

Módulo IV

Recursos psicosociales y sanitarios
en la comunidad



Unidad 1. Modelos de intervención comunitaria

*Adela Hernández Galván
Rocío Magallón Mariné*

Objetivo de aprendizaje

Identificar diferentes modelos de intervención comunitaria para el trabajo con familiares y/o cuidadores de los pacientes con demencia o EA.

Introducción

Para autores como Rodríguez Pilar (2010) los fenómenos como el incremento progresivo de la esperanza de vida, la incorporación de la mujer a la vida socio-laboral, la globalización, la revolución tecnológica, los avances en materia de igualdad, el proceso de individualización, la emergencia del sujeto y la conquista de nuevos derechos civiles y sociales, han despertado la necesidad de redefinir las políticas sociales y, con ello, el modelo de atención de los servicios e instituciones que atienden al paciente con demencia o con algún tipo de discapacidad, en especial cuando se encuentran en situaciones de fragilidad o de dependencia. Este nuevo modelo debe generar un cambio radical en la forma en la que se diseñan y planifican los servicios y programas a desarrollar, así como la intervención y la praxis profesional.

Los cambios sociales mencionados con anterioridad también han hecho notar un crecimiento de enfermedades crónico-degenerativas que generarán dependencia y fragilidad en la población y una serie de problemáticas que se desencadenan por estas circunstancias y que afectarán también a la familia, convirtiéndose la necesidad de cuidado en un problema de salud pública. Es así como en esta unidad se presentan modelos de intervención comunitaria, centrados en la persona, como un apoyo para el personal de salud de primer nivel que trabaja con los familiares y/o cuidadores de los pacientes con demencia o EA.

1.1 Psicoeducación a la familia

En nuestro país, la atención de primer nivel a la persona con demencia y a su familia tiene aún muchas carencias. Una de ellas es la cantidad y calidad de información que el médico les proporciona. Para ejemplificar esto basta mencionar que aún es posible encontrar el diagnóstico de “demencia senil”, o peor aún, diagnósticos tardíos porque el médico consideró que la pérdida de memoria era parte normal del envejecimiento. A esto se agregan las explicaciones que los familiares refieren de los médicos, por ejemplo, “se le está secando el cerebro” o “se le está haciendo chiquito”, y para empeorar la situación la afirmación de que no hay nada que hacer. Es sabido que factores como la gran cantidad de pacientes a los que debe darse atención limita el tiempo que puede dedicarse a la transmisión de información sobre el padecimiento; no obstante, el reto es justamente mejorar en este aspecto, sobre todo cuando se trata de enfermedades en las que la educación es primordial. En este apartado se observará que aunque lo ideal es la canalización del paciente y su familia a programas formales de psicoeducación, éstos son escasos en nuestro contexto. Por ello el principal responsable de informar y educar es el médico o profesional de la salud a cargo del caso. A continuación se revisan estas dos posibilidades educativas.

Psicoeducación por parte del profesional de la salud

La Asociación Psiquiátrica Americana (APA, 2007) afirma que en el cuidado de una persona con demencia es necesario establecer una alianza terapéutica tanto con el paciente, como con su cuidador principal y otros miembros de la familia. Esta alianza es necesaria porque el cuidador y la familia son la principal fuente de información sobre la condición del paciente pues éste en muchas ocasiones ya no está en posibilidades de proporcionar información confiable. Por otro lado, los miembros de la familia son los responsables de implementar y monitorear el plan de tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico y debe haber una buena comunicación entre ellos y los distintos profesionales de la salud. El establecimiento de la alianza terapéutica es especialmente importante en el caso de enfermedades crónicas como las demencias, pues la familia requerirá de apoyo por mucho tiempo. La APA (2007) concluye que el tratamiento debe dirigirse al sistema paciente-cuidador. Esta misma organización recomienda visitar al médico cada tres a seis meses, aunque los

pacientes que requieren tratamiento de complicaciones psiquiátricas deben ser vistos regularmente, cada semana o cada mes, para el monitoreo de las dosis de los fármacos y sus efectos secundarios.

Cierto es que hay una gran cantidad de información que una familia debe conocer para enfrentar la enfermedad demencial de un ser querido, pero ¿qué información básica debe conocer la familia ante un diagnóstico de demencia o en un primer contacto con el médico? Al respecto, Conde (1998) reconoce la enorme importancia de la información que el médico proporciona a la familia en una primera valoración y orientación. Dicha información en esencia debe ayudar a que la familia pueda situarse ante la enfermedad, así como disminuir la incertidumbre y limitar la angustia. Para lograr esto el médico debe informar sobre: a) la naturaleza y cuantificación del deterioro cognoscitivo; b) posibilidades de tratamiento farmacológico; c) evolución probable de la demencia; d) conveniencia de la estimulación cognoscitiva para el enfermo y de su asistencia a centros de día terapéuticos; e) recursos sociales al alcance de la familia y f) utilidad de los grupos de apoyo. Conde (1998) agrega que toda esta información debe ser transmitida de forma clara, comprensible y considerada.

Pero no sólo el médico es el responsable de dar esta explicación; lo deseable es que cuando se confirma la presencia de un síndrome demencial en un paciente, cualquier miembro del equipo de salud (psicólogo, enfermera o trabajador social) sea capaz de transmitir esta información. Claro que esto no garantiza que el cuidador y el núcleo familiar asimilarán de inmediato lo que ocurre; lo común es que el proceso de adaptación a la situación y de aceptación de la enfermedad lleve algún tiempo; en algunos casos puede extenderse a varios años y algunas veces nunca completarse. Si se considera además que se trata de una enfermedad crónica de varios años de duración en la que los síntomas cambian conforme progresa la enfermedad, es de esperarse que la familia requiera de acompañamiento durante todo este tiempo. Por desgracia no todos los profesionales de la salud pueden o están dispuestos a proporcionar este apoyo y en ocasiones en la misma consulta en la que se da el diagnóstico, se les da de alta del servicio de especialidad (neurología o psiquiatría) y se les deriva al médico general o familiar, quien no siempre podrá resolver los problemas que acompañan al cuadro, como las alteraciones psicológicas y conductuales que requieren de la prescripción de fármacos especializados.

La guía práctica para el tratamiento de pacientes con enfermedad de Alzheimer y otras demencias (APA, 2007) menciona que el médico psiquiatra o quien sea el responsable de la atención al paciente con demencia debe educar a su familia con respecto a los siguientes rubros:

» **Información sobre la enfermedad y los tratamientos disponibles**

El primer paso es comunicar y explicar el diagnóstico de demencia, incluyendo la etiología específica de la enfermedad, si es que se conoce. Los términos deben ser clarificados desde el principio para facilitar la comunicación. Incluso pacientes con deterioro leve a moderado pueden tener la habilidad y el deseo de comprender y discutir su diagnóstico. En este caso la explicación deberá adaptarse a las capacidades específicas del paciente.

Con los familiares, el médico debe discutir el diagnóstico, el pronóstico y las opciones de tratamiento, lo cual podría requerir de varias visitas o entrevistas. Es muy importante educar sobre el amplio rango de síntomas que pueden presentarse en el estado de deterioro actual del paciente y en el futuro, lo cual permitirá hacer planes y reconocer los síntomas que podrían requerir de atención médica. La familia suele preocuparse por los síntomas conductuales o neuropsiquiátricos que frecuentemente se asocian con pérdida de la dignidad, estigma social e incremento en la carga por el cuidado. En este sentido, es muy útil tranquilizar a los familiares explicando que los síntomas son parte de la enfermedad y que son una consecuencia directa del daño cerebral. Además debe decirseles que a diferencia de los síntomas cognoscitivos que no son reversibles, las alteraciones psicológicas y del comportamiento pueden ser mejorados o eliminados con el tratamiento apropiado. La educación a la familia y la enseñanza de estrategias alternativas para el manejo de los trastornos conductuales puede ayudar a minimizar las reacciones negativas de los cuidadores hacia las conductas del paciente.

» **Referir a la familia a fuentes adecuadas de cuidado y apoyo**

La familia puede sentirse superada por la combinación de trabajo duro y pérdidas personales, asociadas al cuidado de la persona con demencia. Las recomendaciones del profesional de la salud constituyen un apoyo crítico. Se les debe asesorar acerca de los recursos disponibles de apoyo emocional y práctico, referirlos a los recursos comunitarios apropiados y psicoterapia de soporte. Aquí son útiles los programas psicoeducativos o con enfoque psicoterapéutico para sobrellevar la ansiedad y depresión. La experiencia clínica indica que los grupos de apoyo, especialmente aquellos que combinan educación con apoyo, mejoran el bienestar de los cuidadores. Los grupos de apoyo están disponibles en muchas localidades a través de las asociaciones locales de Alzheimer, institutos, hospitales, organizaciones comunitarias o religiosas. También puede sugerirse la lectura de artículos o libros especiales y mencionar que los cuidados de respiro son una opción para que el cuidador pueda seguir trabajando, cumplir sus responsabilidades cotidianas o incluso recrearse.

» **Alertar sobre los signos de estrés en el cuidador**

Los cuidadores frecuentemente se sienten agobiados por la situación, frustrados o deprimidos. El profesional

de la salud debe alertar a cuidadores y familiares sobre los signos de sobrecarga porque éstos se asocian con el riesgo de atención deficiente, negligencia o abuso. Los signos de estrés en el cuidador incluyen: incremento en el enojo, aislamiento social, ansiedad, depresión, agotamiento, insomnio, irritabilidad, pobre concentración, incremento de problemas de salud y negación.

