

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Arquitectura



**Tesis profesional que para
Obtener el título de:
ARQUITECTA
Presenta:
MARÍA TERESA LUNA RAMOS**

“Centro de Atención Integral para el Adulto Mayor con Discapacidad Motriz y Sensorial en Xochimilco.”

Sinodales

**ARQ BEATRIZ SÁNCHEZ TAGLE
ARQ. BENJAMÍN CIPRIAN BOLAÑOS
ARQ. VÍCTOR ARIAS MONTES**

México, D.F. 2010



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 la Máxima Casa de Estudios:

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

A mis sinodales

Arq Beatriz Sánchez Tagle

Arq. Benjamín Ciprian Bolaños

Arq. Víctor Arias Montes gracias por su motivación y apoyo.

Al Dr. Sergio Valdez Rojas, Director de Gerontología del INAPAM.

Y a la vida por seguirme dando la oportunidad de cerrar ciclos para crecer y por enseñarme que los objetivos se pueden alcanzar aun después de algún tiempo con perseverancia y confianza en uno mismo.



DEDICATORIA

Esta tesis fue concluida gracias al apoyo y confianza de las personas con las cuales tengo la bendición de convivir, de amar, es el resultado del esfuerzo de muchos años detenido por momentos pero concluido gracias a ellos, este esfuerzo lo dedico a todos ustedes.

A mi mamá por toda su paciencia, apoyo y amor, gracias por tu ejemplo y sabiduría.

A mi papá por todas sus palabras llenas de confianza y fe, gracias por tu amor.

A mis hijos por enseñarme que las decisiones definen la vida, que la vida son decisiones, por todo ese amor incondicional.

Sergio un paso más juntos, este logro es de los dos, gracias por tu apoyo y paciencia.

A mis hermanas Ana y Eli y a sus monitos por estar ahí siempre.

Anita por tu tiempo y esas pláticas hilarantes que hicieron este proyecto más leve.

Deborah por todo tu apoyo y tus palabras de aliento, gracias amiga.

Víctor por esos empujoncitos emocionales.

...los quiero mucho.





Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad





**Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con
Discapacidad Motriz y/o Sensorial**

5



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad

Contenido

INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO 1.....	14
El futuro del planeta: lugar de adultos mayores	14
1.1 Envejecimiento Mundial.....	14
1.2 Envejecimiento en México	15
1.3 Definiciones de Vejez y Envejecimiento	18
1.3.1 Teorías del Envejecimiento	19
1.3.2 Teorías Fisiológicas del Envejecimiento.....	20
1.3.3 Envejecimiento de la Población	21
1.4 Gerontología.....	23
1.4.1 Referencia Básica de Salud en Adultos Mayores.....	26
1.4.2 Características del Paciente Geriátrico.....	27
1.5 Discapacidad.....	30
1.5.1 ¿Qué es la Discapacidad?	30
1.5.2 Clasificación de la Discapacidad.....	31
1.6 Fundamentación (Objeto De Estudio)	33



1.6.1 Situación Demográfica y Social de la Población de Edad Avanzada	33
1.6.2 La Población de la Tercera Edad.....	36
1.6.3 La Vejez tiene un Rostro Predominantemente Femenino	36
1.6.4 Principales Indicadores Demográficos.....	37
1.6.5 Tendencias de Crecimiento.....	38
1.6.6 Dependencia de los Adultos Mayores	44
1.6.7 Discapacidad	54
CAPÍTULO 2.....	62
El reto a vencer: espacios que generen calidad de vida	62
2.1 Análisis de la Información	62
2.1.1 Envejecimiento y el Trabajo, la Economía y la Política.....	62
2.1.2 Nuevas Estrategias Económicas	63
2.1.3 Envejecimiento y la Salud	64
2.1.4 Envejecimiento e Independencia	65
2.1.5 Envejecimiento y las Nuevas Familias	67
2.1.6 La percepción social sobre las personas de la tercera edad.....	67
2.1.7 Viviendas e Inmuebles que Favorezcan la Independencia.....	69
2.1.8 Limitaciones Urbanas	70
2.2. Futuro arquitectónico: nuevos espacios de desarrollo para los adultos mayores.....	71
2.3 Objetivo del Proyecto.....	73



2.3.2 Estudio de Población a Cubrir	74
2.4 Marco Histórico	79
2.5 Edificios Análogos	85
2.6 Características Ambientales y Arquitectónicas del Proyecto	85
CAPÍTULO 3.....	99
Necesidades espaciales y requerimientos del proyecto	99
3.1 Terreno	99
3.2 Programa de Necesidades	105
3.3 Programa Arquitectónico	108
3.4 Diagramación.....	117
3.5 Concepto Arquitectónico	120
CAPÍTULO 4.....	121
Desarrollo del proyecto.....	121
4.1 Relación de Planos.....	121
4.2 Memorias Descriptivas	124
4.2.1 Memoria Descriptiva del Proyecto	124
4.2.2 Memoria Instalación Hidráulica. Criterio	125
4.2.4 Memoria de Instalación Eléctrica. Criterio	127



