues éstos fácilmente pueden provocar una caída en los usuarios.
- Colocar pasamanos en pasillos y en los sanitarios.
- Puertas de fácil manejo.
- Los sanitarios considerados como adecuados para las personas de edad avanzada deben contar con la presencia de lavabos y sanitarios adaptados a usuarios de sillas de ruedas y disminución de la fuerza física. Por otro lado, las puertas de acceso deberán abrir hacia fuera o ser corredizas ya que si se da el caso de que un paciente sufra un colapso y caiga al piso, es posible que el cuerpo del mismo evite que se pueda abrirla puerta.
- Se deberán colocar ayudas visuales para evitar confusión; los colores de las paredes deben ser contrastantes para evitar cansancio visual y evitar la monotonía. Se intentará que cada área esté identificada con un color específico que sirva de herramienta de orientación a los usuarios.

VALORACIÓN PREVIA DEL USUARIO

Llamamos valoración previa del usuario al proceso diagnóstico multidimensional, de carácter interdisciplinario, que intenta conocer de una forma rápida y precisa las capacidades y los problemas médicos, psicológicos, sociales y familiares de los posibles usuarios del centro de día.

Esta valoración se realiza previamente al ingreso del individuo al servicio, como único medio de poder conocer de una forma adecuada los datos relevantes del anciano, que permitan tomar una decisión ecuánime en la aceptación de su solicitud de asistencia.

Nos permite también, a través de un método preestablecido, dar solución a la admisión de los usuarios al servicio. También permite conocer si se está solicitando el recurso adecuado y si el equipo multidisciplinario puede plantear la necesidad de otro recurso, con lo que sirve también como forma de captación de personas mayores con problemas médico-sociales.

Al realizarse la valoración de una forma multidimensional, es necesario tener estructurado un método que permita conocer de un modo fiable todas las variables que, interrelacionadas entre sí, permitan realizar una predicción del estado global del individuo estudiado. Debemos conocer qué vamos a medir y de qué forma podemos combinar la información y si ésta nos sirve para el objetivo que nos hemos marcado. Este conocimiento implica la participación de diferentes profesionales y es necesario que éstos, de una forma común, decidan los instrumentos (escalas, encuesta, formulario, etc.) que se va a aplicar.

La valoración previa debe ser realizada por el equipo multidisciplinario, aunque tal vez convenga utilizar el término interdisciplinario, al ser éste el que va a tomar la decisión de la aceptación o no de la necesidad de asistencia. Puede ser necesario pedir colaboración a otros miembros del equipo general del centro de día en alguna de las partes de la valoración.

Intervienen por tanto en la valoración previa, todos los componentes del equipo interdisciplinario con funciones asistenciales directas (médico/a, psicólogo/a, trabajador/a social, terapeuta ocupacional y fisioterapeuta) y el coordinador/a del centro de día gerontológico (geriatra de primera instancia, médico general o familiar, enfermero/a, etc., de preferencia con capacitación previa y continua en geronto-geriatría).

Cada componente tiene una misión dependiendo de la fase del proceso en que se encuentre la valoración. La realización adecuada en sus tiempos de todas las fases del proceso es lo que va a permitir una valoración comprensiva del usuario.

El método de valoración que proponemos tiene las siguientes partes:

- Valoración de salud física y mental.
- Valoración social.
- Valoración funcional.

Como se observa, la valoración tiene todas las partes de una evaluación geriátrica, pero debemos recalcar que nuestro objetivo es el conocimiento de información, y la toma de una decisión de aceptación de la necesidad del servicio; no se realiza una valoración geriátrica clásica, sino sólo aquellas que son necesarias a nuestro propósito, dejando el resto para el momento en el que el paciente, después de ser aceptado, se integra en el servicio. Es entonces cuando deben realizarse todas las demás partes de la evaluación geriátrica que en este momento obviaremos.

En la valoración previa al ingreso, debemos valorar lo siguiente:

- Valoración de salud física.
- Antecedentes personales significativos: Diagnósticos, fecha de inicio, evolución, terapéutica anterior y actual, fármacos discontinuados y la causa que dio origen a ello. Intervenciones quirúrgicas, resultados, procesos rehabilitatorios, etcétera.
- Alergias conocidas.
- Adicciones.
- Hábitos alimentarios: tipo de dieta y motivo en caso de alguna particularidad.
- Control de esfínteres: tanto micción como defecación, con especial hincapié en el uso de dispositivos para este motivo, sondas o pañales, y si estos últimos pueden ser cambiados por el anciano.
- Ayudas técnicas: si usa bastón, muletas, andador, silla de ruedas o bien está encamado la mayor parte del día.
- Órganos de los sentidos: se pregunta y explora la agudeza visual, auditiva y el uso de los aparatos correctores.
- Capacidad para las actividades de la vida diaria: se interroga brevemente sobre la independencia, necesidad de ayuda, o dependencia para la realización de las actividades de vida cotidiana tanto básicas como instrumentales (ABVD y AIVD respectivamente) como son: capacidad para el vestido, levantarse de la cama, alimentación, higiene personal, uso del retrete, deambulación y continencia de esfínteres, por la repercusión que éstas van a tener en el trabajo del personal de salud (en la valoración funcional esto se realiza de una forma más completa. La referencia aquí viene condicionada por la necesidad del profesional de una mejor comprensión del anciano en esta, su primera valoración).
- Motivo de la referencia: se intenta conocer la causa de la referencia del usuario al Centro de Día (apoyo familiar, rehabilitación psíquica, rehabilitación física, ayuda en las AVD, socialización, otras), con el fin de conocer en una primera aproximación las expectativas del anciano o su familia ante nuestra atención.

- Esta valoración debe ser realizada por el/la enfermero/a especialista en geronto-geriatria, y/o médico general capacitado, y se refleja en un documento en el que también debe aparecer la valoración psicológica, si no existiera psicólogo en el centro de día. Este documento debe ir firmado, firmado por el médico y debe llevar el resultado final de su valoración y la causa (problemas físicos, problemas psíquicos, causa familiar, causa social) que él considera que motiva la aceptación o denegación de la asistencia requerida. Este documento debe de ser puesto a consideración del médico geriatra encargado del área para la aceptación final del paciente, e implementar plan de trabajo específico para el adulto mayor de nuevo ingreso.

Valoración del estado mental

Es importante identificar los cambios normales del envejecimiento y su repercusión (por ejemplo, el trastorno de memoria asociado a la edad), o bien, alteraciones como demencia degenerativa primaria, demencia vascular o un cuadro de delirium. Para valorarlos proponemos la utilización de instrumentos de tamizaje como el Mini-Mental State Examination de Folstein⁶ en la versión validada para México (Sandra Reyes y colaboradores, IMSS), así como el cuestionario para el informante (IQCODE)⁷. Estos métodos estandarizados y validados, nos pueden dar a conocer de una forma rápida la situación del estado cognoscitivo del individuo, sin evidenciar la etiología y evolución del padecimiento base (se sugiere consultar "La guía para el médico general de trastornos de memoria").

Si a través de este tamizaje se encuentra la presencia de deterioro cognoscitivo, es necesario que el individuo sea valorado por un especialista.

La valoración del estado del ánimo, así como la presencia de síntomas de ansiedad. Es de fundamental importancia, se sugiere la utilización de un instrumento de tamizaje para detectar síntomas afectivos como la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, la versión corta de 15 reactivos (*de acuerdo a la Guía de depresión*).

En la valoración del estado del ánimo consideramos la depresión y la ansiedad. Solo creemos necesario valorar en este momento la ansiedad, mediante interrogatorio, dejando la valoración de la depresión para el momento en el que individuo se incorpore al centro de día (se realizaría mediante la Geriatric Depression Scale de Yesavage de acuerdo con la *Guía de depresión*).

Debe elaborarse un documento en el que venga reflejada esta valoración y la decisión final sobre la atención o no en el centro de día, debidamente fechada y firmada por el profesional encargado del ingreso.

Valoración social

Pretende establecer la relación entre el anciano y el entorno o estructura social que le rodea. Es difícil de valorar al no existir ninguna escala que sirva en todos los medios sociales. Cada trabajador/a social debe tomar la decisión de qué datos deben recogerse, dependiendo de la población demandante y de la situación geográfica y sociológica del centro de día. Sin embargo, se debería prestar atención a los siguientes aspectos:

- Relaciones sociales: valora las relaciones familiares, vecinales y sociales propiamente dichas. Frecuencia y calidad de dichas relaciones.
- Actividades sociales que el sujeto realiza, aficiones, viajes, paseos.
- Recursos con los que cuenta: ingresos, gastos, renta disponible.
- Soporte social: redes de apoyo, prestaciones sociales que recibe o ha recibido.

Con todo lo anterior el/la trabajador/a social debe realizar el diagnóstico social y hacer su propuesta de atención decidiendo si considera apropiado el recurso del Centro de Día para las necesidades sociales del individuo. Todo esto debe ir en un documento fechado y firmado por el profesional.

Valoración funcional

Intenta conocer por medio de escalas de evaluación, conocidas y validadas, las posibles limitaciones del adulto mayor en cuanto a actividades de vida cotidiana, básicas e instrumentales.

Las escalas que proponemos utilizar en los centros de día son las siguientes: para las actividades básicas de la vida diaria de Katz y para la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria, la Escala de Lawton y Brody¹⁰, al ser fáciles de utilizar y tener buena reproducibilidad y sensibilidad.

Esta valoración es realizada por el profesional adecuado (terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico/a o psicólogo/a, enfermero/a dependiendo en cada caso del personal con que cuente cada centro de día), por medio de dichas escalas, plasmando en un documento ya diseñado los resultados y la valoración, desde el punto de vista funcional, de la necesidad o no de la atención al usuario en el centro de día.

Una vez realizadas todas las partes de la valoración, el equipo interdisciplinario en pleno debe decidir la conveniencia o no de aceptar la solicitud de atención de los individuos previamente valorados.

Esta decisión será comunicada al interesado o sus familiares en el menor plazo de tiempo posible (no debería superar los ocho días desde el día de la valoración). En

caso de una valoración negativa, podrán solicitar una nueva valoración aportando nueva información. Esta nueva valoración no puede realizarse antes de haber transcurrido un mes de la anterior, intentando de esta manera evitar el sesgo que el conocimiento previo del usuario introduce en la anterior valoración, aunque no siempre se consigue.

MODALIDADES DE ATENCIÓN GERONTO-GERIÁTRICA

Los modelos de atención geronto-geriátrica, son un conjunto de actividades preventivas, terapéuticas, de rehabilitación, capacitación y en muchos casos asistenciales, preparadas por un equipo multidisciplinario entrenado en el cuidado y atención de personas de edad avanzada y sus familiares, que comparten necesidades y problemas, médicos, psicológicos y sociales. Existe gran diversidad de dichas modalidades, ya que pueden crearse para una o varias necesidades de los adultos mayores adaptándose a cada caso en particular.

La atención gerontológica puede proporcionarse a corto o largo plazo (según las necesidades del usuario y las indicaciones del equipo interdisciplinario) a través de los centros de día, modalidad que por lo general concentra personas de edad avanzada para realizar actividades sociales, recreativas, culturales y deportivas, durante algunas horas al día en un lugar donde puedan ser atendidos, estimulados y disfruten la compañía de otros.

