



232

Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

PROYECTO DE UN CENTRO MULTIDISCIPLINARIO
PARA LA ATENCION DE PERSONAS DE LA
TERCERA EDAD

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N

HERNÁNDEZ CHANONA SOFÍA
BECERRIL TREJO LILIANA

DIRECTOR C D MANUEL LAZZERI FERNANDEZ
ASESOR C D LUIS MIGUEL MENDOZA JOSE





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

A Dios:

Por cuidarme y acompañarme en todo lo que he hecho y permitirme llegar hasta donde ahora estoy

A Mis Padres: Raúl y Elena

De quienes he recibido el más grande apoyo, amor y comprensión incondicional y que gracias a sus esfuerzos y sacrificios he podido llegar hasta donde estoy. Mil gracias, espero ahora, poder corresponderlos y ayudarlos de la misma manera a ustedes

A Mi Hermano: Raúl

Quien me ha dado siempre su apoyo y el impulso para seguir adelante en mi carrera y en mi vida

Gracias por ser un ejemplo a seguir para mí

A Rodrigo:

Que me ha brindado su amor y apoyo, y las palabras de aliento que he necesitado.

A Gaby Padilla:

Su interés y apoyo han sido muy valiosos para mí. Gracias

A la Familia Trejo Soriano:

Gracias por confiar en mí, especialmente a Mamá Babis, que desde el cielo me da su bendición y Papá Sera que desde aquí me apoya y a todos los que amablemente permitieron que les hiciera algún tratamiento

A Cesar y Lila Su aportación fue muy importante para mí

A la Familia Becerril Rodríguez:

Principalmente a mi Tita que me ha dado su apoyo y a todos los que han creído en mí.

A la Familia Hernández Chanona:

Por brindarme su amistad y apoyo y por abrirme las puertas de su casa

Al C.D. Manuel Lazzeri Fernández:

Gracias por haber aceptado también dirigirme y por haber creído en mí para este proyecto tan importante. Mil gracias por su apoyo e interés.

Al C.D. Luis Miguel Mendoza José:

Un agradecimiento muy especial por haberme asesorado y ayudado desinteresadamente y por su paciencia y disponibilidad.

A Azucena: por habernos ayudado siempre con una sonrisa.

Al C.D.M.O. Rolando de Jesús Buner:

Por haberme permitido estar en el Seminario de Odontogeriatría y aprender un poco más de un tema tan interesante y nuevo.

Al C.D.M.O. Pedro Javier Medina:

Quien ha sido mi amigo y maestro además de darme su apoyo.

Al Arquitecto Abel Medina:

Que desinteresadamente me ayudó en la realización de este proyecto.
Gracias amigo.

Al GEMAC: Por todo el material de apoyo que me facilitó.

A la Universidad Nacional Autónoma de México: Por haberme dado una oportunidad que muchos desearon y que solo algunos la tuvimos de pertenecer orgullosamente a ella.

A la Facultad de Odontología: Y los profesores que la componen.

A todos mis amigos y compañeros: que compartieron conmigo este sueño.

Mil gracias.

Liliana Becerril Trejo.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a **Dios** el permitirme sentir todos los días lo mucho que me ama y el poder gozar de este regalo único e irremplazable la vida, por mi familia y por mi madre

A mi **madre** por amarme y apoyarme aun con todos mis defectos por su ejemplo de lucha, por existir y ser mi madre gracias TE AMO

A mi **padre** que aunque no esta físicamente conmigo sé que siempre me acompaña, vive en mi mente y en mi corazón, TÉ EXTRAÑO.

A mis hermanos y sobrinos por todo su apoyo y cariño

Carlos: Por ser un ejemplo a seguir te quiero.

Miguel Angel: Gracias por estar siempre conmigo te extraño y te quiero

Enrique: Te doy las gracias muy especialmente, por apoyarme y creer en mí siempre y ser mi ejemplo, te quiero mucho

Leopoldo: Por ser mi hermano, y apoyarme siempre y por todas esas impresiones, gracias, te quiero

Alicia: Por ser un gran apoyo en mi vida, por poder contar siempre contigo en las buenas y en las malas y por ser mi gran amiga, te quiero mucho.

Abel: Mi gordito querido gracias por todos tus consejos tu apoyo incondicional y por existir en mi vida, te quiero muchísimo

Manolo: Por que siempre puedo contar contigo y por que eres una persona única y muy latosa te quiero

M^aIsabel Euge por tu apoyo y por ser mi hermana gracias, te quiero

A Dany: Por que eres mi cuñado preferido y un hermano, gracias por tu apoyo te quiero

A Pepillo Por que cuando te necesite, respondiste a mí llamado y por ser un amigo muy querido, gracias por todo.

A mi **amiga Lili** que siempre a estado conmigo en las buenas en las malas y en las mejores, por contar siempre contigo, y por que formas parte de mi vida te quiero gracias

A **Azucena**: que es una amiga muy especial, incondicional y única, te quiero, gracias

A **Israel** mi sobrino, gracias por ayudarme, te quiero.

A **Betty** mi sobrina y amiga gracias por que siempre cuento contigo te quiero.

A **Galdino** por todos sus artículos gracias

A **Abel** amigo de Lili y mío gracias por tu ayuda

Y muy especialmente

Al **Dr. Manuel Iazzeri Fernández**, (guento) por toda su ayuda y sobre todo por que sin el no hubiera sido posible el tema de esta tesina gracias

Al **Dr. Luis Miguel Mendoza José**, por que siempre mostró interés y por su apoyo y asesoría desinteresada que solo se le da a los amigos gracias por contar con usted

Al **Dr. Buneder** gracias por aceptarme en su seminario gracias

A mi amigo único e irremplazable el Dr **Pedro Javier Medina Hernández**, gracias doc

A todos mis Profesores por sus enseñanzas y todo su tiempo, durante mi formación profesional, gracias

Y a cada una de las personas que han formado y forman parte de mi vida gracias

SOFIA HDEZ. CHANONA

ÍNDICE

PROYECTO DE UN CENTRO MULTIDISCIPLINARIO PARA LA ATENCIÓN DE PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

INTRODUCCIÓN

1

Capítulo I

1. HISTORIA DE LA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS EN MÉXICO 5

Capítulo II

PROYECTO ARQUITECTÓNICO

2.1	Características del espacio arquitectónico	10
2.2	Distribución y ubicación de los espacios del centro por áreas	11
2.3	Área de Convivencia	13
2.3.1	Área de Servicios Administrativos Y Médicos	13
2.3.2	Talleres de Terapia Ocupacional	14
2.3.3	Biblioteca: Salas de lectura y reposo	15
2.3.4	Salón de usos múltiples	16
2.3.5	Comedor y Cocina	16
2.4	Área de Dormitorios	16
2.4.1	Para Mujeres y Hombres	17
2.4.2	Para Matrimonios	18
2.5	Área de Servicios	19
2.5.1	Capilla	19
2.5.2	Habitaciones de empleados	19
2.5.3	Taller de mantenimiento	19
2.5.4	Gimnasio	20
2.5.5	Alberca	20
2.5.6	Jardines	20
2.6	Plano Arquitectónico del Centro Multidisciplinario	21

Capítulo III

MOBILIARIO

3.1	Requerimientos de uso	23
3.1.1	Clósets y muebles para diversos usos	23
3.1.2	Mesa de Noche	24
3.1.3	Sillas	25
3.1.4	Camas	26
3.1.5	Dormitorio	27
3.1.6	Contactos	28
3.1.7	Apagadores	28
3.1.8	Planta de luz	28
3.1.9	Sistema contra incendios	28
3.1.10	Teléfonos	28
3.1.11	Timbre	28
3.2	Condiciones necesarias para las áreas físicas mobiliario y equipo	29
3.2.1	Recibidor	29
3.2.2	Oficinas de Admisión de usuarios	29

3.2.3	Dirección	32
3.2.4	Oficinas Administrativas	32
3.2.5	Consultorios Médicos	32
3.2.6	Consultorio Dental	33
3.2.7	Trabajo Social	35
3.2.8	Psicología	35
3.2.9	Comedor	35
3.2.10	Cocina	35
3.2.11	Talleres ocupacionales	36
3.2.12	Áreas verdes	36
3.2.13	Salones de usos múltiples	36
3.2.14	Servicio religioso	37
3.2.15	Sanitarios	37
3.2.16	Dormitorios: mujeres, hombres o matrimonios	38
3.2.17	Almacén	39
3.2.18	Área de guardia	39
3.2.19	Vestidor y sanitarios para el personal	39
3.2.20	Taller de mantenimiento	40
3.2.21	Lavandería	40
3.2.22	Cuarto de aseo	40
3.2.23	Espacios para la circulación	40

Capítulo IV

ORGANOGRAMA

4.1	Organización funcional	42
4.1.1	La Dirección	42
4.1.2	La Administración	42
4.1.3	Funciones del Coordinador Médico	43
4.1.4	El Personal del Servicio de Actividades Ocupacionales y Recreativas	43
4.1.5	Área de personal de apoyo administrativo	44
4.1.6	Área de recursos financieros	44
4.2	Descripción de los servicios	44
4.2.1	Admisión de usuarios	45
4.2.2	Trabajo social	46
4.2.3	Psicología	47
4.2.4	Servicio Médico	48
4.2.5	Servicio Odontológico	49
4.2.6	Nutrición	49
4.2.7	Actividades Ocupacionales y Recreativas	50
4.2.8	Farmacia	51

Capítulo v

CONDICIONES NECESARIAS DEL PERSONAL POR ÁREA

5.1	Personal Administrativo	52
5.1.1	Dirección	52
5.1.2	Administración	52
5.1.3	Contador	52
5.1.4	Abogado	53
5.1.5	Secretarías	53
5.1.6	Recepcionistas	54

5.1.7	Jefatura de los servicios médicos	54
5.1.8	Promotor de actividades recreativas y ocupacionales	55
5.2	Personal de apoyo administrativo	55
5.2.1	Cocinero	55
5.2.2	Mesero	56
5.2.3	Técnico en control y almacenamiento	56
5.2.4	Afanadora	56
5.2.5	Galopín	57
5.2.6	Costurera	57
5.2.7	Auxiliar de mantenimiento	58
5.2.8	Vigilancia	58
5.2.9	Auxiliar de intendencia	58
5.2.10	Chofer	59
5.2.11	Auxiliar de lavado y planchado	59
5.2.12	Personal voluntario	59
5.3	Personal Médico	60
5.3.1	Médico Geriatra	60
5.3.2	Odontogeriatra	63
5.3.3	Médico Internista	66
5.3.4	Trabajador Social	67
5.3.5	Psicólogo	69
5.3.6	Médico Residente	71
5.3.7	Gericultista	73
5.3.8	Nutriólogo y Dietista	75
5.3.9	Enfermeras	80
5.3.10	Terapeuta físico	81
5.3.11	Terapeuta ocupacional	82
Capítulo VI		
	Expectativas futuras	86
6.1	Derechos y responsabilidades de las personas de edad	88
Conclusiones		104
Glosario		106
Bibliografía		110

INTRODUCCIÓN

Envejecimiento es un proceso biológico irreversible; se reconoce universalmente que inicia con la concepción y continúa hasta la muerte del organismo biológico del hombre. Las primeras dos etapas de la vida del ser humano se caracterizan por su crecimiento y maduración, y la última es conocida como tercera edad la que se caracteriza por una disminución de las facultades y por la declinación fisiológica, psicológica y social. Esta declinación no siempre se debe a factores biológicos, sino que contribuyen también factores ambientales y culturales.

Por razones prácticas, la Organización Mundial de la Salud, ha utilizado una definición basada en datos estadísticos sobre la vejez: considera "Anciano" a la persona de más de 60 años. Sin embargo, este concepto cronológico requiere de una mayor definición y aclaración sobre las etapas del envejecimiento.

En un sentido más estricto, el envejecimiento se refiere a los procesos que se producen en las últimas etapas de la vida. Más que por una determinada edad, las características que identifican a la vejez son de orden físico, mental emocional y social.

En el aspecto físico la vejez se caracteriza por:

- Baja general del proceso metabólico.
- Deterioro de las articulaciones.
- Reflejos más lentos.
- Circulación más débil, frío en las manos y en los pies.
- Alteraciones, disminución o pérdida de la vista; deterioro muscular en la parte superior de la cara.
- Disminución o pérdida de la audición.
- Cambios en la piel: epidermis seca y amarilla.
- Menor estabilidad.

- Pérdida de los dientes
- Cambio en el sistema circulatorio, paredes de las arterias más espesas.
- Deterioro del corazón

En el aspecto mental, se observa durante la vejez:

- Cambios en el tejido cerebral, debido a las alteraciones en el sistema circulatorio.
- Lapso de interrupción en la memoria, a consecuencia principalmente de la falta de irrigación sanguínea al cerebro.
- Irritabilidad debido entre otros factores a problemas de arteriosclerosis.

En el aspecto social se observa:

- Una reducción marcada de la competencia social, resultado de la declinación de aptitudes; del abandono progresivo de sus responsabilidades laborales, sociales y familiares, consecuencia del proceso des-socializante que lo presiona hacia el aislamiento y la soledad.
- Que él mismo se considera una carga para su familia y la sociedad.

Para completar, se puede decir que otras alteraciones importantes que presenta el anciano son en: educación, alimentación, recreación, empleo vivienda y medio ambiente, considerados como los mínimos satisfactorias de bienestar social. Ante esto salta a la vista que el problema del anciano no es exclusivamente médico, sino que además es un problema social.

Numéricamente, el grupo de los ancianos se ha incrementado paulatinamente. Según el último censo poblacional, en el año 2000 se incrementó en un 7.9% de la población del total de los habitantes que son

personas de 60 años y más, sin embargo, los diagnósticos de la vejez elaborados por las instituciones de asistencia social, coinciden en señalar que el desarrollo social que ha tenido nuestro país, no corresponde al desarrollo de la atención a la vejez.

En la actualidad se desconoce el número de ancianos que requieren ser atendidos; la asistencia social mantiene esquemas paternalista que no resuelven los problemas de este grupo. La atención continúa otorgándose en gran proporción con un concepto de caridad o beneficencia oficializada y además bajo programas que han surgido, más debido a circunstancias coyunturales que como consecuencia de acciones intencionalmente planeadas.

Existe un buen número de instituciones que reciben al anciano con el deseo de alimentarlo y otorgarle atención médica mínima para que pase la última etapa de su vida en las mejores condiciones de satisfacción física; sin embargo, no se toman en cuenta los aspectos psicológicos-emocionales de un ser pensante que requiere autonomía y respeto como miembro de una sociedad a la que ha contribuido con su trabajo, y que ahora en esta nueva etapa, debe emprender actividades que lo satisfagan en sus intereses, capacidad, cultura y madurez espiritual.

Hoy, los asilos o casas hogar para ancianos, siguen utilizando métodos que tarde o temprano los convierten en hospitales para enfermos crónicos o necesitados de cuidados especiales; así se aísla al anciano de la sociedad, sin considerar que todo ese caudal de experiencia de toda una vida, debe ser aprovechado por la sociedad misma a la que pertenece, reconociéndole así, su valor como persona.

Nuestra propuesta es crear un centro multidisciplinario de ayuda integral a personas de la tercera edad tomando como punto de partida que la diferencia entre un asilo de ancianos y un centro multidisciplinario de atención a personas de la tercera edad es: que el asilo es una institución benéfica para menesterosos, y que el objetivo de este proyecto es crear

un centro multidisciplinario de atención a estas personas tomando en cuenta que este centro tiene la intención de satisfacer la gran mayoría de las necesidades, así como canalizar a los ancianos a los servicios de atención que requieran y que el centro no sea capaz de satisfacer, e integrarlos a la sociedad como personas productivas y útiles.

CAPITULO I

1. ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE LA ATENCIÓN A LOS ANCIANOS EN MÉXICO

Históricamente, existen cuatro etapas fundamentales en el desarrollo de la atención a la vejez en nuestro país: la de México precolombino, la colonial, la reforma y la post-revolucionaria.

En la etapa **precolombina** Bernal Díaz del Castillo, cita que en los grupos indígenas, los “consejos de ancianos” tenían una actuación trascendente en la vida política de las culturas antiguas de nuestro país. Entre los Toltecas los dos señores principales que vinieron guiando en su peregrinación Chacaltzin y Tacamitzin sobrepasaron de los 150 años y que el sabio Hueman tenía 180 años cuando llegaron a Tollan.

En el imperio azteca, la tribu Náhuatl fue la que privilegió la posición del viejo, quien era consultado para efectuar las actividades importantes “la estructura y organización de los aztecas propició y fomentó la aceptación y respeto hacia los ancianos. El individuo de edad avanzada, llamado Huehuetlque, después de haber sobrevivido a guerras, enfermedades y problemas hereditarios, era objeto de aceptación y su presencia era importante en toda ceremonia familiar, religiosa y política”. 1

“De hecho, en sus últimos años el anciano disfrutaba de una vida apacible y llena de honores. Si había servido al estado, recibía comida y alojamiento en calidad de retiro, y en general su estatus era tal entre los aztecas, que aun el Macehualli, cuando llegaba a la ancianidad, tomaba parte de los consejos del barrio que habitaba y sus discursos, consejos y amonestaciones o advertencias eran escuchadas y tomadas en cuenta.” 2

De la civilización maya se tienen testimonios de que el respeto y aceptación del anciano era inculcado entre los jóvenes; el anciano al igual que en la cultura azteca, tenía gran importancia en ceremonias y ritos ya

que generalmente se escogía a los viejos por su respetabilidad, quienes lo mismo ayudaban al Nacom que intervenía en las ceremonias o participaban en aquellas actividades que tenían por objeto la manufactura de ídolos con fines religiosos.

En la etapa de la **colonia**, predominaba el criterio de la caridad. El fervor cristiano inspira la creación de instituciones que daban asilo a menesterosos de toda condición

En el siglo XVIII, Don Fernando Ortíz Cortes, fundó la “Casa de la misericordia” en la que se atendía a los que se dedicaban a la mendicidad y como grupo especial a los “ancianos más necesitados”

A finales de este mismo siglo, el Virrey de Bucareli, inaugura el “Hospicio de pobres”, institución de la cual se derivan posteriormente los asilos para ancianos.

En la etapa de la **reforma** con la separación del estado y la Iglesia, la asistencia al senescente queda reconocida como responsabilidad del estado, que crea para tal efecto la beneficencia pública.

No obstante la atención a la vejez en lo particular, se siguió proporcionando con el mismo carácter proteccionista.

Sin embargo, bajo el régimen de beneficencia privada aparece en 1879 el “Asilo particular para mendigos”, como primera institución que otorga atención integral al viejo, fundado por el Dr. Francisco Díaz de León en la ciudad de Cuernavaca, Morelos. Otros más se registran como beneficencia privada, sobre los cuales se derivan los antecedentes para la historia de la asistencia social al senescente, que son ejemplo e intereses del sector privado para colaborar con el estado de esta tarea.

Entre los más importantes y que aun funcionan:

- El Asilo para ancianos de la fundación Matías Romero (1900)
- El Asilo para ancianos de la asociación Franco-Mexicana-Suiza y Belga (1900)
- El Asilo para ancianos de la beneficencia española (1900)
- El Asilo para ancianos de la Asociación de ayuda de la colonia alemana (1905).

En la etapa **post-revolucionaria**, con el triunfo de la revolución se inicia también una nueva era en la asistencia al senescente sin recursos. En 1913 se construye legalmente la fundación Mier y Pesado. A partir de que la constitución otorga a todo mexicano el pleno derecho al bienestar, principia una lucha de transformación radical en todos los ordenes de la vida del país.

La beneficencia pública al no responder a las nuevas orientaciones y necesidades sociales, es sustituida por la asistencia social, lo que significa no solo un cambio de nombre, sino de programas y métodos de trabajo. La atención a los necesitados pasa a ser un derecho de la población bajo la responsabilidad del estado, mas que actos de caridad.

