

ARTÍCULO ORIGINAL

Costos asociados a la atención de personas con demencia en residencias para personas mayores

Costs associated with caring for people with dementia in nursing homes

Mariana López-Ortega¹, Sara Torres-Castro¹, Luis Miguel F. Gutiérrez-Robledo¹, Azucena Guzmán²

RESUMEN

Objetivo. Estimar los costos asociados a la implementación de un modelo de atención para personas con demencia en instituciones de cuidados para personas mayores en la Ciudad de México. **Material y Método.** Análisis secundario cuantitativo para estimar los costos asociados a la implementación del programa PROCUIDA-Demencia, un estudio para promover intervenciones psicosociales en personas mayores con demencia. Se desarrolló un instrumento para la recopilación de información para identificar todos los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención y su costo asociado. **Resultados.** Los costos asociados a llevar a cabo la intervención ascendieron a \$151,880 pesos MXN tomando en cuenta el material, recursos humanos, así como los componentes de capacitación y supervisión. El mayor costo en material fue la terapia de reminiscencia que incluye la elaboración de 12 cajas temáticas para cada residencia (\$9,950MXN por institución), mientras que la más económica fue la estimulación cognitiva incluyendo la generación de libro de historia de vida con los residentes (\$668MXN). Se encontraron diferencias en las instituciones en cuanto a su tamaño, infraestructura y otros temas de la gestión que resultaron en diferencias en los costos asociados a las intervenciones. **Conclusión.** Si bien la falta de recursos que enfrenta la mayoría de las residencias de personas mayores en México representa un desafío para que logren cubrir el costo de las cuatro intervenciones, el impacto positivo de la intervención en los residentes justifica su aplicación. Existen distintas alternativas que se pueden incorporar, aumentando la posibilidad de que un mayor número de instituciones utilicen estas intervenciones.

Palabras clave: Cuidados a largo plazo, Demencia, Terapias psicosociales, Costos, Residencias para personas mayores.

ABSTRACT

Objective. To estimate the costs associated with the implementation of a model of care for people with dementia in elderly care institutions in Mexico City. **Material and method.** Secondary quantitative analysis to estimate the costs associated with the implementation of the PROCUIDA-Dementia program, a study to promote psychosocial interventions in older people with dementia. A data collection instrument was developed to identify all the resources needed to carry out the intervention and its associated cost. **Results.** The costs associated to the intervention amounted to \$134,240 MXN pesos considering the material, human resources, as well as training and supervision components. The highest cost in material was the reminiscence therapy including the elaboration of 12 thematic boxes for each residence (\$9,950MXN per institution), while the most economical was the cognitive stimulation including the generation of the life history book with the residents (\$668MXN). Differences were found across facilities in terms of size, infrastructure, and other management issues that resulted in differences in costs associated with the interventions. **Conclusion.** Although the lack of resources faced by most care homes in Mexico represents a challenge for them to cover the cost of the four interventions, the positive impact of the intervention on the residents justifies its application. There are different alternatives that can be incorporated, increasing the possibility that a greater number of institutions will use these interventions.

Keywords: Long-term care, Dementia, Psychosocial interventions, Costs, Care homes for older adults.

¹Instituto Nacional de Geriátría. Departamento de Investigación. Ciudad de México, México.

²NHS Lanarkshire. Scotland, UK.

Recibido: 30 de octubre de 2024

Aceptado: 4 de diciembre de 2024

Publicado: 21 de enero de 2025

Correspondencia para la autora: Mariana López-Ortega. Avenida Contreras 428, San Jerónimo Lídice, C.P.10200. Ciudad de México, México. mariana.lopez@salud.gob.mx

INTRODUCCIÓN

Al igual que en otros países de ingresos medios, México está experimentando una transición demográfica que se traduce en un rápido envejecimiento de la población. Datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) muestran el incremento de la proporción de personas de 60 años y más en el país de 5 millones en 1990 a 17.9 en 2022, lo cual representa un 6% y 14% de la población total, respectivamente (1). La mayoría de las personas mayores en México aún viven en la comunidad, en su propio hogar o en el de un familiar cercano. Sin embargo, el rápido envejecimiento de la población y de la discapacidad asociada a las enfermedades crónicas degenerativas, incrementa las necesidades de cuidado y a su vez, podría reflejarse en un aumento en la necesidad de contar con un mayor número de opciones de cuidados de largo plazo (CLP) como las residencias para personas mayores.

Sin embargo, México no cuenta con datos concluyentes a nivel nacional, estatal o municipal sobre el número total de personas que viven en instituciones de cuidados de largo plazo (2-4). Ante esta clara necesidad, en el año 2015, el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Sistema Nacional para el Desarrollo de la Familia (DIF) generaron un Censo de Alojamientos de Asistencia Social (CAAS) (5), con el fin de identificar y crear un registro de instituciones temporales o permanentes. Esto incluye instituciones enfocadas en diversos grupos de población y condiciones como residencias

para personas mayores, casa hogar para niños y niñas, centros de rehabilitación de adicciones y refugios contra la violencia doméstica, entre otros. Del total de 4,700 establecimientos incluidos en el CAAS, 1,020 (22.6%) eran hogares de cuidado para personas mayores y un total de 22,611 personas mayores (identificadas como usuarios residentes) vivían en estas instituciones (INEGI, 2015). Sin embargo, esto solo está capturando una parte de todas las residencias para personas mayores ya que muchas no están registradas en ninguna institución pública local y operan en una economía gris.