El centro de día requiere responder a las necesidades de los usuarios, de la comunidad y la necesidad de terapia de respiro para los cuidadores, con el fin de obtener la máxima rentabilidad social de acuerdo con la infraestructura, recursos y personal, buscando otorgar una atención flexible que cubra las necesidades personales básicas e intervenciones para mantener la autonomía, funcionalidad y bienestar de las personas mayores en su entorno habitual con el apoyo de sus familiares y con calidad de vida.

HORARIO DEL CENTRO DE DÍA

El horario del centro de día deberá ser flexible y responder a las necesidades de los usuarios y la disponibilidad de recursos humanos conforme con los programas de atención propuestos y respondiendo al objetivo planteado para la formación del centro de día.

La atención que brindará el Centro de Día Gerontológico será de lunes a viernes en forma periódica o alterna, intentando cubrir tiempos completos u horarios determinados por el personal y los usuarios.

De acuerdo con lo anterior, se proponen dos modalidades de servicio,

De acuerdo con lo anterior, se proponen dos modalidades de servicio,

1. Centros de Día: donde se proporcione atención de cuatro a cinco horas, sin servicio de alimentación.

2. Estancias de Día: donde se proporcione atención por seis o más horas, y se proporcionen facilidades para consumir alimentos según las siguientes alternativas:

- Servicio de alimentación proporcionado por la estancia con costo para el usuario o subsidio total o parcial.
- Espacios donde los adultos mayores puedan elaborar sus alimentos y compartirlos con sus compañeros.
- Espacios donde los adultos mayores cuenten con equipo para calentar y consumir alimentos traídos de su casa.

Habrán usuarios que acudan en régimen de jornada completa; otros asistirán únicamente ciertas horas del día, en función de sus necesidades, como antes se ha dicho, o de los programas concretos a los que acuden, a determinadas horas o bien en ciertos días de la semana.

Recomendaciones para planificar actividades

- Diversificar la atención otorgándoles a los adultos mayores variedad en las actividades con el fin de mantener su atención, motivación y que éstas sigan siendo un atractivo para continuar la terapéutica.
- Planificar actividades alternativas, que puedan ser desarrolladas por personal suplente o alguno de los alumnos en el supuesto de no poder realizar las programadas.
- Revisar periódicamente la planificación y horarios establecidos.

SERVICIOS QUE PUEDE PRESTAR EL CENTRO DE DÍA

HIGIENE PARA EL ADULTO MAYOR

En la medida de lo posible, el centro de día gerontológico, debe contar con implementos de seguridad e higiene en los sanitarios, para que estén libres de barreras y dotados de ayudas técnicas que faciliten la autonomía e independencia de los adultos mayores.

En aquellos casos que se atiendan adultos mayores con un mayor nivel de dependencia, también deben contar con un equipo o ayudas técnicas que eviten lesiones al personal (grúas, soportes mecánicos, cinturones de transferencia, etc).

SUPERVISIÓN Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

El personal encargado de llevar a cabo las tareas de supervisión y promoción de la salud debe ser: personal especializado en geriatría, gerontología y de preferencia interdisciplinario, para cubrir aspectos integrales en el cuidado de la salud.

Los diagnósticos individuales que realice el personal responsable serán la base para dar la atención individual y grupal, incorporando diversas actividades adecuadas para este grupo de población.

Los centros de día deberán desarrollar intervenciones y actividades dirigidas a las cuatro áreas del desarrollo humano: cognoscitiva, motriz, psicoafectiva y sociocultural.

La planificación de estas actividades tomará en cuenta: el diagnóstico de necesidades e intereses de los usuarios, sus condiciones personales, recursos, infraestructura y personal con que cuente el centro de día, además de la concertación con servicios de dependencias afines.

El diseño, elección de actividades, número de participantes, frecuencia e intensidad, etc., deben ser elaborados con enfoque geronto-geriátrico y aprobados por el equipo interdisciplinario, tomando en cuenta en sus programas: actividades de salud, educación, ejercicio, capacitación, terapéuticas (no médicas) recreativas, y cuando sea posible, culturales y de turismo.

Dentro de las tareas a realizar por el personal encargado destacan:

- Registrar la información relacionada con la salud, autonomía, funcionalidad y apoyo social al ingreso.
- Confirmar que el usuario cuente con la Cartilla Nacional de Salud, Cartilla de Salud y Citas Médicas del IMSS o el Carnet de Citas Médicas del ISSSTE, según sea el caso.
- Aplicación de encuestas de factores de riesgo y elaboración del plan de intervenciones.
- Detección de enfermedades que presente el usuario y, en su caso, derivación al servicio médico o a la institución de salud que le corresponde.
- Planificación de cuidados básicos especiales según condiciones personales

SERVICIO TÉCNICO-ADMINISTRATIVO

El soporte técnico-administrativo es necesario para poder llevar a cabo el programa del centro de día.

Aspectos técnicos

- Responsable de difusión.
- Comunicación con los usuarios y sus familias.
- Coordinación de las reuniones.
- Seguimiento de indicadores de productividad y de calidad de la atención.
- Mediciones de impacto y evaluación.

Aspectos administrativos

- Trámite de solicitudes y registro de usuarios.
- Archivo de expedientes.
- Gestión y control de presupuesto y financiamiento.
- Contacto con las familias para trámites administrativos.
- Administración y otorgamiento de materiales, mantenimiento, conservación y control de almacén e insumos para el funcionamiento del centro de día.

SERVICIO DE ATENCIÓN DIRECTA

Éste es llevado a cabo por el personal profesional y entrenado en geronto-geriátrica (si se cuenta con él), o bien, ayudados por el personal auxiliar y/o voluntarios, se tratará de facilitar el desarrollo de los programas, así como colaborar y realizar funciones de asistencia a las personas mayores, por ejemplo:

- Proporcionar bienestar al adulto mayor el tiempo de permanencia en el centro de día.
- Dar atención y ayuda en las actividades básicas de la vida diaria.
- Promover la conservación y fortalecimiento de las actividades instrumentales de la vida diaria.
- Apoyar en la comunicación, socialización y aprendizajes nuevos.
- Ejecutar y responsabilizarse de los programas diseñados por el equipo multidisciplinario.
- Colaborar en el desarrollo y ejecución de programas integrados.

SERVICIOS COMPLEMENTARIOS

Son acciones que pueden ofrecerse en el centro de día, sin ser indispensables, pero que aportan calidad en el servicio.

Éstos servicios pueden ser:

- Cafetería: permite integración y relación entre los usuarios.
- Podología: corte de uñas, tratamientos de callosidades, infecciones, cuidado de la piel, prevención de lesiones e infecciones y masaje.
- Peluquería: higiene, shampoo, cortes, tintes, peinados, cuidado de la piel y el cuero cabelludo.
- Lavandería: manual, automática o en seco.

ALTA DEL USUARIO EN EL PROGRAMA

La decisión debe ser valorada y tomada por el equipo interdisciplinario o multidisciplinario según sea el caso. Ésta debe estar planteada al familiar desde el ingreso del adulto mayor al centro de día, explicando al familiar que la propia evolución de la persona mayor así lo demandará, ya sea porque se cubrieron las expectativas para las que fue inscrito en el centro, o por la evolución de la problemática que puede indicar que ya no es candidato al mismo.

Causas para proporcionar el alta:

- Mejora de la situación funcional, física o mental del paciente, que le permite un nivel adecuado de independencia y autonomía. Inicio del servicio de ayuda domiciliaria.
- Estabilización de su situación sin posibilidad de conseguir resultado alguno (máximo beneficio terapéutico), pudiendo recibir otro tipo de atención fuera del Centro de Día, como el servicio de ayuda domiciliaria.
- Deterioro importante de su situación física, funcional y psicosocial, que imposibilite la atención del usuario en un Centro de Día.
- Aparición de situaciones que motivan grandes problemas de convivencia y atención: alteraciones conductuales graves, necesidad de hospitalizaciones prolongadas, atención médica especializada, procesos agudos de tratamiento hospitalario, etcétera.
- Finalización del programa por petición del usuario o representante legal.
- Mejoría del colapso del cuidador (terapia de respiro como meta cumplida).

Esta última, desde el ingreso, debe estar debidamente negociada con la familia y fijada de antemano, ya que es para dar una terapia de respiro al cansancio del familiar o cuidador primario, indicándose un tiempo de respiro, bien sea como una atención continuada todos los días de la semana a horario completo, o bien a horario reducido y sólo algunos días a la semana. En este caso, la familia y el usuario conocen el tiempo de permanencia en el Centro y aceptan la finalización del servicio.

Es importante saber, que dentro del grupo de usuarios del Centro de Día Gerontológico, podemos encontrar diferentes tiempos de estancia, desde las muy cortas, hasta las prolongadas. Éstas pueden llevarse a cabo a intervalos regulares y

con atención "intermitente" por algunas de las circunstancias ya comentadas. Con independencia de la causa que motive la finalización del programa, y que deberá ser valorada por el equipo, podemos dar el egreso de dos maneras:

- Finalización de la estancia una vez tomada la decisión condensada del grupo de expertos bajo el concepto de "máximo beneficio terapéutico".
- Disminución progresiva de la asistencia al Centro de Día, como mecanismo de readaptación al medio familiar. Por lo que al planearse el egreso, debemos considerar un programa específico de "readaptación", en que el usuario se reincorpore poco a poco al medio familiar y, en el mejor de los casos, a la sociedad.

No obstante lo anterior, debemos tomar en cuenta para el egreso, que la diversidad en la tipología de los usuarios adultos mayores que acuden al Centro de Día Gerontológico, complica su atención, ya que no sólo abarca el aspecto biológico de la misma e involucra aspectos económicos, relaciones familiares, patrones culturales, el momento histórico, etc., esto, además de la presión social que ejerce la familia sobre los profesionistas de la salud para buscar una "atención intensiva o más agresiva" buscando mejores resultados en la recuperación de su paciente, puede ocasionar egresos a destiempo o bien anticipados sin que se haya alcanzado el mayor beneficio terapéutico. Es por ello que la terapéutica continua y continuada a la atención recibida en el centro de día, debe llevarse a cabo en el domicilio bajo la responsabilidad de/la o los/las cuidadores primarios, con el motivo de seguir dando solución a las necesidades detectadas y que persisten con posterioridad. Como alternativas terapéuticas, podemos utilizar programas complementarios que se establezcan en el domicilio. Otra alternativa es considerar con posterioridad un reintegro al centro de día Gerontológico si es por razón necesaria o para prevenir la dependencia de cualquier índole.

Estas alternativas que permiten dar continuidad al programa y que deben facilitar la incorporación del usuario a su domicilio son:

- **Autocuidado:** el anciano presenta alto grado de independencia y autonomía que le permite cuidarse a sí mismo sin necesidad de ningún tipo de ayuda.
- **Atención familiar o cuidador primario:** el familiar o allegado se encarga de su cuidado y de satisfacer sus necesidades siendo el responsable de su atención. Esta persona mantiene un contacto permanente con los profesionales del centro de día donde se le presta ayuda e información cuando es solicitada, con capacitación formal para el cuidador.
- **Otras redes de apoyo:** (vecinos, amigos, etc.): se valorará el grado de consistencia de la ayuda prestada y se mantendrá un nivel de compromiso similar al prestado a la familia, con capacitación formal para el cuidador.