No obstante este significativo avance, la atención a la vejez fue menos favorecida dentro del campo de la asistencia social, debido básicamente a la composición demográfica de nuestro país y, a que la familia sigue conservando una estructura en la cual el senescente ocupaba un lugar como eje de la vida familiar

A principios de esta última etapa histórica, se organizan diferentes establecimientos para atender a los ancianos carentes de recursos dedicados a la limosna.

En 1920, con la campaña contra la mendicidad y con apoyo de la fundación Rafael Donde, empieza a funcionar un "asilo" para concentrar a los ancianos enfermos dedicados a la mendicidad, este establecimiento se denominó en 1933 "Asilo Nicolás Bravo" y perduró hasta 1944 para transformarse en 1947 como hogar Tepeyac, hasta el año de 1969 fecha en que fue clausurado.

En 1923 queda constituida legalmente la fundación "González Cosío", la cual sostiene un asilo para ancianos que carecen de familia.

En 1934, es inaugurado un asilo para ancianos que en 1937 toma nombre de asilo "Vicente García Torres".

En 1938 la Secretaría de Asistencia Pública se hace cargo del asilo para ancianos fundado por el C. Sr. Dr. Arturo Mundet a principios del siglo y lo denomina "Asilo Arturo Mundet" que en la actualidad continúa funcionando.

En 1979 el estado mexicano al reconocer que un creciente número de personas de edad avanzada se encuentran desamparadas crea el Instituto Nacional de la Senectud (INSEN) como organismo público descentralizado, con el objeto de "proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana y estudiar sus problemas para lograr las soluciones adecuadas". 3

Esta acción en beneficio de las personas de 60 años y más, permitió por una parte, ampliar la cobertura al poner en funcionamiento seis nuevas unidades que se denominaron "albergue" y dos "residencias diurnas", a la par que desarrollaron programas económicos, sociales, educativos, psicológicos y de investigación, todos en beneficio de la población senescente de nuestro país.

Para 1982 congruente al plan nacional de desarrollo, en gobierno federal promovió la integración del Sector Salud dentro de este se constituyó el subsector de asistencia social, el cual se integró por el sistema nacional para el desarrollo integral de la familia (DIF), el sistema nacional de la senectud (INSEN) y los centros de integración juvenil (CIJ). 4

Como parte de esta política la Secretaria de Salubridad y Asistencia, entrego al DIF los establecimientos de asistencia social que ella operaba entre estos se incluían las casas hogar para ancianos “Arturo Mundet” y “Vicente Gracia Torres”, con capacidad instalada para 260 y 250 usuarios respectivamente.5

CAPITULO II

PROYECTO ARQUITECTÓNICO

2.1 CARACTERÍSTICAS DEL ESPACIO ARQUITECTÓNICO

UBICACIÓN:

El centro multidisciplinario de atención a personas de la tercera edad se debe localizar en una zona de baja densidad de población, y considerar que las distancias que deben recorrer los ancianos para llegar al sitio sean cortas.

La visita de familiares y amigos debe ser accesible. Se debe ubicar en zona tranquila que no este expuesta a fuertes vientos y tolvaneras, de preferencia, en una zona arbolada cerca o junto de parques con juegos infantiles, iglesias, tiendas, áreas de esparcimiento y transporte.

Debe quedar lejos de la zona industrial. 6

TERRENO:

Se deben considerar los siguientes factores:

- Suelo fértil.
- No tenga las complicaciones de la ciudad (ruido, contaminación, etc.)
- Zona tranquila y agradable.
- Microclima agradable.
- Predominio de vistas.
- Un contexto de tranquilidad y belleza física.
- Infraestructura completa
- Comunicación y transporte.
- Que cuente con servicios hospitalarios cercanos
- Topografía ideal. 6

Se pretende superar y cubrir las necesidades de nuestros ancianos, de acuerdo al nivel y clima de confort y convivencia que requiere de acuerdo a sus características psicológicas y físicas, para esto deben respetarse ciertas normas ya establecidas por la ONU.

Esto es, proyectar, respetando ya una capacidad establecida, nunca pensar en futuras ampliaciones, para nuestro país se establece un cupo de 100 personas máximo, y 60 mínimo, siendo la distribución mixta en forma proporcional, es decir igual número de hombres y mujeres.

No proyectar en varios niveles, sobre todo las áreas de habitación, ya que esto dificulta el desplazamiento y movilización de los ancianos.

Se otorgara al anciano la facilidad de revalorar el trabajo, haciéndolo voluntario y desinteresado, y las distracciones considerándolas como una actividad creadora. 7

2.2 DISTRIBUCIÓN Y UBICACIÓN DE LOS ESPACIOS DEL CENTRO POR ÁREAS

Tomando en consideración que los edificios serán ocupados, no por niños, ni jóvenes, sino por ancianos con unas características psicológicas muy especiales; entre ellas, la necesidad que tienen de continuar su evolución personal y proseguir su desarrollo, tratando que el ambiente mismo los haga sentirse escuchados, comprendidos y amados

El proyecto se encuentra definido por zonas cubiertas y descubiertas, todas ellas importantes en el sentido de interrelación y el uso que van a tener.

Las zonas cubiertas se pueden diferenciar en dos: Una de uso común y las de uso individual, pudiendo integrarse dentro de las primeras, todas las circulaciones que permitan el desplazamiento a sus ocupantes a las zonas de uso individual, como son áreas de dormitorios y servicios.

Ahora bien las de uso común se pueden clasificar en:

ÁREAS DE CONVIVENCIA.

- a) Servicios administrativos y médicos
- b) Talleres de terapia ocupacional
- c) Salas de lectura y descanso
- d) Salón de usos múltiples.
- e) Comedor y cocina.

Y el área de uso individual se clasifica en:

ÁREA DE DORMITORIOS

- a) Para mujeres y hombres
- b) Habitación empleados.

Las zonas descubiertas se encuentran formadas por dos áreas de estacionamiento para 18 automóviles, una para visitantes que contará con 8 cajones y otra con 10 cajones para empleados.

Cuenta con áreas de estar al aire libre, así como espacios verdes suficientes que rodean los edificios; además se proporciona un área para el cultivo de árboles frutales como una actividad mas de terapia ocupacional para estos ancianos.

DESCRIPCIÓN DE LAS ÁREAS

2.3 ÁREA DE CONVIVENCIA

Se encuentra contenida en un edificio situado en la parte central del predio cuyo acceso principal se localiza al norte de su ubicación.

En el se proporcionan los servicios administrativos y médicos, los talleres de terapia ocupacional como las salas de lectura y reposo, se propone un salón de usos múltiples, comedor y cocina que dará servicio a este.

Se tienen dos accesos al edificio uno para empleados y otro para visitantes ambos localizados al sur del predio que comunican al conjunto con las principales calles que lo rodean. Estos comunican directamente con el área de atención. El acceso para el personal será exclusivo para el área administrativa y el área de mantenimiento.

Estos accesos comunican directamente, con la zona administrativa y servicios médicos y al área de convivencia.

2.3.1 Área de Servicios Administrativos y Médicos.

Están comprendidos por sala de espera, privado para el director, cubículos para el administrador y la trabajadora social, así como el cubículo de atención médica.

Es importante hacer notar que el programa médico y de enfermería de este centro multidisciplinario de atención geriátrica esta planeado para dar atención las 24 horas del día no solo a ancianos residentes sino a ancianos que requieran de este programa y no necesariamente residan en dicho centro.

2.3.2 Talleres de terapia ocupacional

Se propone como el principal medio para hacer sentir útil al anciano, no se tratará solamente de consolar y distraer a los senescentes, ofreciéndoles algún entretenimiento, sino más bien, hacer comprender a la sociedad, que se necesita en gran medida de sus servicios; los cuales ellos están en condiciones de brindar, mejor que muchos jóvenes

El taller de terapia ocupacional se encargara de ejercitar al anciano en una vida dinámica físicamente, tomando en cuenta las deficiencias propias de la edad.

Proponemos los siguientes talleres:

1. Pintura.
2. Escultura.
3. Actividades manuales como: Repujado, tarjetería española y costura
4. Carpintería.
5. Dibujo
6. Taller libre (podría ser canto y baile)
7. Taller de horticultura
8. Jardinería.

Se le ha denominado así, ya que se proporcionan dos aulas en las cuales, los ancianos, podrán llevar a cabo la actividad que más les llame la atención, de acuerdo a sus propias aficiones, y siempre tratando de evitar el problema del aburrimiento.

Los talleres denominados de artes manuales, en los cuales se ofrece al anciano el uso de su habilidad y creatividad de artículos de consumo cotidiano como: cerámica, pintura, escultura, carpintería, juguetería, tejido y trabajos de mimbre, entre otros más.

Los talleres de costura y tejido harán posible su remuneración económica, al crear artículos cotidianos de consumo; el centro los introduce al mercado.

Cultivo: Resulta satisfactorio no solo para el anciano, sino para el ser humano en general, tener la oportunidad de crear. En este caso, el cultivo de hortalizas, legumbres y árboles frutales, será tanto un entrenamiento como una satisfacción.

Jardinería: Esta actividad se apoyará en el cultivo de plantas y arbustos.

2.3.3 Sala de lectura y reposo con Biblioteca

La sala de lectura se propone con el fin de motivar al anciano y ofrecerle la oportunidad de instruirse o bien para continuar lo que hoy ha dado en llamarse "educación permanente". En él pondrán en práctica la facilidad de escribir sus experiencias y transmitir las a los demás. La lectura mantendrá su pensamiento ocupado.

Es decir este movimiento es producto y respuesta, para resolver los problemas de la vida post-jubilatoria, gracias a que contribuye a elevar el nivel cultural en todos sus grados.

La parte central de elevar dicho nivel, no será solo en el aspecto intelectual, sino fomentar en el anciano un gusto por aprender y comprender, ensayar, perseverar en alguna actividad, ampliar el propio horizonte, ayudarle a crecer en el amor, ya que interesarse es amar tanto a las personas como a las cosas.

La sala de descanso se muestra como una área de conversación en la cual, los ancianos tendrán la oportunidad nuevamente de fomentar las relaciones humanas, ya que debemos hacer énfasis de que hoy y siempre se considera al anciano como un problema social y no tanto por su estrechez económica, sino más bien por su aislamiento, situación que se trata de evitar de este modo

2.3.4 Salón de usos múltiples.

Se localizará en el área recreativa, es decir en el centro del conjunto y comunica a un vestíbulo que viene a servir también como área de espera para la zona de comedor y del acceso a los dormitorios, tendrá un cupo de 80 personas sentadas, y se propone para la realización de algún evento cultural o en entretenimiento, como por ejemplo: funciones teatrales, de cine, etc.

2.3.5 Comedor y cocina

El comedor se ubicara al lado oriente del salón de usos múltiples, tendrá acceso directo de los pabellones de dormitorios, contará con capacidad de 80 personas, y se harán en él los tres alimentos; estará comunicado con la cocina, en donde se prepararán las comidas y desde aquí serán distribuidas al comedor, cuenta además con un acceso al almacén general.

2.4 ÁREA DE DORMITORIOS

Se compondrá de cinco zonas de habitaciones, divididos en dos para hombres, dos para mujeres, se propone además uno que dará albergue a matrimonios.

Todos ellos tendrán acceso comunicado por medio de pasillos cubiertos a los jardines y al edificio de convivencia.

Se deben de eliminar la presencia de escalones seguidos de una puerta, y cuando estos existan aisladamente deberán ser marcados muy notoriamente de preferencia con colores rojos o amarillos lo único que permanece intacto en la vista de los ancianos es la facultad de distinguir los colores.

Así como rampas y pasamanos en los lugares que sea necesario

Los quicios de las ventanas deben ser bajos, de preferencia no deben tener mas de 60 cm de altura. Esto es porque a los ancianos les gusta ver, a través de las ventanas, el mundo exterior.

Desde el punto de vista arquitectónico, se deben instalar apagadores de escalera, para que los ancianos no tengan que caminar en la oscuridad.

2.4.1 Habitaciones de Mujeres y Hombres.

Se encontrarán ubicadas al fondo del predio, y se distribuyen en habitaciones de hombres al sur de la alberca y de mujeres al sur de la capilla así como las de parejas a un costado de éstas.

El ambiente de la zona habitacional donde se alojen los ancianos debe ser de tal manera, que proteja su individualidad e intimidad. Será un espacio con características propias de hogar, en el cual el anciano pueda continuar con sus actividades cotidianas. El dormitorio podría ser para parejas del mismo sexo o para matrimonios.

El elemento base del edificio tipo, es la unidad de vivienda, que ocupa 24.0 m² dicha unidad esta dividida en tres zonas; de estar, de dormitorio y de servicio; contará además cada una de ellas con una terraza que se propone como continuación del espacio patio-jardín, esto con la finalidad de lograr mayores zonas de vida de relación y hacer sentir mejor al anciano.

El pabellón se compondrá de 16 unidades básicas de vivienda y además se proporcionarán a estos ancianos, una sala de televisión y otra de juegos y esparcimiento, cada una de ellas tendrá una capacidad de 8 usuarios permitiendo así la variedad de la convivencia entre los habitantes del edificio.

2.4.2 Habitaciones para matrimonios.

Se localizará al lado sur del predio y los dormitorios tendrán una orientación norte-sur, con la finalidad de aprovechar la luz solar la mayor parte del día.

Proponemos este pabellón como resultado de investigar que en la mayoría de los casos, durante la vejez, se experimenta la necesidad de una intimidad mas estrecha y profunda; esta necesidad se colma tratándose de matrimonios ancianos bien avenidos, con la incomparable felicidad de envejecer juntos.

El elemento básico del edificio vuelve a ser la unidad de vivienda, ahora de 34.0 m² este modulo tipo, se divide en zonas de estar, dormitorio y servicio; cuenta además con una terraza compartida, que surge nuevamente como continuación del espacio patio-jardín, buscando mayores zonas de vida de relación, esta es la variante de lograr una mayor convivencia con los ocupantes de la otra unidad.

Es decir se propone la convivencia en tres aspectos; primero existirá entre el matrimonio ocupante de la unidad, se establecerá con los cónyuges de la otra vivienda, y después se pretende tener con los asilados de todo el pabellón, pudiéndose lograr en una terraza común a todos los habitantes del mismo, y en una sala de estar de la que podrán hacer uso dichos ocupantes, se propone al lado opuesto de la terraza mencionada, con acceso directo a los jardines que rodean el edificio.

Se proporciona además un servicio de cocineta en donde los diferentes matrimonios podrán preparar alguna bebida caliente o alimento sencillo y tomarlo en su respectiva unidad de vivienda.

Proporcionamos espacios generosos y apropiados de tal manera, que provoquen en los ancianos, transformaciones positivas y produzca en ellos el sentirse aceptados e integrados a una comunidad benevolente

2.5 ÁREA DE SERVICIOS.

2.5.1 Capilla.

Se localizará al lado oriente del conjunto y sirviendo como remate visual hacia el acceso principal al predio, que es hacia el lado oriente del terreno.

Es importante hacer notar que el incluirlo en este tipo de proyecto es debido a dos razones esenciales:

La primera de ellas es por que en esta etapa de vida del hombre se pretende ayudar al anciano a continuar su búsqueda de relación y encuentro en el sentido espiritual, se proyecta como un espacio de ayuda visual a todo el conjunto con una zona de altar elevado e iluminada.

Mediante iluminación lateral y la correspondiente disposición de cúpulas de luz, así como un cambio de nivel en el interior produce un efecto de espacio, cuya sensación es de amplitud, así como de recogimiento y unión.

2.5.2 Habitación de empleados.

Ubicadas al poniente del predio, se propone un plan de vivienda de un solo nivel, constituida con cuatro habitaciones con baño; sala de estar y un pequeño recibidor.

Esta pensado que pueda ser ocupado por religiosas ya que este tipo de conjuntos, generalmente es atendido por ellas, o bien por enfermeras.

2.5.3 Taller de mantenimiento.

Se encuentra al lado oriente del conjunto y cercano a la zona de habitación de empleados, a sido incluido en el programa debido a la necesidad de dar conservación al edificio, como al mobiliario y equipo que

habrá en el centro, su construcción será de un solo nivel y con acceso por el lado norte y oriente de su ubicación dentro del terreno.

2.5.4 Gimnasio

Conscientes de las necesidades físicas del anciano, es necesario mantener el cuerpo lo más sano posible; un medio para lograrlo es el ejercicio controlado. La gimnasia en determinados casos se utiliza como medio de rehabilitación.

Se localiza al sur del conjunto y al lado oriente de la alberca. Contará con los siguientes aparatos. pesas, bicicletas fijas, caminadoras, escaladoras. Contará con regaderas y cuarto de vapor

2.5.5 Alberca

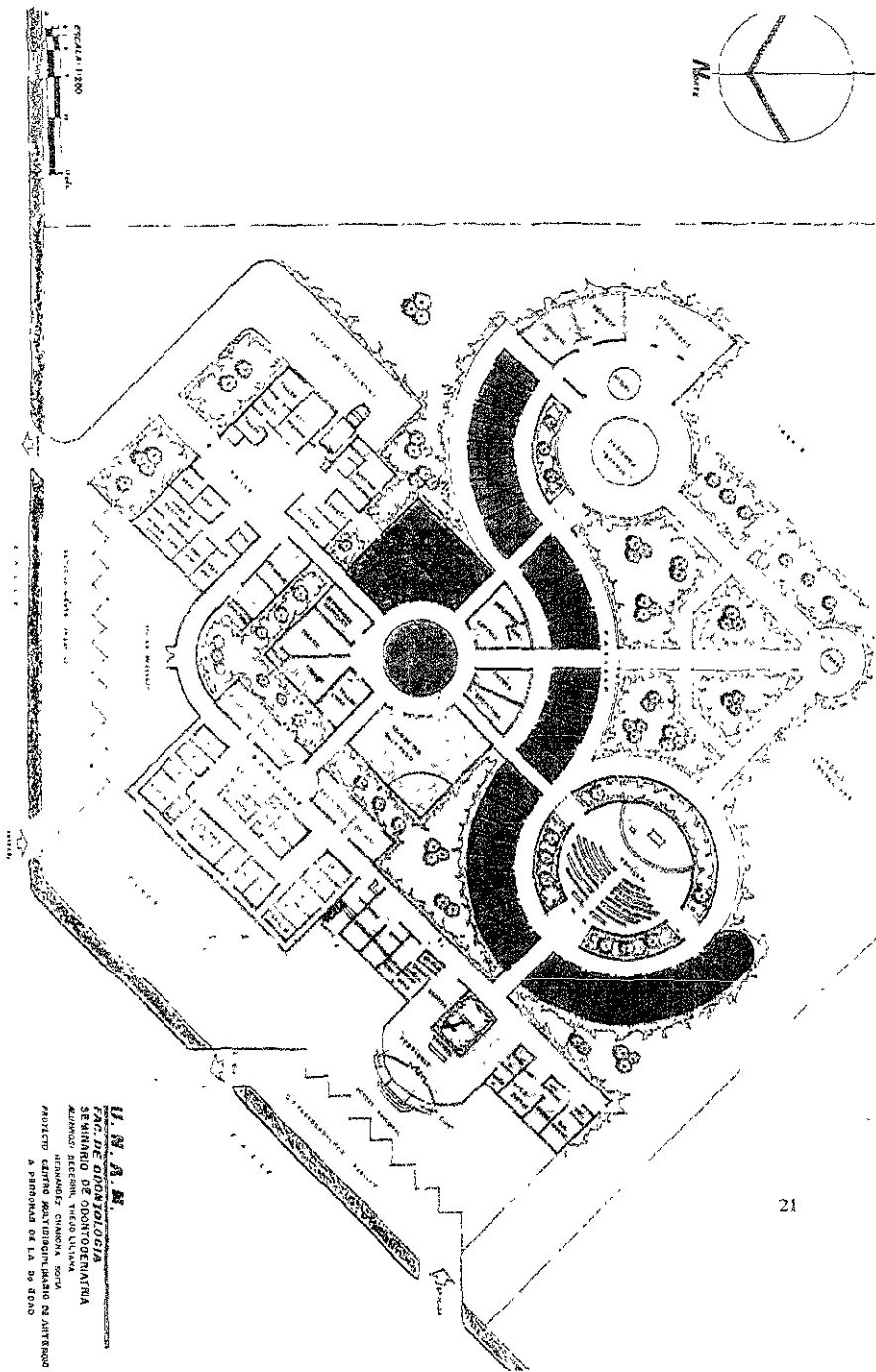
Resulta de utilidad ofrecer un medio que aparentemente resulte recreativo tiene también aplicación médica. Hay tratamientos con chorro de agua a presión para personas artríticas.