En el marco del levantamiento censal 2020, se actualizó el CAAS, mostrando un aumento de casi el 50% en el número total de residencias identificadas para personas mayores (n=1.504), y un aumento del 22% en el número total de personas que habitan en estas residencias (n=27.590) (6). Ambas cifras muestran un importante incremento en el uso de estos servicios en un corto periodo de tiempo, y que se puede esperar que aumente en un futuro próximo. Con una estimación simple utilizando el total de personas de 60 años y más en el Censo 2020 las personas que viven en residencias para personas mayores según lo reportado en el CAAS representarían aproximadamente el 0.2% del total de este grupo poblacional. Aunque esta cifra es baja, diversos factores, como la disminución significativa de cuidadores potenciales dentro del hogar debido a la reducción en el tamaño de las

familias, generan una presión creciente para satisfacer las necesidades de cuidado en el futuro. Estas demandas deberán cubrirse ya sea en el ámbito doméstico o en instituciones de cuidados a largo plazo (7).

Cabe destacar que la regulación de instituciones de cuidados de largo plazo es prácticamente inexistente en México, ya que no hay una instancia pública rectora que aplique un registro obligatorio, que genere estándares y mecanismos de evaluación de la calidad en la atención y su impacto en el bienestar de los residentes. Por otro lado, la falta de regulación en aspectos clave como los salarios del personal, las condiciones laborales y de seguridad, las competencias requeridas y los requisitos de certificación, ha dado lugar a una atención deficiente en numerosas residencias para personas mayores. Esto ha provocado la prevalencia de malas prácticas laborales, así como la ausencia de protección y garantías tanto en los servicios ofrecidos como en las condiciones (8).

Diversos estudios (9-13) han mostrado que entre los principales factores asociados a una mejor salud y bienestar de los residentes en instituciones de CLP radica en que el personal cuente con las competencias adecuadas que promueven la atención centrada en la persona y las buenas prácticas en el manejo de personas con demencia. Esto incluye priorizar intervenciones psicosociales, las cuales ofrecen una alternativa efectiva a varios tratamientos farmacológicos.

En México, la formación y las competencias generales del personal operativo y

administrativo de las instituciones de CLP son escasas. Datos del personal que labora en las residencias de CLP reportados en el CAAS 2020 indican que solo el 4% del total del personal contaba con una certificación de competencias para la atención a personas mayores (6). En consecuencia, la mayoría de las instituciones no logran brindar atención óptima a sus residentes, especialmente para aquellos que viven con demencia.

Aunado al impacto positivo en el bienestar de las personas mayores al introducir programas de capacitación para el personal que labora en instituciones de CLP, diversos estudios (14-18) han enfatizado la importancia de evaluar los costos asociados a estas y otras intervenciones, así como los costos sociales de la demencia.

En un primer estudio en México para introducir modelos de atención óptimos para personas mayores que viven con demencia en residencias permanentes denominado PROCUIDA-Demencia, Torres-Castro y colaboradores (2022) (20) reportan un impacto positivo de la intervención tanto en el personal como en los residentes. Por una parte, las residencias realizaron ajustes en la prescripción de medicamentos antipsicóticos reduciendo o descontinuando su dosis en 15% y 39% de los residentes que participaron en el estudio, respectivamente. Adicionalmente, reportaron una reducción significativa de síntomas neuropsiquiátricos en los residentes, mostrando la factibilidad e impacto positivo de estos cambios en la atención, mientras que a nivel organizacional, el personal administrativo y directivo de las ICLP participantes reportaron

incrementar significativamente su conocimiento, la inclusión de intervenciones psicosociales en su modelo de atención, cambios en la cultura de atención para las personas que viven con demencia y fortalecimiento del trabajo en equipo y coordinación entre todo el personal. Todo esto independientemente de los retos organizacionales que presentan las por una alta rotación del personal, dificultad para reclutar personal con competencias

adecuadas y barreras de comunicación entre el personal (21).