- **Atención profesional:** a través de los profesionales del área, de una u otra institución y que realizan un seguimiento más o menos frecuente en función de sus necesidades o situación de riesgo a través de la atención a domicilio.
- **Grupos de autoayuda:** que pueden funcionar a nivel domiciliario o dentro de una institución (Hogar, Club, etc.), proporcionando una ayuda o tutela el tiempo que permanecen en ella. Generalmente prestan ayuda de tipo social.
- **Nivel de ayuda intermedio:** donde se le presta un tutelaje dentro de un hogar o club, asignándose un responsable de su atención (que a diferencia de la anterior es un profesional), cubriendo parte de sus necesidades y preocupándose de que se resuelvan las demás (utilizando ayuda de otros profesionales, etc.). Generalmente debido a su situación física es necesario que cuente con algún tipo de transporte.
- **Oferta de servicios dentro del Centro de Día:** Se dará una atención parcial. La persona mayor puede hacer uso de una parte de los servicios que ofrece el centro en función del horario previsto para cada actividad. Los programas que se prestan con sus horarios estarán especificados, eligiendo el usuario el horario o la actividad que más se adapte a sus necesidades.
- **Voluntariado:** Proporcionará una ayuda y atención por personas formadas en el campo de la Geriatria y Gerontología, organizado e integrado dentro del centro de día dirigido y controlado por los profesionales que en él trabajan a través de la red de enfermería.
- **Servicio de Ayuda domiciliaria:** Orientado a potenciar la máxima autonomía y lograr la permanencia en el domicilio habitual y desde ahí la integración en el entorno comunitario, de personas con un nivel de dependencia ligero o severo, pero que con ciertos apoyos y ayudas pueden mantenerse en su medio habitual de vida.

PARTICIPACIÓN DE VOLUNTARIOS

Es de gran importancia la participación de voluntarios en el apoyo de estos Centros, tanto intra como extramuros.

Promoverá la continuidad de los programas en el domicilio de los usuarios o como seguimiento a los mismos.

Es necesario que la incorporación y capacitación de los voluntarios se cumpla con la participación de personal profesional, ya que entre sus funciones está formar y asesorar a los voluntarios, para lograr la óptima participación de éstos.

Los voluntarios deberán cumplir y respetar la normativa interna de los centros, realizando sus actividades dentro del mismo con asesoramiento, seguimiento,

tutela y supervisión del personal de la institución. Por otra parte, de acuerdo con las características de la institución, se elaborarán los lineamientos para su participación, respetando en todo momento el enfoque preventivo, educativo y de colaboración social de los voluntarios; se debe evitar que éstos participen directamente en actividades médicas, mismas que son responsabilidad del personal de los centros.

Los voluntarios pueden participar en las áreas de servicios básicos no médicos como:

- Participación en las actividades recreativas y sociales.
- Programa de higiene y cuidados personales al adulto mayor.
- Animación sociocultural.
- Informador, de acuerdo con los lineamientos de la institución.
- Orientación y apoyo emocional a los usuarios.
- Participación en actividades diversas: lectura, juegos, paseos, etcétera.

Área, servicios de especialización.

- Educativa.
- Promoción de los servicios.
- Apoyo emocional y reforzamiento de la autoestima a los usuarios.
- Informador, de acuerdo con los lineamientos de la institución.
- Apoyo a los programas enfocados a esta área (salud física, psicosocial, rehabilitación, terapia ocupacional, etcétera).

Área, servicios complementarios.

- Biblioteca.
- Administración.
- Apoyo emocional y reforzamiento de la autoestima a los usuarios.
- Promoción de la nutrición al adulto mayor.
- Reforzamiento y/o seguimiento de los programas (capacitación y asesoría para las acciones de salud) en el domicilio del usuario

El voluntario podrá participar en otras actividades en apoyo a los usuarios, previa aceptación de ambos, bajo los lineamientos del Centro y sin responsabilidad para el voluntario, en términos que no lesionen los intereses de éstos, de los usuarios o de los Centros y con el afán lícito y altruista que caracteriza la participación voluntaria.

COORDINACIÓN INTERINSTITUCIONAL

El desarrollo de un esquema eficaz de servicios de atención a las personas mayores

excede en muchos aspectos el ámbito de una única institución, siendo necesaria la coordinación entre organizaciones no gubernamentales, entidades e instituciones existentes en la localidad, que puedan garantizar la optimización de recursos y un servicio de atención al adulto mayor acorde con sus necesidades.

La necesidad de coordinación entre las distintas instituciones no sólo debe partir de la complementación de actuaciones en salud y recursos sociales, sino también de una integración y compromiso conjuntos.

Los mecanismos de coordinación entre instituciones, Organizaciones no Gubernamentales (ONGs), entidades, etc., adquieren una gran importancia en el centro de día, ya que se presentan como alternativas para la atención que requiere el Adulto Mayor durante su estancia y finalización de ésta en el centro dando continuidad al programa.

Esta coordinación interinstitucional tendría un nivel de actuación en aspectos tales como: realización de citas para recibir atención médica en sus unidades de salud, difusión, captación de casos, funcionamiento y organización del centro de día, actividad de los profesionales, ayudas individuales, continuidad de programas a nivel domiciliario al finalizar el programa, etcétera.

Además del trabajo técnico, desarrollado por los profesionales, que se realiza en un centro de día, también tenemos los procedimientos de gestión administrativa que permiten regularizar y facilitar la permanencia de la persona mayor, así como ser el vehículo transmisor de toda la información administrativa, y en parte técnica, que el propio centro genera.

Entendemos que el procedimiento de gestión administrativa tiene que estar estrechamente relacionado con los profesionales, pues en muchas ocasiones son los técnicos del centro los que originan el propio acto administrativo.

Esta estructura administrativa creada y generada por los propios profesionales condiciona una integración de la parte técnica con la parte administrativa. En definitiva los profesionales deben conocer los procedimientos de gestión administrativa que, por otra parte, se basan en el trabajo técnico que ellos mismos desarrollan.

Procedimientos de gestión previos al ingreso

Trámite de solicitudes para el ingreso.

- Registro de solicitudes
- Comprobación de los documentos adjuntos a la solicitud.
- Petición de los documentos que falten.
- Dar cita para la valoración (usuario y familia)

Valoración por los profesionales (Lic. en enfermería. con especialidad en adulto mayor, médico/a geriatra).

- Reunión de valoración
- Decisión, por parte del equipo multidisciplinario, de la calificación de candidato/no candidato.

En el caso de ser candidato:

- Elaboración de la solicitud
- Levantar acta del acuerdo del equipo con la calificación de candidato
- Comunicar al interesado y a la familia o cuidador principal de la decisión (*en el caso de no existir plazas, comunicar su inclusión en lista de espera*)
- Comunicación con los profesionales, ajenos al centro de día y que han derivado el caso, de la decisión tomada.
- Archivar la solicitud y documentación.

En el caso de no ser candidato:

- Levantar acta del acuerdo del equipo con la calificación de no candidato
- Comunicación al interesado y familia o cuidador principal de la decisión adoptada.
- Comunicación a los profesionales, externos al Centro de Día, de la decisión tomada.
- Archivar la solicitud y documentación.

Cuando el adulto mayor es aceptado en el centro de día y ya tiene su solicitud de ingreso, se le debe de informar al familiar sobre los artículos de asco, ropa y documentos que tiene que llevar al centro así como la realización de un programa de adaptación al mismo.

Como requisito para continuar en el centro, el usuario debe asistir de manera regular, por lo que se tiene que llevar un control de asistencia y, en caso de no cumplir con ello, analizar el motivo de su ausencia, para ver si es justificable o no, lo cual puede ser causa de baja.

El paciente debe de contar con cuando menos un familiar que le acompañe durante sus sesiones en el centro de día y esté en constante capacitación y enterado de la evolución y necesidades de su paciente.

Importante es señalar que tanto los ingresos como los egresos del Centro deben de ser analizados a través de reuniones de trabajo del equipo multidisciplinario, a fin de que las resoluciones sean tomadas de acuerdo con la normativa del centro.

Contacto con las familias

Al ingreso del usuario debe tenerse una reunión familiar donde se explique ampliamente cuáles son los alcances del servicio que se le va a prestar a su familiar, así como cuándo es necesario que asista el familiar al Centro para valorar su situación dentro del programa.

Los familiares deberán asistir a una capacitación para poder brindar a su familiar en su domicilio una atención adecuada.

RECURSOS HUMANOS

El equipo multidisciplinario deberá estar organizado de acuerdo con la modalidad de atención de que se trate; como a continuación se describe:

Centro de Día NO especializado, personal de contratación fija

- Director/a del Centro de Día
- Administrador/a
- Secretario/a
- Enfermero/a
- Auxiliares de enfermería (gericultistas)
- Trabajador/a social
- Terapeuta ocupacional
- Fisioterapeuta
- Personal de limpieza

Centro de Día Especializado, personal de contratación fija

- Director/a del Centro de Día
- Administrador/a
- Secretario/a
- Médico/a
- Enfermera
- Auxiliares de enfermería (gericultistas)
- Psicólogo/a
- Trabajador/a social
- Terapeuta ocupacional
- Fisioterapeuta
- Personal de limpieza

Si no existiera alguno de estos profesionales en algún centro de día, lógicamente no podrían integrarse en el equipo, por lo tanto la composición del mismo antes reseñada no debe considerarse como una rígida exigencia, sino más bien como una orientación teórica.

Personal complementario que puede ser contratado por horas de trabajo.

- Animador/a sociocultural
- Podólogo/a
- Personal de cocina
- Peluquero/a (Salón de belleza)
- Personal de mantenimiento
- Médico/a rehabilitador/a

Algunas consideraciones acerca del trabajo con Adultos Mayores

Al plantearnos los recursos humanos para un centro de día, debemos tener en cuenta no sólo aspectos cuantitativos (¿cuántos?), sino también aspectos cualitativos (¿quiénes?). El decidir un tipo de profesional u otros o el número de algunos de ellos, puede condicionar el funcionamiento de un centro de día, la calidad de la asistencia prestada y la posibilidad de atender o no a algunos tipos de usuarios.

Puede afirmarse, desde un punto de vista general, que los Centros de Día deberán contar con el personal que tenga la capacidad y dedicación necesarias para la realización de servicios y prestaciones que se comprometan a ofrecer a sus usuarios. Dependiendo del número de plazas de los Centros de Día, se asignan profesionales y horas de dedicación.

Se requiere que el personal que se contrate tenga una personalidad madura y una gran capacidad para superar situaciones problemáticas, a veces dramáticas, que plantea la atención diaria del adulto mayor. Por otro lado, el personal involucrado en la puesta en marcha de un centro de día gerontológico debe tener la capacidad de apreciar pequeños cambios en la evolución del adulto mayor tanto para alentarlo en sus avances como para alertar al equipo sobre el deterioro del paciente. Su capacitación continua en el área de geronto-geriatria es una primicia para su buen funcionamiento. Para ello es necesario una gran capacidad de auto motivación, tolerancia, profesionalismo, respeto, cariño y sentido del humor. Esto se olvida, en ocasiones, por algún profesional de atención directa, lo que obliga a los responsables a intentar motivar y estimular a estas personas menos integradas en su quehacer diario y hacerles participar de los objetivos y finalidades del Centro en que desempeñan su profesión.