Se ubica al lado oriente del predio y deberá tener una orientación norte-sur, para aprovechar la mayor energía solar en la mayor parte del día, estará techada y las actividades que se desarrollarán en esta será: la natación como actividad de tipo recreativa y terapia física. 6

2.5.6 Jardines

El jardín principal se encontrará ubicado en la parte trasera del predio a un costado de la capilla y contará con bancas en donde los ancianos podrán descansar y tomar el sol además de practicar la horticultura. 6

2.5.7 Plano Arquitectónico del Centro Multidisciplinario.



U.N.A.M.
FAC. DE ODONTOLOGIA
SEMINARIO DE ODONTOENFERMIA
 ALVARO REYES, YEROLUISA
 HERNANDEZ GUERRA, SOFIA
 PROYECTO CENTRO MULTIDISCIPLINARIO DE INVESTIGACION
 A PRERROGATIVA DE LA UNAM

UBICACIÓN EN COLORES DE LAS ZONAS Y ÁREAS DEL PLANO ARQUITECTÓNICO

- Accesos visitas y personal
- Circulaciones
- Áreas verdes
- Dormitorios
- Alberca, Jacuzzi y Gimnasio
- Área de Consultorios Médicos
- Sala de visitas
- Capilla
- Estacionamiento y circulación de autos
- Talleres de Terapia ocupacional y salón de usos múltiples
- Sala de Lectura y reposo con biblioteca
- Área de mantenimiento
- Área de oficinas administrativas
- Comedor y cocina

CAPITULO III

MOBILIARIO

3.1 Requerimientos de uso

- Deben de evitar bordes que lastimen al Usuario
- Sus uniones o ensambles deben de ser resistentes
- De fácil limpieza
- Fácil mantenimiento
- Ocupar un mínimo espacio
- Resistentes a la acción del uso
- Bajo costo de producción
- Tener un sistema de producción acorde a la capacidad industrial instalada
- Utilizar los mínimos pasos en su proceso de producción
- Normalizados en procesos y materiales
- Su textura debe de ser agradable al tacto
- Deben tener coherencia formal
- Su acabado debe ser agradable, colores en tonos pastel

3.1.1 Clósets y muebles para diversos usos

Funcionales

- Debe de tener un sistema de seguridad
- Contener todo tipo de enseres personales
- Sus entrepaños deben tener un sistema de ajuste de alturas
- Permitir el acoplamiento de una superficie de trabajo y una mesa de noche.

- Ser modular.

Ergonómicos

- Debe permitir fácil acceso a todas las partes del mueble
- Permitir fácil visibilidad a todas partes del mueble
- Tener puertas y cajones de fácil manipulación
- Los elementos de manipulación deben ser accesibles
- La superficie de trabajo de fácil manipulación:

(a) Sus elementos de manipulación deben ser accesibles

(b) Tener una altura adecuada a la superficie de trabajo

(c) Su superficie antirreflejante

3.1.2 Mesa de noche

Funcionales

- Debe poder contener objetos nocturnos
- Sistema que permita un ajuste en su altura

Ergonómicos

- El usuario debe poder tener acceso cuando esta acostado en la cama
- Visibilidad a este cuando se esta acostado
- Sus contenedores de fácil manipulación
- Los elementos de manipulación deben de ser accesibles
- Un sistema de ajuste de alturas accesibles

3.1.3 Sillas

Funcionales

- Contener y soportar al usuario
- El apoyabrazos debe de permitir el acceder y salir del asiento
- Tener un sistema de ajuste de alturas accesibles
- Protector contra la orina
- Su superficie desmontable y de fácil reposición

Ergonómicos

- Superficie rígida-blanda, que sea capaz de recuperar su forma original cuando no este en uso
- El respaldo con posición anatómica
- Su altura debe estar en íntima relación con la altura de la superficie de trabajo
- Debe de permitir visibilidad a la superficie de trabajo cuando se este sentado
- La superficie del asiento debe de contener la anchura de la cadera y la extensión de los glúteos
- La altura del asiento debe de comprender la longitud más corta de la pierna del usuario

3.1.4 Camas

Funcionales

- Deberá presentar una superficie yacente
- Ser ajustable en forma inclinada
- Tener ajustabilidad de su altura
- Contar con una protección contra la orina y un elemento absorbedor de esta.
- Con una cabecera y piecera
- Su forma deberá permitir realizar fácilmente el acomodo de la ropa de cama
- Con accesibilidad al suelo para su mantenimiento

Ergonómicos

- La superficie yacente debe de tomar la forma del cuerpo del usuario, regresando posteriormente a su forma original cuando no se encuentra en uso
- Ir a revisar sus enseres personales a ver si están completos
- Tomar agua o alguna pastilla
- Estar viendo sus fotos o recuerdos, siempre y cuando los demás que están en el cuarto le permitan tener prendida la luz

A nivel diseño, el proporcionarles una cama angosta pero dentro de su ergonomía, permite al anciano tener accesibilidad para bajarse y subirse de esta con seguridad, evitando posibles caídas.

El proporcionar una bacínica en forma individual, que se encuentre cerca de la cama, neutralizan el poco control de sus esfínteres.

El buen diseño de la distribución de los objetos inscritos en el dormitorio, proporciona privacidad, considerando, que esta puede ser de tres tipos. visual, auditiva y física. El humano necesita tener las tres.

Otro tipo de privacidad, es proporcionarles guardarropas con llaves propias, para que solamente el usuario correspondiente, tenga acceso a ellas.

Una lámpara individual, les permite leer, o realizar una actividad personal sin molestar al resto de los compañeros de cuarto.

Desde el punto de vista arquitectónico: se deben instalar apagadores de escalera, para que los ancianos no tengan que caminar en la oscuridad. 16

3.1.5 Dormitorio

El dormitorio es la parte central de un anciano, y de serle permitido, pasaría la mayor parte del tiempo ahí. Esta situación no es conveniente por que aumenta la inactividad del anciano, por otra parte, no permitiría tener ventilada y limpia el área.

Las principales razones por las que un anciano elige su dormitorio a o cualquier otra parte de la casa, es por sentir a este parte de el; en él intenta tener privacidad y seguridad ya que, es lo único que realmente dentro de un hogar puede llamar suyo.

En esta área es donde se encuentran almacenadas sus pertenencias, como ropa, fotos, recuerdos, etc.;

Esto es, la zona que tiene un presente pero el cual el anciano lo forma como un pasado, que para él, a veces es más importante.

Este centro como ya sé a dicho anteriormente, trata de proporcionar o sustituir lo que sería un hogar, sin embargo aunque esto no puede ser del todo posible, si se les puede proporcionar confort, seguridad, privacidad, y un sentir de (humanos) no de "cargas sociales". 8

1.1.6 Contactos: Se instalarán a una altura del nivel de piso terminado de 0.38 m a la parte inferior de la caja

1.1.7 Apagadores: 1.22 a 1.23 m; estas mismas alturas son aplicables a clósets y alacenas de cocina.

1.1.8 Planta de luz auxiliar: Funciona automáticamente al interrumpirse la corriente eléctrica; puede funcionar con combustible.

1.1.9 Sistema contra incendios: Contará con extinguidores en pasillo y áreas de mayor concurrencia, su señalización debe establecerse de acuerdo al Reglamento de Seguridad. También contará con una toma en las áreas exteriores para la conexión con el cuerpo de bomberos.

1.1.10 Teléfonos: En las oficinas, en los exteriores e incluso en las zonas de convivencia o en los dormitorios de los albergados deberán instalarse teléfonos para que los habitantes puedan comunicarse fácilmente al interior del edificio y con su familia.

1.1.11 Timbre: Deben colocarse en todo el edificio sistemas de alarma e interfono en lugares específicos y con pulsos al alcance de los ancianos desde sus camas. Deben estar conectados con la zona de control, oficina del encargado, dormitorio u otra persona que tenga la responsabilidad de sustituir al encargado.

Debe haber video – portero en accesos, salidas y salas de descanso para vigilar a los ancianos. 6

3.2 CONDICIONES NECESARIAS PARA LAS ÁREAS FÍSICAS, MOBILIARIO Y EQUIPO:

La institución debe tener dos entradas: La principal y la de servicio, ubicadas a la mayor distancia una de la otra, la razón de esta distribución es que en el área de servicio llegaran todos los abastos del centro y será una de las zonas de mayor tránsito.

Las oficinas para el personal de similar jerarquía se recomienda que sean de análogo tamaño y ambiente agradable. ¹¹

3.2.1 Recibidor:

Este local se conceptualizará como el acceso a un hogar para personas de edad avanzada y no como un refugio o como una prisión.

Ubicada en la entrada principal, con dimensiones suficientes para instalar un juego de sala, integrado por dos sillones, de dos y tres plazas y una mesa de centro. Tendrá fácil acceso a las oficinas administrativas de las áreas de: dirección, admisión de usuarios, recursos humanos, recursos financieros y recursos materiales. ⁶

3.2.2 Oficina de admisión de usuarios:

En este local se realiza una platica previa a la aceptación del usuario donde se le da a conocer el reglamento, el funcionamiento y se le muestran las instalaciones. ⁶

Área física de dimensiones suficientes, que cuente con escritorio, sillón tipo ejecutivo, dos sillones interlocutor así como mobiliario y equipo para la revisión de los ancianos que ingresen. 9

- Para el desarrollo de éste programa, se asignará a un Trabajador social quien fungirá como responsable de éste
- El Trabajador Social realizará funciones de relaciones públicas, proporcionando información sobre los trámites y requisitos de ingreso a las personas que lo soliciten.
- Se realizará una entrevista de filtro al anciano y al responsable o familiar acompañante, la cual permitirá valor si es candidato de ingreso o es orientado sobre otras Instituciones para ancianos o sobre el cuidado y atención que amerite el anciano dentro de su núcleo familiar.
- En los casos en que el anciano cubra los requisitos socioeconómicos se citará para ser valorado por el servicio médico y psicológico de la institución. El médico solicitará los análisis y estudios que considere pertinentes, entregará la Historia Clínica a Trabajo Social, debiendo incluir sus observaciones y sugerencias sobre la posible aceptación del anciano en la Institución.
- Se recabará la valoración psicológica con las observaciones y sugerencias sobre la posible aceptación del anciano en la institución.
- Se recabará la valoración psicológica con las valoraciones y sugerencias sobre el posible ingreso.
- En caso necesario también se valorará psiquiátricamente al anciano.
- Si las sugerencias de las valoraciones son positivas el Trabajador Social orientará a los familiares o al anciano, sobre los lugares

donde deberá realizarse los análisis y estudios médicos solicitados y dará cita para la fecha de entrega.

- El anciano deberá entregar en el día asignado los resultados de los análisis o estudios del Trabajador Social quien los mostrará al médico que lo solicitó para su revisión.
- Trabajo Social basándose en los estudios obtenidos, realizará la investigación social del caso, elaborará el estudio social e integrará el expediente y propondrá el análisis del caso en la junta mensual con el Director y el demás personal para su aprobación.
- Si el caso es aceptado, se avisará al solicitante quien deberá presentarse en la unidad para efectuar la recepción del caso, ofreciéndole una cordial bienvenida.
- La recepción abarca:
 - Presentación del anciano con el Director del Establecimiento
 - Elaboración de la ficha de ingreso y registro.
 - Lectura y firma del **reglamento** de la Institución; que deberá seguir el interno, explicándosele detalladamente por escrito las obligaciones y derechos que tiene el residente, así como los servicios que la institución prestará a éste.
 - El reglamento se aplicará de acuerdo al tipo de paciente y necesidades del mismo.
 - Lectura y firma de la carta de derechos y obligaciones que deberá seguir el responsable.
 - Pago de cuota de restitución.
- El Trabajador Social acompañará al anciano a enfermería donde le revisarán su expediente, designarán su lugar y presentarán con el Gericultista responsable del dormitorio.
- La Gericultista lo llevará a su dormitorio y le mostrará la Institución haciéndole entrega de su (ropa de cama).
- El Trabajador Social presentará al anciano con sus compañeros de sala y con el Comité de Recepción (que previamente ha sido

formado por 8 residentes), para que colaboren con el beneficiario invitándolo a participar en las actividades programadas y hacer uso de las instalaciones de la Institución. El Comité de ingreso hará entrega del equipo (ropa personal).

- Se presentará al anciano a la Dirección y Talleres de Terapia Ocupacional.
- En los días siguientes el Trabajador Social supervisará que el anciano participe en las diversas actividades y vaya logrando su adaptación a la Institución. 18

3.2.3 Dirección:

Con dimensiones acordes para: sala de espera con dos sillones de dos y tres plazas, y mesa de centro; una oficina con escritorio, sillones tipo ejecutivo, dos sillones interlocutor, credencia; y la sala de juntas con mesa y ocho sillas.

La dirección y coordinación administrativa, situadas una cerca de la otra. 6

3.2.4 Oficinas administrativas:

Deberá ser de tamaño suficiente para el personal administrativo, que cuente cada una con escritorio y sillón para el desarrollo de las actividades inherentes y archiveros para activo fijo, guarda de expedientes del personal y desarrollo del trabajo del establecimiento. 9

3.2.5 Consultorios médicos.

La superficie apropiada para nueve consultorios; que cuenten con escritorio, sillón ejecutivo, dos sillones interlocutor, librero, archivero, mesa de exploración, bascula con estadímetro y botiquín surtido a las necesidades para el primer nivel de atención, además cada uno contará

con el material y equipo necesario de acuerdo a su especialidad y necesidad de atención. Estos consultorios pueden ubicarse en cada uno de los servicios que le corresponde o en una área específica que conjunte exclusivamente a los responsables. Este sería el mobiliario en común para cada consultorio, cambiará únicamente de acuerdo a la especialidad y si el médico necesita algún equipo o instrumental especial. 8,9

3.2.6 Consultorio dental

El aspecto físico del consultorio puede fomentar sentimientos de seguridad física y psicológica. El consultorio debe arreglarse de manera que proporcione comodidad y aislamiento si es necesario. La sala de espera debe presentar aspecto arreglado; la decoración será en colores suaves y tranquilos, que producen una sensación de seguridad. Los colores subidos con sombras contrastantes tienden a estimular y provocar excitación. Las cortinas deben ser de un color suave y los muebles serán cómodos. Aunque existen muchos estilos de muebles, las sillas deben ser cómodas y fáciles de usar para el paciente. El material de lectura para la sala de espera, será escogido con cuidado y, sean cuales sean, las revistas que puedan turbar u ofender a los pacientes no serán permitidas en la sala de espera. También puede ser peligroso en el consultorio los suelos resbalosos, las alfombras sueltas, las sillas poco seguras y una iluminación insuficiente. 9,10

CUADRO I.
AMBIENTE INTERIOR DEL CONSULTORIO DENTAL

PREOCUPACIÓN	CONSIDERAR	ALTERNATIVA
I. Sala de recepción/ consultorio. Movilidad con auxiliares ambulatorios.	Entrada / pasillo con 71 cm de libramiento	Proporcionar asistencia o vigilancia humana
Movilidad en silla de ruedas	Entrada / pasillo con 81 cm de libramiento	Silla de ruedas de transporte de 56 cm de ancho, se pliega para almacenamiento
Vueltas de la silla de ruedas	Radio de giro de 13 cm para uso independiente	Proveer asistente
Iluminación	Reducir el resplandor con cortinas y persianas iluminar zonas complementarias aplicar contraste y diferencia de intensidades en el color de mobiliario, alfombras y paredes	Emplear vidrio ahumado
Material para pisos	Eliminar alfombras y tapetes pequeños Tener pisos antiderrapantes	
Asientos	Firmes, sólidos, de 43 cm de altura, ángulo entre respaldo y asiento de 90 a 105 grados; amplios descansabrazos que se extiendan hasta el borde del asiento	Proveer de asientos de varias alturas
II Sanitarios. Excusados	Barra oblicua para asimiento fija a la pared; extremo inferior próximo al excusado, a 81 cm del piso; extremo superior a 1,32 m de éste	Otras configuraciones dependen de la colocación del retrete
Lavabo	Fijar barras de asimiento al asiento del excusado Llaves gemelas de control por palanca, paleta o balancín	
Puerta	Manijas de tirón o palanca	Puerta de cortina

Bibliografía 12

3.2.7 Trabajo social:

Constituida por cubículos para entrevista individual, que cuenten con escritorio, sillón ejecutivo y dos sillones interlocutor, archivero y estantes.

14,15

3.2.8 Psicología:

Con dimensiones suficientes para trabajo individual, y grupal para máximo 8 usuarios, constituida por cubículos que cuenten con escritorio, sillón ejecutivo, dos sillones interlocutor, silla y un estante para guardar material. Las oficinas de trabajo social y psicología situadas cerca de la oficina de admisión de usuarios.

14,15

3.2.9 Comedor:

Espacio donde los usuarios toman sus alimentos. Se calcula según el número de comensales y se diseña con amplias circulaciones para que se desplacen sillas de ruedas. Debe haber espacio para inválidos en las mesas. Las esquinas del mobiliario se redondean para evitar accidentes.

El personal administrativo deberá tener un espacio independiente. 6

Área física de dimensiones acordes para: mesas de cuatro plazas con sillas adecuadas y suficientes. Área de lavamanos dentro o cerca al comedor, que tenga espacio suficiente para colocar lavabos uno por cada diez ancianos. 9

3.2.10 Cocina:

Situada junto al comedor, amplia para el libre tránsito.

Se requiere espacios para oficina de trabajo administrativo de requisiciones, elaboración de menús, control y supervisión de recursos; espacio para la preparación de alimentos, estufa con quemadores, horno,

extractor de humos y gases y mesa de trabajo; espacio para la recepción y conservación de alimentos y provisiones, cámara frigorífica con acceso inmediato al almacén en la sección de productos alimenticios y utensilios de cocina, por puerta independiente que conecte también a las áreas libres; barra para la distribución de alimentos inmediata al comedor, equipo y mobiliario para el lavado de platos y utensilios.

Los platos, vasos, tasas y cubiertos en cantidad de un juego por cada anciano, con características de buenas condiciones de aseo y conservación y de materiales que no representen riesgos. 14

1.2.11 Talleres ocupacionales:

Con diseño adecuado para colocar: Mobiliario y equipo de taller por especialidad y estantes para materiales, se considera que el espacio requerido por anciano es de 2 m².

3.2.12 Áreas verdes:

Los espacios abiertos son muy importantes para el desarrollo del anciano tanto física como psicológicamente. Sirven para relajarse y descansar corporalmente.

Espacios físicos al aire libre con dimensiones suficientes para que el anciano deambule, descansa y realice actividades de hortaliza y cuidado de plantas y flores. 6

3.2.13 Salones de usos múltiples:

Áreas con dimensiones suficientes para que cuente con muebles de sala, de una dos y tres plazas, mesas de 4 plazas y sillas cómodas para que los ancianos reciban visitas y puedan realizar actividades recreativas de grupo. 6,14

3.2.14 Servicio religioso:

Área con dimensiones suficientes para que los ancianos realicen oración o meditación, y que cuente con bancas y reclinatorios; este sitio preferentemente no se debe identificar con un solo credo. 6

3.2.15 Sanitarios:

Distribuidas cerca de los talleres ocupacionales, salones de usos múltiples, comedor y áreas verdes; cada sanitario será para el servicio de diez, ancianos por sexo; con excusado y lavabo para mujeres; y con excusado, lavabo y mingitorio para hombres 6

Los sanitario de los dormitorios deberán contar con:

Un inodoro. Que posea 55 cm de altura para que pueda ser utilizado por el anciano sin dificultad.