» **Apoyar a la familia durante la decisión sobre la institucionalización**

Cuando los miembros de la familia sienten que ya no son capaces de cuidar al paciente en casa, necesitan tanto de apoyo emocional como logístico para ayudarlos a ubicar al paciente en el lugar adecuado. Con frecuencia esta transición ocurre en momentos de crisis (hospitalizaciones o enfermedad del cuidador). La necesidad de referencia a cuidados prolongados o de larga estancia debe ser planteada con anticipación o antes de que se tenga una necesidad inmediata para que la familia tenga tiempo de evaluar las opciones disponibles, planee sus finanzas y se adapte emocionalmente a la situación.

» **Asesorar a la familia sobre aspectos financieros y legales**

Los pacientes con demencia pierden la capacidad de tomar decisiones médicas, legales o financieras y en consecuencia estas cuestiones deben ser resueltas por otros. La evaluación clínica puede ayudar a identificar el momento en el que el paciente debe recibir ayuda en estos aspectos. Sin embargo, se recomienda aprovechar los estados de deterioro leve o moderado en los cuales la persona aún es capaz de opinar, participar o expresar sus deseos, para consultarle sobre alternativas de tratamiento, cuidado en estados avanzados de la enfermedad (por ejemplo, uso de sondas para alimentación artificial o soporte de vida artificial) o sobre su participación en estudios de investigación. Las decisiones del paciente pueden ser comunicadas a algún miembro de la familia o amigo confiable incluso con amparo legal. Esto es útil para hacer planes a largo plazo. Evidentemente, cuando la capacidad del paciente para tomar decisiones se deteriora, estas decisiones deben ser tomadas por la familia.

Debe advertirse a la familia sobre el riesgo de abusos financieros y sugerir el resguardo de tarjetas de crédito, débito o chequeras para evitar su pérdida o mal uso. También es necesario mencionar la posibilidad de llevar a cabo procesos legales (juicio de interdicción) para establecer un tutor para el paciente.

Programas formales de psicoeducación

Pero más allá de la información que puede comunicar el médico o profesional de la salud, es conveniente recurrir a algún programa de psicoeducación formal. De acuerdo con Depp et al. (2003), la psicoeducación es una intervención limitada en el tiempo que se basa en una agenda estructurada según los objetivos o metas de un grupo. El contenido suele derivarse de la terapia cognitivo-conductual y también involucra la adquisición de habilidades específicas (por ejemplo, cambiar pensamientos negativos o incrementar la frecuencia de participación en actividades placenteras) a través de varios mecanismos como juegos de roles, demostraciones, materiales escritos y tareas para casa. Cualquier enfermedad podrá afrontarse de una mejor manera si se tiene información sobre ella; por esta razón se recurre a programas psicoeducativos, principalmente para ayudar a enfrentar diversas enfermedades crónicas como diabetes, esquizofrenia, epilepsia o como el caso que nos ocupa, demencia. De acuerdo con Santos, Barroso, Arcoverde y Nascimento (2013), la intervención psicoeducativa en demencia consiste en un modelo estructurado dirigido a ofrecer información sobre la enfermedad y a entrenar a los cuidadores para manejar los síntomas cognitivos y conductuales de la demencia.

Está comprobado que la psicoeducación dirigida a los cuidadores de personas con demencia retarda el momento de la institucionalización del paciente, reduce el sufrimiento tanto del cuidador como del paciente y reduce costos asociados al problema de salud. Lamentablemente, los programas de psicoeducación a familiares son escasos. Rummel-Kluge, Pitschel-Walz y Kissling (2008) realizaron una encuesta entre instituciones de salud de Alemania, Austria y Suiza en la que preguntaron en cuántas de ellas se llevaban a cabo programas de psicoeducación en demencia y en qué consistían.

Encontraron que sólo 2% de las instituciones que respondieron la encuesta (ocho de 337) reportaron que ofrecían programas de psicoeducación en demencia. En general, estos programas consistían en reuniones mensuales de cuidadores o familiares a las que acudían entre 6 a 15 personas, conducidos por uno o dos moderadores que podían ser psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales o enfermeras en los que los principales temas abordados fueron habilidades de comunicación, impacto en la familia, estrategias de manejo, síntomas, curso de la enfermedad, así como tópicos emocionales relacionados con aislamiento, sobrecarga, culpa y vergüenza. Este estudio muestra que los programas de psicoeducación en demencia se ofrecen rara vez en las instituciones, pero también reportaron que 20% de los cuidadores invitados participaron, lo cual es un porcentaje alto comparado, por ejemplo, con programas ofrecidos a familiares de personas con esquizofrenia (13%). Esto indica que los cuidadores y familiares de personas con demencia están muy interesados en recibir información, así que la conclusión es que deben realizarse más esfuerzos para incrementar la oferta de este tipo de programas. Ahora bien, si esto ocurre en Europa, que es una zona de alto ingreso económico y muchas otras facilidades, bien podremos imaginar que la disponibilidad de estos programas en países en vías de desarrollo como el nuestro es mucho menor.

En la literatura es posible encontrar una amplia variedad de programas de psicoeducación para cuidadores de personas con demencia. En todos ellos pueden identificarse algunos factores comunes, como el tratarse de programas estructurados, con un número limitado de sesiones y un objetivo claro. En los últimos años se observa la tendencia a emplear los recursos de la Internet para su impartición a un número mayor de personas. Sin la pretensión de hacer un estudio exhaustivo de estos programas, a continuación se describen algunos de ellos a manera de ejemplo.

Depp et al. (2003) desarrollaron tres temáticas principales en un programa de 13 sesiones: 1) cómo enfrentar el cuidado de la persona con demencia, 2) cómo incrementar la realización de actividades placenteras que incrementen la satisfacción con la vida y 3) habilidades para la solución de problemas. Utilizaron diversos materiales escritos y técnicas como el juego de roles con el que los participantes tenían la oportunidad de poner en práctica los conceptos aprendidos. Los temas específicos tratados fueron: estrés y bienestar, cambio de conductas difíciles, estrategias conductuales y pensamientos negativos, estilos de comunicación, problemas de memoria, planeación del futuro, mantenimiento de logros, eventos placenteros y estado de ánimo.

En España, Martín-Carrasco et al. (2009) evaluaron los beneficios de un Programa de Intervención Psicoeducativa en cuidadores de personas con demencia. Realizaron un estudio multicéntrico (en 11 escenarios), aleatorio y prospectivo con 104 cuidadores de personas con enfermedad de Alzheimer. El programa consistió en ocho sesiones individuales impartidas a lo largo de cuatro meses. Evaluaron sobrecarga, estrés, calidad de vida y salud percibida al inicio, a cuatro y diez meses. El programa persiguió tres objetivos: a) enseñar al cuidador a controlar la tensión y el estrés derivados del cuidado, b) proporcionar estrategias para manejar problemas conductuales y d) incrementar su satisfacción con la vida. El programa se basó principalmente en el uso de estrategias derivadas de la terapia cognitivo-conductual. A diferencia de otros, estos autores sí reportan una reducción significativa en el grado de sobrecarga, mejoría en las escalas de bienestar, menor porcentaje de cuidadores con desórdenes psiquiátricos y menor número de visitas a especialistas a diferencia del grupo control. El entrenamiento logró disminuir el estrés asociado al cuidado y ayudar al desarrollo de estrategias de solución de problemas. Los autores opinaron que entre las ventajas de los programas psicoeducativos está la posibilidad de abarcar diversas áreas como información sobre la enfermedad, organización del cuidado, consejos prácticos, entrenamiento en habilidades para el manejo de conductas problemáticas, toma de decisiones, repercusiones emocionales en el cuidador y consejos de autocuidado. Aunque, al parecer, los modelos con mejores resultados son aquellos de apoyo prolongado o continuo, a diferencia de los que tienen un número limitado de sesiones.

El programa Savvy para cuidadores (Hepburn, Lewis, Tornatore, Sherman & Bremer, 2007) es un programa psicoeducativo “transportable” que consta de seis sesiones de dos horas de duración cada una. El programa se basa en un manual para el coordinador que incluye la descripción completa de cada una de las sesiones y que constituye el texto del curso. Además se acompaña de material en video y del CD-ROM titulado “Estrategias de cuidado en la enfermedad de Alzheimer”. El programa se basa en el modelo de estrés de Lazarus y Folkman que postula que los resultados positivos o negativos en el cuidado pueden ser mediados por varios factores, en particular por el fortalecimiento de los recursos personales del cuidador. Por tanto, el objetivo del programa es incrementar el conocimiento de los cuidadores, sus habilidades y perspectiva del cuidado para aminorar el efecto deletéreo que éste ocasiona. El programa fue originalmente desarrollado y probado en la Universidad de Minnesota (Hepburn et al., 2005) con 215 díadas paciente-cuidador en un estudio aleatorizado con grupo control en el que se demostró el fortalecimiento de las habilidades del cuidador para comprender y sobrellevar su rol de cuidador, así como disminuir el estrés y mejorar sus actitudes hacia el cuidado. La medición de seguimiento a seis meses, demostró la estabilidad en la medida de estrés.