Conseguir estos propósitos depende en gran manera de la capacidad del responsable de difundir un espíritu de equipo, de conseguir que todos los miembros del personal del centro de día tengan la preparación suficiente para realizar su trabajo, ya sea exigiéndola previamente al comienzo de la relación laboral, o proporcionándosela posteriormente mediante preparación. No debe olvidarse tampoco que estas exigencias y características personales de los individuos que trabajan en centros de día, avalan la necesidad de que estén suficientemente remunerados con arreglo a criterios de equidad comparativa.

El equipo multidisciplinario es una parte de la plantilla de un centro de día. Realiza las funciones básicas, pero necesita del resto de los profesionales del Centro para poder llevar a cabo su labor. El Equipo multidisciplinario es más que la suma de sus integrantes, existe una profunda interrelación entre sus miembros que hace imposible realizar las tareas por separado, ya que existe un gran número de tareas comunes, así como un plan de acción prefijado en el que cada miembro desempeña una tarea específica y conoce claramente su rol y funciones.

Partimos de la realización del trabajo desde una perspectiva interdisciplinaria, lo cual nos obliga a superar el simple trabajo individual, intercambiando constantemente información, planteando y replanteando coordinadamente los objetivos y decisiones y dando soluciones a los problemas de forma compartida. Más vale, a veces, una solución menos buena pero consensuada, que una buena solución pero impuesta, ya que la imposición mata la motivación.

Existe una serie de variables que influyen en el funcionamiento del equipo multidisciplinario. Estas variables pueden ser tanto de tipo individual como social, el conocerlas va a permitir analizarlas y crear los sistemas apropiados para contrarrestarlas, y de esa forma intentar que no influyan en el trabajo del centro.

Podemos hablar de:

- Vivencias personales y forma de integrarse en los grupos.
- Preparación académica y profesional y experiencias profesionales previas.
- Rol de cada miembro en el equipo y forma personal de asumir el mismo.
- Status diferenciales en el equipo.
- Responsabilidades en el equipo y capacidad para ejercer influencia sobre el resto de los individuos del equipo.
- Coordinación del equipo y formas en que se realiza esta coordinación.

La composición del equipo multidisciplinario no puede ser cerrada, debiendo formar parte del mismo los profesionales necesarios en cada momento, dependiendo de las necesidades asistenciales. El/la director/a del centro debe conocer perfectamente a los miembros de su equipo, así como las exigencias de actuación que son precisas en cada momento con los usuarios del centro. El perfil profesional de cada integrante del equipo multidisciplinario debe estar acorde con las funciones que desempeña en el centro y su formación debe ser de una institución de educación técnica o profesional seria y de reconocido prestigio.

REFERENCIA – CONTRA REFERENCIA PARA CENTRO DE DÍA

Cómo acceder a un Centro de Día:

- La identificación de personas que requieren ser atendidas en un centro de día puede realizarse mediante:
- Detección en la comunidad de personas que reúnan criterios, por parte de trabajadores/as sociales o servicios de atención domiciliaria
- Solicitud por parte de la familia y/o red de apoyo
- Referido por médico/a o servicio de primer nivel (trabajo social, enfermería)
- Referido por médico/a o servicios hospitalarios al egreso del paciente.

Idealmente debe enviarse en formato especial donde conste la ficha de identificación de la persona, el familiar responsable y/o red de apoyo en el caso de que la persona viva sola, un pequeño resumen de su estado actual y el motivo de la solicitud.

Las personas susceptibles de necesitar la atención en dicho centro, especialmente los mayores de 60 años, que cursan con alguna enfermedad crónica o con síndrome(s) geriátrico(s) susceptibles de mejorar mediante intervenciones de los profesionales del centro de día como: caídas, fragilidad, inmovilidad, úlceras por presión, etc., que tengan limitación en su funcionalidad pero que conservan autonomía y que puede verse comprometida si no se establecen estrategias o ayuda para su cuidado, aunado a la carga en su cuidado que afecta a su núcleo familiar y puede ser objeto de maltrato o negligencia por colapso del cuidador.

Es conveniente que sus familiares o cuidadoras reciban orientación y capacitación en los cuidados, estrategias de rehabilitación, administración de medicamentos y apoyo emocional en el sentido de disminuir la carga en el cuidado al tener algunas horas libres para ellos y con la seguridad de que su familiar estará en un sitio donde recibirá atención.

Se podrán establecer medidas de prevención y rehabilitación física, detección temprana de problemas de memoria y de conducta.

Asesoría para evitar caídas y accidentes que limiten la funcionalidad de las personas mayores: evitar barreras arquitectónicas, adecuación ambiental para compensar las pérdidas sensoriales, remodelación de la vivienda. También se podrán realizar acciones preventivas en la detección de factores de riesgo para problemas crónicos de salud (hipertensión, diabetes, dislipidemias, osteoporosis, etc.) o cambio en el estilo de vida que afectan al núcleo familiar y que favorecen la vejez patológica.

CONTRA - REFERENCIA

Una vez que se hayan establecido las medidas adecuadas para el buen control de los problemas crónicos, para tener un programa de ejercicios y rehabilitación y de que la persona sea capaz de permanecer en su domicilio sin que su cuidado signifique una carga para la familia o cuando no exista la posibilidad de que sea trasladado al centro por falta de red de apoyo, cuando su traslado sea oneroso y no cuente con recursos para seguir asistiendo, o cuando su permanencia forzada en el centro altere la cotidianidad y funcionalidad del mismo.

El centro elaborará en un formato especial, un resumen del estado actual, su programa o rutina de ejercicios y terapia física, medidas de detección oportuna de problemas que pudieran deteriorar su autonomía, como: dieta adecuada, compensación sensorial, estimular la adquisición y empleo de ayudas para caminar y salir (landadera, bastón, silla de ruedas sólo cuando sea absolutamente necesario).

Actualización de cartilla de salud: programa de vacunación anual, control de peso, estatura, tensión arterial, glucosa (si la persona es diabética es deseable se estimule la adquisición de un glucómetro o tiras reactivas tipo *destróxtix*), y control de problemas crónicos con su médico/a familiar o centro de salud.

CARACTERÍSTICAS DE FUNCIONAMIENTO

El equipo puede definirse como el conjunto de personas que, interactuando mutuamente, realizan un trabajo que influye en el trabajo del resto. Y su trabajo es influido asimismo por los demás, dirigiendo todos los esfuerzos hacia un objetivo común..., la mejoría del paciente.

Para que el equipo multidisciplinario funcione es necesario: *querer, saber y poder trabajar en equipo*. Es decir, implica creer en el trabajo de equipo y respetar a sus integrantes. Esto requiere un buen nivel técnico, formación académica según necesidades, reparto de roles y precisa de un suficiente apoyo administrativo y de infraestructura (algo que a veces se olvida cuando normativamente se crea un centro de día). El no cumplimiento de alguna de las anteriores premisas hace que aparezcan problemas en el funcionamiento del equipo o que se creen más tarde alteraciones o roces personales entre sus componentes.

Existe una serie de características que debe cumplir un equipo de centro de día para un funcionamiento óptimo, y que hemos adaptado a los centros de día, tomándolas de A. Sánchez Gómez. Estas son:

- Objetivos comunes aceptados y conocidos por todos.
- Tolerancia, respeto y sentido del humor.

- Coordinador/a capacitador/a, ecuánime, resolutivo/a y que proporcione estímulo al equipo.
- Motivación y ayuda a los miembros menos integrados.
- Reparto de responsabilidades.
- Sentimiento de responsabilidad de cada miembro con respecto a su labor y al resultado global.
- Necesidad de auto evaluación y continua corrección.
- Adaptación al cambio.
- Aprovechamiento de las cualidades individuales de cada componente para lograr cohesión.

El conseguir que se cumplan estas características, la aceptación y asimilación por cada uno de los miembros del equipo de sus funciones propias y el compartir los intereses comunes, es lo que va a hacer que el equipo funcione de una forma óptima y eficiente.

DIFUSIÓN

A cualquier recurso que se implante en la comunidad debe dársele la máxima difusión, intentando que sea conocido, tanto por los profesionales que captarán y derivarán los posibles usuarios, como por la población destinataria del programa.

La importancia de una correcta difusión del centro de día no sólo radica en la necesidad de que sea suficientemente conocido, sino también en que sirva de mecanismo de selección de usuarios tanto para el propio centro de día como para otras modalidades de atención geronto-geriátrica.

La difusión deberá realizarse antes del inicio del programa y mantenerse el tiempo que permanezca en funcionamiento.

La información debe realizarse dependiendo de a quién va dirigida: equipo de salud o público en general.

Equipo de Salud

Entendiendo el centro de día como un recurso más dentro de la comunidad, el equipo de salud debe conocer los aspectos más relevantes del programa.

Una primera información deberá contener todo lo que nosotros consideremos de interés y que deba ser conocido por el equipo y por el usuario. No hay que olvidar que el equipo va a ser otra fuente de información y, como tal, debe conocer todo lo relacionado con el centro de día, no solamente lo que le afecte directamente, sino también aquellos aspectos que son propios del usuario.

Durante el desarrollo del programa, el equipo debe seguir recibiendo información que será más específica en su contenido: resultados del programa, características de la población atendida, etc. Periódicamente se volverá a remitir documentación escrita con la información básica, por si hubieran existido nuevas incorporaciones o para recordar algunas cuestiones olvidadas.

Usuarios (público en general)

La información contendrá todos los aspectos básicos del programa, y contendrá, principalmente, definición y objetivos, tipología de usuarios a los que va destinado, trámite de solicitudes y, en su caso, costos y otra información pertinente.

Esta información debe repetirse de forma periódica con el fin de mantener un nivel de difusión suficiente en la localidad.

Uno de los principales problemas para la correcta difusión de un recurso con pequeña capacidad, es encontrar una demanda que no se pueda atender; pero esta situación no debe contemplarse de forma negativa ya que obliga a que los profesionales del centro de día tengan un nuevo papel por realizar:

- Que se dedique un esfuerzo suplementario a la coordinación interinstitucional, intentando que los programas del centro de día tengan una continuidad a su finalización, optimizando la permanencia de la persona mayor en el nivel de atención más adecuado, de acuerdo con su situación de necesidad.
- Ser críticos a la hora de elegir a los usuarios.
- Un seguimiento pormenorizado de la evolución de los usuarios.
- Programas definidos.
- Resultados evaluables.
- Decisiones objetivas que se tomen con los usuarios.

Información mínima que el equipo de salud debe conocer, para conseguir la máxima difusión dentro de la comunidad a la que se remite:

- Concepto de Centro de Día.
- Objetivos.
- Horario.
- Servicios que ofrece.
- Requisitos de ingreso.
- Tipo de usuarios.
- Criterios de exclusión.
- Trámite de solicitudes.
- Conocer cuánto y por qué en caso de existir algún costo

- Que la propia demanda del recurso sirva de impulso para transmitirla a organismos superiores y sirva para realizar planteamientos de apertura de nuevos Centros, creación de centros especializados, etcétera.