Apoyamanos. Para brindar mayor apoyo al anciano al levantarse y ayudar a mantener el equilibrio mientras se esta sentando.

Cabina de baño. La misma debe ser de superficie regular con un pequeño declive en una esquina para que el agua salga.

La perilla de la regadera debe estar colocada de 90 cm, de altura o también se puede utilizar una manguera extensible, deben ser fáciles de manejar.

Se debe colocar en el piso del baño, una alfombra u otro material antiderrapante. Las bañeras se colocan a 90 cm de altura con apoyamanos.

Silla de baño. Esta debe poseer apoyabrazos, respaldo y asiento. El asiento, para mayor comodidad debe poseer un agujero en el centro para que el agua fluya con más facilidad y la higiene corporal se pueda realizar con mayor efectividad.

Silla Inodoro. Estas sillas, poseen apoyamanos, respaldo y asiento con un agujero en el centro. En este agujero se ubica un recipiente para el

depósito de excretas. Algunos poseen rueditas lo que proporciona mayor seguridad y comodidad a la persona que lo utiliza.

Se puede utilizar para higiene corporal ya que está condicionada para ello.

Lavatorio. Debe localizarse a 1.20 m de altura para aquellas personas que se movilizan por sí solos y a 90 cm para personas que utilizan silla de ruedas, sin mueble debajo de la pileta, la conexión del agua se hará en la pared, de este modo la persona en silla podrá acercarse al mismo sin dificultad. 17

3.2.16 Dormitorios:

Espacio suficiente para distribuir el alojamiento de los ancianos en diferentes tipos de dormitorios, se identifican:

Dormitorio para matrimonios de ancianos:

Provistos de camas individuales o matrimoniales con buró y cíoiset para sus pertenencias; servicio sanitario con excusado, lavabo y regadera, con agua caliente y fría, además de las adaptaciones y equipo auxiliar adecuado antes citado.

Dormitorio para ancianos:

Por cada sexo con área física para alojar a máximo 2 ancianos, cada uno dispondrá de cama individual, buró, y estante para sus pertenencias, los espacios libres entre cada mueble será mínimo 120 cm. Y provistos de separadores corredizos para la individualidad del anciano: servicio sanitario anexo con un excusado, un lavabo y una regadera con agua caliente y fría. Se recomiendan regaderas tipo teléfono; las bañeras deben contar con asiento y con todos los accesorios necesarios para que el anciano se pueda sostener, levantarse y sentarse, en caso de que no

sea lo suficientemente fuerte; el lavabo, w. c y regadera, deben estar acondicionados para que pueda maniobrar una silla de ruedas y tener accesorios adecuados para un minusválido, como pasamanos y agarraderas

Dormitorio general para ancianos postrados:

Por cada sexo con área física para alojar máximo 8 ancianos, cuyas condiciones de salud requieren de un tratamiento especial. Cada uno dispondrá de cama tipo hospitalaria y buró; los espacios libres entre cada cama serán mínimo de 120 cm. Y provistos de separadores corredizos para la individualidad del anciano; servicio sanitario anexo con 2 excusados, 2 lavabos y 2 regaderas con agua caliente y fría y con las mismas características que el anterior. 6,8,17

3.2.17 Almacén:

Dimensiones suficientes para distribuir en tres secciones los anaqueles para la guarda, estiba y control de: Productos alimenticios y utensilios de cocina, ropa para el uso de los ancianos y blancos; y muebles, equipo e insumos de oficina de la institución.6,9

3.2.18 Área de guardia:

Área con dimensiones suficientes para el descanso del personal de guardia que cuente con: sillones de una y dos plazas y mesa de centro. Esta área estará situada cerca de los dormitorios.

3.2.19 Vestidor y sanitarios para el personal:

Que cuente con dimensiones suficientes por separado para cada sexo, en forma tal de que exista privacidad, provista de espacios para casilleros

individuales, bancas de madera o metálicas, espacio libre aproximado de 2 m². Por persona, gabinete sanitario y regaderas con agua caliente y fría.

3.2.20 Taller de mantenimiento:

Bien iluminado para efectuar las reparaciones suficientes y, que cuente con anaqueles para la guarda de muebles y equipo de compostura, así como de las herramientas y equipos de reparación; y espacio para la instalación de calderas que surtan de vapor y agua caliente a la cocina, a los baños de los dormitorios y a los vestidores del personal.

3.2.21 Lavandería:

Áreas suficientes para la oficina del servicio; mobiliario y equipo de lavado, secado, planchado y costura, estantes y entrepaños para almacenamiento de ropa limpia, barra de distribución, recepción y entrega de ropa limpia y sucia.

3.2.22 Cuarto de aseo:

Áreas físicas de dimensiones reducidas que cuenten con armario, lavadero y espacio para colocar utensilios de limpieza. Distribuidos estratégicamente en las áreas de servicios.

3.2.23 Espacios para la circulación:

Se consideran aquellos espacios libres de ocupación pero necesarios para conectar los diversos servicios del establecimiento y facilitar la libre deambulaci3n de los ancianos.

Accesos: Comprende el tramo que corre el individuo desde la calle hasta el vestíbulo principal para ingresar al interior del edificio. Cuando exista pendiente en el terreno es necesario ligar el vestíbulo por medio de una rampa. 6.9

Puertas: Se consideran puertas de por lo menos 90 cm libres, en los locales incluyendo sanitarios; barandales de apoyo de 5 cm de diámetro a 76 cm de altura.

Rampas: Se debe evitar la existencia de escalones; se suplen con rampas de pendiente máxima de 8% en interiores y 12% en exteriores en longitudes máximas de 10 m, considerando 0.90 m de ancho por persona en interiores y 1.50 m en exteriores. 6.17

CAPITULO IV

ORGANOGRAMA

Para realizar este apartado, se tiene como base lo referente a la organización, y a la estructura de los órganos administrativos

4.1 ORGANIZACIÓN FUNCIONAL

Se describen las funciones genéricas mínimas de los órganos administrativos para el centro multidisciplinario para la atención de personas de la tercera edad.

4.1.1 LA DIRECCIÓN:

- Planear, organizar, integrar, dirigir y controlar los programas establecidos para la institución.
- Difundir y guiar la aplicación de las normas técnicas, manuales y demás ordenamientos que en materia de atención a los ancianos establezca la Secretaría de Salud.
- Apoyar y participar en la consolidación del subdirector de asistencia social mediante la propuesta de normas técnicas o manuales.

4.1.2 LA ADMINISTRACIÓN:

- Organizar, integrar, dirigir y controlar las actividades que apoyan los servicios sustantivos.

- Coordinar, supervisar y evaluar las actividades de apoyo administrativo, para disponer oportunamente de los recursos humanos, materiales y financieros que se requieran.
- Vigilar y supervisar que el presupuesto autorizado a la institución sea ejercido con oportunidad y con estricto apego a los lineamientos que en la materia se establezcan.
- Proporcionar y controlar los recursos materiales y servicios generales para que apoyen el buen desarrollo de las actividades de la institución.

4.1.3 FUNCIONES DEL COORDINADOR MÉDICO:

- Organizar, integrar y controlar las actividades del servicio.
- Esta a cargo de la coordinación de las especialidades médicas en la institución.
- Aplicar a los ancianos las acciones que correspondan al primer nivel de atención en salud.
- Coordinar la canalización de los ancianos que requieran atención médica, a las instituciones competentes.
- Dirigir y vigilar el reacondicionamiento físico del anciano.

4.1.4 EL PERSONAL DEL SERVICIO DE ACTIVIDADES OCUPACIONALES Y RECREATIVAS:

- Integrar, dirigir y controlar las actividades del servicio.
- Organizar y aplicar los programas de terapia ocupacional y recreativa en beneficio de los ancianos.
- Diseñar e implementar actividades de recreación en las que participen los ancianos para su bienestar personal.

4.1.5 ÁREA DE PERSONAL APOYO ADMINISTRATIVO.

- Organizar y controlar los servicios generales que apoyen el buen funcionamiento de la unidad.
- Programar y controlar las actividades de transporte, infendencia, cocina, mantenimiento, mensajería y vigilancia que se genera en la institución.
- Realizar el mantenimiento del inmueble, muebles y equipo de institución
- Formular el inventario y controlar el almacén

4.1.6 ÁREA DE RECURSOS FINANCIEROS:

- Planear, organizar, y dirigir los recursos financieros que apoyan los servicios sustantivos.
- Realizar el control y registro del ejercicio del presupuesto asignado a la institución.
- Elaborar los estados financieros y control de las operaciones contables de la institución.
- Elaborar y proponer el presupuesto anual de la institución.¹⁹

4.2 DESCRIPCIÓN DE LOS SERVICIOS

Se compone de los servicios sustantivos mínimos que integran el establecimiento de casas hogar para ancianos.

Objetivo general

Proporcionar a través de un hogar colectivo servicios que cubran las necesidades físicas, psíquicas, sociales y culturales para mantener el bienestar biopsicosocial del anciano en estado de abandono o desamparo.

Objetivos específicos

- Atender socialmente en forma inmediata y oportuna a los ancianos en estado de abandono o desamparo.
- Dar al anciano a través de los servicios de alojamiento, alimentación, reacondicionamiento físico, vestido y actividades ocupacionales y recreativas, los elementos necesarios para promover su salud integral.
- Reintegrar al anciano, de acuerdo a los intereses personales que manifieste, a la vida social y productiva.
- En conjunto la descripción de servicios que a continuación se mencionan, consolidan los objetivos antes mencionados.

4.2.1 Admisión de usuarios

Objetivo del servicio:

Efectuar el ingreso del anciano en forma pronta y ordenada y mantener actualizado el registro de la población.

Descripción genérica del servicio:

Coordinar el aspecto administrativo de ingreso y egreso de los ancianos.

Descripción de servicios básicos:

Recibir al solicitante del servicio proveniente de instituciones de la comunidad, de la familia o del mismo anciano.¹⁹

Registrar ingresos, reingresos y egresos de ancianos.

Gestionar ante las instituciones de salud, la valoración del estado de salud del anciano.

4.2.2 Trabajo social

Objetivos del servicio:

Promover las actividades necesarias para el diagnóstico y atención social de los ancianos.

Descripción genérica del servicio:

Realizar acciones en materia de planeación, organización, dirección y control, en lo concerniente a las actividades técnicas propias del servicio.

Descripción de los servicios básicos:

Coordinar la integración del anciano en cuanto a su adaptación a la unidad, en base a las valoraciones proporcionadas por las demás áreas de servicio.

Aplicar los estudios técnicos que requieran.

Emitir dictamen técnico de trabajo social principalmente para:

- Tramitar la canalización del anciano a las instituciones de salud correspondientes en caso que se requiera.
- Realizar tramites legales que resulten necesarios ante los órganos competentes sobre la situación del anciano.

Brindar tratamiento social al núcleo familiar de origen, para mantener relaciones afectivas con el anciano o para la posible reintegración de este al hogar.

Realizar el seguimiento de casos con los ancianos reintegrados de origen o a la institución correspondiente.

Participar en la coordinación con los demás servicios para la integración de actividades de conjunto y/o de apoyo.

4.2.3 Psicología

Objetivo del servicio:

Fomentar la adaptación del anciano dentro de centro para prevenir alteraciones en su salud mental.

Descripción genérica del servicio

Llevar a cabo el manejo psicológico que permita conocer, conservar y promover la salud mental del anciano.

Descripción de los servicios básicos:

Aplicar las evaluaciones psicológicas a los usuarios del servicio

Dar tratamiento psicológico a los ancianos que lo requieran.

Realizar revaloraciones psicológicas a los ancianos.

Emitir dictamen técnico correspondiente para la canalización en los casos que así lo requieran

Participar en la coordinación con los demás servicios para la integración de actividades de conjunto y/o apoyo.

4.2.4 Servicio médico

Objetivo del servicio:

Proporcionar a los ancianos la vigilancia a la salud de acuerdo a los programas respectivos así como promover el adecuado tratamiento en instituciones médicas según corresponda.

Descripción genérica del servicio:

Realizar acciones referentes al conocimiento de la situación actual del estado de salud de los ancianos, y en los casos que lo ameriten conjuntar los documentos para canalizarlos a otras instituciones competentes en materia de atención médica

Descripción de los servicios básicos:

Atender emergencias y prestar atención primaria dentro de su capacidad.
Llevar el control de salud de la población atendida en el establecimiento.

Canalizar a los ancianos a instituciones de salud para diagnóstico y tratamiento médico ambulatorio o a través de internamiento; así mismo en los casos que lo requieran para la rehabilitación a su invalidez.

Administrar, vigilar y controlar, los medicamentos prescritos por el servicio médico consultado.

Aplicar programas de reacondicionamiento físico para prevenir invalidez y rehabilitar ancianos inválidos.

Participar en la coordinación con los demás servicios para la integración de actividades de conjunto y/o de apoyo.²⁰

4.2.5 Servicio Odontológico

Objetivo del servicio

Conocer las enfermedades médicas bucales más frecuentes en el anciano, así como su tratamiento.

Descripción genérica del servicio

Proporcionar al anciano con un costo mínimo la atención odontológica requerida en cada caso; ayudando en esta forma a mantener una imagen que reafirme su personalidad y le ayude a conservar una adecuada nutrición y salud.²²

Realizar los tratamientos dentales que los ancianos necesiten y llevar un programa de educación y prevención para la salud bucodental.²¹

Descripción de los servicios básicos

Se dedica a la atención y prevención de enfermedades bucodentales en los ancianos

Dará servicios integrales de rehabilitación y restauración de la mayor parte de los problemas dentales del anciano ²¹

Se darán tratamientos como: prótesis removible y fija, prostodoncia total, parodoncia, endodoncia, cirugía, operatoria dental y profiláctica.

Además contará con servicio de rayos x ²²

4.2.6 Nutrición

Objetivo del servicio:

Reforzar la salud del anciano a través del mantenimiento de sus nutrientes.

Descripción genérica del servicio:

Realizar acciones tendientes al mantenimiento de hábitos alimenticios, a la prevención y al tratamiento de la desnutrición, la supervisión de la calidad de los alimentos y su distribución conforme a las dietas y raciones elaboradas

Descripción de los servicios básicos:

Programar los menús cada semana que contengan dietas equilibradas, completas y adecuadas.

Preparación de dietas especiales para los ancianos que lo requieran, elaboración diaria de alimentos según los menús y dietas.

Coordinar la vigilancia del almacén sobre la conservación de los alimentos de acuerdo a sus características.

Mantener actualizado el kardex de los alimentos.

Participar en la coordinación con los demás servicios para la integración de actividades de conjunto y/o de apoyo. 20

4.2.7 Actividades ocupacionales y recreativas.

Objetivo del servicio:

Contribuir a la ocupación del tiempo libre de los ancianos a través del desarrollo de actividades en las que participen en forma activa y organizada.

Descripción genérica del servicio:

Realizar acciones concernientes a la organización y aplicación de los programas

Descripción de los servicios básicos:

Preparar el material necesario para el buen desarrollo de las actividades ocupacionales y recreativas.

Aplicar las actividades ocupacionales correspondientes.

Desarrollar actividades recreativas para la participación activa del anciano

Participar en la coordinación con los demás servicios para la integración de actividades de conjunto y/o de apoyo.¹⁹

4.2.8 Farmacia

Su función será abastecer los medicamentos y material de curación que necesite el centro así como surtir las recetas prescritas por los médicos.²³ Se encontrara ubicada en el área de servicios médicos.

Será atendida por un farmacéutico que preparará o surtirá las drogas.

Los médicos internos confeccionarán las recetas de los pacientes a cargo, y serán firmadas por el médico residente o asistente, anotando nombre del medicamento, dosis y presentación con letra clara. Además, los medicamentos que requieren ser solicitados en formularios especiales deberán comunicarlos en el tiempo ordinario a su jefe inmediato, para evitar sobrecargo a los médicos de guardia.²⁴

CAPITULO V

CONDICIONES NECESARIAS DEL PERSONAL POR ÁREA

5.1 PERSONAL ADMINISTRATIVO

5.1.1 Dirección

- Nombre del puesto: Director
- Número de personas en el puesto: Una
- Características: Profesional con conocimiento en atención a ancianos. Así como experiencia en administración de recursos.
- Responsabilidades mínimas: Dirigir el proceso administrativo en los servicios sustantivos y de apoyo en la casa hogar para ancianos.

5.1.2 Administración

- Nombre del puesto: Administrador
- Número de personas en el puesto: Una
- Características del personal: Profesional con conocimientos en administración de recursos humanos, financieros y materiales.
- Responsabilidades mínimas: Coordinar las actividades de las áreas a su cargo.

5.1.3 Contador

- Nombre del puesto: Jefe del área de contabilidad.
- Número de personas en el puesto: Uno

- Características del personal: Profesional especialista con experiencia en recursos financieros y materiales
- Responsabilidades mínimas: Coordinar, supervisar y evaluar las actividades de apoyo a la administración. 19

5.1.4 Abogado

- Nombre del puesto: Licenciado en derecho.
- Número de personas en el puesto: Uno
- Características del personal: Profesional especialista en asesoría jurídica y orientación legal.
- Responsabilidades mínimas: Brindar apoyo y orientación legal a los ancianos mediante la asesoría jurídica dando prioridad aquellos en quienes sus recursos económicos son precarios y les impiden tener otro tipo de auxilio jurídico particular.
 - ❖ El servicio se proporcionará como respuesta a una solicitud que el anciano deberá hacer por escrito demandando el servicio correspondiente y en esta forma exista la posibilidad de programar las actividades necesarias y específicas que requiera cada caso. Será en forma gratuita
 - ❖ El abogado llevara también los asuntos legales del centro multidisciplinario. 19,22

5.1.5 Secretarias

- Nombre del puesto. secretaria de...
- Número de personas en el puesto: Ocho distribuidas una en dirección, una en la administración, una por cada área de atención médica.
- Características del personal: Administrativo egresado de escuela con reconocimiento oficial y experiencia secretarial con dominio en taquigrafía y mecanografía.

- Responsabilidades mínimas: Realizar las actividades de dictado, ordenar y actualizar archivos, atender teléfonos, transcripción mecanográfica de oficios, cartas, estudios y notas según sea necesario.

5.1.6 Recepcionistas

- Nombre del puesto: Recepcionista.
- Número de personas en el puesto: Dos en el turno matutino y dos en el turno vespertino.
- Características del personal: Auxiliar administrativo.
- Responsabilidades mínimas: Recibir, atender y registrar al anciano que ingresa, orientar al público sobre los servicios que presta la institución, por medio de fichas o solicitudes.¹⁹

5.1.7 Jefatura de los servicios médicos

- Nombre del puesto: jefe de área del servicio de...
- Número de personas En el puesto: Uno por cada área de servicio médico a saber: Trabajo social, psicología, médico internista, geriatra, odontogeriatra, terapeuta físico, nutriólogo, enfermeras, gericultista, actividades recreativas y ocupacionales.
- Características del personal. Profesional especialista en el área a su cargo y con experiencia en la atención de ancianos.
- Responsabilidades mínimas: Coordinar, apoyar, supervisar y evaluar las actividades del área a su cargo.²⁰

5.1.3 Promotor de actividades recreativas y ocupacionales

- Nombre del puesto: Instructor de artes y oficios.
- Número de personas en el puesto: Uno por cada veinticinco usuarios del servicio en turno matutino y en turno vespertino.
- Características del personal: Técnico egresado de escuela con reconocimiento oficial y el conocimiento práctico en la conducción para la elaboración de manualidades.
- Responsabilidades mínimas: Enseñar o reforzar el conocimiento de una manualidad a través del desarrollo de la habilidad, interesar al anciano a ocupar su tiempo libre en una actividad gratificante y productiva.²⁰

5.2 Personal de apoyo administrativo

5.2.1 Cocinero

- Nombre del puesto: Cocinero.
- Número de personas en el puesto. Dos en el turno matutino y otro en el turno vespertino.
- Características del personal: Técnico, con experiencia en la preparación de alimentos.
- Responsabilidades mínimas: De acuerdo a las instrucciones del dietista, preparar y combinar los platillos según se indique en los menús.¹⁹

5.2.2 Mesero

- Nombre del puesto. Mesero.
- Número de personas en el puesto: Uno en turno matutino y uno en turno vespertino por cada veinticinco usuarios.
- Características del personal: auxiliar con experiencia en el trabajo de atender mesas.
- Responsabilidades mínimas: de acuerdo a las indicaciones que se den atender las mesas de los comensales sirviendo los alimentos y arreglando las mesas, así como ayudar en la cocina a lavar la vajilla y utensilios de cocina y cubiertos de mesa.