Sin embargo, los autores tenían interés en replicar sus resultados en otras ciudades, así que aplicaron el programa a 52 cuidadores de cuatro ciudades estadounidenses y compararon sus resultados con un grupo control en lista de espera. Las asociaciones locales de Alzheimer fueron las encargadas de convocar, preparar y aplicar el programa. Cada cuidador completó 12 cuestionarios para medir variables frecuentemente usadas en cuidadores, que incluía un puntaje global de estrés, al inicio del programa y seis meses después. Los resultados mostraron mejora en las medidas de capacidad en el rol, competencia, maestría y disminución en la sensación de pérdida del yo y en el puntaje global de estrés. Concluyen que el programa fue capaz de modificar la trayectoria natural del cuidado, logrando aminorar sus efectos adversos. Lo relevante es que se demostró la obtención de buenos resultados en su replicación en otras ciudades. Este mismo grupo de autores ha trabajado para ampliar el uso del programa Savvy, por ejemplo, adaptando los contenidos a población hispana (Hepburn & Lewis, 2004) o en una plataforma de Internet (Lewis, Hobday & Hepburn, 2010). Es interesante describir este último pues se trató de una plataforma de Internet interactiva en donde las sesiones se impartían cara a cara entre el cuidador y el entrenador. El uso de Internet respondió al hecho de que el acceso de los cuidadores a la psicoeducación es limitada en el caso de cuidadores de zonas rurales, minorías étnicas o simplemente porque el cuidador no tiene con quién dejar a la persona enferma. Además la Internet permite demostrar de forma visual y dinámica las diferentes situaciones, por ejemplo, a través de videos. El programa incluyó 18 temas en cuatro módulos: 1) efectos de la demencia sobre el pensamiento, 2) hacerse cargo y dejar ir, 3) proporcionando ayuda práctica y 4) manejando el cuidado diario y las dificultades conductuales. Estos módulos enfatizaron la adquisición de conocimientos, el desarrollo de habilidades de cuidado y el fortalecimiento de actitudes y perspectivas sobre el cuidado. Un total de 47 cuidadores completaron el programa y lo juzgaron como

conveniente, útil e interesante, además de que reportaron un incremento en sus conocimientos, comprensión de la demencia y de su cuidado, así como sentirse más confiados en sus habilidades de manejo.

Otro ejemplo de programa es el de Santos et al. (2013), quienes probaron la eficacia de un programa psicoeducativo estructurado, en sesiones semanales de 90 minutos de duración durante seis meses. Participaron 18 cuidadores a los cuales aplicaron instrumentos de medición, así como al paciente, al inicio del programa y seis meses después. El programa tuvo el objetivo de identificar, reducir y manejar síntomas conductuales en las personas con demencia siguiendo cinco pasos: 1) identificar, reconocer y describir la frecuencia de los síntomas conductuales difíciles de manejar, 2) identificar el precedente de cada problema y sus consecuencias, 3) establecer estrategias modificadoras, 4) mejorar la comunicación entre el cuidador y el paciente y 5) crear eventos placenteros para el cuidador y el paciente. Aunque el programa tenía un énfasis principalmente educativo, se motivó a los participantes a relatar sus experiencias y emociones relativas al cuidado. Esto se combinó con lecturas sobre los diferentes temas. Luego de seis meses observaron un decremento significativo en los niveles de depresión de los cuidadores, sin embargo, aunque hubo diferencias en el nivel de sobrecarga, no alcanzó significación. No hubo cambios en medidas de calidad de vida ni ansiedad.

Como conclusión sobre las diferentes propuestas de programas psicoeducativos, se retoman algunos planteamientos de Depp et al. (2003). Estos autores recomiendan adaptar los contenidos de este tipo de programas a las características de los cuidadores, pues las necesidades de éstos varían en dependencia de factores como el grupo étnico, género o severidad de la demencia, etc. Afirman que la mayoría de las intervenciones intentan mejorar la habilidad de los cuidadores para manejar los problemas conductuales, reconocen la ventaja de utilizar técnicas cognitivo-conductuales y mencionan que las intervenciones con mayores beneficios tratan temas como la reducción del estrés y la depresión en el cuidador, que al mismo tiempo propician el incremento de eventos placenteros y conductas saludables. Otros contenidos importantes incluyen educación sobre demencia e información sobre recursos disponibles en la comunidad, así como la planeación del futuro, principalmente lo relacionado con los cuidados al final de la vida y la institucionalización.

Finalmente y aunque a lo largo de la descripción de los distintos programas se hizo mención a su eficacia, vale la pena hacer un resumen de los mismos. En opinión de Hepburn et al. (2007), los programas psicoeducativos son capaces de retrasar la institucionalización del paciente, así como reducir la morbilidad física y psicológica del cuidador. En cualquier programa el cuidador se beneficia de la adquisición de conocimientos y habilidades que le permiten mejorar su tarea de cuidado, así como desarrollar una actitud más objetiva hacia él. Estos autores en específico lograron mejorar su perspectiva sobre el cuidado, así como la sensación de capacidad y autoeficacia de los cuidadores para manejar las situaciones cotidianas. Martín-Carrasco et al. (2009) opinan que las intervenciones estrictamente informativas o los grupos de apoyo tienen efectos limitados sobre la reducción de la sobrecarga en los cuidadores, mientras que las intervenciones psicoeducativas al cubrir diferentes áreas (no sólo información) son más efectivas. Esto mismo encontraron Depp et al. (2003), quienes compararon la eficacia un programa de psicoeducación y un grupo de apoyo para cuidadores de personas con demencia. En el grupo de cuidadores del programa psicoeducativo observaron una reducción significativa en síntomas depresivos, incremento en el uso de estrategias adaptativas de cuidado y decremento en el uso de estrategias negativas. Los mismos autores refieren otros estudios que han encontrado que los programas de psicoeducación pueden retrasar la institucionalización y disminuir costos. Comentan que las intervenciones basadas en grupos de apoyo son menos eficaces en la promoción cambios conductuales y en menor grado en reducir la depresión en el cuidador. No obstante, los autores aclaran que esto no demerita los beneficios que los grupos de apoyo tienen en el apoyo emocional mutuo, pero consideran que se consiguen mejores resultados cuando se incluyen intervenciones de tipo educativo. Enseguida se revisa con mayor amplitud el papel y posibles beneficios de los grupos de apoyo.

Grupos de apoyo

Los grupos de apoyo (GA) también llamados de autoayuda o de ayuda mutua se originaron en los años treinta en Estados Unidos a iniciativa del movimiento de alcohólicos anónimos (Mendoza y Caro, 1999). Su éxito provocó que enfermos con distintos padecimientos y sus familias recurrieran a este esquema para superar los retos que imponen sus enfermedades y hoy en día es posible encontrar GA específicos para una gran cantidad de patologías (cáncer, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, esquizofrenia, consumo de sustancias, etc.). Sin embargo es muy interesante la postura planteada por Rivera y Gallardo (2005), pues señalan que los GA surgen especialmente en situaciones que en nuestra sociedad implican casos de marginación social evidente (consumo de alcohol, drogas o el VIH), aunque la mayoría surgen en respuesta a casos de marginación más sutil u oculta como las asociadas a incapacidad física o mental (demencias, ataxia, artritis reumatoide), estigma social (cáncer o enfermedades mentales) o en donde sus protagonistas se encuentran al margen de criterios morales o se les identifica con peligrosidad social (adictos al juego, gays, lesbianas, etc.).

En las enfermedades demenciales, los GA se han consolidado como uno de los tratamientos no farmacológicos recomendados ampliamente. Mendoza y Caro (1999) definen al GA como un foro en donde los individuos que comparten un problema o situación similar, expresan emociones y sentimientos, intercambian experiencias y se brindan apoyo mutuo.

Por su parte, la Alzheimer's Disease International (2000) lo define como una reunión de personas que cuidan de familiares o amigos que tienen demencia. El GA da a los cuidadores la oportunidad de compartir sus sentimientos y problemas con otras personas que están pasando por las mismas experiencias. Ya que la principal función del GA es el apoyo mutuo, permite a sus miembros no sólo aprender a sobrellevar su situación sino también les proporciona la satisfacción de ayudar a otros.

Pero son Rivera y Gallardo (2005) quienes definen a los GA con mayor rigor, incluso especificando su función en el sistema de salud. Estos autores mencionan que los GA constituyen un movimiento con funciones de soporte y educacionales cuyas metas están dirigidas a la solución de un problema o condición compartida por todos sus miembros. Están catalogados dentro de los sistemas de ayuda informal y la salud mental comunitaria, su característica principal es la relación de horizontalidad o igualdad que existe entre sus miembros y aunque es común la implicación de un profesional como facilitador, esto no es un requisito. Consideran que el GA es un puente o instancia mediadora entre la unidad doméstica (pacientes y familiares) y los profesionales o instituciones. Esto significa que el GA proporciona una atención complementaria a la profesional garantizando información útil y accesible que responde a las necesidades específicas de familiares y pacientes.

Tal como se mencionó en el apartado anterior, la eficacia de los GA es discutida y se dice que modelos de intervención como los programas psicoeducativos logran mejores resultados. De acuerdo con Depp et al. (2003), la diferencia entre la psicoeducación y los GA está en que éstos últimos son menos estructurados, pueden ser liderados por un profesional de la salud o por un par, se enfocan principalmente en el apoyo emocional a los miembros del grupo y el intercambio de información es más informal. A esto puede agregarse que sus objetivos son menos específicos, por lo regular constituyen un apoyo continuo (son permanentes y no se limitan a un determinado número de sesiones) y suelen ser gratuitos.