DEFINICIONES

"El cuidado diurno para adultos mayores es un programa grupal de base comunitaria, que atiende a las necesidades de las personas mayores con discapacidad funcional a través de un plan de cuidados individual.

Está estructurado con base en un amplio programa que ofrece una variedad de servicios de salud, sociales y de soporte, en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero en un periodo inferior a 24 horas de cuidados.

Las personas que participan en un sistema de cuidados diurnos acuden durante unas horas establecidas en su plan individual de atención.

Estos programas contribuyen a que sus participantes permanezcan en su entorno habitual, permitiendo a sus familias y otros cuidadores continuar cuidando y manteniendo en el hogar a su familiar discapacitado (NIAD-1984:4)"

Este intento de clarificación conceptual sobre los cuidados diurnos a Adultos Mayores se ha visto complementado por diversas clasificaciones y modelos, entre los que destacamos el elaborado por Lenore A. Tate que distingue:

Modelo médico-rehabilitador: en el que predominan los servicios médicos y de rehabilitación. Sus objetivos son claramente terapéuticos, temporalizados en un periodo limitado, y están dirigidos por personal médico y paramédico calificado, principalmente médicos/as que son los que coordinan y dirigen el programa de intervención del Centro. Este modelo se corresponde por completo con la concepción del hospital de día.

Modelo de mantenimiento: en el que se combinan aspectos médicos y sociales. Ofrece servicios de larga duración a población frágil con alto riesgo de institucionalización por problemas de discapacidad o falta de apoyo social. Este modelo proporciona un apoyo esencial a las familias u otros cuidadores informales a través de sus servicios de atención y supervisión, en todas las áreas: higiene, alimentación, apoyo psicosocial, actividades recreativas, etc. Es el modelo más cercano a nuestra concepción de Centro de Día.

"Centro diurno interdisciplinario, integrado en un hospital, donde acude el anciano o el paciente geriátrico, habitualmente con incapacidades físicas, para recibir tratamiento integral y/o valoración, y regresar posteriormente a su domicilio".

Es un servicio sanitario, con un programa de intervención de duración media entre 20 y 40 asistencias, dirigido fundamentalmente a personas mayores que responden al perfil de paciente geriátrico; es decir, que cumple con tres o más de los siguientes requisitos:

- Edad superior a los 75 años.
- Presenta pluriopatología relevante.
- El proceso o enfermedad principal tiene carácter incapacitante.
- Existe patología mental acompañante o predominante.
- Hay problemática social en relación con su estado de salud.

Suele disponer de alrededor de 20 plazas y en la mayoría de los casos son utilizadas tres días a la semana por cada paciente.

Los últimos datos disponibles sobre hospitales de día geriátricos en España (Hornillos, M., 1995), describen un paciente tipo con una edad media de 73 años que acude por motivos de rehabilitación en primer lugar, seguido de la atención de enfermería, médica, mantenimiento de la capacidad funcional, descarga del cuidado y valoración geriátrica en último lugar. La patología más frecuente es el accidente cerebro-vascular, seguido de la patología más frecuente es el

Hogar o Club de Adultos Mayores

Es un recurso de carácter social, cuyo objetivo general es fomentar la convivencia entre personas mayores con un buen nivel de autonomía funcional, a través de actividades socioculturales y recreativas principalmente. Cumple un importante papel preventivo entre la población mayor, ya que este tipo de equipamientos se están convirtiendo en auténticos centros educativos y de promoción de salud, paliando situaciones de riesgo social y médico que con frecuencia se producen entre este grupo de población.

No existe un recurso único para la diversidad de situaciones de necesidad que padece un grupo de población. Los centros de día, como los demás sistemas de atención diurna, están inmersos en una gama de programas y servicios con el objetivo de garantizar la continuidad en el sistema de cuidados, aspecto clave en un modelo de atención comunitaria.

PROGRAMA GENERAL DE TRABAJO

Entendemos por "Programa General" a aquellas intervenciones, que engloban un conjunto de programas interrelacionados entre sí, que deben dar respuesta a las necesidades mínimas de los sujetos para los cuales es diseñado (Yanguas y Leturia, 1995a). En este sentido no existen programas de intervención prefijados, sino que deben de adaptarse al lugar y pacientes a los que serán implementados.

Sin embargo, debe de existir un mínimo, que debe ser aplicado en todos los centros de día en el trabajo con los Adultos Mayores y sus familias.

El programa tiene seis áreas diferenciadas (Yanguas y Leturia, 1995b), que forman la base de acción, y que van a lograr una mejor calidad de vida de los adultos mayores. Estas áreas, de acuerdo con los autores antes mencionados son: salud, relaciones sociales, animación sociocultural, comunidad, ambientes y organización.

- Salud
 - Salud Física
 - Programa de Valoración y Tratamiento Geriátrico
 - Programas de Enfermería Geriátrica
 - Programas de Rehabilitación y Mantenimiento
 - Programa de Gimnasia
 - Programa de Fisioterapia
 - Programa de Terapia Ocupacional
 - Programas de Promoción y Prevención de la Salud
 - Programa de Salud Bucal
 - Programa de Prevención y Atención de Enfermedades Crónico-Degenerativas
 - Programa de Inmunizaciones
 - Programa de Detección de Cáncer Cervicouterino y de Mama
 - Programa de Prevención de Adicciones
 - Programa de Prevención de Accidentes
 - Programa para Valoración del Estado Cognoscitivo
 - Programa para Valoración del Estado Afectivo y de Ansiedad
- Relaciones Sociales
 - Programa de Valoración Social
 - Programa de Interacción Social
 - Programa de Interacciones Grupales
 - Apoyos sociales
 - Entrenamientos
 - Programa de Interacciones no Grupales
 - Individuales
 - Ambientales
 - Programa de Relaciones Familiares
 - Programa Lúdico
 - Programa Formativo
 - Programa de Apoyo
 - Programa Participativo

- Animación Ocio Cultural-Educacional
 - Valoración
 - Programa Educativo
 - Grupales
 - Personales
 - Ocio o tiempo Libre
 - Cognitivo
 - Salud
 - Social
 - Educativo
 - Libre
- Comunitario
 - Programa Social
 - Programa de Organización y Autoorganización
 - Programa de Complementación Institucional
 - Programa Socio-Sanitario
 - Atención Primaria
 - Atención Especializada
 - Salud Mental
- Ambiente
 - Programa Físico
 - Variables físicas y arquitectónicas (modificación del ambiente)
 - Ayudas técnicas
 - Programa Social
 - Escenarios
 - Percepción de las relaciones
 - Programa Organizacional
 - Normatividad
 - Participación
- Organización
 - Órganos de representación
 - Usuarios
 - Familiares
 - Órganos de trabajo
 - Equipos por programa
 - Equipos Interdisciplinarios

SALUD

La valoración y el tratamiento debe ser integral, y debe de ser realizada por profesionales de diferentes disciplinas, ya que interviene el área médica, psicológica y social, según se señala en el cuadro sinóptico correspondiente; se debe de tener programas de rehabilitación y prevención como gimnasia, fisioterapia, terapia ocupacional y reforzamiento en los déficit de las actividades

de la vida diaria (AVD), programas de promoción y educación para la salud. Así, para los problemas relacionados con la demencia y el deterioro de la memoria asociado a la edad (olvidos benignos), DEBEN EXISTIR programas de terapia de orientación a la realidad y de entrenamiento en memoria; dentro de la parte más psicoafectiva, programas de entrenamiento en relajación para trastornos de ansiedad, programas cognitivos-conductuales para trastornos depresivos, problemas de adaptación, etc. Entendemos que es importante incluir programas para trastornos desadaptativos, unidades de apoyo a ingresos, etcétera.

RELACIONES SOCIALES

Hay que trabajar con una valoración social a realizar dentro de una valoración integral, tanto lo correspondiente a interacción social, como lo referente al tema de intervenciones con familias. El trabajo con familias podrá abarcar capacitación, programas de apoyo socio-sanitario (grupos de autoayuda, de ayuda mutua, etc.), como programas de participación de familiares, pacientes demenciados, amputados, etcétera.

ANIMACIÓN SOCIOCULTURAL

Engloba los aspectos educativos y culturales, desde información, formación y creación de cultura propia del envejecimiento biológico, social, etc.; programas de participación sociocomunitaria: voluntariado, potenciación y organización de la comunidad, autogestión de recursos, asociaciones, y formación de voluntarios. Es importante hacer una mención especial al tema que se ha definido como ocio terapéutico, que es la utilización del tiempo libre para la realización de actividades que mejoren, refuercen y rehabiliten funciones cognitivas, estado de salud, relaciones sociales, etcétera.

COMUNIDAD

Incluye programas de inserción, organización y auto-organización de la comunidad y de complementación institucional, así como la coordinación con un enfoque de complementación sociosanitaria, programas conjuntos con atención primaria, atención especializada y salud mental, con programas conjuntos con los diferentes recursos básicos disponibles para Adultos Mayores.

AMBIENTES

Se entiende que las intervenciones sobre el entorno del individuo incluyen desde los supuestos básicos de la psicología ambiental y arquitectónica, la realización de programas de adecuación de variables físicas, ayudas técnicas y "herramientas de orientación" (uso de reloj, calendario, televisión para que el paciente se oriente en fecha, día, etc.), escenarios de convivencia y trabajo con la percepción ambiental de las relaciones, y dentro de la organización de ambientes: normatividad y participación.

ORGANIZACIÓN

Incluye tanto la organización de los propios Adultos Mayores y sus familias, como la organización del Programa General y la necesaria coordinación de las relaciones entre profesionales y usuarios.

La atención de enfermería en los Centros de Día

El/la enfermera/o geronto-geriatra en los Centros de Día tiene un papel de gran relevancia, ya que a través de las intervenciones en educación y promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la función perdida se disminuirá y retrasará la dependencia del Adulto Mayor, fomentando con ello su autonomía, mejorando o manteniendo su calidad de vida. Dentro de sus funciones se encuentran las de tipo:

- Asistencial. Dirigida a la atención del Adulto Mayor sano y con patologías agregadas.
- Administrativa. Coordinación del equipo de enfermería, planificación y ejecución de cuidados, redacción de informes, gestión de recursos materiales y personales.
- Docente. Necesidades de formación del equipo de enfermería, participa en la formación de personal, desarrollo actividades de educación para la salud.
- Investigación. Participar o realizar proyectos de investigación propios del campo haciendo que los resultados obtenidos reviertan en la mejoría de los cuidados del Adulto Mayor.

El/la enfermero/a actúa y colabora con otros profesionales de la salud en la atención al Adulto Mayor en relación con su aspecto físico, psíquico, social a su medio ambiente y la interrelación de todos éstos.

Dentro de sus funciones, facilita al Adulto Mayor y sus familiares la toma de decisiones sobre los cuidados que pueden enfocarse hacia el mantenimiento de la autonomía, así como para la aceptación de las limitaciones que se van a ir presentando conforme avanza el deterioro asociado a enfermedad orgánica o psíquica. Por otro lado, es el pilar del adiestramiento en las prácticas de autocuidado para el Adulto Mayor y aquellas acciones que los familiares o cuidadores tendrán que realizar dentro de sus domicilios, lo que redundará en un mayor bienestar tanto para el Adulto Mayor como para su familia.