El objetivo del presente estudio fue identificar los recursos y estimar los costos asociados a la introducción de un modelo de capacitación en instituciones de CLP para introducir intervenciones psicosociales y reducir la prescripción de antipsicóticos a personas con demencia en residencias para personas mayores de la Ciudad de México.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realizó un análisis secundario del estudio PROCUIDA-Demencia (Programa de Entrenamiento para el Cuidado Óptimo en Instituciones de largo plazo y su impacto en residentes con Demencia), el cual se ha descrito previamente (19-21). PROCUIDA-Demencia incluyó un programa de capacitación para promover el uso de terapias psicosociales centradas en la persona y reducir la prescripción de antipsicóticos en residencias para personas mayores en la Ciudad de México. Su diseño consistió en un estudio piloto controlado aleatorizado de 2 grupos, la intervención PROCUIDA-Demencia (grupo 1) frente al tratamiento/atención habitual (grupo 2). A partir de una asociación civil de personas mayores se identificaron doce instituciones de CLP en la Ciudad de México que contarán con entre 30 y 120 residentes. Los criterios de inclusión consistieron en contar con al menos 20% del total de sus residentes con demencia leve a moderada, que no estuvieran aplicando terapias psicosociales

con los residentes en el momento del estudio, ni en un proceso de reducción de medicamentos antipsicóticos.

Adicionalmente, necesitaban una sala ventilada y amplia que pudiera designarse para las actividades de la intervención, que la residencia contara con un psicólogo dentro de su personal y un médico para resolver alguna emergencia de ser necesario, y que el director de la residencia aceptara participar en el proyecto. Por parte de los residentes, se incluyeron a las personas de 60 años y más con demencia leve a moderada, sin riesgo de caídas, que aún podían comunicarse y leer, y preferiblemente, en tratamiento con medicamentos antipsicóticos. Se invitó a todo el personal responsable de llevar a cabo las actividades diarias con los residentes en cada institución y se incluyó a los que expresaron su voluntad de participar, proporcionaron su consentimiento informado, y manifestaron su compromiso para asistir a la capacitación y llevar a cabo

las actividades previstas en el Programa. En total participaron 55 residentes y 126 miembros del personal en todas las instituciones (19,20).

La intervención se realizó en cuatro residencias, (las otras cuatro sirvieron como control), e incluyó las siguientes terapias: terapia psicomotora con danza; terapia de reminiscencia; terapia con muñecos y tiempo 1:1 con los residentes desarrollando terapia de estimulación cognitiva y un libro de vida. Se realizaron sesiones de capacitación al personal al inicio del programa y para asegurar la fidelidad al apego de las actividades de la intervención, la coinvestigadora principal realizó supervisiones semanales a cada una de las instituciones in situ y por teléfono durante la totalidad de la intervención (12 semanas). En cada una de estas sesiones se dio seguimiento a las actividades, se verificó el apego a la implementación y la aplicación correcta de cada terapia, es decir, el apego al manual y a las instrucciones de la capacitación, mediante la observación de las actividades y la retroalimentación con el personal de las residencias. Las sesiones de capacitación para el personal se impartieron en dos días por las investigadoras principales del proyecto y se organizaron de manera que no interfirieran con las tareas diarias de la persona. Ambas con formación en psicología y amplia experiencia en investigación en envejecimiento, terapias psicosociales para personas que viven con demencia o conducta y psicomotricidad en demencia (19).

Para el análisis secundario sobre los costos asociados a la intervención y, dado que en México no existen inventarios nacionales o locales de los servicios proporcionados por las residencias para personas mayores, se desarrolló un instrumento para la recopilación de información que permitiera identificar todos los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención y su costo asociado.

Análisis

Los costos asociados se estimaron a partir de los recursos necesarios para llevar a cabo la intervención. Para cada componente, se sumaron los costos de todos los recursos y/o materiales para obtener el costo asociado por componente, así como el costo global. Con la finalidad de tener una estimación del costo promedio por residente se dividió el costo total entre el total de residentes que participaron en la intervención.

El costo por hora del tiempo dedicado por el personal de las residencias que participó en la intervención (dos personas en cada residencia) se estimó a partir del sueldo mensual promedio del rango de ocupación (jefe de enfermería, enfermería técnica, cuidadores, etc.) y el porcentaje de tiempo dedicado a cada terapia. Como parte de la intervención, se le solicitó al personal que llenara una hoja de control con comentarios sobre el desarrollo de cada terapia psicosocial realizada. Para tomar en cuenta esta actividad en el costo total de cada terapia psicosocial, se le agregaron 10

minutos de tiempo dedicado por el personal a cada terapia como promedio.

Para estimar el costo del componente de capacitación, se tomaron en cuenta los materiales didácticos e impresión de Manuales, el transporte a las residencias en que se llevó a cabo la capacitación, el tiempo de la investigadora principal asociada, así como insumos para un refrigerio que se compartía al final de cada sesión de capacitación. Finalmente, para estimar el costo asociado al componente de supervisión semanal de la implementación

de las terapias psicosociales en las residencias se calculó el tiempo de la investigadora principal asociada y del transporte.

La Tabla 1 describe cada una de las terapias psicosociales incluidas en la intervención, así como los insumos requeridos tanto en material como en tiempo (recursos humanos) necesario para llevarlas a cabo. Estos tiempos se utilizaron para estimar el porcentaje de la jornada laboral dedicado a implementar las terapias, tomando en cuenta el sueldo mensual.