Hornillos y Crespo (2008) reconocen que la naturaleza difusa de la "ayuda mutua", la diversidad de técnicas empleadas en el manejo de los GA y la variedad de información que se proporciona en ellos han ocasionado que los estudios que evalúan su efectividad no hayan podido probarla. Es posible que se estén utilizando medidas inadecuadas para evaluar sus efectos, además suelen estudiarse intervenciones limitadas a algunas sesiones (8 a 10), lo cual contradice la naturaleza de los GA de prestar apoyo continuo en enfermedades que ocasionan estrés crónico. Los autores sugieren estudiar especialmente los GA permanentes y recurrir a métodos cualitativos que puedan revelar mejor sus efectos. Ellos mismos realizaron entrevistas a seis coordinadoras de GA permanentes para familiares de personas con demencia, con el propósito de hacer una caracterización cualitativa de éstos. Las seis entrevistadas eran hijas de una persona con demencia, los GA tenían una antigüedad media de ocho años y las entrevistadas los habían coordinado en promedio durante 7.5 años. Los resultados del estudio mostraron que los GA tienen dos objetivos principales: proporcionar información (sobre la enfermedad, recursos comunitarios y experiencias de cuidado de los demás cuidadores) y proporcionar apoyo (principalmente cuando se ingresa al grupo). Los temas más frecuentemente discutidos son los directamente relacionados con información sobre la enfermedad, estrategias de manejo de síntomas disruptivos y cuidado del cuidador. Pocas veces se recurría a materiales escritos o audiovisuales o se invitaba a profesionales. Los temas no suelen prepararse con anterioridad sino que surgen espontáneamente en cada sesión. Tanto la asistencia de nuevos miembros como el abandono de éstos fueron variables y suelen ser grupos estables.

Entre los aspectos positivos de los GA se encontró la promoción de la escucha, la participación y de un rol proactivo del cuidador en la situación. Y se identificaron factores terapéuticos que pueden agruparse en tres: de apoyo, de autorrevaloración y de aprendizaje. Entre ellos se menciona a la cohesión grupal, la catarsis, el aprendizaje por imitación y el desarrollo de técnicas de socialización. Los problemas identificados por las coordinadoras fueron la participación desigual de los asistentes durante la sesión, dificultades generadas por nuevos miembros, asistentes centrados en los aspectos negativos del cuidado que influían de forma adversa sobre los nuevos integrantes, dependencia excesiva de las coordinadoras y la permanencia de cuidadores una vez fallecido el enfermo, lo que envejecía al grupo y obstaculizaba su renovación con nuevos miembros.

Luego quince años de coordinar un GA, quien esto escribe puede referir y sistematizar su experiencia en una serie de problemas que enfrentan las familias antes de integrarse a un GA, así como los cambios que sobrevienen al recibir ayuda en ellos:

- a. **Desconocimiento de la enfermedad y de sus características.** Se ha dicho que uno de los principales objetivos del GA es el de proporcionar información, sobre todo ante padecimientos sobre los que el conocimiento popular es escaso. En el GA la familia recibe información objetiva y accesible sobre la naturaleza, síntomas, evolución, pronóstico y demás características de la enfermedad, lo que le permitirá tener un panorama más claro de lo que ocurre con la persona enferma.
- b. **Incomprensión de lo que ocurre con el enfermo incluso después del diagnóstico.** Rivera y Gallardo (2005) mencionan que en ocasiones el diagnóstico médico contribuye a incrementar la incertidumbre. Como se mencionó en el tema anterior, el médico o profesional de la salud a cargo no siempre tienen

el tiempo de proporcionar información suficiente para explicar la variedad de síntomas y conductas difíciles que puede presentar el paciente, generando dudas y desconcierto en la familia. Basta decir que las acciones o comentarios del paciente pueden interpretarse erróneamente como voluntarias y premeditadas, sin saber que se trata de síntomas propios de la enfermedad. El GA ayuda a terminar con mitos e ideas equivocadas con respecto al padecimiento, permite comprender los síntomas del paciente y enfrentarlos con actitud y estrategias adecuadas.

- c. **Presencia de emociones negativas.** El cuidador experimenta una amplia gama de emociones negativas (enojo, culpa, frustración, vergüenza y tristeza) como consecuencia de las alteraciones conductuales, psiquiátricas y del deterioro cognoscitivo del paciente, que son incomprendidas por gente ajena al padecimiento. En el GA existe un ambiente de empatía que facilita la expresión y manejo de las emociones negativas, lo cual contribuye a disminuir los niveles de ansiedad y depresión.
- d. **Enfermedades físicas y mentales.** La ansiedad, la depresión y la sensación de sobrecarga por el cuidado están casi siempre presentes en el cuidador primario. Además es frecuente la aparición de enfermedades físicas o la agudización de las ya existentes. En el GA se advierte sobre el estrés que genera el cuidado continuo, así como sobre los síntomas del síndrome de sobrecarga en el cuidador y se enfatiza la importancia de cuidarse a sí mismo. En este sentido se sugieren estrategias de manejo del estrés, se motiva al cuidador a solicitar ayuda y a compartir el cuidado con cuidadores profesionales o centros de día.
- e. **Negación de la enfermedad.** El proceso de aceptación de la enfermedad es largo y penoso; esta autora ha observado que es al cónyuge a quien le es especialmente difícil modificar la relación con su pareja en condiciones de enfermedad y aceptar que ya no puede cumplir el rol que ejercía. El GA puede ayudar en el proceso de aceptación de la enfermedad y de adaptación a las nuevas condiciones de vida que conlleva la enfermedad.
- f. **Aislamiento.** Con frecuencia el núcleo familiar que cuida del enfermo consta de unos cuantos miembros o en ocasiones de una sola persona que poco a poco experimenta el aislamiento del resto de la familia y de otros vínculos sociales. El GA proporciona empatía y comprensión que aminoran la sensación de soledad frente al problema, además de que fomenta la interacción con otras personas, así como la socialización y la creación de nuevos vínculos de apoyo e incluso de amistad.
- g. **Conflictos y desintegración familiar.** Ya sea por la imposibilidad de colaborar en el cuidado o por diferir con las decisiones de los cuidadores principales, las relaciones familiares suelen deteriorarse. Este es un tema frecuente en los GA, por tanto se proporcionan sugerencias para aminorar estos conflictos y se ofrecen alternativas para su solución, a veces incluso de carácter legal.
- h. **Inadecuada utilización de recursos.** Las familias suelen emprender un largo recorrido visitando médicos y especialistas en busca de un diagnóstico, de un tratamiento para los diversos síntomas o una cura de la enfermedad. En esta búsqueda se pierden no sólo recursos financieros sino también anímicos. Esta búsqueda termina cuando la familia se integra al GA, pues parece que en él encuentra respuesta a sus inquietudes, logrando entonces encaminar sus esfuerzos ya no a la búsqueda de soluciones médicas sino al cuidado integral del paciente.
- i. **Extravío o accidentes en el paciente.** La salud e integridad de la persona con demencia puede estar en riesgo si su familia no tiene información sobre la necesidad de implementar medidas generales de seguridad. No pocas veces las familias pasan por situaciones complicadas como el extravío del enfermo, accidentes graves o abusos como fraudes y robos financieros por carecer de información sobre las medidas de precaución generales a las que se debe recurrir y que se proporcionan en el GA.

La orientación y ayuda que una familia recibe de un GA contribuye a mejorar y en ocasiones a terminar con algunas de las problemáticas descritas, sin embargo, no todas las personas se sienten cómodas compartiendo sus dificultades y no logran adaptarse al grupo. Pero en la mayoría de los casos la inclusión de un cuidador o de la familia en el GA trae beneficios que se reflejan en el corto plazo tanto en la familia como en el paciente.

En un metaanálisis de 30 estudios controlados que probaron la eficacia del apoyo a cuidadores informales (no pagados, generalmente familiares que cuidaban en casa) como programas de educación y entrenamiento, grupos de apoyo y consejería (Brodaty, Green, Koschera & Koschera, 2003), se encontró que los cuidadores reportaron satisfacción con los programas, incremento en sus conocimientos sobre la demencia, en estrategias de manejo y mejoría en su relación con el paciente. Estos investigadores encontraron, además, disminución en los niveles de depresión de los cuidadores y retardo en la institucionalización del paciente. No obstante, la generalidad de los programas no logra disminuir los niveles de carga del

cuidador. Y aunque otras evidencias (Depp et al., 2003; Martín-Carrasco et al. 2009) apuntan a una menor eficacia de los GA frente a alternativas más formales o estructuradas como los programas psicoeducativos, el GA es un esquema mucho más viable y alcance de la mayoría. Por su flexibilidad en la organización y manejo, así como por la necesidad de menos recursos para su realización, los GA son el esquema comunitario al que puede accederse con mayor facilidad.

El avance de la tecnología ha propiciado nuevas modalidades de apoyo que contribuyen a superar las dificultades logísticas que impiden a un cuidador acudir a las sesiones del GA. Ejemplos de esto son los grupos de apoyo telefónico y por teleconferencia. Winter y Gitlin (2006) probaron la factibilidad y efectividad de un GA telefónico en 103 cuidadoras de personas con demencia. Se trató de un estudio con grupo control en el que utilizando tecnología de conferencia telefónica era posible conversar por teléfono con varias personas a la vez. Los encuentros telefónicos fueron conducidos por un trabajador social en las que participaron cinco cuidadoras a la vez. Las reuniones se realizaron semanalmente durante seis meses y cada una tuvo una hora de duración. Los resultados mostraron mínimos beneficios para las participantes en comparación con el grupo control, curiosamente las más beneficiadas fueron las participantes de mayor edad (mayores de 65 años) en las cuales se redujo el nivel de depresión luego de seis meses. No obstante concluyen que es una forma factible de proporcionar apoyo a cuidadoras en situación de aislamiento o cuando inconvenientes logísticos les impiden salir de casa. Mejores resultados obtuvieron Bank, Argüelles, Rubert, Eisdorfer y Czaja (2006), quienes utilizaron un sistema de teleconferencia a través de teléfonos con pantalla que permitían la transmisión de texto, voz e imagen. Así que esto les permitió incluir a personas de distintos idiomas, pues participaron cuidadores estadounidenses y cubanos. Las reuniones se realizaron mensualmente durante 18 meses, cada una tenía una hora de duración y fueron conducidas por especialistas en psicología y/o terapia familiar. En cada reunión se incluían en promedio seis cuidadores. Los cuidadores evaluaron la intervención como valiosa en primer lugar por el apoyo emocional obtenido, pero también por la información recibida y el aspecto social del grupo, lo cual es similar a los beneficios obtenidos en un grupo cara a cara. Además mostraron la posibilidad de apoyar a personas con distintos idiomas y contextos culturales que en la población estadounidense representa un reto mayor.