Dentro de los objetivos que el equipo de enfermería debe cumplir están:

- Fomentar la práctica del autocuidado en los Adultos Mayores
- Aumentar el grado de independencia del individuo en el medio familiar y social donde se desenvuelve
- Aumentar el grado de satisfacción familiar

Para lograr dichos objetivos es necesario realizar acciones encaminadas a:

- La promoción de la salud.
- La prevención y detección precoz de enfermedades.
- La asistencia y rehabilitación.

Todas ellas realizadas con un enfoque integral del individuo que, además de aplicar los cuidados propios de enfermería, trate los problemas referidos a su salud mental y a su entorno social, por lo cual las actividades que debe realizar el servicio de enfermería dentro del Centro de Día; aun cuando éstas se deben realizar por separado, en la práctica se interrelacionan, son:

- Detección y valoración de necesidades del Adulto Mayor para desarrollar un plan de atención a través de la apertura de la historia clínica de enfermería.
- Aplicación de cuidados específicos para el mantenimiento de la salud, prevención de enfermedades y atención del Adulto Mayor enfermo por medio del seguimiento, control de patologías crónicas, realización de técnicas de enfermería, exploraciones complementarias, controles periódicos de salud, con base en las especificaciones de "Línea de Vida".
- Canalizar, ejecutar y evaluar la atención realizada derivada de otros profesionales tales como propiciar la inclusión a través de trabajo social al seguro popular para incrementar el bienestar social.
- Coordinarse con otros profesionales y participar en el proceso terapéutico interdisciplinario.
- Redacción de informes para comunicar problemas identificados y resultados del plan de atención de enfermería.
- Participar en la capacitación del cuidador primario y secundario de acuerdo con el manual para este fin.

La apertura de la historia clínica de enfermería debe de ser realizada en el momento más propicio para el usuario, quedando claro que no debe efectuarse en los primeros instantes de su llegada, ya que puede ser episódica en su recopilación y complementaria pues es de vital importancia que el Adulto Mayor se adapte a su nuevo entorno, por lo que se debe elegir el momento ideal tanto en un lugar cómodo y tranquilo, dando el tiempo suficiente (no mayor a ocho días) para su realización; queda claro que el Adulto Mayor que se encuentra en este supuesto ya pasó la selección inicial.

Datos que debe de contener:

- Ficha de identificación.
- Valoración por patrones funcionales de salud.
- Valoración geriátrica

Actividades para Enfermería

Promoción y prevención

Las condiciones que guarda el Adulto Mayor con respecto a los factores de riesgo a los que está expuesto, deberán ser sujetas posiblemente a modificaciones, las cuales estarán encaminadas a favorecer la adopción de estilos de vida saludables para el adecuado control de enfermedades o, en su caso, la prevención de éstas. Las acciones del personal de enfermería deben estar dirigidas a la promoción de la salud, prevención de enfermedades, detección temprana de padecimientos; así como apego al tratamiento de enfermedades que le aquejan, lo que permitirá evitar muertes innecesarias.

La promoción a la salud está basada principalmente en la educación del Adulto Mayor así como de los familiares, de tal manera que se logre un cambio en el estilo de vida que favorezca mejorar el estado de salud y las condiciones generales del Adulto Mayor. Es necesario mencionar que esta educación se da de forma permanente y paralela a todas las acciones que se realizan durante la atención del Adulto Mayor; por ello resulta importante realizar un plan educativo que abarque y desglose los puntos más relevantes en los cuales sea necesario modificar costumbres y hábitos.

PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES.

Todas las actividades que se desarrollan en esta área están basadas en los lineamientos de Línea de Vida, deberán anotarse y llevar el control en la Cartilla Nacional de Salud para el Adulto Mayor.

INMUNIZACIONES.

La prevención de enfermedades tiene como finalidad establecer mejores condiciones de vida en la población; dentro de estas actividades se encuentra la vacunación, la cual va cobrando mayor preocupación debido a los efectos negativos que tienen las enfermedades prevenibles por vacunación. El personal de enfermería es el responsable de la aplicación de biológicos o, en su caso, indagar la existencia de vacunaciones previas.

El esquema de vacunación para el Adulto Mayor consta de:

- Vacuna Anti-influenza
- Vacuna Anti-neumocócica
- Toxide Tetánico- Diftérico (Td)

Para los procedimientos de vacunación es importante revisar el manual de vacunación específico.

ENFERMEDADES CRÓNICAS

La salud de los Adultos Mayores tiende a deteriorarse con el paso de los años, con lo cual se pueden desarrollar enfermedades crónicas que pueden, en sus inicios, pasar desapercibidas hasta el momento de presentar una complicación o una exacerbación de ellas; para ello existen intervenciones sencillas que nos facilitarán un diagnóstico temprano y una atención pronta.

Las actividades principales estarán encaminadas a la detección de hipertensión arterial, diabetes mellitus, cáncer cervicouterino y mamario, cáncer de próstata y, por último pero no menos importantes, las enfermedades mentales como depresión y demencia.

- Hipertensión arterial.
 - Realizar mediciones periódicas de la tensión arterial. Ésta deberá tomarse al ingresar y posteriormente al llegar al Centro de Día Gerontológico¹⁰.
 - Anotar en las notas de enfermería las mediciones y realizar una curva de comparación para valorar la aparición de alteraciones.
 - Anotar los resultados en la Cartilla Nacional para el Adulto Mayor.
 - En caso de observar alteraciones avisar al médico responsable e investigar las posibles causas.

b) Diabetes mellitus.

- Al ingresar al Centro de Día Gerontológico o en días posteriores, máximo una semana, deberá realizar una prueba de glucemia¹¹, procurando sea con un ayuno mínimo de 4 horas para obtener un resultado más fidedigno; en caso contrario debe anotar la hora de la toma del último alimento.
- En caso de obtener un resultado alterado avisar al médico responsable.
- Anotar los resultados en las notas de enfermería y en la Cartilla de Salud para el Adulto Mayor.

c) Cáncer de mama.

- En primer término, es necesario realizar una campaña de información en el Centro de Día Gerontológico, lo cual sensibilizará al Adulto Mayor. Durante esta campaña deberá tocar la capacitación para la autoexploración, posteriormente el personal de enfermería podrá realizar una revisión de cada persona.

- En caso de encontrar alteraciones, debe informar al médico para que éste valore la necesidad de realizar una mamografía.
 - Anote los resultados en la Cartilla Nacional de Salud para el Adulto Mayor.
- d) Cáncer cervicouterino.
- Realizar campaña de educación en el Centro de Día Gerontológico haciendo hincapié en los factores de riesgo¹²
 - Verificar la fecha de la última toma de citología de cada paciente. En el caso de aquellas pacientes a las que nunca se ha realizado el examen, debe canalizarlas a la instancia correspondiente para que se les realice.
 - En caso de encontrar alteraciones debe informar al médico.
 - Anote los resultados en la Cartilla Nacional de Salud para el Adulto Mayor.

e) Enfermedades mentales

- Deberá conocer y aplicar los instrumentos de tamizaje minimal de Folstein, IQCODE y Escala de depresión geriátrica de Yesave (que se encuentran en las guías)
- Deberá estar pendiente de la conducta del Adulto Mayor para detectar problemas ya sea cuando ingresa o durante la estancia en el Centro de Día Gerontológico y en su caso avisar cuando alguna conducta ponga en riesgo la vida del Adulto Mayor.

OTRAS ENFERMEDADES

Existen otras alteraciones en el organismo que se presentan o se agudizan con la edad, entre ellas están los problemas de incontinencia urinaria, problemas de agudeza visual así como hipoacusia. Todas ellas tienden a minar las capacidades del Adulto Mayor causando dependencia cuando no son atendidas; por ello la importancia de observar y atender con oportunidad estos problemas causados por el deterioro del organismo o por otras enfermedades pre-existentes.

a) Incontinencia urinaria.

- El personal del Centro de Día Gerontológico practicará con los usuarios incontinentes ejercicios de suelo pélvico y reentrenamiento vesical, que consisten en interrumpir voluntariamente la micción, aguantar la orina durante unos segundos y volver a miccionar. Para lograr el reentrenamiento deberán acudir al servicio de una forma programada (cada dos horas o antes, si fuera necesario).
- Anotar en las notas de enfermería la frecuencia de los ejercicios así como los logros alcanzados por los ejercicios.
- Enseñar a los familiares el procedimiento para que lo continúen durante la estancia del Adulto Mayor en casa.

b) Agudeza visual.

- El personal deberá realizar pláticas de educación con la intención de involucrar al Adulto Mayor en el cuidado de su salud.
- Observará al Adulto Mayor para detectar problemas al caminar por enfermedades visuales (como tropezar con objetos, caminar lento por búsqueda de desniveles en suelo plano, etcétera).
- Realizar valoración con carta de Snellen, en el caso de Adulto Mayor analfabeto existe la carta con dibujos.
- En el caso de observar alteraciones avisar al médico responsable para que se tomen las medidas necesarias para corregir el problema.
- Anotar en la Cartilla de Salud para el Adulto Mayor los resultados, así como en las notas de enfermería.

c) Hipoacusia.

- Debido al grado de afectación en la comunicación del Adulto Mayor debido a este problema, es necesario detectarlo de forma temprana; por ello debe realizar pláticas informativas así como información escrita que exponga la enfermedad como un problema que puede llevar al aislamiento, depresión e incapacidad de comunicación.
- Aplicar el test del susurro, que consiste en hablar al Adulto Mayor con un tono bajo de voz a 60 cm de distancia del oído, en ambos lados. Anotar el resultado en las notas de enfermería. En caso de encontrar alteraciones avisar al médico para corregir dicho problema canalizándolo con el especialista.

ACCIDENTES

Los accidentes suelen ser muy frecuentes debido al deterioro de capacidades del Adulto Mayor, lo que puede conllevar a perder alguna capacidad o la independencia. Las actuaciones de enfermería deben estar encaminadas a la prevención de múltiples factores como son la corrección de déficit sensoriales, visuales y auditivos, evitar atrofia muscular, trastornos neurológicos y verificar una dieta adecuada a sus necesidades. Dará pláticas de promoción que informen de las consecuencias de las caídas, quemaduras, intoxicación medicamentosa, etcétera.

En el caso de las caídas será importante verificar la corrección de agudeza visual, condiciones generales del enfermo y causas médicas de caídas, verificar las condiciones del entorno y sobre todo educación tanto al Adulto Mayor como a la familia.

Las quemaduras deben ser abordadas en la educación ya que por lo regular éstas pueden darse más a menudo en el domicilio que en el Centro de Día Gerontológico; sin embargo, no debemos olvidar las consecuencias tan fatales que pueden provocar a la salud del Adulto Mayor.

La intoxicación por medicamentos es un punto importante a tratar con la familia, ya que en el Centro de Día Gerontológico sólo se administrarán los medicamentos recetados y autorizados por el médico, pero el mayor reto será educar a la familia para continuar con dichos medicamentos evitando con ello una posible intoxicación. También será necesario enseñar a la familia las reacciones que puede presentar el Adulto Mayor como efecto de un medicamento para que nos informen y, a su vez, se informe al médico sobre reacciones indeseables.