5.2.3 Técnico en control y almacenamiento

- Nombre del puesto: Técnico en control y almacenamiento
- Número de personas en el puesto: Uno en turno matutino y otro en turno vespertino.
- Características del personal: Auxiliar técnico.
- Responsabilidades mínimas: Estibar productos alimenticios, proveer a la cocina los insumos y controlar las entradas y salidas de los alimentos en el almacén.

5.2.4 Afanadora

- Nombre del puesto: Afanadora.
- Número de personas en el puesto: Una por cada veinticinco camas en turno matutino, una de guardia en turno vespertino y una en turno nocturno en jornada acumulada cada tercer día.
- Características del personal: Auxiliar.
- Responsabilidades mínimas: Turno matutino levantar a los ancianos arreglar las camas; turno matutino y vespertino auxiliar a los ancianos

ambulatorios que lo soliciten a la hora del baño, asear pasillos, corredores, baños y excusados de los dormitorios y en turno nocturno además realizar actividades eventuales de auxiliar de intendencia.

5.2.5 Galopín

- Nombre del puesto: Galopín
- Número de personas en el puesto. Uno en turno matutino y uno en turno vespertino por cada cincuenta usuarios.
- Características del personal: Auxiliar con experiencia en el trabajo de cocina.
- Responsabilidades mínimas: De acuerdo a indicaciones del cocinero, ayudar en la preparación de alimentos, lavar la vajilla y utensilios de cocina, así como realizar el aseo del área a su cargo, resguardar vajillas y cubiertos de mesa, en los horarios de alimentos, arreglar mesas y servir alimentos.

5.2.6 Costurera

- Nombre del puesto: Costurera.
- Número de personas en el puesto: Una en turno vespertino.
- Características del personal: Auxiliar con conocimientos en costura a mano y maquina.
- Responsabilidades mínimas: elaborar vestuario especial que requiera algún anciano, remendar la ropa que amerite, marcar la ropa de los ancianos, mantener aseada el área de trabajo, equipo y mobiliario que utilice.

5.2.7 Auxiliar de mantenimiento

- Nombre del puesto: Auxiliar de mantenimiento.
- Número de personas en el puesto: Para calderas uno en turno matutino y otro en turno vespertino, uno para trabajos de electricidad y otro para trabajos de plomería alternados en turno matutino y vespertino.
- Características del personal: Auxiliar con conocimiento específico en cada requerimiento.
- Responsabilidades mínimas: Aplicar los programas de mantenimiento preventivo, correctivo y de conservación en las áreas respectivas.

5.2.8 Vigilante

- Nombre del puesto: Vigilante.
- Número de personas en el puesto: Uno en el turno matutino otro en el turno vespertino y uno en el turno nocturno, en jornada acumulada cada tercer día
- Características del personal: Auxiliar.
- Responsabilidades mínimas: Vigilar la seguridad de la institución.

5.2.9 Auxiliar de intendencia

- Nombre del puesto: Auxiliar de intendencia.
- Número de personas en el puesto: uno por cada 400 mts.² En turno matutino y uno de guardia en turno vespertino.
- Características del personal: Auxiliar.
- Responsabilidades mínimas: Mantener aseadas las áreas a su cargo. Cuidar la conservación del edificio y reportar las reparaciones que se ameriten.

5.2.10 Chofer

- Nombre del puesto. Chofer.
- Número de personas en el puesto: Uno en turno matutino y otro en turno vespertino.
- Características del personal: Auxiliar con licencia de manejo.
- Responsabilidades mínimas: Conducir los vehículos de la institución de acuerdo a las necesidades

5.2.11 Auxiliar de lavado y planchado

- Nombre del puesto: Auxiliar de lavado y planchado.
- Número de personas en el puesto: Cuatro por cada cincuenta ancianos, distribuidos dos en el turno matutino y dos en el turno vespertino.
- Características del personal: Auxiliar.
- Responsabilidades mínimas: mantener lavada y planchada la ropa de los ancianos y de la que haga uso la institución. Limpieza de maquinas, lavaderos, muebles y el local.¹⁹

5.2.12 Personal voluntario

Constituye un auxiliar importante en la realización y en el éxito la atención institucional. Es el lazo de unión entre el personal y los servicios de salud y la comunidad.

Debe estar bien enterado de la organización del centro, de los servicios que presta, de los requisitos para obtenerlos y de los horarios en que se imparten.

A de conocer los principios de la higiene personal, y la importancia de la atención médica oportuna.¹⁵

5.3 Personal Médico

5.3.1 Médico Geriatra

- Nombre del puesto: Geriatra
- Número de personas en el puesto: Uno por turno.
- Características del personal: Profesional con especialidad en geriatría
- Responsabilidades mínimas: El geriatra debe atender al anciano tanto en situación de enfermedad. Debe prestar atención tanto a los aspectos clínicos presentes en sus enfermedades como a la prevención de las mismas. De forma especial y particular los aspectos sociales que pueden influir en la salud del anciano como son la soledad, el aislamiento, la dependencia.²⁰

Los objetivos del Geriatra son:

- Prevenir la enfermedad vigilando la salud del anciano.
- Evitar la dependencia. Cuando aparece la enfermedad hay que evitar que evolucione la cronicidad y en muchos casos a la invalidez. Los ancianos que lleguen a la dependencia total deben ser los estrictamente inevitables.
- Dar una asistencia integral. Debe ocuparse de toda la problemática médica, funcional, mental, y social del anciano mediante una valoración geriátrica global, programada exhaustiva con la colaboración multidisciplinar de otros profesionales integrados en equipo con el médico geriatra.
- Rehabilitar. Debe intentar recuperar a los pacientes que han perdido su independencia física o social tratando de mantener al anciano en la comunidad
- Proporcionar un cuidado progresivo del anciano. Desde el inicio de su enfermedad hasta completar la rehabilitación de este

proceso y volver a su situación basal previa, el anciano puede tener diferentes necesidades de asistencia según el momento. Se debe responder a estas necesidades.²⁵

- Para el correcto desempeño de sus actividades, el médico geriatra requiere el desarrollo de ciertas actitudes además de la capacidad para llevar a cabo algunos procedimientos de diagnóstico y tratamiento que se detallan a continuación.
- Desarrollar una actitud de respeto y optimismo en el cuidado del anciano que, aunque positiva, sea realista frente a los problemas de la vejez.
- Ser capaz de reconocer la gran heterogeneidad en el grupo de los ancianos con respecto a salud, estado mental, situación social, funcionalidad, valores y deseos
- Desarrollar una comprensión de la globalidad del proceso de desarrollo e identificar a la vejez como parte integral de ese proceso, de valor equiparable a cualquiera otra etapa del mismo.
- En suma: Contar con los elementos para favorecer en sí mismo y en los demás (especialmente sus colaboradores médicos y paramédicos) una actitud humanitaria y positiva hacia el anciano y reconocer y experimentar la satisfacción profesional que se desprende del contacto con el anciano y sus familiares
- Capacidad para discriminar dentro de un problema clínico la enfermedad, el padecimiento y la situación psicosocial.
- Reconocer que la resolución de los problemas clínicos es la experiencia.
- Desarrollar una actitud crítica ante su propio trabajo y el de los demás.
- Reconocer en los pacientes a la fuente y el objeto mediato o inmediato de toda investigación; lo que no significa pasar por alto que se trata de personas y no meros objetos de experimentación
- Obtener de manera confiable, los datos clínicos relevantes de un problema clínico geriátrico.

- Registrar dentro del expediente clínico de manera precisa y completa, los datos clínicos relevantes, incluyendo aquellos de la esfera psicosocial.
- Formular la(s) hipótesis diagnóstica(s) más apropiada(s) para integrar así los datos clínicos y guiar la evaluación del paciente geriátrico.
- Usar racionalmente las pruebas diagnósticas para confirmar y sustentar una impresión clínica; considerando criterios como: sensibilidad, especificidad, validez predictiva y relación costo / beneficio, con particular énfasis en el riesgo iatrogénico
- Interpretar adecuadamente los resultados de las pruebas diagnósticas e instrumentos de evaluación funcional correlacionándolos siempre con la clínica y la situación psicosocial del paciente.
- Formular las decisiones preventivas, terapéuticas y de rehabilitación oportunas y apropiadas para la resolución de los problemas clínicos dentro del campo de la geriatría, tomando en cuenta sistemáticamente la opinión y valores del individuo enfermo.
- Ejecutar eficientemente los procedimientos de prevención, diagnóstico, terapéutica, rehabilitación y reinserción social en el paciente geriátrico.
- Interpretar adecuadamente los efectos del plan terapéutico propuesto para la resolución de un problema clínico, reconsiderando sistemáticamente sus posibles modificaciones.
- Jerarquizar apropiadamente los problemas clínicos del enfermo geriátrico, teniendo en cuenta la prioridad del enfoque funcional
- Evaluación geriátrica global con base en la metodología del proceso de evaluación geriátrica incluyendo:
 - Examen clínico orientado con anamnesis y exploración física, (con énfasis en factores de riesgo de deterioro funcional)
 - Evaluación de marcha y balance

- Evaluación del estado nutricional
- Evaluación preoperatoria y del riesgo quirúrgico
- Examen de las funciones mentales
- Evaluación funcional multidimensional
- Evaluación de incapacidades
- Evaluación psicosocial, incluyendo elaboración de un familiograma con diagnóstico social.²⁶

5.3.2 Odontogeriatría

- Nombre del puesto: Odontogeriatría
- Número de personas en el puesto: Dos por cada turno.
- Características del personal: Profesional en Odontología con especialidad en Geriátrica.
- Responsabilidades mínimas: Atender a los ancianos en forma individual y aplicar los esquemas profilácticos, terapéuticos y de rehabilitación del aparato estomatognático para la solución de los problemas de la salud oral de los pacientes de la tercera edad.²⁰

A fin de que los ancianos puedan vivir lo más dignamente posible, es necesario proporcionarles los cuidados de salud de una manera que reconozcan sus necesidades no sólo como pacientes sino también como una categoría muy especial de gente. El odontogeriatra debe y puede ocuparse de factores personales que influyen en el tratamiento comprensivo no únicamente paliativo, de las personas de edad avanzada. Los aspectos psicológicos del envejecimiento merecen nuestra atención. Al proponer un plan de tratamiento no hay que olvidar que los pacientes de edad son menos hábiles y más lentos para adaptarse o luchar con estados de tensión.

El dentista tiene la necesidad y obligación de conocer y reconocer los cambios que están ocurriendo en un anciano, con la finalidad de brindarle un tratamiento integral, así como colaborar con el equipo médico y psicológico interdisciplinario de manera eficaz cuando sea necesario.

Por tanto, es necesaria la formación académica del dentista en el campo de la odontogeriatría de manera formal e integral, ya que esta formación se adquiere en cursos o diplomados posteriores a la obtención del grado, y muchos jóvenes dentistas que tienen la necesidad de atender ancianos en sus consultorios no saben cómo hacerlo.²¹

Sin embargo, el Odontólogo debe procurar evitar mencionar recordatorios obvios de que los pacientes geriátricos son personas viejas. Aunque el enfermo de edad avanzada sea menos capaz de sobrellevar sus problemas, tiene derecho a la autoestimación general. Esto significa que para establecer una comunicación útil con ellos, el dentista debe tomar en cuenta que su motivación para obtener y continuar cuidados de salud es influida por conceptos de tipo cultural.

Hasta donde sea posible, el dentista necesita ayudar a estos pacientes a encontrar y concentrarse en los aspectos positivos de su estado de salud. Es clásico encontrar en los ancianos una secreción salival disminuida, mucosa bucal más delgada y mayor resorción del hueso alveolar en las regiones edentulas.

El dentista debe ser sensible a las necesidades y esperanzas de las personas de edad que acuden al consultorio.

Cabe señalar y repetir que lo que el dentista hace para ser comprensivo al ocuparse del paciente geriátrico está vinculado con lo que las personas de edad piensan y sienten es significativo. Lo que parece ser importante desde el punto de vista de las prioridades dentales puede no ser necesariamente importante o intelectualmente significativo para el paciente.

Aunque las necesidades personales del paciente geriátrico suelen ser muy complejas, al tratar con ese tipo de personas es necesario demostrar ante todo respeto para la edad.

Después de esta primera etapa realizada para conocer al paciente geriátrico, llega el momento de encausar las expectativas del enfermo hacia un examen bucal completo.

Después del examen bucal es preciso correlacionar la información obtenida para así poder explicarle al paciente el tipo de tratamiento que necesita.

El Odontogeriatra, al educar al paciente geriátrico en cuanto a sus necesidades dentales, ayuda a todos los que participan en el trabajo de tal suerte que la toma de decisiones y el esfuerzo serán responsabilidad solidaria.

Seguramente los dentistas dedicados a enfermos de edad irán incorporándose cada vez más a los equipos de cuidados de salud general. El tratamiento de pacientes con enfermedades generales requieren talento para la coordinación y colaboración con médicos, enfermeras, farmacólogos, psicólogos y tecnólogos médicos encargados de la salud del senescente.

Los pacientes deben estar conscientes de la importancia del tratamiento dental, que requiere puntualidad en las citas. La presencia de enfermedades debilitantes disminuye la tolerancia y capacidad de adaptación de cualquier enfermo; los problemas psicológicos como la depresión son de observación común.¹³

Objetivos de la odontogeriatría

- Capacitación del Cirujano Dentista, para atender los componentes multidimensionales de la Vejez
- Desarrollar las habilidades y conocimientos necesarios requeridos para atender la demanda de Salud Bucal en el paciente geriátrico.
- Formulación y realización de actividades de investigación en el área odontogeriátrica.
- Estructuración de un modelo de interés académico para el desarrollo nacional de la Odontogeriatría. ²⁷

5.3.3 Médico Internista

- Nombre del puesto: Residente de Medicina Interna.
- Número de personas en el puesto: Uno en turno matutino, uno en turno vespertino y uno en turno nocturno en jornada acumulada cada tercer día
- Características del personal: Residente rotatorio de 3er. Año proporcionado por el organismo autorizado.
- Responsabilidades mínimas: Realizar las actividades de medicina que correspondan al primer nivel de atención en salud, dirigir y coordinar las actividades de gericultura, promover y participar en cursos de capacitación al personal.¹⁹

El médico internista se ocupa especialmente del tratamiento de las enfermedades generales no quirúrgicas de los órganos internos de los pacientes.²³

La práctica de la Medicina Interna requiere poseer un determinado campo de conocimientos, dominar un conjunto de habilidades y disponer de una serie de actitudes psíquicas y humanas.

Aunque estos rasgos son comunes a la mayoría de las disciplinas clínicas, la integración simultánea de todas puede proporcionar una aproximación al perfil profesional del especialista en Medicina Interna.

El campo de conocimiento médico de la especialidad tiene una clara proyección fisiopatológica. El objeto fundamental de la Medicina Interna es el estudio de los mecanismos, por lo que todas las enfermedades pueden conducir a una situación en que la vida, esté amenazada. Estos mecanismos son similares a todos los procesos médicos o quirúrgicos: Fracaso de la respiración, la circulación o los sistemas de mantenimiento del equilibrio del medio interno. Esto condiciona que el campo de conocimiento de la Medicina Interna se encuentre más próximo a la Fisiopatología, ya que junto a los diagnósticos clínicos habituales, el

internista ha de manejar un diagnóstico funcional, del que va a depender el nivel de soporte vital a que ha de ser sometido el enfermo.²⁹

El médico interno cumple funciones de suma importancia para el Hospital y para su formación personal, tanto académica como práctica.

Su superior inmediato es el Médico Residente; con el que se comunicará ante cualquier problema que no pueda resolver.

El Médico Interno será el responsable de que todas las historias clínicas y examen físico de los pacientes estén completos. Para procedimientos diagnósticos y tratamiento en caso de pacientes delicados debe estar muy pendiente de la evolución clínica, de laboratorio y gabinete para varias pautas terapéuticas, siempre en estrecha comunicación con su superior inmediato.²⁴

5.3.4 Trabajador Social

- Nombre del puesto: Trabajador Social
- Número de personas en el puesto: Una por cada treinta y cinco ancianos en turno matutino y uno de guardia en turno vespertino.
- Características del personal: Técnico con experiencia en manejo de aspecto legal, social y con conocimientos de los recursos de la comunidad.
- Responsabilidades mínimas: Realización de estudio social en todos los casos, tratamiento social, y seguimiento de todos los casos.²⁰

Debido a la creciente aparición de problemas sociales, la intervención del trabajador social resulta ser de gran importancia en los diversos campos de ejecución, ya que el Trabajo Social es una profesión del área de las ciencias sociales que tiene como objeto la superación e integración del individuo y de su colectividad, valiéndose de los medios que ésta le proporciona, sin dejar de lado su objetivo principal que es el de resolver

científica y prácticamente, sobre una base individual y colectiva los conflictos que surgen de los diversos problemas socioeconómicos.

Dentro de la situación actual que nos envuelve a todos, surge el Trabajo Social Geriátrico, que hace su aparición como respuesta al reclamo de una atención especializada que reintegre a la persona mayor edad al núcleo del que poco a poco se le ha retirado. Considerando pues que la Geriatría deberá ser desempeñada por un equipo multidisciplinario en el cual la participación del trabajador social representa una de las bases fundamentales en el ofrecimiento de la asistencia geriátrica.

Entre las diversas funciones del Trabajador Social en el Consultorio Geriátrico, mencionaremos las más importantes

Es el puente o enlace de comunicación entre el medio social en que se desarrolla el paciente y el consultorio geriátrico.

Cuando la persona mayor de 60 años acude por primera vez a solicitar el servicio, es precisamente con el Trabajador Social con quien establece el contacto inicial en el momento de la elaboración de la ficha o estudio socioeconómico, que de primera instancia permiten a médico y trabajador social conocer de una forma somera la situación social, económica y emocional que hasta entonces la persona vive.

Posteriormente el Trabajador Social realiza la visita al domicilio del paciente, con el objetivo de corroborar los datos obtenidos en la primera entrevista; además de ejecutar una investigación detallada en relación con la verdadera situación por la que atraviesa la persona mayor. Generalmente la realidad social del paciente repercute notablemente en sus padecimientos físicos, psicológicos, o también puede suceder que estos padecimientos sean producto del estado social en que se encuentra.

Una vez determinado el tratamiento clínico y el plan social a seguir queda bajo la responsabilidad del Trabajador Social movilizar los recursos que ofrece la familia, la comunidad y la sociedad misma, y encausarlos a lograr el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Cuando el Consultorio Geriátrico tiene como fin el de ofrecer consulta externa a personas mayores de 60 años, de escasos recursos, se atienden casos de ancianos que viven en crisis económica, que no les permite, por su propia cuenta conseguir una mejoría en varios sentidos. Por ejemplo en el caso de ancianos que requieren una atención clínicamente especializada.

En tales circunstancias la función del Trabajadora Social es ayudar a conseguir medios, de manera que la atención resulte garantizable y económica. Estimular a los voluntarios: Donadores de sangre, servidores sociales que colaboran en diversos sentidos, descuentos en los medicamentos, estudios de laboratorio y otros.