Tabla 1. Intervenciones psicosociales y recursos incluidos en el cálculo de costos asociados

Terapia Psicosocial	Material por ICLP	Tiempo staff
Terapia de Reminiscencia	Doce cajas de reminiscencia (1 por semana de la intervención).	45 minutos: una sesión por semana / dirigida por dos miembros del personal designados.
Terapia psicomotora con danza	iPod Shuffle®, incluyendo una lista de música grabada y altavoces (bocina bluetooth®).	45 minutos: dos sesiones por semana / dirigida por dos miembros del personal designados.
Interacción 1:1 estimulación cognitiva y desarrollo de libro de vida	55 álbumes y material para libros de vida.	20 minutos por día, dirigido por el personal participante
Terapia con muñecos	Siete muñecos (Cinco muñecas y dos peluches)	Observación diaria, sin tiempo específico designado.

Fuente: Adaptado de Torres-Castro, et al., 2022; p.3 (20)

Como parte del componente del proyecto para optimizar el uso de medicamentos antipsicóticos, se siguieron las directrices de la Organización Mundial de la Salud y Health Action International (22) para calcular el gasto total en medicamentos antipsicóticos por residente a partir de las dosis totales y la frecuencia de cada

medicamento recetado al inicio (T0) y a al final del estudio (doce semanas) (T1). Dado que todos los medicamentos antipsicóticos que consumieron los residentes durante la intervención se compraron en el sector privado, se estimó el costo promedio de los medicamentos en farmacias del este sector en la Ciudad de México al momento del

estudio. Todos los costos se calcularon en pesos mexicanos, desde la perspectiva del proveedor, incluidos todos los recursos utilizados y los costos asumidos en el desarrollo e implementación de las intervenciones. Los precios se han actualizado al año 2023 con fines de su publicación.

Consideraciones éticas

Este estudio secundario formó parte del estudio PROCUIDA-Demencia con

aprobación del Comité de Ética de la Universidad de Edimburgo (STAFF068) y de los Comités de Ética en Investigación y de Investigación del Instituto Nacional de Geriátrica (PI-011/2016). Se proporcionó información escrita y verbal sobre el proyecto a todos los participantes antes de solicitar el consentimiento y todos los participantes proporcionaron su consentimiento por escrito. El protocolo principal del estudio está inscrito en el Registro ISRCTN (16463016).

RESULTADOS

La recolección de información se realizó de forma paralela a la intervención. Las 4 residencias para personas mayores que participaron en la intervención, aportaron información en diferentes niveles de detalle que reflejan diferencias en su organización, gestión y recursos.

Costos asociados a la intervención PROCUIDA-Demencia

Los costos asociados a llevar a cabo la intervención ascendieron a \$151,880 pesos MXN tomando en cuenta el material, recursos humanos, así como los componentes de capacitación y

supervisión. El costo global asociado a la intervención fue cerca de \$106,000 pesos MXN para las cuatro residencias de personas mayores, tomando en cuenta el material y el tiempo del personal para realizar las terapias. De manera individual, la terapia psicosocial con mayor costo en material fue la terapia de reminiscencia que incluye la elaboración de las 12 cajas temáticas para cada residencia (\$9,950 pesos MXN por institución), mientras que la más económica fue la estimulación cognitiva incluyendo la generación de libro de historia de vida con los residentes (\$668 pesos MXN) (Tabla 2).

Tabla 2. Costos asociados a la intervención, por terapia psicosocial, material y tiempo

	Residencia 1		Residencia 2		Residencia 3		Residencia 4	
	Material	Staff	Material	Staff	Material	Staff	Material	Staff
Terapia Psicosocial								
Terapia de reminiscencia	9,956.0	736.0	9,956.0	704.0	9,956.0	674.0	9,956.0	635.0
Terapia con baile	4,410.0	1,473.0	4,410.0	1,410.0	4,410.0	1,346.0	4,410.0	1,270.0
Interacción 1:1								
estimulación cognitiva & libro de vida	668.0	1,938.0	668.0	1,855.0	668.0	1,771.0	668.0	1,671.0
Terapia con muñecos	7,752.0		7,752.0		7,752.0		7,752.0	
Subtotal	22,786.0	4,147.0	22,786.0	3,969.0	22,786.0	3,791.0	22,786.0	3,576.0
Costo total por residencia	26,933.0		26,755.0		26,577.0		26,362.0	

Nota: Estimaciones en pesos mexicanos (MXN) ajustado a precios de 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados.

En todas las residencias, el costo del tiempo del personal representó una proporción baja del costo total de la intervención, entre el 13% y 15% del costo total. La Tabla 2 presenta, por residencia, el costo estimado del tiempo utilizado por el personal de las residencias para llevar a cabo cada terapia. Se observa una diferencia de aproximadamente 15% entre la residencia que presenta mayor costo del personal (R1=\$4,147.0 MXN) y la que presenta el menor (R4=3,576.0 MXN). En general, las diferencias en el costo asociado al tiempo del personal reflejan diferencias salariales derivadas del tipo de personal que se contrata, por ejemplo, licenciatura en enfermería vs. cuidadores (sin una formación en competencias para el cuidado de personas mayores).