El papel de los GA como parte integral del tratamiento de la persona con demencia es indudable, de ahí la importancia de fomentar su creación y difusión. En México pocas dependencias gubernamentales y sólo algunos hospitales del ISSSTE e Institutos Nacionales de Salud (Neurología y Neurocirugía, Nutrición y Ciencias Médicas y Psiquiatría) fomentan y/o acogen actualmente GA.

El papel principal en la génesis y desarrollo de estos grupos lo tiene la sociedad civil, algunos familiares que se encontraban en la sala de espera de un hospital del ISSSTE en la Ciudad de México dieron origen al primer grupo de apoyo en México, que en 1986 se convirtió en la Asociación Mexicana de Alzheimer y Enfermedades Similares A. C. (AMAES). Con base en esta experiencia, nace en 1992 la primera asociación estatal de Alzheimer en la ciudad de Hermosillo, Sonora, a la cual siguieron muchas otras en los años siguientes. Esto obligó a la creación en el año 2002 de la Federación Mexicana de Alzheimer, A. C. (FEDMA), que agrupa a la mayoría de las asociaciones estatales de Alzheimer que existen en México. La característica principal de la FEDMA y de las asociaciones que la integran es que están formadas principalmente por familiares de personas con demencia, no tienen fines de lucro y ofrecen servicios gratuitos o a muy bajo costo. En opinión de Rivera y Gallardo (24), aunque las asociaciones y los GA no son la panacea a la solución de todos los problemas, tampoco son un elemento de importancia secundaria en el sistema sanitario. Lamentablemente, en su investigación encontraron que los profesionales de la salud, a pesar de su creciente reconocimiento y conocimiento de los GA, aún no interiorizan su existencia ni su utilización en la práctica clínica.

Actualmente la FEDMA tiene en su directorio 2013-2014 un registro de 20 asociaciones de Alzheimer y más de 40 grupos de apoyo en México (la mayoría integradas formalmente a dicha organización) en los estados de Aguascalientes, Baja California Norte, Chiapas, Coahuila, Distrito Federal, Guanajuato, Guerrero, Hidalgo, Jalisco, Michoacán, Morelos, Nuevo León, Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Sinaloa, Sonora, Tabasco, Tamaulipas, Veracruz y Yucatán. Puede accederse al directorio de asociaciones y grupos de apoyo en la República Mexicana en la página de FEDMA (www.fedma.mx). En siete de estas entidades las asociaciones estatales cuentan con estancias diurnas para la atención de pacientes sin fines de lucro, algunas de las cuales con seguridad compiten en calidad con las mejores del mundo. La FEDMA es miembro de organizaciones internacionales como la Alzheimer's Disease International (ADI) y Alzheimer Iberoamérica (AIB).

1.2 Aspectos básicos del Modelo de Atención Centrado en la Persona (ACP)

“[...] La planificación y la intervención centrada en la persona se conciben como la implementación de la metodología necesaria para lograr que sea la propia persona adulta con discapacidad quien planifique y tome decisiones sobre su propia vida y sobre los objetivos que aspire alcanzar en su transcurso [...]”: Rodríguez (2010).

En este modelo, el equipo de atención primaria acompaña y refuerza las capacidades de la persona para que, apoyándose sobre ellas, sobre su propia biografía y sobre sus preferencias y deseos, llegue a ejercer al máximo su autonomía moral. Se trata de realizar un cambio de enfoque que sitúa en el centro del proceso de intervención a la persona, que debe estar por encima del saber profesional y de las necesidades de la institución.

Los objetivos principales de este método de intervención son, de acuerdo con Rodríguez y Vila (2013):

- » Mantener la máxima independencia funcional para favorecer el desenvolvimiento en las actividades de la vida diaria, apoyándose en las capacidades preservadas de la persona, estimulándola a que realice por sí misma todo aquello que pueda hacer y evitar así el exceso de dependencia.
- » Promover y dar opciones para el desarrollo de la autonomía para que la persona pueda proseguir su ciclo vital, tome sus propias decisiones (directa o indirectamente) sobre el acontecer cotidiano y pueda controlar su propio proyecto de vida.

De acuerdo con el Comité de Ministros de la Unión Europea (2006), debemos seguir trabajando a favor de un cambio que sustituya la visión médica de la discapacidad por un enfoque social basado en los derechos humanos, colocando a la persona en el centro con un enfoque integrado coherente, respetuoso con esos derechos, con las libertades fundamentales y con la dignidad de todas las personas.

Para Morgan y Yoder (2012), es: “Un enfoque holístico en la atención desde el respeto y la individualización, permitiendo la negociación en la atención, ofreciendo elegir en la relación terapéutica y empoderando a las personas para que se impliquen en las decisiones relacionadas con su atención”.

Para el IOM (Institute of Medicine. National Academy of Medicine, EUA), la ACP es uno de los elementos críticos en la mejora de los servicios y la definen como la colaboración entre los profesionales de atención, pacientes y familias. Destacan el respeto y la respuesta individualizada a las preferencias, las necesidades y valores del paciente, asegurando que éstos guían las decisiones clínicas, así como el soporte educativo por parte del profesional para que las personas puedan tomar sus propias decisiones y participar del autocuidado.

Sin embargo, en este capítulo nos centraremos en un autor que ha sido el máximo exponente de esta teoría enfocándola en los pacientes con algún tipo de demencia: Kitwood, que junto con Benson encontraron en 1995, la necesidad de replantear una “nueva cultura” en la atención que reciben estos pacientes, con las siguientes ideas clave:

- » Trabajar en el ámbito de la atención de las personas con demencia se considera una opción creativa y dinámica, no una profesión no calificada que nadie quiere hacer.
- » La demencia se considera una limitación con la que hay que vivir, no únicamente un proceso de enfermedad que debe manejarse.
- » El conocimiento especializado del día a día de la enfermedad, que aportan las personas con demencia y sus cuidadores cotidianos, es igual de importante que la neurociencia.
- » Todas las personas son iguales, independientemente de su capacidad cognoscitiva.
- » La función de la atención es mantener la condición de persona y respetar la singularidad e individualidad de los usuarios, independientemente de su diagnóstico.
- » Las conductas problemáticas se consideran principalmente como intentos de comunicación.

El modelo del enfoque centrado en la persona se ha ido construyendo en la medida en que se va conociendo más de él. En el caso de la demencia, un determinante han sido los cambios de conductas tan radicales que se dan en este tipo de pacientes, de tal forma que aquello que se conoce para algunos autores como Cohen-Mansfield (2005) como “comportamiento desafiante y/o alteración de conducta” corresponde al no reconocimiento de las necesidades físicas y sociales de la persona con demencia, ya que para estos autores las agresiones físicas de estos pacientes corresponden más a una respuesta normal por el tipo de trato que reciben por sus cuidadores o por la institución.

Para Rodríguez (2013), “[l]a persona es el referente y motor del proceso de atención; se trata de desarrollar las intervenciones profesionales ‘desde arriba’ lo que se plantea desde este enfoque es que el plan de apoyos se elabore con la participación activa de la persona, favoreciendo, por un lado, la mayor independencia posible en las Actividades de la Vida Diaria y, por otro, la preservación y estímulo de su autonomía moral para tomar sus propias decisiones y mantener el control de su propia vida”.

Entre los cambios que se han conseguido por esta teoría están el que el paciente decide desde un principio de la enfermedad conocer su diagnóstico y tomar decisiones, como ejemplo de esto el Alzheimer Disease International ha publicado en el 2012, el decálogo mundial sobre la demencia “Puedo vivir bien con demencia” en el que se enuncia lo siguiente:

- » **Paso 1:** *Debo tener acceso a un médico para comprobar si padezco demencia*
 - » Debo poder someterme a un examen de la memoria para comprobar si son ciertos mis temores relacionados con la demencia. El diagnóstico nos permitirá a mis familiares, a mis amigos y a mí mismo planificar los próximos años y prepararnos para cuando mis necesidades cambien.
- » **Paso 2:** *Debo tener acceso a información sobre la demencia para saber cómo me va a afectar.*
 - » La demencia nos afectará a mí y a las personas que me rodean. Mis familiares, mis amigos y yo mismo debemos tener acceso a información y asesoramiento de alta calidad para saber lo que me espera a medida de que la enfermedad avance.
- » **Paso 3:** *Debo recibir ayuda para vivir de forma dependiente durante el tiempo que pueda.*
 - » Quiero estar lo más activo que pueda durante el mayor tiempo posible en un entorno seguro y con el apoyo de quienes me rodean.
- » **Paso 4:** *Debo de tener derecho a opinar sobre los cuidados y el apoyo que recibo.*
 - » Tengo voz y debo tener el derecho de opinar sobre la atención que reciba, durante el tiempo más largo posible.
- » **Paso 5:** *Debo tener acceso a cuidados de alta calidad que sean adecuados para mí.*
 - » En todas las etapas de la enfermedad debo tener acceso a cuidados de alta calidad cuando lo necesite, ya sea en mi casa, pueblo, ciudad o comunidad, o en una residencia.
- » **Paso 6:** *Debo ser tratado como una persona, y las personas que me cuiden deben conocerme.*
 - » Las personas que me cuiden deben tener información sobre mi vida personal y familiar de modo que puedan ofrecerme cuidados personalizados que se adecuen a lo que necesito. Los cuidados que recibo deben adaptarse a mi personalidad, mis preferencias y mi estilo de vida.
- » **Paso 7:** *Debo ser respetado por lo que soy.*
 - » No debo ser objeto de discriminación por ningún motivo, lo que incluye mi edad, mi discapacidad, mi sexo, mi raza, mi orientación sexual, mis creencias religiosas, mi condición social o cualquier otro motivo.
- » **Paso 8:** *Debo tener acceso a los medicamentos y tratamientos que me ayuden.*
 - » Durante todas las etapas de la demencia, debo tener acceso a medicamentos y tratamientos que me ayuden a vivir bien, bajo la supervisión periódica de mi médico.
- » **Paso 9:** *Debo poder decidir sobre mis últimas voluntades mientras todavía pueda tomar decisiones.*
 - » Debo tener derecho a opinar sobre cómo deseo pasar mis últimos días, por lo que debo poder decidir sobre mis últimas voluntades mientras todavía pueda tomar decisiones.
 - »
- » **Paso 10:** *Quiero que mis familiares y mis amigos tengan un grato recuerdo de mí.*
 - » Quiero estar seguro de que mis familiares y mis amigos recibirán el apoyo necesario para afrontar mi fallecimiento y que recibirán consuelo en su dolor que les ayude a recordarme tal como fui.

Rodríguez (2013) acerca de este punto comenta: “En la ACP se enfatiza, pues, la importancia de desarrollar una relación de ayuda que parta de la aceptación incondicional de la persona y del logro de la empatía. El objetivo es proponer y consensuar el tipo de atención y apoyos precisos, partiendo del respeto por su mundo de valores y de su propia perspectiva, de forma que con la intervención profesional se favorezca el mayor desarrollo posible de la independencia en su funcionamiento y la autonomía para seguir controlando su propia vida [...]”.

El equipo de atención primaria a la salud y su intervención en pacientes con demencia

La función principal del equipo es la formación y capacitación a los familiares en el proceso de la enfermedad y los cambios que se dan en cada fase.

Se sabe que la capacitación disminuye la sensación de sobrecarga del cuidador y mejora la calidad de vida del paciente. En este modelo la familia tiene un papel fundamental en la atención que recibe el paciente y debe formar un equipo con el grupo de atención primaria. En este modelo de atención, la mirada se dirige a las personas mayores pero también a sus familias, plantea intervenciones que tienen en cuenta las necesidades y preferencias de la persona mayor y las de su familia cuando ésta se ve implicada en el cuidado. Busca armonizar ambas situaciones, necesidades y visiones.

Reconoce a las familias no sólo como un soporte emocional difícilmente sustituible para las personas usuarias sino además como colaboradores naturales del equipo técnico que imparte cuidados y atención profesional. En consecuencia, aconseja la incorporación de las familias o allegados en el plan de atención de la persona siempre que ambas partes así lo deseen.

1.3 Centros de día e instituciones geriátricas

El centro de día para pacientes con demencia se define como un "recurso que brinda un servicio sociosanitario y de apoyo familiar, que ofrece una atención diurna (aproximadamente ocho horas), que se caracteriza por su orientación integral y especializada, dirigida en forma particular a pacientes con demencia, para maximizar sus capacidades cognitivas residuales y promover su funcionalidad dentro de su entorno habitual. Propiciando, además, un tiempo de respiro al cuidador, al compartir y participar en la atención requerida por el enfermo, evitando o postergando la institucionalización precoz [...]" (2009): Primer Consenso Mexicano sobre los requerimientos básicos para los centros de día para adultos mayores con demencia (CDAMD).

¿Por qué es importante la creación de este tipo de instituciones en nuestro país? El envejecimiento de la población a nivel mundial ha favorecido el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas como las demencias, las cuales son la principal causa de discapacidad en los adultos mayores y su costo directo e indirecto es muy elevado.

Son muchas las razones por las que es necesario un modelo de atención como el que se presenta. De acuerdo con datos de la ENSANUT (2012), la incidencia a nivel mundial en 2010 era de 36 millones de personas que sufren algún tipo de demencia y se estima que para el 2030 sea de 65.7 millones de personas afectadas y 115.4 millones en 2050. En el 2010 se estimó que el 58% de las personas afectadas por este padecimiento se encuentra en países de desarrollo y para el año 2050 la cifra será de 71 %.

A partir de los datos de la ENSANUT y del grupo de investigación en Demencia 10/66, actualmente en nuestro país hay 800,000 casos de personas que padecen algún tipo de demencia, con una incidencia de 27 nuevos casos por cada 1000 personas mayores de 65 años y en 2050 se espera una población de 3.5 millones de afectados con algún tipo de demencia.

Casi dos tercios de las personas afectadas con algún tipo de demencia viven en los países de ingresos bajos y medios como México, donde se espera el mayor número de demencia en los años siguientes.

La demencia tiene un impacto directo en la familia; es la razón más frecuente para que una persona mayor necesite apoyo y soporte en el domicilio. El estrés que experimenta el cuidador al no saber cómo cuidar correctamente, así como los cambios sociales y gastos económicos que conlleva la enfermedad va a impactar en el cuidado que recibe la persona con demencia (Sosa, 2012).

Las personas que tienen una enfermedad como la demencia de tipo Alzheimer presentan una alteración adquirida persistente de sus funciones mentales superiores, la cual afectará por lo menos a dos de éstas: atención, orientación, memoria, lenguaje, función visoespacial (que de acuerdo con la OMS: "[...] son "funciones mentales implicadas en distinguir por medio de la vista la posición relativa de los objetos en el entorno o en relación a uno mismo"), funciones ejecutivas (son las que ponen en marcha, organizan, integran y manejan otras funciones y hacen que las personas sean capaces de medir las consecuencias de corto y largo plazo de sus acciones y de planear los resultados), praxias (son las habilidades motoras adquiridas que nos permiten vestirnos, bañarnos, usar los cubiertos hasta el manejo de instrumentos más complejos) y conducta; estas alteraciones impactarán directamente en las capacidades que tiene esta persona para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, necesitando cada vez más apoyo y cuidado.

El costo de la enfermedad

De acuerdo con el World Alzheimer Report 2012, el costo económico mundial estimado en 2010 fue de 604 mil millones de dólares y para los países de ingreso medio alto como México, en conjunto, se estimó en 6,827 millones de dólares al año.

Con base en una investigación realizada en 2009 por el Primer Consenso Mexicano, sobre los requerimientos básicos para los centros de día para adultos mayores con demencia, una de las recomendaciones actuales para dar respuesta a las necesidades de esta población es la creación de centros de día (CD) que apoyen al cuidado del AM con demencia, con el objetivo principal de prolongar al máximo su funcionalidad, para que puedan permanecer en su ambiente familiar el mayor tiempo posible.

Los centros de día, que cuentan con un equipo interdisciplinario y con supervisión médica continua, permiten disminuir estos costos en la medida en que se están previniendo las complicaciones en todo momento y se está trabajando continuamente en el mantenimiento de la funcionalidad e independencia de ese adulto mayor (Leturia, 2003).

En las últimas décadas, la creación de centros de día especializados en estos pacientes ha logrado beneficiar a la población cubriendo los siguientes objetivos para el paciente:

- a. Prevenir o mejorar el nivel funcional, cognoscitivo y emocional.
- b. Mantener o recuperar el mayor grado de autonomía a través de los programas de estimulación y reeducación de las actividades básicas de la vida diaria.
- c. Promover y mejorar las relaciones sociales.
- d. Brindar bienestar físico y emocional a través de programas de prevención y control programados.
- e. Controlar y disminuir la presencia de síntomas psicológicos y conductuales.
- f. Desarrollar intereses mediante actividades terapéuticas diseñadas por el equipo interdisciplinario.
- g. Dar un espacio de respiro y apoyo a los cuidadores y/o familiares, por unas horas al día, permitiéndoles trabajar y descansar del cuidado de 24 horas que se requiere.

Objetivos del CDAMD para los familiares:

- a. Ayudar a identificar, mediante la intervención de un equipo interdisciplinario, la presencia de sintomatología de la enfermedad de su familiar.
- b. Contar con espacio propio que le permita continuar con sus actividades laborales y familiares, compartiendo el cuidado por unas horas al día.
- c. Mejorar la atención que se brinda a su familiar permitiéndole la estancia en el hogar antes que pensar en la institucionalización.
- d. Desarrollar habilidades que permitan reducir el estrés, así como mejorar el estado de salud físico y mental de los cuidadores.
- e. Prevenir los conflictos familiares relacionados con el rol de cuidadores.
- f. Contar con capacitación continua sobre la evolución de la enfermedad y tener apoyo psicológico continuo para superar las dificultades que se van presentando.
- g. Disminuir los costos de la atención en domicilio que implican esta enfermedad y los riesgos de complicaciones.

Los principales servicios que se ofrecen en el centro de día son los siguientes:

- » Valoración gerontogeriátrica integral de inicio y semestral
- » Actividades de activación física
- » Actividades de estimulación psicoafectiva
- » Actividades de estimulación cognitiva
- » Actividades recreativas
- » Apoyo en actividades básicas de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria
- » Alimentación (desayuno, colación, comida, colación)
- » Controles de enfermería (medicamentos, signos vitales, curaciones por prescripción médica)
- » Apoyo específico a familiares y cuidadores (grupos de autoayuda y asesoría personalizada)

Y en algunos de ellos cuentan con actividades que tienen un costo adicional accesible a los familiares como:

- » Transporte
- » Fisioterapia y rehabilitación individualizada
- » Terapia cognitiva individualizada por prescripción médica

- » Consulta especializada por el médico geriatra
- » Transporte en horario distinto o a más de 10 km a la redonda

De manera ideal, el horario del CDAMD debe de ser de 9 a 18:00 hrs., en un horario corrido, de lunes a viernes.