Otra de las funciones primordiales del Trabajador Social en el Consultorio Geriátrico es la promoción del anciano en la sociedad, a través de eventos sociales, culturales y recreativos, programas de orientación y educación, realizables con la familia y la comunidad misma que le rodea. Todo esto con el objetivo clave de concientizar a la sociedad en general del problema de la vejez, la importancia de este personaje en nuestra sociedad, sus múltiples alternativas, y todas estas situaciones que por diversos motivos se han dejado de lado.

Como podemos ver, la integración del profesional en Trabajo Social al equipo geriátrico y en especial en el nivel de Consultorio, es de variosa importancia ya que representa uno de los pilares fundamentales en la Asistencia Geronto-Geriátrica.³⁰

5.3.5 Psicólogo

- Nombre del puesto: Psicólogo
- Número de personas en el puesto: Uno por cada treinta y cinco ancianos en turno matutino y uno de guardia en turno vespertino.
- Características del personal: Profesional con experiencia en la atención psicológica a ancianos.

- Responsabilidades mínimas: Realización de estudios psicológicos, revaloración y tratamiento psicológico.²⁰

El psicólogo al igual como todos los profesionistas del campo de la gerontología tendrán que ofrecer alternativas para mejorar la calidad de vida.

Referente a este tema importantes psicólogos como Skinner han empezado a implementar las técnicas conductuales, en su libro de "disfrutar la vejez" que escribió con Vaughan en 1986. Duran y Torrado (1993) consideran que ha habido recientemente un incremento en las aplicaciones de la psicología conductual y las áreas de su aplicación son: 1) alteraciones cognitivas y de memoria; 2) demencia; 3) repercusiones en el comportamiento de los accidentes cerebrovasculares; 4) dolor 5) insomnio.

A continuación se describen las áreas de intervención en el campo profesional en los escenarios institucionales, en la que su labor es brindar "tratamientos no farmacéuticos de los trastornos mentales" (Revista Gerpress, 1995), y son los siguientes:

- 1) Formar parte del equipo interdisciplinario de valoración para los candidatos de edad avanzada a las instituciones gerontológicas.
- 2) Realizar una exploración del estado mental.
- 3) Brindar apoyo psicológico para lograr una adaptación emocional y conductual en la vejez.
- 4) Orientar y sensibilizar a los gerontes a que sigan con su tratamiento integral y farmacológico

A continuación se dan recomendaciones en el área de la psicogerontología para mejorar este campo profesional.

- 1) Los psicólogos deben de abordar al problema del envejecimiento y de la vejez con su enfoque ecléctico para abordar con éxito las intervenciones. El proselitismo de una escuela psicológica brinda soluciones parciales que no resolverán la problemática abordada.

- 2) En México no existe un instituto de enseñanza superior que imparta en la carrera de psicología materias sobre la gerontología, geriatría; e incluso se tiene desconocimiento sobre la existencia de la psicogerontología aunque sea en forma optativa.
- 3) La carencia de investigaciones en el área de la psicogerontología en nuestro país hace que se apliquen modelos extranjeros a las problemáticas planteadas. Aunque recientemente en Latinoamérica se está construyendo una gerontología cada vez más acorde a nuestra realidad histórica y sociocultural, considerando los avances en esta materia en los países desarrollados.³²

La labor del psicólogo en el área de la gerontología debe ser el compromiso de afrontar con técnicas y habilidades los problemas emocionales y conductuales de las personas de edad avanzada. Incluso debe promover ante las instituciones cursos, diplomados y/o la especialidad de una psicogerontología ya que se requerirán cada vez un mayor número de profesionistas que atiendan las demandas y necesidades de la cohorte mayor de 60 años en un futuro inmediato.³¹

5.3.6 Médico Residente

- Nombre del puesto: Médico Residente
- Número de personas en el puesto: Depende de las necesidades del centro
- Características del personal: Licenciado en Medicina con que, para su formación clínica, reside en un servicio hospitalario y residencias de ancianos.²⁰

Formación del Médico Residente.

Esta se realizará independientemente de la localización del residente, ya sea en su periodo de rotación inicial, básica geriátrica o en el periodo formativo específico. Se trata de una formación teórico-práctica continua en la que los niveles de responsabilidad serán

mayores a medida que el residente va avanzando a lo largo de los cuatro años del proceso formativo.

El contenido teórico de la formación se desarrollará a través de un programa establecido, seminarios, sesiones bibliográficas, sesiones clínicas propias e interdepartamentales. Actividades complementarias serán la realización de publicaciones, la asistencia a congresos, cursos y la práctica personalizada, especialmente recomendable, en el campo de la investigación.

El contenido práctico de la formación se adquirirá a través de las rotaciones siguientes:

1. Periodo formativo básico

El tiempo máximo total de referencia será de 24 meses. Durante el mismo se seguirá el siguiente plan estimativo de rotaciones.

a) Rotaciones fijas (tiempo estimado: 12 meses)

- Unidad Geriátrica de agudos (Rotación inicial aconsejable) 3 meses.
- Cardiología 3 meses
- Neurología 3 meses
- Psiquiatría 3 meses

b) Rotaciones optativas (Tiempo estimado: 6 meses)

Seleccionando al menos dos de las siguientes:

- Medicina Interna vs Unidad Geriátrica de Agudos 2-4 meses
- Reumatología 2-3 meses
- Neumología 2-3 meses
- Cuidados Intensivos 2-3 meses
- Radiología 2-3 meses

c) Rotaciones básicas Geriátricas (tiempo estimado: seis meses)

- Recuperación funcional geriátrica 2-3 meses
- Atención Primaria de Salud / Cuidados comunitarios 2-3 meses
- Servicios Sociales comunitarios 2-3 meses
- Cuidados Intensivos 2-3 meses
- Radiología 2-3 meses. 33

5.3.7 Gericultista

- Nombre del puesto: Gericultista
- Número de personas en el puesto. Dos por cada quince ancianos en turno matutino, Dos por cada quince ancianos en turno vespertino y dos por cada treinta ancianos en turno nocturno en jornada acumulada cada tercer día.
- Características del personal: Técnico especializado egresado de escuelas con reconocimiento oficial.
- Responsabilidades mínimas: De acuerdo a las instrucciones del residente realizar actividades de enfermería con los ancianos, bañar a los ancianos que requieren de ayuda, arreglar la cama de ancianos postrados o inválidos, apoyar los servicios de nutrición, terapia física, talleres y terapia ocupacional a través de atender y vigilar a los usuarios así como proporcionar alimentos a los ancianos postrados 20

Objetivo general

Atenderá las necesidades básicas del residente, logrando que la existencia del anciano sea satisfactoria, trabajando interdisciplinariamente con el equipo de salud.

Objetivos específicos

- Propiciar al anciano cuidados de Gericultura específicos y generales.
- Lograr la máxima independencia del anciano. brindándole apoyo y confianza.
- Otorgar atención individualizada de acuerdo a las necesidades y características del anciano.
- Planear y aplicar actividades que involucren los aspectos físicos, psicológicos y sociales de la población senecta.

Estrategias

- Entregará por escrito un plan de trabajo quincenalmente de las actividades que a de ejecutar.
- Llevará un control de atención individual de los residentes.
- Aplicación de los principios básicos de la Gericultura en cada una de las actividades que realice.
- Reforzar las actividades básicas cotidianas dependiendo del estado físico y mental del anciano.
- Propiciar que el anciano mantenga su unidad en buenas condiciones de higiene.
- Colaboración y/o ejecución personal del anciano.
- Motivar al anciano para que acuda puntualmente al comedor.
- Investigar y vigilar los factores que alteran la nutrición, prótesis inadecuada, anorexia, problemas de coordinación.
- Promover medidas preventivas en los ancianos por medio de pláticas y campañas.
- Protegerlos de causas extrañas a sus enfermedades tales como: Accidentes físicos, químicos y biológicos.
- Realizar visitas a las salas con trabajo social y médico.
- Canalizar al anciano a los servicios que requiera: médico, trabajo social, rehabilitación, etc.

- Colaborar en la medida de lo posible en las actividades y eventos especiales que se realicen por otras Coordinaciones.
- Colaborar conjuntamente con trabajo social en el Programa de Bienvenida.
- El Técnico Gericultista elaborará quincenalmente un plan de trabajo para la atención del anciano, ya sea individual o de grupo. 34,35

5.3.8 Nutriólogo

- Nombre del puesto. Nutriólogo
- Número de personas en el puesto: Una por cada turno.
- Características del personal: Profesional en conocimiento de calidad y cantidad de nutrimentos necesarios para los hombres.²⁰
- Responsabilidades mínimas:

La misión del nutriólogo es encauzar las preferencias alimenticias de las personas, como individuos o miembros de un grupo, cuando ingresan al sistema de atención médica.

Como persona encargada de vigilar por la salud, identifica las necesidades y hace recomendaciones sobre el aspecto nutricional.

El nutriólogo reúne datos exactos acerca de las prácticas alimentarias del anciano en relación con las necesidades de éste.³⁶

En la vejez, como en otras edades, se debe procurar que la dieta:

- Contenga alimentos variados.
- Permita mantener el peso esperado.
- Evite excesos de grasas saturadas y colesterol
- Incluya una cantidad suficiente de fibra.

- No contenga una cantidad excesiva de sodio o azúcares refinados.³⁷

Como la estancia de los ancianos en el centro multidisciplinario puede ser prolongada, se atenderán con mucho esmero sus preferencias alimentarias y sus costumbres culturales y religiosas. Es aconsejable que la comida sea atractiva y sabrosa. Hacen falta mayor variedad y flexibilidad en el menú, lo cual se logra con ciclos más largos de menús, con menús selectivos y con menús que ofrezcan más opciones. Dan buenos resultados las modificaciones del menú según la estación del año. Lo mismo sucede con el color, textura y sabor de los alimentos.

Las porciones tendrán un tamaño acorde a las necesidades de los ancianos; se darán sustituciones adecuadas cuando se rechacen algunos componentes del menú. Los suplementos entre comidas contribuyen de manera importante las porciones diarias generales. Es muy importante el horario de las comidas. Conviene espaciarlas de manera adecuada, para que no transcurra poco ni demasiado tiempo entre la cena y el almuerzo. Se pretende que el lugar se asemeje lo más posible al hogar y reinará en él un ambiente agradable. La comida es indispensable para que haya sentimientos de seguridad, por lo cual las comidas han de ser una especie de actividad recreativa. Con la celebración de cumpleaños, fiestas y acontecimientos especiales se crea una atmósfera más familiar. La terapéutica ocupacional y los programas de actividades pueden combinarse a veces con los servicios dietéticos al planear comidas en el patio, la realización de días de campo y otros festivales.³⁸

La naturaleza completa de los problemas geriátricos hace necesaria la participación del equipo interdisciplinario para la completa evaluación de las necesidades y problemas del anciano. Además de la evaluación del estado nutricional, se precisa conocer las condiciones socioeconómicas, la enfermedad de base, la accesibilidad a servicios asistenciales y las características de la personalidad.

Con base en la información recabada por el equipo interdisciplinario, es más fácil individualizar la atención para cada caso.

Deben tomarse en consideración los prejuicios y las limitaciones físicas del enfermo, al igual que su situación socioeconómica y, desde luego, sus preferencias. Sobre esta base se podrá acordar con el paciente una opción aceptable para ambas partes, que ofrezca resultados duraderos

El deterioro del estado nutricional puede ocurrir de manera precipitada; por ejemplo en el curso de una hospitalización o a lo largo de una enfermedad aguda. Por ello, la intervención debe ser temprana.

Integrado a los requerimientos fisiológicos y psico-sociales. Es decir, personalizado y con base en el conocimiento del individuo y de su entorno inmediato.

Con frecuencia no basta con proveer lo necesario para la alimentación

Se requiere todo un proceso de "rehabilitación" nutricia, donde la socialización y el contacto afectivo juegan un papel determinante.

Además de que el apoyo nutricional tenga las características citadas.³⁷

5.3.8 Dietista

- Nombre del puesto: Dietista.
- Número de personas en el puesto: Una en turno matutino.
- Características del personal: Técnico con experiencia en elaboración de dietas para ancianos.
- Responsabilidades mínimas: Planear los menús, raciones alimenticias y dietas, dirigir y controlar la elaboración de alimentos.²⁰

Es la principal consejera nutricional del equipo sanitario. La Comisión para el Estudio de Dietética la describe como "la que aplica la ciencia de la nutrición al arte de proporcionar alimentación óptima a la gente". Con educación y experiencia clínica supervisada, la dietista se convierte en el miembro especializado en la aplicación de la nutrición humana. Puede compartir esas funciones con otro integrante del personal médico; por

ejemplo, la enfermera, la trabajadora social, la experta en dietética o la ayudante de dietética. Sin embargo, el médico y ella son los verdaderos responsables de la calidad de la asistencia nutricional prestada por el personal médico y paramédico.³⁶

Prescripciones dietéticas en las enfermedades más comunes

ENFERMEDAD	PRESCRIPCIÓN DIETÉTICA
Cardiopatías (Angina de pecho o angor pectoris)	Dieta de contenido graso regulado (grasas saturadas y poliinsaturadas, con un contenido de grasas con un contenido de grasas menor de 25 a 30 por ciento de las calorías totales) Dar 5 a 6 alimentos pequeños al día.
Hipertensión	Dieta restringida en sodio.
Hipertensión Asociada a la obesidad	Dieta restringida en sodio y dieta hipocalórica
Infarto del miocardio	Dieta blanda e hipoenergética suministrada en 4 ó 5 alimentos al día El café sólo se suprime a los enfermos sensibles
Osteoartritis	Dieta hipocalórica, si existe obesidad
Estreñimiento	Dieta alta en fibra con ingestión de alimentos a horas fijas y abundantes líquidos Incluir ciruelas pasas y jugo de ciruelas en la dieta
Úlcera péptica (Gástrica o Duodenal)	Manejo Dietético de la Úlcera
Insuficiencia Hepática	Dieta normal hiperproteica Prohibido el uso de alcohol
Diabetes Mellitus o Diabetes Sacarina	Se suministran los alimentos a horas fijas y se reduce el peso de los obesos
Obesidad	Dieta hipocalórica
Epilepsia	Dieta cetógena
	Bibliografía 43

ESTA YESA NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

5.3.9 Enfermera

- Nombre del puesto: enfermera
- Número de personas en el puesto: De acuerdo a las necesidades del centro, podrían ser una enfermera por cada ocho ancianos.
- Características del personal: Profesional en enfermería
- Responsabilidades mínimas: La función propia de la enfermería es asistir al individuo sano o enfermo, en la relación de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o muerte pacífica las que realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal manera que lo ayude a ganar independencia a la mayor brevedad posible.²⁰

La atención de enfermería en geriatría contempla medidas rehabilitatorias que favorecen la auto valencia del enfermo; aspectos que habitualmente no se observan en la practica por la presión social y administrativa que rige en los centros de salud. Se da prioridad a la cantidad y no a la calidad de atención.⁴²

B. Henderson identifica que la enfermera puede establecer tres tipos de relaciones con el equipo las que dependerán de la valoración de las capacidades de este. La enfermera puede ser:

1. - Un sustituto: Cuando la dependencia del individuo es total; incapaz de establecer sus necesidades en forma autónoma por no tener la fuerza el valor o los conocimientos necesarios para ello. En esta situación la rehabilitación es fundamental para prevenir mayores complicaciones y fortalecer las capacidades remanentes
2. - De ayuda: Cuando apoya sus actividades, fomentando su funcionalidad a fin de mantener o motivar su independencia.
3. - Compañera: Al actuar como consejera o asesora que conserve su salud, dejándole en libertad de acción para tomar sus decisiones.³⁹

5.3.10 Terapeuta Físico

- Nombre del puesto: Terapeuta Físico
- Número de personas en el puesto: Uno por cada veinticinco usuarios con problemas de invalidez en turno matutino.
- Características del personal: Técnico egresado de las escuelas con reconocimiento oficial.
- Responsabilidades mínimas: Atender a los ancianos en forma individual o grupal en reacondicionamiento físico de la estructura corporal de ancianos postrados o con problemas invalidantes del sistema neuro-músculo-esquelético, sistema visual y otros bajo supervisión del servicio de rehabilitación consultado.²⁰

Sabemos que debido a los cambios que presenta el anciano, sus incapacidades físicas, alteraciones motoras y sensoriales lo predisponen a ser una persona con alto riesgo de sufrir accidentes y la mayoría de estos se presentan en el hogar por lo que la rehabilitación preventiva y curativa debe de estar presente y nunca descuidar este aspecto.

La conservación de la fuerza física, el equilibrio emocional y la utilidad social que es un beneficio obtenido por la interacción de un equipo multidisciplinario adecuado en el manejo del paciente geriátrico que presenta alguna patología invalidante.

Por lo que es indispensable la creación de este tipo de asistencia para personas ancianas; el enfoque del tratamiento del paciente en rehabilitación depende de la etiología básica del problema, para emplear los métodos específicos de la medicina física con el objeto de aliviar el dolor aumentar la amplitud de movimientos, aumento de la fuerza motora, de la destreza y resistencia.

Empleando elementos como el calor, el frío, ergoterapia, hidroterapia, radioterapia, masajes, electroterapia, radiaciones ultravioleta, etc. con el fin de mejorar el estado general del anciano y su panorama existencial,

empleando recursos como el de terapia ocupacional y prótesis en caso requerido.

Destinándose como un área física para este fin y el personal capacitado que dependiendo de las necesidades del grupo demandante pueda proporcionar:

- Enseñanza de la lectura de los labios en pacientes ancianos que requieran rehabilitación por presbiacusia.
- Enseñanza del sistema braille y desarrollo sensorial de los pacientes que presentan presbiopia o alguna alteración oftalmológica invalidante.
- Aplicación de recursos de la medicina física en el paciente con invalidez músculo-esquelético teniendo como meta que se preserve o alcance una amplitud normal de movimiento y un incremento en sus capacidades, disminuyendo un sentido de minusvalía, la sensación de improductividad y ayudando a mantener su independencia.⁴⁰

5.3.11 Terapeuta ocupacional

- Nombre del puesto: Terapeuta ocupacional.
- Número de personas en el puesto: Una por cada 30 usuarios con problemas de invalidez en turno matutino y vespertino.
- Características del personal: Técnico egresado de escuelas con reconocimiento oficial.
- Responsabilidades mínimas: Atender el reacondicionamiento físico de los ancianos inválidos que se encuentren impedidos para desarrollar sus actividades de la vida diaria en forma individual, bajo supervisión del servicio de rehabilitación.²⁰

Se encargará de ejercitar al anciano en una vida dinámica físicamente, tomando en cuenta las deficiencias propias de la edad.

Constituye una parte vital del programa rehabilitador, y a través de diversas técnicas como las recreativas, educacionales, funcionales, de

sostén, de auto-ayuda y ergoterapia se intenta una readaptación del anciano a su ámbito social, combatiendo la dependencia, utilizando para ello una serie de actividades bien coordinadas, aprovechando el tiempo libre, mejorando la independencia para las actividades de la vida diaria, logrando mayor motilidad y satisfactores económicos, así como fomentar la sociabilización del anciano. 40

Objetivos generales

- Fortalecer los Servicios de Terapia Ocupacional, reorganizando las áreas establecidas e incrementando otras necesarias que sean de interés general para el anciano.
- Atender integralmente las necesidades básicas en materia de salud, capacitación, cultura, recreación, afecto y comprensión, proporcionando un ambiente adecuado.
- Establecer una continuidad en los conocimientos adquiridos por el anciano a lo largo de las etapas cronológicas que ha superado: tratando de aprovechar al máximo sus experiencias y valores socio-culturales. Este proceso se plantea con una función psicológica de ayuda a crear conciliando las aptitudes individuales.
- Integrar al asilado de manera consciente a su comunidad adoptando una organización más dinámica, eficiente y autosuficiente, aprovechando de manera racional los medios de comunicación social.

Objetivos específicos

- Integrar a la mayor parte de la población a la actividad terapéutica, considerando su capacidad y estado de salud.
- Promover la participación del anciano en eventos culturales ya sea: Asistiendo, actuando o exponiendo sus trabajos de manera periódica pero constante.