En cuanto a los costos asociados a la capacitación y las actividades de supervisión encontramos que el costo del transporte representa parte importante de ambos componentes, con 35% y 61% del componente de capacitación y supervisión, respectivamente. En la supervisión, el porcentaje equivalente de tiempo de la investigadora principal del proyecto (recurso humano) representó el restante 39% del costo total asociado a implementar este componente. Asimismo, se observa como en CDMX, la impresión (manuales), material didáctico o proveer un refrigerio no representaron costos altos (Tabla 3).

Tabla 3. Costos asociados a la capacitación inicial y supervisión de la intervención

	Transporte	Staff	Manuales/ Material didáctico	Refrigerio	Total
Capacitación del personal	4,811.0	2,283.0	4,010.0	2,673.0	13,777.0
Supervisión de la intervención	19,246.0	12,230.0			31,476.0

Nota: Estimaciones en pesos mexicanos (MXN) ajustado a precios de 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados

Uso y costos de los medicamentos antipsicóticos

Otro elemento que al inicio del proyecto se esperaba que representara una parte importante de los costos totales en las residencias, como medicamentos y otros insumos médicos, no lo fueron, dada la forma en que se compran/pagan. De todos los residentes a los que se les recetó y tomaron al menos un medicamento, ninguno fue reportado como pagado por el las instituciones de CLP, un 83% informó que fueron pagados por el residente o su(s) familia(res) y un 17% que fueron proporcionados por la institución de salud y/o seguridad social a la que el residente está afiliado, u obtenidos a través de donaciones.

La revisión de medicamentos antipsicóticos mostró que, en la evaluación basal, el 41% (n=13) del total de participantes en la intervención (n=32) tomaba al menos un fármaco antipsicótico, y de estos, el 31% (n=4) tomaba dos. A las doce semanas, el 46% (n=6) de los residentes no tuvieron cambios en la prescripción/uso de antipsicóticos, y se observaron ahorros en siete residentes a los que se les redujo la dosis (n=2) o se suspendió (n=5). El mayor ahorro se observó en el residente I, donde el especialista recomendó tanto la suspensión de los medicamentos al final de la intervención tras la revisión clínica y reducción de los síntomas (12 semanas) (Tabla 4).

Tabla 4. Uso de medicamentos durante la intervención y costos asociados.

Residente	Medicamento Antipsicótico	Resultado a las 12 semanas	Costo mensual inicial	Costo mensual semana 12	Ahorro
1	RISPERIDONA	Sin cambio	1,571.0	1,571.0	0.0
1	HALOPERIDOL	Suspendido	176.0	0.0	176.0
4	OLANZAPINA	Sin cambio	1,724.0	1,724.0	0.0
	QUETIAPINA	Sin cambio	630.0	630.0	0.0
5	OLANZAPINA	Sin cambio	1,724.0	1,724.0	0.0
6	OLANZAPINA	Sin cambio	1,290.0	1,290.0	0.0
7	RISPERIDONA	Dosis reducida	1,571.0	786.0	785.0
8	RISPERIDONA	Sin cambio	786.0	786.0	0.0
51	QUETIAPINA	Suspendido	629.0	0.0	629.0
57	QUETIAPINA	Sin cambio	629.0	629.0	0.0
59	OLANZAPINA	Suspendido	3,449.0	0.0	3.4

59	QUETIAPINA	Suspendido	629.0	0.0	629.0
61	QUETIAPINA	Suspendido	1,259.0	0.0	1,259.0
351	LEVOMEPROMAZINA	Sin cambio	1,480.0	1,480.0	0.0
356	QUETIAPINA	Suspendido	629.0	0.0	629.0
357	QUETIAPINA	Dosis reducida	2,518.0	629.0	1,889.0

Nota: Estimaciones en pesos mexicanos (MXN) ajustado a precios de 2023.

Fuente: Elaboración propia a partir de los resultados

DISCUSIÓN

El objeto de este estudio fue estimar los costos asociados a una intervención basada en terapias psicosociales y revisión de antipsicóticos para personas mayores que viven con demencia en instituciones de CLP en la Ciudad de México en un periodo de 12 semanas. El estudio identificó los insumos y el tiempo del personal/recursos humanos necesarios para llevar a cabo estas intervenciones.

Hasta donde sabemos, este es el primer estudio que estima los costos asociados a implementar este tipo de intervenciones en México, por lo que permite también reflexionar sobre estos costos vis a vis la implementación en otras residencias e investigaciones en el futuro. De manera importante, el presente estudio contribuye a la escasa evidencia que existe actualmente en relación con las prácticas de atención en instituciones de CLP en México, y específicamente, en relación con intervenciones psicosociales para la atención de la demencia.