El horario señalado para el inicio de actividades debe adaptarse a las condiciones del entorno en donde se ubique el CDAMD y las necesidades expresadas por la población usuaria; sin embargo, se ha comprobado que en este tipo de usuario el horario antes de las 9:00 hrs. les provoca dificultades para realizar con calma sus actividades en casa como el baño y arreglo personal.

Programa de actividades y talleres

A continuación describiremos cuáles son las principales actividades que se deben realizar en un CDAMD y en qué consisten:

a. Valoración gerontogeriatrica integral

Se trata de una valoración inicial o semestral que realiza el equipo interdisciplinario (geriatría, enfermería, psicología, neuropsicología y trabajo social) que permite conocer el estado actual del usuario en el área de salud física, mental, emocional y social) con el fin de identificar las capacidades que todavía conserva, los cuidados especiales que requiere el usuario a diario por parte del personal del CDAMD y elaborar un programa de intervención individualizado que mejore su funcionalidad, autonomía e independencia, mejorando con ello su calidad de vida y la de sus familiares.

Aunado a lo anterior nos permite conocer las problemáticas a las que se enfrenta la familia y la manera en que se les puede apoyar de manera directa en los grupos de autoayuda o en sesiones individuales de apoyo psicológico, mejorando con esto las relaciones familiares y el modo de intervención a domicilio.

b. Programa de actividades

Uno de los objetivos principales de este tipo de centros es el de mantener y propiciar la funcionalidad del adulto mayor con demencia y mantenerlo el mayor tiempo posible en su entorno familiar.

De acuerdo con autores como Martínez Rodríguez (2010), la oferta de programas de actividades que ofrece un centro de día con estas características debe cubrir las necesidades de cuidado y apoyo que requieren las personas, pero también deben contemplar objetivos terapéuticos, recreativos y socializadores, favoreciendo el mayor grado de independencia y de autonomía posibles.

La mayoría de las actividades se dividen en cuatro dimensiones distintas que cumplen diferentes objetivos:

Dimensiones	Objetivos
Terapéutica	<ul style="list-style-type: none"> » Recuperación y/o mantenimiento del mayor grado de autonomía e independencia posible. » Retraso o prevención del incremento de la dependencia. » Desarrollo de la autoestima. » Mejora del estado psicoafectivo.
Socializadora	<ul style="list-style-type: none"> » Favorecer la integración social de la de la persona. » Facilitar el apoyo social. » Favorecer interacciones sociales gratificantes.
Lúdica o recreativa	<ul style="list-style-type: none"> » Posibilitar actividades gratas y divertidas. » Favorecer el desarrollo personal y la creatividad. » Estimular la actividad personal y el contacto social.
Empoderadora	<ul style="list-style-type: none"> » Toma de conciencia y visibilidad de las capacidades. » Favorecer y permitir la toma de decisiones de las intervenciones. » Desarrollo de autodeterminación. » Fomento de la reactividad y el desarrollo personal.

Las actividades que se realizan en el centro se deben mostrar en un calendario de actividades y cubren en varias ocasiones más de dos dimensiones de atención al adulto mayor proporcionando grandes beneficios.

Estas actividades son realizadas por el equipo interdisciplinario del centro y por los profesores externos que acuden una ó dos veces por semana, atendiendo de una manera integral al usuario.

Actividades principales que deben realizarse en el centro de día

A continuación revisaremos algunas de las actividades planteadas, sus principales objetivos y los beneficios que aportan al adulto mayor con demencia.

a. Programa de orientación temporoespacial:

Programa dirigido a personas con capacidad cognitiva limitada a actividades concretas, con estimulación específica y capacidad de mantener atención y respuesta.

Es una terapia dirigida a reducir la desorientación y confusión derivadas del deterioro cognoscitivo potenciando los diferentes componentes: temporal, espacial, personal y situacional.

Objetivos:

- » Reducir el nivel de desorientación.
- » Evitar confusiones y prevenir las posibles reacciones desmesuradas asociadas.
- » Mantener en la medida de lo posible la conexión con las situaciones reales.
- » Favorecer la integración emocional y relacional.

Este tipo de actividad puede ser llevada a cabo por el personal de atención directa continua.

Ejemplos de actividades de orientación temporoespacial:

1. Lectura de periódico

Dirigido a personas con buen nivel cognoscitivo o con deterioro leve-moderado. Se realizan tareas de lectura, orientación en fecha, y hora, estación del año, reconocer los principales acontecimientos del día que ocurren en el país, evitando las noticias que puedan provocar ansiedad o temor.

b. Programa de salud física:

Los principales objetivos son:

- » Promover la salud integral.
- » Prevenir problemas físicos, psíquicos y sociales.
- » Desarrollar hábitos de salud.
- » Modificar comportamientos no saludables.
- » Hacer partícipes a los usuarios en el mantenimiento y mejora de su salud, incluye el seguimiento diario o semanal, según las necesidades del usuario de signos vitales y cuidados de enfermería.

Ejemplos de actividades de salud física:

1. Programa de actividad física

Los objetivos generales de la actividad física en las personas con demencia son:

- » Prevenir trastornos (articulares, musculares, cardiorrespiratorios) favorecidos por la inactividad.
- » Mantener la capacidad física.
- » Capacitar para el desarrollo de actividades placenteras que implican actividad física.
- » Conseguir un bienestar físico, psicológico (equilibrio emocional) y social.
- » Satisfacer objetivos individuales (de recuperación, de mantenimiento, de disfrute, para establecer amistades).

2. Gerontogimnasia: Conjunto de actividades físicas controladas, realizadas de forma grupal o individual, que incluyen una serie de ejercicios físicos adaptados a las características psicofísicas de las personas usuarias. Incluyen ejercicios de gimnasia, uso de aparatos, técnicas respiratorias y otros procedimientos que pueden desarrollar en grupo.

Objetivos:

- » Mejorar la movilidad corporal general.
- » Mejorar la capacidad cardiorrespiratoria.
- » Establecer un ritmo adecuado vigilia-sueño.

Se dirige a todas las personas usuarias del centro siempre que las actividades estén adaptada al estado de salud de la persona. Esta actividad no está indicada en personas con graves problemas de salud para la que existan contraindicaciones médicas de realización de ejercicio físico.

Higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

De acuerdo con la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) son aquellas definidas como las actividades orientadas al cuidado del propio cuerpo, por lo que también son conocidas como actividades personales de la vida diaria.

Las siguientes actividades se encuentran dentro del grupo de las ABVD y todos realizamos en mayor o menor medida a lo largo de nuestro día, como son: baño, ducha, alimentación, vestido, movilizaciones, traslados o transferencias, higiene personal, etc.

El objetivo general de estos programas es mejorar la funcionalidad que el usuario va perdiendo por la enfermedad, permitiéndole mayor autonomía e independencia.

Ejemplos de estas actividades:

Programa de higiene personal

Objetivos:

- » Facilitar la realización más independiente posible del aseo, vestido y arreglo personal.
- » Posibilitar una adecuada imagen personal según su estilo, costumbres y preferencias.
- » Promover prácticas de higiene adecuadas.

Principales actividades:

- » Entrenamiento a la persona en pautas y uso de ayudas técnicas para el desarrollo de las actividades de higiene como el lavado de manos, peinado, maquillaje, arreglo personal, tras valoración individualizada.
- » Asistencia, ayuda o supervisión a las personas con problemas en la realización independiente del aseo y arreglo.

c Programa de prevención y atención a la incontinencia

Objetivos:

- » Prevenir, retrasar o minimizar los episodios de incontinencia
- » Prevenir o evitar las alteraciones de la integridad de la piel e infecciones asociadas a la incontinencia.
- » Evitar el rechazo y aislamiento social que provoca una inadecuada atención a la incontinencia.
- » Atender los episodios de incontinencia preservando la dignidad y minimizando el daño a la autoestima.

Principales actividades:

1. Valorar los factores causales o concurrentes con la incontinencia.
2. Reducir o eliminar los factores concurrentes
3. Favorecer y proporcionar los factores que inciden en el control de esfínteres
4. Mantenimiento de una hidratación óptima
5. Mantenimiento de una alimentación adecuada
6. Promoción de movilidad
7. Disminución de las circunstancias en las que se producen las pérdidas
8. Facilitación del acceso a cuartos de baño
9. Desarrollo de la reeducación vesical
10. Regulación del patrón de eliminación
11. Realización de tareas de higiene y cuidados asociados a la incontinencia desde el respeto a la dignidad de la persona
12. Cambios de absorbentes según se precise
13. Utilización correcta de sistemas de absorbentes y drenajes
14. Aseo y baño cuando sea necesario
15. Valoración y cuidados de la piel

d. Programas de alimentación y comida

Objetivos:

- » Promover una dieta equilibrada y variada
- » Facilitar la realización más independiente posible de la actividad de comer.