- Asistir individual o grupalmente a los internos, de manera que sean partícipes de las actividades programadas.
- Proporcionar un sentimiento de satisfacción y utilidad en él, a través de la ejecución de tareas productivas
- Incrementar la autosuficiencia, dirigiéndolo en el establecimiento de normas que favorezcan su higiene física y mental.
- Promover en el anciano, la aplicación de los conocimientos adquiridos en sus actividades y ocupación anterior ajustándolas a su capacidad actual a través del empleo de nuevas técnicas en el desempeño de estas.
- Propiciar el diálogo entre los internos y el personal, favoreciendo un intercambio de experiencias y un mayor acercamiento.
- Favorecer las relaciones humanas entre los internos integrándolos en equipos de trabajo, intereses y preferencias.
- En coordinación con las áreas de gericultura y medicina, atender sus funciones visomotoras mediante el ejercicio de su percepción, imaginación, razonamiento, memoria y sensibilidad.

Estrategias

- Ampliar y fortalecer los medios de comunicación con los internos para permitir que ellos decidan la labor que más llame su atención y desean realizar, no importando el taller en que esta se ejecute.
- Establecer planes de trabajo semanal y mensual.
- Establecer horarios de trabajo específicos.
- El plan de trabajo semanal deberá contener:
 - Objetivo particular
 - Objetivo específico
 - Labor y actividades

- Forma de motivación
- Material e instrumentos necesarios
- Observaciones de la técnica de trabajo empleada
- Observaciones de la conducta de los internos
- El plan de trabajo mensual deberá contener:
 - Programa y diseño de los objetivos mensuales particulares
 - Evaluación de las técnicas empleadas y registro de ellas
 - Reporte de asistencia y conductas de los internos que asistan a los talleres de terapia ocupacional
 - Evaluación de los objetivos
- El plan de trabajo semanal será elaborado por el responsable de los talleres y revisado por el jefe de programa de talleres de terapia ocupacional
- El plan de trabajo mensual será elaborado por el jefe de programa de talleres de terapia ocupacional y supervisado por el coordinador técnico de psicopedagogía. 41

CAPITULO VI

EXPECTATIVAS FUTURAS

El modernizar los sistemas internos y aplicarlos en las unidades existentes, abre la posibilidad de que los nuevos centros de atención multidisciplinario para atención de personas de la tercera edad reúnan la tecnología científica para una mejor atención de una cada vez mayor población senescente en unidades abiertas a la demanda, organizadas bajo un sistema tendiente a cubrir las necesidades del anciano, el cual en principio, no debe ser separado de su familia ni de sus satisfactores personales mas que por circunstancias especiales.

Es indudable que las exigencias de la sociedad industrial actual, altera en muchas ocasiones la estructura tradicional de la familia, pues el buen funcionamiento de la primera, depende de la libre circulación de las personas; y aunque es casi imposible preservar intactos los sistemas tradicionales de parentesco, se hace necesario idear nuevos medios para conservar la cohesión social de la familia. El anciano se encuentra en gran parte condenado al ocio y a la soledad, abandonado así mismo al proceso de envejecimiento, sin proporcionarle medios eficaces para evitar o aminorar las crecientes incapacidades inherentes al mismo

La atención al senescente en un centro multidisciplinario de atención a personas de la tercera edad, comprenden el fomentar una serie de valores tales como: la solidaridad, el respeto, la autoestima, los sentimientos nobles y la responsabilidad entre otros. De ahí que la subdirección de normas de asistencia social proponga se tomen en consideración los siguientes apartados.

Los servicios que proporcione el centro multidisciplinario de atención a personas de la tercera edad, deben permitir al senescente desarrollar aptitudes y destrezas que no tuvo oportunidad de realizar anteriormente, por haberse insertado en el proceso del sistema productivo para poder subsistir él y su familia.

Se debe aprovechar la experiencia laboral y humana del anciano, para que encuentre satisfacción en lo realizado durante su vida. Así el acervo acumulado podría ser punto de partida para que las nuevas generaciones, construyan un mundo mejor.

El centro multidisciplinario de atención de personas de la tercera edad debe fomentar la interrelación familiar y social para estrechar los afectos del anciano. Esto le ayuda en su adaptación al nuevo ambiente, minimizar la ansiedad generada por desprenderse del hogar del que durante tantos años formo parte. Asimismo esta interrelación familiar permite al anciano elevar sus sentimientos de autoestima, al sentir que su presencia y opinión es todavía importantes a pesar de que su autoridad y valoración personal dentro del hogar se haya devaluado a través del tiempo.

Dentro de los objetivos principales del centro están:

- ✓ Respetar al anciano. El respeto debe caracterizarse por el amor a sí mismo y en la medida en que se ha dado este principio en cada persona se da la posibilidad de que trascienda al respeto por la integridad, y las creencias religiosas y filosóficas del anciano.
- ✓ Hacer participe al personal en el proceso de concientización, que el anciano es el elemento que le da razón de ser a la institución, que este viene en búsqueda de ser comprendido; que requiere de apoyo social y emocional; y por lo tanto, que es él, el que debe constituir el objetivo principal de sus acciones.
- ✓ Debe tenerse en cuenta que el personal adscrito llega al establecimiento con el objeto de obtener los medios para satisfacer

sus necesidades básicas; aunada en algunos casos, la posibilidad de ser reconocido profesionalmente; consideramos, que además de estos intereses deben conjugarse el amor por la humanidad y el apego al significado de lo que representa un anciano; por lo tanto, para que el trabajador cumpla satisfactoriamente con su deber, requiere de motivación y estimulación de tipo oral, escrito y material.

- ✓ Lo anterior ofrece la posibilidad de que las instituciones publicas, sociales y privadas que participan en la asistencia social conjuguen sus actividades en las nuevas tendencias de complementariedad y homogeneización de programas y enriquecimiento del servicio.²⁸

6.1 Derechos y Responsabilidades de las personas de edad

Si bien en 1982 la Asamblea Mundial de las Naciones Unidas sobre el Envejecimiento aprobó un plan de Acción internacional sobre el Envejecimiento complejo de gran alcance, no fue ese un documento que apelara al intelecto o a la sensibilidad de las personas de edad y tampoco llegó al público en general. Habida cuenta de que en 1992 se celebrará el décimo aniversario de la Asamblea Mundial, la federación internacional de la Vejez ha elaborado el proyecto de "declaración de derechos y responsabilidades de las personas de edad" que se adjunta a la presente nota. Posteriormente se presentará a las Naciones Unidas, para su aprobación, una declaración que incorpore las revisiones finales que se hagan a este proyecto. La declaración tiene un cierto carácter idealista. Tenemos plena conciencia de que en muchas naciones del mundo tal vez no se posible plasmar en el futuro próximo muchos de los principios ni las políticas consiguientes. No obstante, consideramos que es importante establecer metas por las cuales luchar y que sirvan como parámetro para evaluar los esfuerzos actuales.

A diferencia de otras declaraciones promulgadas por las Naciones Unidas, hemos agregado una sección sobre responsabilidades. En parte,

ello constituye una respuesta al espíritu de los tiempos actuales en que muchos de nosotros nos creemos llamados a ejercer un mayor sentido de responsabilidad para ayudar a preservar la calidad de la existencia en este planeta. Creemos a sí mismo que muchas personas de edad en particular tienen un mayor sentido de responsabilidad hacia sus sociedades y hacia las generaciones más jóvenes y acogerían complacidas el desafío que supone hacer frente a sus responsabilidades. La presente declaración se basa en la Declaración Universal de Derechos Humanos aprobada por las Naciones Unidas en 1948, así como en muchas otras declaraciones adoptadas por las Naciones Unidas a través de los años, como las que se relacionan con la mujer, el niño, el retraso mental, etc. Esta declaración tiene por objeto completar la Declaración Universal, no reemplazarla, y tratar de destacar las consecuencias de la Declaración Universal en lo que se refiere a las personas de edad.

La presente declaración también se basa en el Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento. Siempre que ha sido posible, hemos incorporado los términos originales del Plan de Acción (indicados entre comillas en el documento adjunto), dado que ya refleja un consenso internacional. (El apéndice incluye las secciones completas del Plan de Acción que se relacionan directamente con los principios del proyecto de declaración).

Habida cuenta de que la Federación Internacional de la vejez es una organización que también se interesa en cuestiones de política, siempre que corresponde hemos incorporado las expresiones que destacan las consecuencias de política de cada uno de los derechos o responsabilidades enunciado también en ese caso hemos tratado, dentro de lo posible, de utilizar los términos del Plan de Acción, en la medida en que se relacionan con este principio.

Una palabra sobre la evolución de este proceso. El proyecto de declaración se elaboró en la Federación utilizando los conocimientos de su personal y de sus organizaciones miembros y sobre la base de declaraciones formuladas en determinados países o regiones del mundo.

Además se ha iniciado un proceso de altas consultas internacionales tanto con las organizaciones que presentan a las personas de edad como con expertos en gerontología y derechos humanos. Tras obtener su asistencia para fortalecer esta declaración, esperamos que se unan a la Federación en apoyo de nuestros esfuerzos para que las Naciones Unidas adopten el documento final.

Declaración de Derechos y Responsabilidades de las personas de edad.

Para los fines del presente documento se ha adoptado la definición de las Naciones Unidas según la cual son personas de edad las que tienen 60 años o más

Considerando que en la Declaración Universal de Derechos Humanos se declara que todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos. Considerando que en el Plan de Acción internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por las Naciones Unidas, se reconoce que el problema del envejecimiento hoy en día no es solo proporcionar protección y cuidados sino también asegurar la intervención y la participación de las personas de edad.

Considerando que en todas las naciones ha aumentado en forma sin precedentes en la historia de la humanidad el número de individuos que vive hasta edades avanzadas.

Considerando que las funciones, las políticas y los programas apropiados para las personas de edad no se han mantenido a la par del aumento de su número y de su contribución potencial a la sociedad; y

Considerando que debido a la marginación y a las incapacidades físicas y mentales que la vejez pueda acarrear, las personas de edad corren peligro de perder sus derechos y de verse rechazadas por la sociedad a menos que esos derechos se determinen con claridad y que de igual modo se afirmen las responsabilidades que incumben a los miembros de más edad respecto a la comunidad en que viven.

Se declara que los derechos que deben asegurarse a las personas de edad y las responsabilidades que éstas reconocen con objeto de ocupar el lugar que les corresponde en la sociedad y continuar aportando sus contribuciones a ella, son los siguientes:

Sugerencias respecto de los Derechos de las personas de edad.

PRINCIPIOS GENERALES

Las personas de edad tienen derecho

Principio 1

A vivir con dignidad y en condiciones de seguridad y a no ser objeto de explotación y maltrato físico o mental.

Principio 2

A que se reconozca su individualidad y el hecho de que pertenecen a grupos étnicos, raciales, religiosos o socioeconómicos determinados

Principio 3

A ser tratados en condiciones de igualdad, sin discriminación por motivos de sexo.

Principio 4

A la libre determinación. Es especialmente importante el derecho de las personas de edad a "participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas, incluidas las que les afectan especialmente".

Principio 5

A recibir apoyo y cuidados de su familia en la medida en que ello sea compatible con los mejores intereses y deseos de la familia y de cada uno de sus miembros.

A. SEGURIDAD ECONÓMICA Y TRABAJO

Las personas de edad tienen derecho

Principio 6

A disponer de los medios para satisfacer las necesidades físicas básicas de vivienda, alimento, agua, vestimenta y atención de la salud. Esas necesidades básicas se pueden satisfacer mediante una combinación apropiada de suministro de ingresos mínimas, apoyo de la familia y la comunidad y medidas de autoayuda.

Principio 7

Aprovechar las oportunidades de empleo y de ascenso con salarios que guarden proporción con su experiencia, y a utilizar programas y servicios de capacitación y otras oportunidades de generación de ingresos, tales como el empleo por cuenta propia y la participación en cooperativas, sin barreras por motivos de edad

Principio 8

A seguir trabajando mientras estén en condiciones de hacerlo, sin coacción alguna para que se jubilen, y a determinar la forma en que han de retirarse de la fuerza de trabajo dentro de parámetros de edad razonables.

B. VIVIENDA Y TRANSPORTE

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 9

A una gama de “viviendas” adecuadas, seguras, a su alcance y adaptables “de varios tipos que tengan en cuenta las diferentes categorías de estado civil y el grado de autonomía” de dichas personas y “en lugares que le sean familiares”.

Principio 10

A “medios de transporte adecuados” para “facilitar la movilidad y la comunicación”.

C. SERVICIOS DE SALUD Y SERVICIOS SOCIALES

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 11

A disponer de servicios de atención sanitaria accesibles, adecuados y que estén a su alcance, concebidos para ayudar a esas personas a mantener o recuperar su máximo nivel de bienestar físico, mental y emocional y prevenir las enfermedades.

Principio 12

A proceder con autonomía personal en la adopción de decisiones en materia de atención sanitaria, incluido el derecho a morir con dignidad y a dar su asentimiento a los tratamientos destinados a prolongar la vida, o a rechazarlos.

Principio 13

A disponer de servicios sociales accesibles y que estén a su alcance, establecidos para aumentar su capacidad de independencia y que, sin embargo, ofrezcan protección y cuidados en caso necesario.

Principio 14

A disponer de formas apropiadas de atención en instituciones, según sea necesario para proporcionarles protección, servicios de rehabilitación y estimulación social y mental en un ambiente humano y seguro.

Principio 15

A conservar sus derechos humanos y civiles básicos cuando residan en instituciones destinadas a suministrarles alojamiento, cuidados y tratamiento, y a gozar “del pleno respeto a su dignidad, sus creencias, sus necesidades, sus intereses y su privacidad” y a participar en las decisiones relacionadas con su atención y con la calidad de su vida.

Principio 16

A recibir servicios médicos, sociales, educacionales, de asesoramiento y de otro tipo, prestado por personal especialmente capacitado en lo que respecta a las necesidades de las personas de edad y sensible a tales necesidades.

Principio 17

A tener a su disposición “amplia información sobre todos los aspectos de su vida, en forma clara y comprensible”.

D. DESARROLLO DEL POTENCIAL HUMANO

Las personas de edad tienen derecho:

Principio 18

A tener oportunidades permanentes de desarrollar plenamente su personalidad.

Principio 19

A tener igualdad de acceso a oportunidades educacionales que permitan la planificación y la adopción de decisiones con conocimiento de causa, que aumenten la satisfacción personal, que faciliten el empleo continuado que permitan compartir los conocimientos y las experiencias de la vida.

Principio 20

A tener pleno acceso a los recursos culturales, espirituales, recreativos y de esparcimiento de la sociedad.

Principio 21

A seguir aportando su contribución como miembros de la comunidad de acuerdo con su capacidad y sus deseos, y a prestar servicios en la comunidad como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y sus capacidades.

Sugerencias respecto de las responsabilidades de las personas de edad

De conformidad con los valores personales y mientras la salud y las circunstancias personales lo permitan, las personas de edad tienen la responsabilidad de:

Principio 1

Permanecer activas, alertas, capaces, confiadas en el esfuerzo propio y útiles.

Principio 2

Aprender y aplicar principios sanos de salud física y mental a su propia vida.

Principio 3

Hacer planes y prepararse para la vejez y la jubilación y aprovechar la enseñanza encaminada a la alfabetización

Principio 4

Adaptarse a los cambios que con el tiempo puedan ocurrir en las relaciones familiares.

Principio 5

Actualizar sus conocimientos y su adiestramiento, si fuera necesario, para aumentar sus posibilidades de obtener empleo si desean participar en la fuerza de trabajo.

Principio 6

Poner a disposición de los demás, en particular de las generaciones más jóvenes sus conocimientos, aptitudes y valores espirituales.

Principio 7

Participar lo más plenamente posible en la vida cívica de su sociedad.

Principio 8

Buscar y desarrollar posibilidades de prestar servicios a los menos afortunados

Principio 9

Dar a conocer a su médico y sus seres queridos su voluntad respecto de los cuidados que quieren que se les dispense en la última fase de una enfermedad incurable.

Consecuencias en materia política de la Declaración de los Derechos y Responsabilidades.

(Los principios que figuran a continuación se relacionan con los principios establecidos en la sección de derechos de la declaración. Las oraciones que aparecen entre comillas son citas del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento, aprobado por las Naciones Unidas en 1982).

Principio 1

“Las organizaciones oficiales y no oficiales deberán tener en cuenta las necesidades especiales de las personas de edad e incluirlas en sus programas actuales y en sus planes futuros”.

Principio 2

1. Los gobiernos deberán erradicar todas las formas de discriminación por motivo de sexo que puedan existir en los planes de seguridad social y de protección social. “En los sistemas de seguridad social (los gobiernos deberán procurar) que tanto los hombres como las mujeres adquieran sus propios derechos”. Además deberán velar por que hombres y mujeres reciban igual trato en el lugar de trabajo y en la sociedad a fin de que puedan percibir pensiones y beneficios sociales adecuados en la ancianidad.
2. Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y todos los interesados tienen la responsabilidad de conocer las necesidades específicas de los hombres y las mujeres de edad en función de sus diferentes circunstancias culturales, sociales y económicas. Es necesario prestar especial atención a las mujeres, que constituyen la mayoría de las personas de edad en casi todos los países y que, en las etapas más avanzadas de su vida, representan una población particularmente vulnerable debido a los efectos combinados de la mala salud, la pobreza y el aislamiento social.

3. "Los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales y todos los interesados tienen una responsabilidad especial hacia los ancianos más vulnerables, en particular las personas pobres, muchas de las cuales son mujeres, y las procedentes de zonas rurales".
4. Habida cuenta del mayor número de edad y de la proporción relativamente mayor de viudas que de viudos en todo el mundo, deberán prestarse particular consideración a las necesidades y funciones especiales de este grupo".

Principio 3

1. "A fin de facilitar la ayuda mutua de las personas de edad y aumentar su posibilidad de ser oídas, los gobiernos y las organizaciones no gubernamentales deberán estimular la formación y la libre iniciativa de grupos y movimientos de personas de edad".
2. Al mismo tiempo, la política pública deberá promover una sociedad integrada desde el punto de vista de la edad en la que se elimine la discriminación y la segregación involuntaria por motivos de edad y se aliente la solidaridad y el apoyo mutuo entre las generaciones.

Principio 4

1. Las políticas y los programas públicos deberán ayudar a la familia a cuidar a sus miembros de edad en los casos en que la familia quiera prestar esos cuidados y la persona anciana desee recibirlos. "La familia es la unidad básica reconocida de la sociedad, y se deberán desplegar todos los esfuerzos necesarios para apoyarla, protegerla y fortalecerla de acuerdo con el sistema de valores culturales de cada sociedad y atendiendo las necesidades de sus miembros de edad avanzada.
2. La política pública en pro de la familia deberá facilitar una división más equitativa de las responsabilidades de prestación de cuidados entre hombres y mujeres.

Principio 5

1. "Los gobiernos deberán... crear o ampliar sistemas de seguridad social, a fin de que el mayor número de personas de edad pueda beneficiarse de esa protección. De no ser ello posible, deberán buscarse otros medios, como beneficios en especie, ayuda directa a las familias e instituciones cooperativas locales".
2. "(Los gobiernos deberán) asegurar que el nivel mínimo de recursos permita satisfacer las necesidades esenciales de las personas de edad y garantizar su independencia. Deberá tratarse de que las prestaciones de la seguridad social... mantengan su poder adquisitivo."
3. Los gobiernos deberán estudiar los medios "para proteger los ahorros de las personas de edad contra los efectos de la inflación."
4. Los gobiernos deberán "responder... a las necesidades específicas, en materia de seguridad del ingreso, de los trabajadores de edad que se encuentren desempleados o que se hallen incapacitados para trabajar".