Los costos estimados de las terapias incluidas en intervención, incluyendo el material especializado fue de \$106,627 pesos MXN, mientras que el costo

global, incluyendo el componente de capacitación y la supervisión fue de \$151,880 pesos MXN. Es interesante ver que el componente de capacitación representa la menor proporción de los costos totales de la intervención ya que podría fácilmente replicarse y aplicar así en otras residencias. Por otra parte, si bien la supervisión tiene un costo que puede ser alto para la mayoría de las residencias, la supervisión podría reducirse o integrarse como un número pequeño de asesorías con los administradores y personal de las residencias para resolver dudas y dar sugerencias sobre cómo lograr una provisión óptima de las terapias. Después de la pandemia por COVID19 el uso de tecnologías de la comunicación es más aceptada, lo que podría beneficiar la supervisión con asesorías virtuales para disminuir costos y tiempo de respuesta.

Otro aspecto importante fue corroborar las grandes diferencias entre las instituciones participantes no sólo en materia de infraestructura (espacios), sino también en el tipo de recursos humanos que cada una contrata que va desde personas “cuidadoras” sin competencias y capacitación específica, hasta personal con

licenciatura en enfermería, y las diferencias salariales derivadas del tipo de personal que se contrata. Esto tuvo un impacto directo en los costos asociados en cada Residencia, representando una diferencia de aproximadamente 15% del costo total entre las residencias con mayores y menores costos en cuanto al tiempo de su personal.

Dada la falta de recursos (financieros, humanos e infraestructura) que enfrentan la mayoría de las residencias de personas mayores en México, cubrir el costo de las cuatro intervenciones puede ser un desafío, sin embargo, debido al impacto positivo de la intervención en los residentes (20,21), podemos identificar distintas alternativas que se pueden incorporar, aumentando la posibilidad de que un mayor número de instituciones tomen estas intervenciones. Por una parte, en un ambiente de atención usual, en adición a la capacitación, idealmente se pueden hacer planes individualizados y seleccionar la(s) terapia(s) óptima de acuerdo con las preferencias de la persona que vive con demencia. Además de fomentar la atención centrada en la persona, se pueden reducir los costos al solo adquirir el material que se va a utilizar, y evitar tener material o proveer terapias que no logren la participación de los residentes por no adaptarse a sus preferencias, por ejemplo, si a la persona no le gusta bailar, no está cómoda con un muñeco o peluche, etc.

El presente estudio formó parte de un ensayo clínico aleatorizado y, por lo tanto, además de un estricto seguimiento (supervisión semanal), incluyó la compra de

materiales e insumos que permitieran su replicación exacta siguiendo estudios previos en el Reino Unido (9,10), incrementando el costo de algunas terapias como la de reminiscencia y muñeco. Un enfoque alternativo y más factible al reducir costos, incluye el utilizar donaciones en especie (ropa, artefactos del hogar, álbumes), reciclar pertenencias con el apoyo de familiares o amigos, o buscar materiales en tiendas y librerías de segunda mano (libros, revistas), entre otras fuentes. Si bien no es posible hacer una comparación directa con estudios similares en otros países debido a las diferencias en métodos, el contexto y los sitios de estudio, es interesante notar similitudes en los altos costos operativos y del material para algunas terapias de reminiscencia, en comparación con los costos de los recursos humanos, y entre las terapias basadas en la tecnología en comparación con aquellas centradas en la persona (16,17).

En cuanto a la revisión de medicamentos antipsicóticos, el hecho de que la mayoría de las instituciones no llevaran un registro exhaustivo de la compra de medicamentos y de las pruebas clínicas y/o de laboratorio realizadas—ya que en su mayoría se obtienen en el sector privado y son pagadas por los residentes o sus familiares—, evidenció la necesidad urgente de contar con normas y procedimientos únicos y estandarizados para la gestión y atención en todas las instituciones de cuidados en el país.

En comparación con los estudios que desarrollaron intervenciones

psicosociales en atención de la demencia en países de ingresos altos y con costos unitarios y sueldos homologados (9,16-18,23), disponer de un historial y una copia de todas las pruebas realizadas habría permitido, al menos, el uso de métodos de cálculo indirecto de costos. En cuanto a la gestión asistencial, también permitiría un seguimiento óptimo de la atención y evolución de los residentes.

Ciertamente, la escasez de datos sobre la gestión y administración de las residencias para personas mayores en México y su impacto en la calidad de vida de los residentes se mantendrá en tanto no se establezca un Sistema Nacional de Cuidados que incluya, no sólo estrategias de apoyo para las personas mayores con dependencia funcional y/o cognitiva y que requieren cuidados, sino también la integración, estandarización y evaluación de las instituciones ya existentes. De lo contrario, se arriesga continuar con una atención subóptima y una completa ignorancia del impacto en el bienestar de las personas que residen en estas Instituciones.

Adicionalmente, debido al impacto positivo de las terapias psicosociales (11,24) y las amplias recomendaciones de incluir intervenciones no-farmacológicas como la primera opción de tratamiento, éstas deberían convertirse también en la primera línea de atención en las residencias para mayores en México.