Principales actividades:

1. Entrenamiento a la persona en pautas y uso de ayudas técnicas para el desarrollo independiente de la comida, tras valoración individualizada.
2. Asistencia, ayuda o supervisión a las personas con problemas de realización independientes de su alimentación.
3. Establecimiento de indicaciones y recomendaciones para el desarrollo de esta actividad en el domicilio.
4. Valoración del estado nutricional y de hidratación de la persona.
5. Indicaciones de la dieta alimenticia adecuada, respetando en la medida de lo posible sus preferencias y hábitos de alimentación
6. Horarios pautados de hidratación, en los casos necesarios.
7. Asesoramiento a la persona y familia tanto en cuestiones relacionadas con una correcta manipulación de los alimentos, como en cuestiones de dietética para la confección de menús.

e. Programa de estimulación de actividades instrumentales de la vida diaria

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) se definen como aquellas actividades destinadas a la interacción con el medio, que son a menudo complejas y cuya realización generalmente es opcional. Algunos ejemplos de éstas son: hablar por teléfono, realizar actividades del hogar, cocinar, comprar, lavado de ropa, uso de transporte público o propio, etc.

Objetivo:

- » Facilitar la realización, lo más independiente posible, de distintas actividades instrumentales importantes en la vida cotidiana de la persona.
- » Principales actividades:
- » Valoración individualizada y detección de las actividades instrumentales significativas para la independencia y autoestima de la persona mayor.
- » Entrenamiento a la persona en pautas y uso de ayudas técnicas para el desarrollo independiente de las actividades seleccionadas.
- » Asistencia, ayuda o supervisión a las personas con problemas en la realización independiente de las actividades instrumentales identificadas como relevantes para ellas.
- » Establecimiento de indicaciones y recomendaciones para favorecer la realización independiente de estas actividades cotidianas en el domicilio u otros contextos fuera del centro.

f. Programas de estimulación cognoscitiva

Es un conjunto de actividades y estrategias de intervención neuropsicológica dirigida a potenciar la neuroplasticidad (capacidad que tiene el cerebro para formar nuevas conexiones nerviosas, a lo largo de toda la vida, en respuesta a la información nueva, a la estimulación sensorial, al desarrollo, a la disfunción o al daño) de las personas con deterioro cognoscitivo estimulando las funciones y procesos cognoscitivos no perdidos.

Se trabaja con grupos reducidos homogéneos y mediante actividades adaptadas al nivel de deterioro de cada persona.

Objetivos:

- » Mantener y /o mejorar las habilidades cognitivas potenciando las capacidades cognitivas preservadas.
- » Enlentecer el deterioro cognoscitivo en los procesos neurológicos degenerativos.
- » Desarrollar la autoestima y mejorar el estado de ánimo de las personas con deterioro cognoscitivo.

Es una terapia que se dirige específicamente a las personas con deterioro cognoscitivo asociado a procesos cerebrales patológicos. Este tipo de actividades puede ser llevado a cabo por el personal de atención directa continuada, con la capacitación de los profesionales externos que también asistirán al centro dos días a la semana.

Ejemplos de este tipo de programa:

1. Taller de reminiscencia
Se define como una “ terapia que a través de estímulos concretos y presentes provoca la evocación de recuerdos y experiencias vitales conservadas, para desde allí establecer nexos e integrativos con el presente, así como efectuar una validación efectivos de los sentimientos asociados a dichos recuerdos...”

Objetivos:

- » Estimular los procesos amnésicos y los recuerdos preservados.
- » Reforzar la autoestima.
- » Proporcionar soporte psicoafectivo en la tarea de reconstruir significativamente el pasado.
- » Favorecer las relaciones interpersonales y la integración social.

Está indicado tanto para usuarios con deterioro cognitivo, siempre que tenga una cierta capacidad de comunicación, como para usuarios en estado cognoscitivo preservado.

Este tipo de actividad puede ser llevada a cabo por el personal de atención directa continuada, siempre que los diseños del taller, la capacitación de los profesionales que lo desarrollan y la supervisión estén a cargo de otros miembros del equipo especializados en la materia como psicólogo, neuropsicólogo o terapeutas ocupacionales.

2. Terapia ocupacional:

La terapia ocupacional es una rama de la rehabilitación, que contribuye a la recuperación de:

- » La movilidad articular
- » La fuerza muscular
- » La coordinación
- » La resistencia locomotriz

Sus principales objetivos son:

1. Mantener y mejorar el estado psicofísico de la persona y potenciar sus capacidades.
2. Estimular para la realización de diversas actividades.
3. Adaptar su estado psicofísico a sus necesidades reales.
4. Resocializar.
5. Estimular la creación de pasatiempos y nuevas formas de ocupación del tiempo libre.
6. Desarrollar actividades de autoayuda y de la vida cotidiana.
7. Evitar o retrasar la dependencia

3. Programa de musicoterapia

Es un conjunto de actividades que utilizan el estímulo musical como herramienta terapéutica y se dirigen a proporcionar una estimulación sensorial adecuada para la mejora del estado psicoafectivo, a la vez que potencian la dimensión relacional.

Esta terapia se desarrolla en grupo y con actividades como:

- » Actividades de producción de sonido.
- » Actividades de producción de música.
- » Actividades de canto.
- » Actividades de ritmo.
- » Actividades de movimiento con música: desplazamientos, baile.
- » Actividades de discriminación. Rememoración y escucha musical.

La musicoterapia puede emplearse para ayudar a otros tratamientos o como terapia independiente, tanto en rehabilitación, mantenimiento de las actividades de la vida diaria, gimnasia y psicomotricidad, como en el trabajo cognoscitivo y psicoactivo.

Es aplicable como técnica terapéutica a gran cantidad de personas puesto que la función musical puede estar conservada en personas mayores con accidentes cerebrovasculares, Parkinson o EA hasta estadios moderados.

4. Programas de expresión artística

Es un conjunto de actividades que se dirigen a favorecer la motivación y participación de las personas mayores integrándolas en el contexto de una actividad de expresión artística. El arte ofrece un espacio abierto donde la diferencia es un valor en sí mismo, lo que permite que las personas con diferente grado de discapacidad puedan expresarse libremente, fuera del margen de las valoraciones basadas en lo correcto/incorrecto, y dar así rienda suelta a su creatividad en la diversidad.

Objetivos:

- » Desarrollo de la creatividad.
- » Aprendizaje de técnicas artísticas.

- » Posibilitar la expresión emocional y la comunicación.
- » Reforzar la autoestima.
- » Desarrollar las relaciones interpersonales y favorecer la integración social.

Es una actividad que se puede realizar con todos los usuarios del CDAMD, siendo la única limitación las personas con grave afectación cognitiva, quienes requerirán apoyos relacionados con la búsqueda de las técnicas y materiales más apropiados, así como con la simplificación de las actividades.

5. **Actividades ocupacionales para las personas adultas mayores**
 Las actividades ocupacionales tienen como finalidad promover el envejecimiento productivo, entendido como la capacidad de un individuo de formar parte de la población activa y dedicarse a actividades remuneradas o de voluntariado, ayudar a la familia y mantener la autonomía e independencia durante el mayor tiempo posible.
 Esta modalidad debe ser claramente diseñada de acuerdo con las habilidades y capacidades que tiene el usuario del CDAMD; algunas de estas actividades son:
 - a. Manualidades
 - b. Pintura
 - c. Cocina
 - d. Horticultura

Recapitulación

Algunas características de los modelos de atención, según estén centrados en la persona o en el servicio. Resumido y adaptado de Sevilla, Abellán, Herrera, Pardo, Casas y Fernández (2009). Diferencia entre el modelo de atención centrada en la persona (columna de la izquierda) y el modelo de atención centrada en el servicio (columna de la derecha):

MODELOS CENTRADOS EN LA PERSONA	MODELOS CENTRADOS EN EL SERVICIO
Sitúan su foco en las capacidades y habilidades de la persona.	Se centran en los déficits y necesidades; tienden a etiquetar.
Su intervención es de macronivel (plan de vida).	Intervienen a micronivel (conductas determinadas, patologías).
Se comparten decisiones con usuarios, amigos, familia, profesionales.	Las decisiones dependen fundamentalmente de los profesionales.
Ven a la gente dentro de su comunidad y de su entorno habitual.	Encuadran a la gente en el contexto de los servicios sociales.
Acercan a la gente descubriendo experiencias comunes.	Distancian a la gente enfatizando sus diferencias.
Esbozan un estilo de vida deseable, con un ilimitado número de experiencias deseables.	Planean la vida compuesta de programas con un número limitado de opciones.
Se centran en la calidad de vida.	Se centran en cubrir las plazas que ofrece un servicio.
Crean equipos de PCP para solucionar los problemas que vayan surgiendo.	Confían en equipos estándares interdisciplinarios.

El siguiente cuadro recapitula las acciones propuestas para la atención en un centro de día.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Programa de orientación temporoespacial (Lectura de periódico)	Programa de orientación temporoespacial (Lugares importantes)	Programa de orientación temporoespacial (Lectura de periódico)	Programa de orientación temporoespacial (Mi historia personal)	Programa de orientación temporoespacial (Taller de ocupaciones significativas)
Programa de salud física (Fisioterapia)	Programa de salud física (Ejercicios de resistencia)	Programa de salud física (Ejercicios de gerontogimnasia)	Programa de salud física (Ejercicios de coordinación y baile)	Programa de salud física (Psicomotricidad)
Colación	Colación	Colación	Colación	Colación
Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
Actividades cognitivas (Reminiscencias)	Terapia ocupacional	Actividades cognitivas (Estimulación cognitiva)	Terapia ocupacional	Actividades cognitivas (Estimulación cognitiva)
Comida	Comida	Comida	Comida	Comida
Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria	Hábitos de higiene, prevención y atención de la incontinencia, estimulación de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria
Musicoterapia	Talleres de expresión artística (arte terapia)	Manualidades	Arte terapia	Baile