ACTUACIÓN SOBRE HÁBITOS DE LA VIDA

HIGIENE Y ASEO CORPORAL

La higiene personal comprende el aseo diario del cuerpo y el cuidado de la imagen. Una buena imagen externa representa el aprecio de uno mismo. El aseo será asumido, en la medida de lo posible, por el propio anciano, ya que con ello se favorece el autocuidado y la independencia. Deben respetarse las costumbres personales, así como la intimidad, e intentar establecer una comunicación que lleve al diálogo y a la confianza.

Los hábitos higiénicos en el anciano responden a conductas aprendidas durante toda su vida, por lo que será tarea difícil el intentar modificarlos.

Los objetivos a conseguir con los usuarios del Centro de Día son los siguientes:

- a.- Detectar y corregir las conductas inapropiadas en la higiene.
- b.- Informar y educar para la salud sobre la importancia de la higiene corporal.
- c.- Promover prácticas higiénicas adecuadas.
- d.- Participar activamente en el aseo personal.
- e.- Educar para la salud al usuario y a su familia sobre:
 - Higiene del cabello.
 - Higiene de la boca.
 - Cuidado de los pies.

- Frecuencia y productos aconsejados en la higiene personal.

Actividades:

- 1) Valoración del estado y grado de higiene del Adulto Mayor mediante la inspección física y observación detenida de piel, cabello, boca, manos, uñas, genitales y pies. Se le preguntará por sus hábitos higiénicos: frecuencia de las duchas/baños, lavado del cabello, cepillado de los dientes y visita al dentista, cuidados de los pies y visitas al podólogo, lavado de manos antes y después de usar el baño, frecuencia de cambio de ropa interior.

Una vez conocidos los hábitos higiénicos y sus costumbres, se elabora un plan de trabajo para que la familia lo lleve al CD de acuerdo con las necesidades que se requieren previa capacitación de los familiares.

El usuario deberá llevar todos los utensilios necesarios de aseo como son, cepillo de dientes, jabón, toalla, cepillo de pelo, y tendrá que llevar diariamente en una bolsa un cambio de ropa para alguna emergencia.

- 2) El personal del Centro de Día Gerontológico controlará y supervisará el baño/ducha y ayudará a los usuarios que lo precisen cuando exista alguna emergencia del Adulto Mayor. Se estimulará a que participen en su propio aseo dependiendo del grado de incapacidad e independencia para el autocuidado. Las zonas destinadas a estas tareas deben estar previamente acondicionadas: asideros, suelos o alfombrillas antideslizantes, banquetas, sillas, etcétera.
- 3) Periódicamente se mantendrán reuniones con la familia para informar sobre:
 - Estado higiénico y participación del usuario.
 - Hábitos higiénicos adquiridos.

Cuidados de los pies, higiene del cabello y de la boca.

ELIMINACIÓN (DE EXCRETAS)

Pocas actividades de la vida diaria son más personales o privadas que ir al baño; la eliminación es el término utilizado para describir las funciones del cuerpo de desechos orina y heces. A medida que envejecemos esto puede resultar en cambios tanto en el apetito como en el proceso digestivo, por lo tanto es importante ayudar a mantener patrones regulares de eliminación.

Todas las personas tienen su propio patrón de eliminación y los cambios bruscos pueden generar problemas tales como estreñimiento, confusión o hipotermia, por ello la importancia de poner atención en ellos; además también pueden indicar alguna patología que ponga en riesgo la salud del Adulto Mayor.

- 1) El personal del Centro de Día Gerontológico investigará sus hábitos de eliminación y lo asistirá cuando sea necesario.

Una vez conocidos los hábitos de eliminación se elabora un plan de trabajo para que la familia lo lleve al Centro de Día Gerontológico de acuerdo con las necesidades que se requieren previa capacitación de los familiares.

- 2) Es importante que el personal de enfermería reporte cambios como ausencia de eliminación o disminución de ésta. Cuando detecte problemas es necesario investigar si el paciente está tomando suficiente agua, tipo de dieta o si realiza ejercicio.
- 3) Será importante que la familia nos informe si llegan a observar problemas de eliminación en su familiar y viceversa, el personal avisará a la familia si observa alteraciones.

ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN

En el Adulto Mayor concurren una serie de factores que condicionan su estado nutricional como son los cambios fisiológicos que se producen con el envejecimiento (los sentidos están disminuidos, la dentadura está deteriorada, hay menos producción de saliva, se pierden papilas gustativas, etcétera).

La composición del organismo también está modificada (hay menos tejido adiposo, masa muscular y ósea, y menos agua corporal). Hay mayor prevalencia de patologías, existen problemas funcionales, psíquicos y socio-económicos y, además, toman gran número de medicamentos.

Los objetivos a conseguir por parte del equipo de enfermería para con los usuarios y sus familiares del CD respecto a la alimentación son los siguientes:

- Detectar y corregir los trastornos nutricionales: desnutrición / deshidratación.
- Hacer cambios de estilos de vida para que consuma el Adulto Mayor una dieta equilibrada y variada.
- Adecuar la ingesta de líquidos a sus necesidades.
- Educar al usuario y a su familia en materia de alimentación.
- Estar pendiente del llenado de la cartilla en los rubros de:
 - Peso y talla, donde el Adulto Mayor permanecerá descalzo y con la menor cantidad de ropa posible.
 - Índice de masa corporal.

Estos valores no determinan una desnutrición inicial, ya que están afectados por la edad.

Passar a valoración con el médico y el/la nutriólogo/a para que éstos determinen el tipo de dieta que debe de consumir el Adulto Mayor, la cual en la gran mayoría de los casos no consumirá en el Centro de Día Gerontológico, porque el servicio de comedor no necesariamente está incluido dentro del Centro.

A todos los usuarios del Centro de Día Gerontológico se les realizará mensualmente un control de peso y anualmente un control de talla.

- v Con la periodicidad que el Centro establezca, se mantendrán reuniones con la familia para informar y analizar comportamiento dentro del seno familiar sobre:

- Estado nutricional del anciano.
- Apetito y cumplimiento de la dieta.
- Educación sanitaria sobre la importancia que tiene una dieta equilibrada y variada

EJERCICIO FÍSICO Y RESPIRATORIO

La práctica diaria y habitual de ejercicio físico mejora el estado funcional del anciano, favorece su capacidad respiratoria y activa la circulación, a la vez, evita el sedentarismo y la inactividad, mejora su calidad de vida haciéndole más independiente y facilita la integración en su medio sociofamiliar.

Los objetivos a conseguir con los usuarios del Centro de Día Gerontológico son los siguientes:

- Conocer y concientizar sobre la importancia del ejercicio físico.
- Participar activamente en el programa de ejercicios funcionales básicos evitando el sedentarismo.
- Mantener y mejorar la función del aparato locomotor y capacidad respiratoria.
- Hacer que el usuario y su familia tengan una actitud activa frente al ejercicio.

Actividades a realizar:

No importa el grado de incapacidad que tenga el Adulto Mayor, si éste se encuentra controlado de sus enfermedades crónicas degenerativas, siempre está indicado algún tipo de actividad física:

Para conseguir los objetivos propuestos se realizarán las siguientes actividades:

- A. Se valora qué tipo de actividad realiza el Adulto Mayor; para ello nos remitimos a la Historia de enfermería: se hace toma de signos vitales (T.A., F.C., F.R., Temp.), y revisa en las notas de enfermería la presencia de dificultad para ventilar, cianosis, disnea, tos, etc., para tener una idea del estado de ese Adulto Mayor
- B. La actividad física se realizará todos los días que asista al Centro de Día Gerontológico y durará aproximadamente media hora, indicando a los familiares de aquellos Adultos Mayores que no asisten los cinco días de la semana, la necesidad de que esta actividad se realice en su

domicilio los días que no asiste al Centro de Día Gerontológico. Previa capacitación del familiar y tolerancia al ejercicio del paciente.

- C. La hora que el Centro de Día Gerontológico elegirá para esta actividad dependerá de su organización.
- D. Los ejercicios serán dirigidos por el/la enfermero/a, quien hará las demostraciones oportunas para que los usuarios comprendan y puedan realizar el ejercicio correctamente. Importante es señalar el papel que tiene este personal para motivar al Adulto Mayor en la participación activa.

E. El Centro de Día Gerontológico habilitará un espacio adecuado para la práctica de los distintos ejercicios y se proporcionarán los medios necesarios, como por ejemplo, sillas, colchonetas, y los Adultos Mayores deberán llevar ropa y calzado cómodo para asistir al Centro de Día Gerontológico como para la práctica de los ejercicios.

F. Ningún Adulto Mayor podrá realizar actividad física si su glucosa o signos vitales o estado de conciencia no se consideran como normales; por lo que es indispensable que ésta sea tomada antes de la actividad, lo cual pueden hacer los mismos AM previamente capacitados y entrenados para este fin. Si algún usuario sufre durante la realización de los ejercicios alguna complicación (fatiga, sudoración fría, mareo, inestabilidad, etc.), se suspenderá la actividad y se derivará a consulta médica o de enfermería para valoración.

G. Ejercicios que componen la tabla:

H. Se tienen que realizar ejercicios de calentamiento, actividad física y ejercicios de enfriamiento.

1. Ejercicio Respiratorio Fundamental (E.R.F.):

Es el más importante de los ejercicios respiratorios. Si se practica bien y con la frecuencia necesaria, se tiene asegurada una rehabilitación funcional respiratoria superior al 40%. Se realizará en cualquier posición, y consiste en echar el aire por la boca con los labios ligeramente cerrados (colocados en posición similar a como si quisiéramos apagar una cerilla). La espiración debe ser suave, lenta y uniforme, y prolongarse hasta que el usuario note la sensación de falta de aire, en cuyo momento se abre la boca inspirando un poco de aire, casi el que entra con facilidad. Para realizar el ejercicio no se debe forzar la inspiración, y se recomienda la inspiración bucal porque con ella se logra con facilidad el control inspiratorio. Al principio se pide al usuario que coloque la palma de la mano a unos 25 cm. de la boca, para sentir el impacto del aire, que

debe notarse siempre con la misma intensidad, después se puede prescindir de ello. El E.R.F. debe practicarse a ritmo lento para evitar la hiperventilación.

II. Ejercicios de columna cervical:

Se realizan moviendo el mentón hacia arriba y hacia abajo (como diciendo sí), y girando la cabeza hacia ambos lados (como diciendo no), parando siempre en el Centro.

III. Ejercicios de movilidad del hombro y miembro superior (sin forzar los movimientos pero procurando que día a día se mejore lentamente):

Consiste en mover los hombros y brazos haciendo juegos giratorios.

IV.- Ejercicios de movilidad de caderas y miembro inferior (cuidando que no existan problemas de equilibrio, y si existen buscar un apoyo para evitar caídas):

Se mueven las piernas hacia adelante y hacia atrás y también se realizan giros.

Periódicamente se establecerán reuniones con la familia donde se les informará del grado de participación del usuario en el programa, y se hará educación sanitaria sobre el ejercicio físico y sus efectos positivos sobre la salud. (Para mayor información ver Bases fisiológicas de la actividad física del Adulto Mayor.)