Los resultados de nuestro estudio permiten mostrar también la necesidad de futuros estudios de costos que se adapten aún más a las características y la realidad de

estas instituciones, así como insumos relevantes que nos permitirán generar un marco de referencia para la captura de información para la generación de evaluaciones económicas costo-beneficio de este tipo de terapias.

Limitaciones

Se identificaron algunas limitaciones relacionadas con el estudio principal, en primer lugar, para lograr una comparación entre las instituciones, en el diseño del estudio se planeó incluir residencias para personas mayores cuyas características fueran similares. Sin embargo, a pesar de tener criterios de inclusión, las instituciones que se pudieron identificar e invitar, y que al final participaron, tenían diferencias relevantes en aspectos fundamentales, por ejemplo, el número de residentes, la infraestructura y el personal al que contratan, o las características de funcionalidad y/o dependencia de los residentes que admiten. Esto tuvo un impacto en cómo se implementaron las intervenciones en cada una y, como se vio en este estudio, en los costos asociados.

En segundo lugar, las diferencias entre instituciones también se vieron reflejadas en la posibilidad de obtener información en cada una de ellas y, por lo tanto, podríamos estar perdiendo datos importantes que podrían implicar una subestimación o sobreestimación de los costos. Finalmente, ya que la intervención se planeó y llevó a cabo como un ensayo controlado aleatorizado, la muestra del estudio no fue representativa del total de

personas mayores viviendo en residencias de CLP. Si bien inicialmente se seleccionaron ocho instituciones para participar en el proyecto, una dejó el estudio, lo que significa que esta es una muestra pequeña y las

condiciones en otras residencias de ancianos podrían diferir del resto de las residencias de la Ciudad de México y de las residencias de otras partes del país.

CONCLUSIONES

Este estudio permitió identificar los recursos y estimar los costos asociados a la introducción de un modelo de capacitación en instituciones de CLP para introducir intervenciones psicosociales y reducir la prescripción de antipsicóticos a personas con demencia.

Los resultados muestran que, si bien la implementación de todas las intervenciones a la vez podría ser costosa, especialmente aquellas intervenciones que requieren materiales altamente especializados (Reminiscencia) o tecnología (Danza), las residencias pueden seleccionar entre estos o explorar alternativas a la compra de todos los materiales.

Dado el menor costo de la capacitación, resulta recomendable a gobiernos locales y asociaciones de la sociedad civil introducir programas de

capacitación a gran escala como el incluido en el Programa PROCUIDA-Demencia como un componente en el establecimiento de estándares de atención como parte de un Sistema Nacional de Cuidados. Además, como apoyo en asesoría para que puedan implementar intervenciones psicosociales acordes a su infraestructura, recursos humanos y económicos. Esto debe hacerse como parte del desarrollo de estándares obligatorios de atención, de normas para la regulación y el monitoreo de los entornos de atención en instituciones de cuidados a largo plazo en México, lo cual es una prioridad urgente. Es fundamental, no solo como una herramienta para estudios futuros de evaluación económica en residencias para personas mayores en México, sino como una herramienta para avanzar en la estandarización de la gestión y evaluación de las residencias