Principio 6

1. "El derecho de los trabajadores al empleo debe basarse en su capacidad para cumplir las labores de que se trate, más bien que en su edad cronológica". "Los gobiernos deberán eliminar todo tipo de discriminación en el mercado de trabajo y garantizar una auténtica igualdad de trato en la vida profesional."
2. Deberán estimularse el trabajo a jornada parcial, los horarios flexibles y la adaptación de los lugares de trabajo con objeto de maximizar el potencial productivo y creativo de las personas de edad. "Los gobiernos deberán eliminar o suavizar las normas jurídicas que impidan el trabajo a jornada parcial."
3. La edad no debe ser el factor decisivo para la concesión de crédito o de licencias.

Principio 7

1. Los sistemas de pensiones públicos y privados deberán incluir requisitos mínimos razonables para la jubilación que “hagan más flexible la edad en que se tiene derecho” a acogerse a ese beneficio. Dichos sistemas también deberán ser flexibles a lo que respecta al retiro gradual de las personas de edad de la fuerza de trabajo.
2. Los gobiernos y los empleadores privados deberán proporcionar oportunidades, sin coerción alguna “para que la transición de la vida activa a la jubilación sea fácil y gradual”. “Esas medidas deben incluir cursos de preparación para la jubilación y la disminución del trabajo en los últimos años de la vida profesional, por ejemplo, modificando las condiciones, el ambiente o la organización del trabajo y fomentando una disminución progresiva del horario de trabajo”.

Principio 8

- 5 Deberá proporcionarse una gama de opciones de vivienda para atender las necesidades sumamente diversas de las personas de edad. Deberán incluirse otras posibilidades que faciliten la residencia en común de varias generaciones y que incorporen el acceso a servicios que permitan la vida independiente.
- 6 Deberá diseñarse nuevos ambientes para vivir que tengan en cuenta la capacidad funcional de las personas de edad a fin de que puedan seguir viviendo de manera independiente en lugares familiares el mayor tiempo posible.
- 7 Las viviendas deberán empizarse de manera tal que ofrezcan las máximas oportunidades de participación e integración.

Principio 9

1. Deberán proporcionarse otros medios de transporte para el creciente número de personas que no conducen vehículos y deberá el sistema de carreteras para una población de conductores cada vez más ancianos.

2. Deberá prestarse creciente atención a la seguridad y a la comunidad de los peatones.

Principio 10

1. El gobierno tiene la responsabilidad de elaborar un sistema que asegure el acceso razonable y equitativo de todos a los servicios de salud que necesiten. "La finalidad de los esfuerzos en materia de salud (para las personas de edad) debe ser permitirles llevar una vida independiente en el seno de sus propias familias y comunidades durante el mayor tiempo posible..."
2. "La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar, teniendo en cuenta la independencia de los factores físicos, mentales, sociales, espirituales y ambientales."
3. Los servicios deberán incluir la promoción de la salud, el tratamiento médico, la rehabilitación y los servicios de salud domiciliarios. "Los cuidados tendientes a compensar las actividades, reeducar las funciones restantes, aliviar el dolor, mantener la lucidez, el bienestar y la dignidad de las personas afectadas y que les ayuden a reorientar sus esperanzas y proyectos, sobre todo en las personas de edad, son tan importantes como las tendientes a la curación "
4. Se recomienda el desarrollo de los conocimientos geriátricos y psicogeriátricos como especialidad separada o como parte de la capacitación de todos los profesionales de salud.
5. Deberá promoverse la utilización de cuidados especiales para enfermos incurables que se encuentran en la última fase de su enfermedad; esos cuidados deberán presentarse en instituciones especializadas o en el hogar.

Principio 11

- 1."Deberá estimularse la participación de los ancianos en el desarrollo de la atención sanitaria y en el funcionamiento de los servicios sanitarios."

Principio 12

1. Entre los servicios que podrían abarcarse en un sistema de gran alcance figuran la evaluación de necesidades, la información acerca de los beneficios y el reenvío a otros servicios, el asesoramiento, el tratamiento de casos individuales, la prestación de cuidados y ayuda doméstica, el suministro de comidas, la atención diurna, centro para personas de edad, servicios para acompañar a las personas de edad cuando tienen que salir y para hacerles mandados, servicios de relevo para las personas que tienen familiares ancianos a su cargo, instalaciones de baño, servicios jurídicos y servicios de tutela para velar por sus intereses, con sujeción a las salvaguardias adecuadas

Principio 13

2. "Se deberá hacer todo lo posible para asegurar que (las personas que viven en instituciones) gocen de una calidad de vida que corresponda a las condiciones que normalmente se dan en su comunidad" con objeto de preservar la autoestima y la dignidad individuales.
3. Deberá proporcionarse el nivel apropiado de atención a fin de maximizar el funcionamiento independiente para evitar la dependencia innecesaria.
4. "Deberá estimularse a los Estados a definir los criterios mínimos para asegurar una mejor calidad de la atención institucional."

Principio 14

Deberá alentarse la formación de consejos de residentes o la participación de miembros de la familia, amigos u otras personas en sustitución de los residentes para promover los puntos de vista de éstos acerca de la administración y el funcionamiento de la institución.

Principio 15

1. "Deberá capacitarse a los médicos y a los estudiantes de profesiones que tienen a su cargo el cuidado de seres humanos... en los principios y las aptitudes pertinentes en las áreas de

gerontología, geriatría, psicogeriatría, y cuidado de personas de edad.”

2. Los programas de enseñanza y capacitación deberán ser de carácter interdisciplinario, dado que el envejecimiento de la población es un tema multidisciplinario...”

Principio 16

1. La política pública deberá promover la alfabetización, la planificación de la vida, incluidos la preparación para la jubilación la capacitación profesional, los programas de promoción de la salud, el desarrollo intelectual y las actividades de recreo. “La necesidad de educación continua de adultos a todos los niveles debe encontrar reconocimiento y estímulo.”
2. “Ha de tenerse cuidado de adoptar los métodos de enseñanza a las capacidades de los senescentes, de modo que puedan participar equitativamente en cualquier tipo de educación que se ofrezca y aprovecharla.”

Principio 17

1. La política pública deberá tratar de eliminar las barreras físicas, financieras y de otros tipos que se oponen a la participación de las personas de edad en actividades culturales recreativas y de esparcimiento

Principio 18

1. “Los gobiernos deberán esforzarse por reducir o eliminar cualquier restricción de tipo fiscal o de índole similar que pese sobre las actividades voluntarias y no estructurales, así como las normas jurídicas que impidan o dificulten. la autoayuda recíproca y el empleo de voluntarios en la prestación de servicios junto al personal profesional o en instituciones destinadas a los ancianos”.
2. Con objeto de aprovechar la experiencia y el potencial productivo de las personas de edad como voluntarias, deberán desplegarse esfuerzos para reconocer el valor de su aportación en tiempo y energía y para eliminar los obstáculos financieros y de otro tipo que

CONCLUSIONES

En la sociedad actual envejecer constituye, para una gran mayoría de los individuos de uno y otro sexo una tragedia, ya que aquel que envejece, sin una orientación adecuada, asistencia médica y colaboración social, llegará a una vejez llena de penalidades.

Ante la imagen de los viejos se levanta nuestro futuro, no obstante nos comportamos como si nunca fuéramos a llegar a la vejez, antes de entrar en esta etapa de la vida sólo es un asunto que concierne a los demás. Nuestra conducta indiferente para con los ancianos, no solo es inhumana sino suicida, equivale a prender fuego a la casa que hemos de habitar. Sin embargo en la vida privada son pocos los hijos o nietos, que se esfuerzan por hacer menos difícil la vida de sus ascendientes.

El presente proyecto, se presenta como una inquietud, que parte de la consideración referente a que el anciano ha sido un poco olvidado, y dentro de nuestra sociedad cada vez más numerosa y con el fin de motivar a los profesionales del campo de la medicina y de otros, a participar en la búsqueda y mejoramiento de las condiciones de vida y desarrollo de nuestra vejez.

Integrándonos a su vez, a la rama de la Gerontología en la que nos corresponde participar en sus aspectos médicos, social y cultural, como los protagonistas de la atención a la salud en los ancianos, más bien abarcando a todos los niveles socioeconómicos, que requieran nuestra intervención, y el proporcionarles un hábitat confortable que les ayude a llevar una vida feliz, interesante y útil tanto como nos sea posible.

Cumpliendo con el objetivo básico de trabajo Gerontológico integrar un centro que cumpla con las diferentes funciones adaptadas a la

idiosincrasia de la gente. Se propone la construcción de un centro multidisciplinario de atención a personas de la tercera edad, como proyecto piloto dentro de la sociedad mexicana, considerando que en un momento dado la circunstancias de trabajo le permitan funcionar autosuficientemente, dando mejor calidad de vida a nuestros ancianos en nuestra población.

No se concibe una ayuda eficaz cuando no existe una verdadera integración e interacción entre los componentes del grupo de trabajo, que a través de una constante comunicación permite determinar los tratamientos o planes a seguir, basándose en un análisis elaborado conjuntamente.

GLOSARIO

Anciano: Término que en la ley General de Salud se utiliza para hacer referencia al Viejo.

Arterias.- Vaso que lleva la sangre desde el corazón a las demás partes del cuerpo.

Arteriosclerosis.- Endurecimiento de las arterias

Asilo de ancianos. Lugar de refugio de ancianos enfermos e indigentes; antecedente directo de la casa hogar para ancianos

Asistencia Pública Término que se institucionaliza al crearse la Secretaría de Asistencia Pública el 31 de Diciembre de 1937, se identifica como un servicio a cargo del estado, cuya finalidad es atender a los individuos socialmente débiles, que no pueden satisfacer sus necesidades básicas.

Asistencia Social: De acuerdo a la Ley General de Salud, es el conjunto de acciones tendientes a modificar y mejorar las circunstancias de carácter social que impidan al individuo su desarrollo integral, así como la protección física, mental y social de personas en estado de necesidad, desprotección o desventaja física y mental, hasta su incorporación a una vida plena y productiva.

Asociación de Beneficencia Privada: "Personas Morales que por voluntad de los particulares se constituyen en los términos de la Ley de Instituciones de Asistencia Privada para El D. F. . y cuyos miembros aportan cuotas periódicas para el sostenimiento de la institución, su perjuicio de que pueda pactarse que los asociados contribuyan además con servicios personales".

Atención Integral al Anciano. Consiste en brindar alojamiento, alimentación, vigilancia a la salud, reforzamiento de sus hábitos, actividades ocupacionales y recreativas, convivencia con personas de su

misma condición, respecto a su individualidad, a sus creencias religiosas y políticas, seguridad personal y esperanza al futuro.

Articulación.- Unión de dos huesos.

Beneficencia Privada.- Son la iniciativa privada que pueden estar o no sujeta a una ley y que obedece a un impulso caritativo o altruista del individuo a favor de sus semejantes que es una obligación del estado y obedece a fines de justicia social.

Beneficencia Pública.- Consiste en los servicios asistenciales prestados por en estado a través de un organismo dependiente en forma directa del poder público o descentralizado, cuya situación se encuentra determinada por una ley a partir de la reforma el estado asume la obligación de atender a los desvalidos haciéndose cargo de las acciones asistenciales que hasta ese momento correspondían a las funciones religiosas y privadas.

Caudal.- Abundancia, cantidad.

Colonial.- Relativo a la colonia que es la gente que sale de un país para ir a habitar otro.

Convivencia.- Vida en común.

Credencia.- Mesa o repisa que se pone inmediata al altar, a fin de tener a mano lo necesario para la celebración de los divinos oficios.

Criterio.- Modelo que se aplica para establecer diferencias en una institución en cuanto al como y cuando se otorga un servicio.

Epidermis.- Capa exterior de la piel, no vascular, situada sobre la dermis y formada por cinco capas.

Envejecimiento.- Proceso Biológico irreversible a través del cuál se definen los caracteres de la senescencia, es decir el deterioro gradual de las facultades físicas, psíquicas y sociales.

Ergoterapia.- Método de ejercicios pasivos provocados por la electricidad en el tratamiento de la obesidad y de ciertas cardiopatías.

Fundación.- Personas morales que se constituyen mediante la afectación de bienes de propiedad privada, destinados a la realización de actos de asistencia.

Hidroterapia.- Empleo del agua en el tratamiento de las enfermedades,

especiales, especialmente en forma de abluciones, baños y duchas.

Hidriatría.

Hospicio.- Casa para albergar peregrinos y pobres.

Invalidez.- Para los efectos de la ley general de salud, se entiende por invalidez, la limitación en la capacidad de una persona para realizar por sí misma actividades necesarias para su desempeño físico, mental, social, ocupacional y económico como consecuencia de una insuficiencia somática, psicológica o social.

Macehualli.- Náhuatl, clase mas baja dentro de la estructura social y política de la cultura Azteca

Mendicidad:- Acción de mendigar. Y mendigo es el que pide limosna. indigente, pordiosero, desvalido.

Menesteroso.- Falto de una cosa, que carece de ella.

Metabólico.- Relativo al metabolismo que es el conjunto de transformaciones físicas, químicas y biológicas que en los organismos vivos experimentan las sustancias introducidas o las que en ellos se forman.

Náhuatl.- Lengua hablada por los indios mexicanos.

Precolombino.- Dicese de lo relativo a América antes de su descubrimiento por Cristóbal Colón.

Proyecto.- Representación de la obra que se ha de fabricar, con indicación del precio y demás detalles, boceto, bosquejo, croquis, esbozo, esquema, maqueta.

Rehabilitación .- "Es el conjunto de medidas médicas, sociales, educativas y ocupacionales, que tienen por objeto que los inválidos puedan realizar actividades que les permitan ser útiles a ellos mismos, a su familia y a la sociedad".

Senescente.- Termino que en la ley general de salud, se utiliza para referirse al anciano indistintamente.

Terapia.- Parte de la medicina que enseña el modo de tratar las enfermedades es la terapéutica.

Vejez.- Etapa de la vida en la que se presentan diversas manifestaciones que evidencian el deterioro bio-psico-social del individuo; esta no puede ser precisada cronológicamente, sin embargo de manera convencional, la Organización Mundial de la Salud ha establecido que se inicia a partir de los 60 años.

Viejo.- De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud, es la persona que tiene 60 años o mas, ya que a partir de esta edad es cuando se hacen mas patentes los cambios anatomofisiologicos que indican el envejecimiento.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Jorge Miranda Pelayo. Ponencia. Antropólogo. La Situación del Anciano: Aspectos Socio-Culturales. .Méx. 10 Sept. 1983.
- 2.- Iñiguez Guadalupe. Antecedentes históricos de la atención en la junta de asistencia privada
- 3.- D. O. 22 Agosto 1979 - Decreto que crea un Organismo Publico Descentralizado Denominado Instituto Nacional De La Senectud.
- 4.- D. O. 21 Dic 1982.- Acuerdo por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia debe integrarse al sector Salud.
- 5.- D. O. 21 Dic. 1982.- Decreto por el que el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia, se sujeta a las Disposiciones que se Indica.
- 6.- Plazola Alfredo C, Enciclopedia de la Arquitectura Edt. Plazola Editores 1ª Edición Vol I , pp: 446,447
- 7.- Trabajo de Nestor Rafael, Miranda Marín 2º Congreso Nacional
- 8.- Mobiliario para ancianos. Trabajo libre. GEMAC, p. p 51-77
- 9.- Sistema Nacional para el desarrollo Integral de la Familia.
"Anteproyecto de Normas Técnicas de casa Hogar para ancianos"
México, Marzo 1985, Trabajo Libre GEMAC.
- 10 - Manual Práctico de Medicina Bucal, Tomo III, Octava Edición, Edit: Interamericana pp.558-559.
- 11.- Normas Técnicas para la administración de Servicios de asistencia Social en casa-hogar para ancianos. S.S.A GEMAC.
- 12.- Dr. Huésped: Joseph K. Wittemann. Clínicas Odontológicas de Norteamérica, Aspectos conductuales y administrativos de la práctica dental. Primera edición en español Julio de 1997, pp: 635-642.

- 13.- Geza T. Terezhalmly. D,D,S y Michel J. Saunders, DMD; MS, MPH, Directores Huéspedes. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Volumen:1/1989. Odontología Geriátrica. Nueva Editorial Interamericana, pp: 45-52.
- 14.- Director huésped Dr. Joseph K. Wittemann. Medicina Sanitaria y Administrativos de la práctica dental. Julio 1977, Edit: Nueva Editorial Interamericana, pp: 439, 440, 442.
- 15.- Dr. Rafael Alvarez Alva. Educación para la Salud. Edit: El Manual Moderno. S.A. de C.V. México. D.F. 1995, pp: 118-122.
- 16.- Elaborado por: Ma. Elena Viquez Q. Terapeuta Ocupacional, Adaptaciones Básicas para Centros de Atención al Anciano. pp: 14,15,16. Trabajo Libre GEMAC:
- 17.- Elaborado por: Vázquez Q. María Elena. Adaptación Básica para Centros de Atención al Anciano. Octubre: 1987, 2ª Edición.
- 18.- Programa de Apoyo al Servicio Médico. Trabajo Libre GEMAC.
- 19.- Reyes Ponce Agustín Análisis de Puestos. Edit: Limusa 5ª Edición. México 1989, pp: 57-81.
- 20.- Guillermo Fajardo Ortiz. Atención Médica Teoría y Práctica Administrativas. Ediciones la Prensa Médica Mexicana. S.A. de C.V. Reimpresión 1989, pp: 307,407,409.
- 21.- Pablo Fuentes Servin. Práctica Odontológica. Año 2000. Vol 21. No.6, mes Junio, pp: 7-8.
- 22.- Elaboro: Dr. Jaime de Jesús Loria Mata. Estudio y Educación Clínica Integral del Anciano Institucionalizado. Trabajo libre GEMAC.
- 23.- Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas. Undécima Edición. Salvat Editores. S. A , p: 395.
- 24.- Elaboro: Dr. Raúl Blanco Cervantes. Manual de Funciones para el Médico Interno y Médico Residente. p: 10. Trabajo libre GEMAC.
- 25.- OECD Geriatria OECD Macrothesaurus- GERIATRIA. <http://info/oecd-macroth/es/3822.html>.
- 26.- Geriatria y Gerontología. <http://www.binass.sacr/geriatria.html>

27.- Dr. Juan Manuel Luna Gómez Anteproyecto para la Integración de la Odontogeriatría en los programas académicos de Licenciatura en la carrera de Cirujano Dentista. 20-22 Nov. 96. León Gto. s/pag.

28.- Lic. Euquerio Guerrero López. Perspectivas de superación a los derechos del anciano. Trabajo libre GEMAC.

29.- Medicina Intensiva

[http://www.servitel.es/linea55/medica/amedica/Formacio/MIR/a 11/Intensiv.htm](http://www.servitel.es/linea55/medica/amedica/Formacio/MIR/a%2011/Intensiv.htm)

30.- Ma. Clara Cisneros Sánchez. Importancia de la Trabajadora Social en el Consultorio Geriátrico T S Congreso Nacional de Geriatría y Gerontología. Méx. Oct. 1984. Trabajo libre GEMAC.

31.- Ma. del Carmen Senil. Actividades Psico-Sociales en la vejez Trabajo libre GEMAC.

32.- Psic. Ma de Guadalupe Silos García. Adquisición y mantenimiento de conductas adecuadas mediante un sistema motivacional en un ambiente Geriátrico.

33.- Maestría en Geriatría.

<http://www2.uaem.mx/medicina/posgrado/geriatria.htm>

34.- Programa de Gericultura. Dr. Joaquín Guerrero Cazares. Trabajo libre GEMAC.

35.- Gericultura en México. Dr. Joaquín Guerrero Cazares. Dir. Médico 1991. Trabajo libre GEMAC

36.- Nutrición y Dieta. Nueva Edit Interamericana. Méx. D F. 1986 Decimoséptima edición, pp: 13,14, 15.

37.- Nutriología Médica. Esther Casanueva. Martha Kaufer-Horwite et/al Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires. Julio 1996.

38.- Nutrición y Dieta. Cooper. Lena Frances. Editorial Interamericana

39.- Síndromes y enfermedades más frecuentes en el anciano

<http://www.saludalia.com/Saludalia/webSaludalia/tu.salud/doc/anciano/doc/sindromes.htm>