CONTROL DE MEDICACIÓN

En la población Adulto Mayor el consumo de medicamentos y la polifarmacia constituyen un problema de interés poco abordado en la actualidad por los propios profesionales en salud, y por el que se está poco sensibilizado. Es frecuente la aparición de Reacciones Adversas Medicamentosas (R.A.M.), por lo que el personal de enfermería será el responsable de administrar aquellos medicamentos que sólo el médico del Centro de Día Gerontológico autorice previa evaluación de los mismos para evitar la polifarmacia.

Acciones específicas a realizar:

- Controlar y hacer un seguimiento del tratamiento médico.
- Educar al Adulto Mayor y a su familia respecto al consumo inadecuado de los medicamentos y el riesgo de sufrir R.A.M.
- El/la enfermero/a será el responsable directo de asegurarse y controlar que todos los usuarios hayan recibido su medicación y que se la hayan tomado correctamente, aplicando la regla de oro de los cinco correctos (medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta, paciente correcto y hora correcta). Contará con el apoyo directo del/la auxiliar de clínica.
- Ningún Adulto Mayor está autorizado a tomar de manera

personal, sin la supervisión del personal de enfermería, ningún tipo de medicamento.

- Dado que el Adulto Mayor está una parte del día fuera del Centro de Día Gerontológico, es decir, en sus domicilios, se les proporcionará toda la información sobre la medicación que tomaron dentro del Centro de Día Gerontológico, para que el familiar esté consciente de la que precisan tomar en sus domicilios y la importancia de evitar la polifarmacia y el no tomar los medicamentos necesarios para el control de sus padecimientos, por lo que es necesario hacer pláticas tanto individuales como grupales con los familiares para lograr una capacitación y participación en la supervisión de la auto-administración de los medicamentos por los Adultos Mayores, cuando éstos sea independientes.

Con la periodicidad que se establezca se mantendrán reuniones con la familia y el propio usuario para realizar educación sanitaria respecto al uso de medicamentos.

ADICCIONES

Uno de los graves problemas en el país es el uso y abuso de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas que se presenta a cualquier edad, principalmente inicia el uso de estas sustancias en la juventud y persiste hasta llegar a edades avanzadas. Las consecuencias del uso de drogas sobre el organismo dependen del tiempo de consumo y el tipo de droga; inicialmente se conocen como factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades como el cáncer, la hipertensión arterial, cirrosis hepática, trastornos mentales, así como la generación de problemas psicosociales y trastornos psiquiátricos; por ello la preocupación de atender esta problemática. El Adulto Mayor no está exento de padecer esta problemática, por ello la importancia de retomarlo y darle solución en la medida de lo posible.

Las acciones de enfermería en esta área deben encaminarse a:

- Brindar educación para la salud a través de pláticas que hablen sobre los efectos nocivos a la salud por el consumo de drogas.
- Realizar una investigación de los hábitos del Adulto Mayor a drogas, que se hará por medio de pruebas específicas como el cuestionario de Fagerström (tabaquismo), Audit. (dependencia al alcohol) y la cédula de indicadores para medir dependencia a drogas¹²
- Aplicar técnicas para el abandono de dichas sustancias.
- Canalizar con el especialista, en caso necesario, para terapia.
- Vigilar conductas inapropiadas debido al uso o abuso de drogas y avisar al médico los hallazgos.

- Anotar en las notas de enfermería los resultados de las pruebas.
- Vigilar la aparición de síndrome de supresión en aquellos pacientes bajo tratamiento con drogas.

Control y tratamiento de enfermedades

El papel de enfermería durante el control y tratamiento de las enfermedades pre-existentes es muy importante, ya que será éste quien se encargue de dar seguimiento a las indicaciones médicas y de realizar los cuidados específicos para cada paciente, de acuerdo con las necesidades de cada uno y de las patologías que presente.

El personal que atienda al Adulto Mayor deberá estar perfectamente capacitado para atender las necesidades de cada persona y tendrá o desarrollará la habilidad para educar al Adulto Mayor así como a la familia, con la finalidad de promover el autocuidado y evitar complicaciones durante la estancia en su domicilio.

Cabe mencionar que el plan de atención de enfermería debe abarcar los aspectos del tratamiento y el control o seguimiento que se realizará al Adulto Mayor durante su estancia en el Centro de Día Gerontológico, así como los cuidados que aplicará la familia en el hogar.

ANEXOS

1.-Historia Social

2.-Valoración de patrones funcionales de salud: Es un modelo de enfermería que considera los aspectos físicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden influir en el comportamiento, estilo de vida, relaciones y en la imagen que tiene de sí mismo, con la finalidad de detectar problemas que puedan ser satisfechos más eficazmente con cuidados de enfermería. A continuación se expone detalladamente cada uno de ellos.

Patrón de percepción de la salud: este patrón describe el modelo de salud-bienestar percibido por el usuario y cómo cuida su salud. Se preguntará por:

- Percepción actual de la salud: ¿Cómo se encuentra?
- Hábitos personales y tóxicos: alcohol/tabaco.
- Medicación prescrita y no prescrita.
- Vacunaciones: tétanos, gripe, otras vacunas.

Patrón de nutrición-metabolismo e integridad de la piel: describe el modelo de ingesta de alimentos y líquidos relacionado con las necesidades metabólicas y el estado de la piel. Se preguntará por:

- Hábitos alimentarios y tipo de dieta que sigue.
- Descripción del apetito.
- Capacidad para masticar y tragar los diferentes tipos de alimentos.
- Si toma suplementos nutritivos: vitaminas, minerales, etcétera.
- Si hay presencia/ausencia de náuseas, vómitos, dolor abdominal, indigestión, gases, etcétera.
- Estado de la piel y actividades habituales para el cuidado de la misma: frecuencia con que se baña, jabones que utiliza, uso de cremas y/o aceites para protección, cuidado de las uñas y frecuencia con que se las corta, cuidado del pelo.
- Si ha habido cambios de las características o color de la piel, especialmente en las extremidades.
- Se tomarán medidas antropométricas (peso, talla, otras).

Patrón de eliminación: describe el modelo de eliminación intestinal y urinaria.

En la intestinal se preguntará por:

- Frecuencia de la deposición y descripción de la misma (color y consistencia).
- Si toma laxante y de qué tipo.
- Si tiene hemorroides y hay dolor o sangran con frecuencia.
- Si tiene estreñimiento, diarrea, retortijones.
- Si tiene incontinencia fecal.

En la urinaria se preguntará por:

- Frecuencia o número de veces aproximado que acude al servicio.
- Si tiene incontinencia diurna/nocturna e intentar averiguar de qué tipo (estrés, urgencia, por rebosamiento o funcional).
- Si tiene dolor o escozor con la micción.
- Si es portador de sonda vesical, indicar tipo de sonda y número de la misma.

Patrón de actividad y ejercicio: describe el modelo de ejercicio, actividad, ocio y recreo. Se preguntará por:

- Tipo de ejercicio que hace y con qué frecuencia.
- Si realiza paseos o sale a caminar.
- Si hay inmovilismo.
- Descripción de actividades sociales y diversiones, incluyendo su participación en las mismas, aficiones e intereses.
- Se tomarán las constantes vitales: tensión arterial, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y definición del patrón respiratorio (disnea, cianosis, tos, expectoración, etcétera).

Patrón de sueño-descanso: describe el modelo de sueño y relajación. Se preguntará por:

- Número de horas que duerme incluyendo si se echa la siesta.
- Si tiene insomnio y toma ayudas para dormir/tipo de ayuda.

Patrón cognitivo-perceptivo: describe el modelo sensitivo perceptivo y cognitivo. Se preguntará por:

- Orientación en tiempo y espacio (aunque en la valoración geriátrica se profundizará más en el estado mental del usuario).
- Déficit sensoriales: audición (usa audífono); visión (usa gafas).
- Si tiene dolor: tipo y localización del mismo.

Patrón de auto percepción: describe el concepto que tiene uno de sí mismo y la percepción de sus capacidades. Se preguntará por:

- Si tiene dificultades para solucionar los asuntos familiares que se le presentan.
- Si se siente a gusto consigo mismo.
- Si tiene sentimiento de soledad y se siente integrado en su unidad familiar.

Patrón del rol y relaciones: describe el modelo de rol que desempeña la persona en sus relaciones. Se preguntará por:

- Estado civil.
- Con quién vive.
- Si existe cuidador principal.
- Si se relaciona fuera de casa.

Patrón de sexualidad-reproducción: describe la satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, así como el modelo reproductivo. Se preguntará por:

- Si están cubiertas sus necesidades de afecto.
- Cómo es su relación con personas del sexo opuesto.
- Si tiene hemorragias post-menopáusicas.
- Si tiene dolor/escozor en los genitales.

Patrón de adaptación y tolerancia al estrés: describe el modelo general de adaptación y su efectividad, así como la capacidad percibida para manejar las situaciones y recursos de reserva. Se preguntará por:

- Si ha tenido cambios recientes en su estilo de vida (enfermedad/muerte de un ser querido, cambio de domicilio, etcétera).
- Si se suele poner nervioso y qué hace para solucionarlo.

Patrón de valores y creencias: describe el modelo de valores, metas o creencias (incluyendo las espirituales), que guían a la persona en sus elecciones y decisiones. Se preguntará por:

- Si generalmente consigue lo que quiere en la vida.
- Actitudes y preocupaciones sobre la muerte.
- Importancia de la religión en su vida y práctica religiosa.

3.- Valoración Geriátrica: Se realiza mediante el uso de ciertos instrumentos o escalas estandarizados en colaboración con el equipo interdisciplinario, dado que esta valoración abarca diferentes campos.

Bibliografía

1. Yanguas, J.J. y Leturia, F.J. (1995-a): " Metodología de intervención con familias de personas ancianas institucionalizadas: una propuesta." En AAVV: Las personas mayores Jaén: INSERSO-Universidad Internacional de Andalucía: págs. 365-382.
2. Yanguas, J.J. y Leturia, F.J. (1995-b) : "Los programas de intervención: conceptualización." En SEGG: Residencias de Ancianos. Manual de orientación. Barcelona: SG Editores.
3. OPS, Proyecto SABE, Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Encuesta permanente.
4. Sancho, M.T.(1995-a) : " Los Centros de Día como recursos de apoyo a las personas cuidadoras". En AAVV: Las personas mayores dependientes y el apoyo informal. Jaén: INSERSO-Universidad Internacional de Andalucía. Págs: 339-347.
5. Sancho, M.T. (1995-b): "Editorial". Revista Española Geriatria y Gerontología, nº 30(3): págs121-122.
6. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-mental state": A Practical Method for Grading the Cognitive State of Patients for the Clinician. J Psychiatr Res, 1975; 12: 189-98
7. Jorm Anthony, IQCODE Informant Questionnaire on Cognitive Decline in Elderly (Short Form), Centre for Mental Health Research, The Australian National University Canberra, Australia. (No copyright)
- 8.-Yesavage JA, Brink TL, Rose TL, et al. Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. J Psychiatr Res 1983; 17:37-49
9. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the Aged. The index of ADL: a standardized measure of biological and psychosocial function. JAMA 1963; 185:914-9
10. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 1969; 9: 179-86.

Se imprimieron 10, 000 ejemplares.
México D.F. a 18 de Octubre de 2006

Este material fue impreso gracias al apoyo de la Administración de la Beneficencia Pública y de la Asociación Civil Envejecimiento y Claridad en la Transformación de Son.