REFERENCIAS

1. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). Estadísticas a propósito del día internacional de las personas adultas mayores. Comunicado de prensa núm. 568/22: 30 de septiembre de 2022. Comunicación Social. INEGI: México. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/EAP_ADULMAY2022.pdf
2. Angel JL, Vega W, López-Ortega M. Aging in Mexico: Population Trends and Emerging Issues. *The Gerontologist*. 2017; 57(2):153-162. doi: <https://doi.org/10.1093/geront/gnw136>
3. López-Ortega M., Jiménez Bolón JE. Dependencia y Cuidados de Largo Plazo. En LM. Gutiérrez Robledo, MC García Peña, JE Jiménez Bolón (Eds.), *Envejecimiento y Dependencia. Realidades y Previsión para los Próximos años*. México, DF: Academia Nacional de Medicina, 2014: p. 29–62.
4. López-Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. *Nota Técnica 1614*. Washington, DC: Banco Interamericano de Desarrollo, 2019. doi: <http://doi.org/10.18235/0001826>
5. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). Censo de Alojamientos de Asistencia Social CAAS. México: INEGI-DIF, 2015. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/caas/2015/>
6. INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía). Tabulados del Cuestionario para Alojamientos de Asistencia Social 2020. México: INEGI, 2020. Disponible en: <https://www.inegi.org.mx/programas/ccpv/2020/#Tabulados>
7. Angel JL, Angel RJ, López-Ortega M, Gutiérrez Robledo LM, Wallace RB. Institutional Context of Family Eldercare in Mexico and the United States. *Journal of Cross-Cultural Gerontology*. 2016; 31(3):327-36.
8. CDHCDMX (Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de México). Informe de los derechos humanos de las personas mayores. Ciudad de México: CDHCDMX, 2007. Disponible en: <https://cdhcm.org.mx/wp-content/uploads/2014/06/informe-adultos-mayores.pdf>
9. Ballard C, Corbett A, Orrell M, Williams G, Moniz-Cook E, Romeo R, Woods B, Garrod L, Testad I, Woodward-Carlton B, Wenborn J, Knapp M, Fossey J. Impact of person-centred care training and person-centred activities on quality of life, agitation, and antipsychotic use in people with dementia living in nursing homes: A cluster-randomised controlled trial. *PLoS Med*. 2018;15(2):e1002500. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002500>
10. Fossey, J., Ballard, C., Juszczak, E., James, I., Alder, N., Jacoby, R., & Howard, R. Effect of enhanced psychosocial care on antipsychotic use in nursing home residents with severe dementia: cluster randomised trial. *BMJ*. 2006; 332: 756–761. <https://doi.org/10.1136/bmj.38782.575868.7C>
11. NCCMH. National Collaborating Centre for Mental Health Dementia: A NICE–SCIE Guideline on Supporting People with Dementia and their Carers in Health and Social Care. British Psychological Society and Gaskell, 2007.
12. O'Connor DW, Ames D, Gardner B, King M. Psychosocial treatments of behavior symptoms in dementia: a systematic review of reports meeting quality standards. *Int Psychogeriatr*. 2009; 21(2):225-40. doi: 10.1017/S1041610208007588.
13. Spector A, Orrell M, Hall L. Systematic review of neuropsychological outcomes in dementia from cognition-based psychological interventions. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2012; 34(3-4), 244-55.
14. Wimo A, Seeher K, Cataldi R, Cyhlarova E, Dielemann JL, Frisell O, Guerchet M, Jönsson L, Malaha AK, Nichols E, Pedroza P, Prince M, Knapp M, Dua, T. The worldwide costs of dementia in 2019. *Alzheimer's & dementia: the journal of the Alzheimer's Association*. 2023; 19(7), 2865-73. <https://doi.org/10.1002/alz.12901>
15. Knapp M, Lemmi V, Romeo R. Dementia care costs and outcomes: A systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013; 28:551-61.

16. Knapp M, Thorgrimsen L, Patel A, Spector A, Hallam A, Woods B, Orrell M. Cognitive stimulation therapy for people with dementia: Cost-effectiveness analysis. *British Journal of Psychiatry*. 2006; 8:574-80.
17. Woods RT, Orrell M, Bruce E, Edwards, RT, Hoare Z, Hounsborne B, Keady J., Moniz-Cook E, Orgeta V, Rees J, Russell, I. REMCARE: Pragmatic Multi-Centre Randomised Trial of Reminiscence Groups for People with Dementia and their Family Carers: Effectiveness and Economic Analysis. *PloS one*. 2016;11(4):e0152843.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0152843>
18. Ferry F, Ryan A, McCauley C.O, Laird EA, Gibson A, Mulvenna MD, Bond R, Bunting B, Curran K. Economic costs and health-related quality of life associated with individual specific reminiscence: Results from the InspireD Feasibility Study. *Dementia (London, England)*. 2020; 19(7): 2166-83.
<https://doi.org/10.1177/1471301218816814>
19. Torres-Castro S, Lopez-Ortega M, Martinez-Ruiz A, Gutierrez-Robledo LM, Guzman A. Pilot study and key feasibility factors of a staff training intervention and reduction of antipsychotic prescription practice in Mexican urban care homes: Study protocol. *J Ment Health Aging* 2018; 2(2):47-55.
20. Torres-Castro S, Rabaneda-Bueno R, López-Ortega M, Gutiérrez-Robledo LM, Guzmán A. Multicomponent Staff Training Intervention to Improve Residential Dementia Care (PROCUIDA-Demencia): A Mixed-Methods 2-Arm Cluster Randomized Controlled Pilot and Clinical Outcomes Study. *J Am Med Dir Assoc*. 2022; 23(3):350-8.
21. Guzmán A, Orellana K, López Ortega M, Gutierrez Robledo LM, Torres Castro S. Introducing a multicomponent staff training intervention to reduce antipsychotic medication: Care home management pre and post intervention views of systemic impact, and preliminary RE-AIM evaluation. *Eval Program Plann*. 2024;103:102399.
[doi:10.1016/j.evalprogplan.2023.102399](https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2023.102399)
22. World Health Organization and Health Action International. *Measuring medicine prices, availability, affordability and price components*. 2nd Edition; Geneva: WHO, 2008.
23. Goyder J, Orrell M, Wenborn J, Spector A. Staff training using STAR: a pilot study in UK care homes. *Int Psychogeriatr*. 2012;24(6):911-20.
[doi:10.1017/S1041610211002559](https://doi.org/10.1017/S1041610211002559)
24. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, Cruz I, Peña-Casanova J, Del Ser T, Woods B, Beck C, Auer S, Lai C, Spector A, Fazio S, Bond J, Kivipelto M, Brodaty H, Rojo JM, Collins H, Teri L, Mittelman M, Orrell M, Feldman HH, Muñiz R. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*. 2010; 30: 161–78.