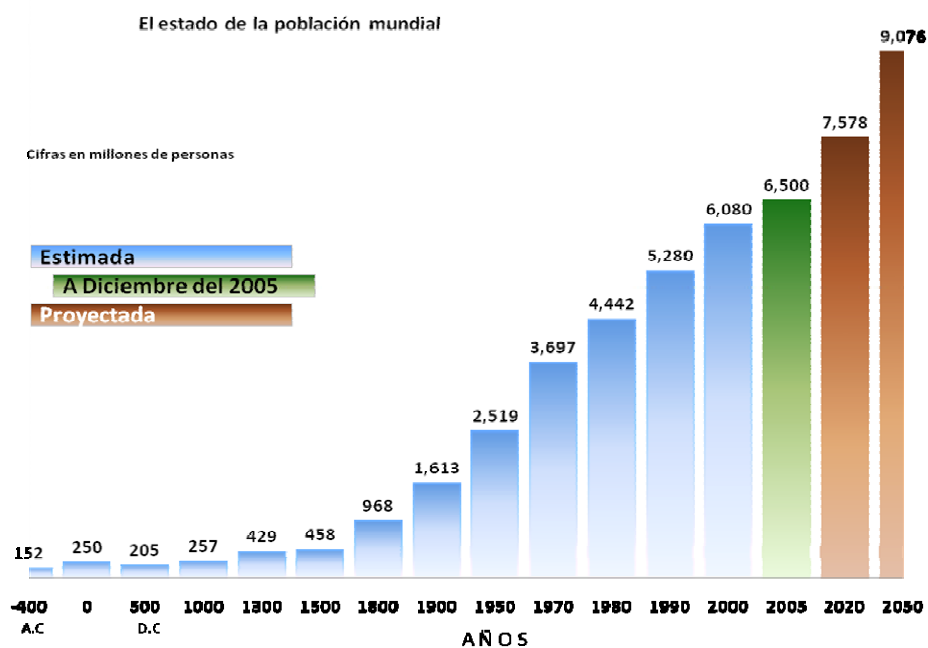
4.2.5 Criterio Estructural.128

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFÍA



El rumbo de la población



Si bien las tasas de crecimiento han disminuido durante los últimos 30 años, gracias a los esfuerzos de los gobiernos, una de las consecuencias de las altas tasas de fecundidad existentes en el pasado, es que la población mundial sigue creciendo a razón de más de 80 millones de personas por año y continuará haciéndolo durante el próximo decenio.

Las proyecciones acerca del tamaño que tendrá la población mundial varían en forma importante dependiendo de las suposiciones que se aceptan para su cálculo: Si a partir del año 2025, la tasa de fecundidad mundial permaneciera en 2.2 hijos por mujer, hacia el año 2150, la población llegaría a 18,300 millones de personas. Pero si fuera de 1.8, llegaría solamente a 6,400 millones.

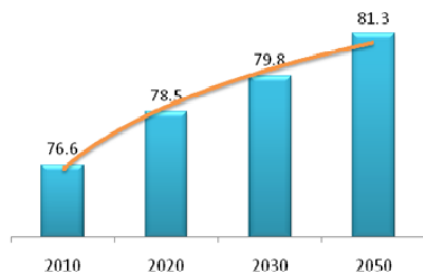
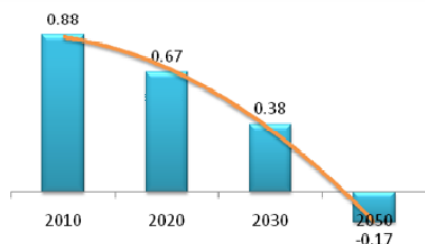
Hoy en día, la mayor generación de jóvenes que jamás haya existido en el mundo está entrando en su etapa de procreación, de acuerdo al *Estado de la Población Mundial 1998*, publicación anual del Fondo de Naciones Unidas para la Población⁽¹⁾. El informe también resalta que la cantidad de personas de 65 años y más está creciendo en forma importante.

Lo que ha de suceder en el próximo milenio depende tanto de las inversiones de los gobiernos en materia de educación, salud y apoyo financiero como de las acciones de la sociedad civil. El rumbo de estas tendencias, afirma el *Estado de la Población Mundial*, dependerá en particular de las decisiones que tomen, ahora, las generaciones de jóvenes que están en su etapa de procreación.



En México

Crecimiento anual de la población

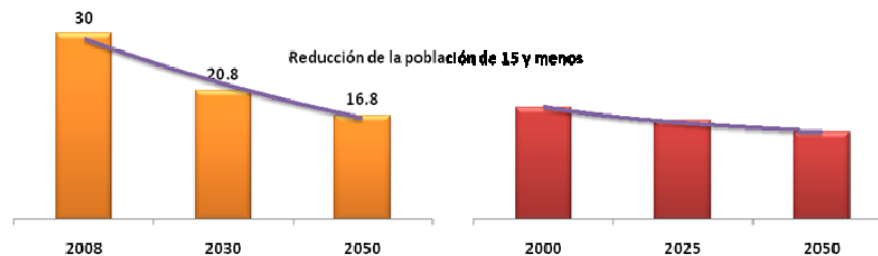


Esperanza de vida

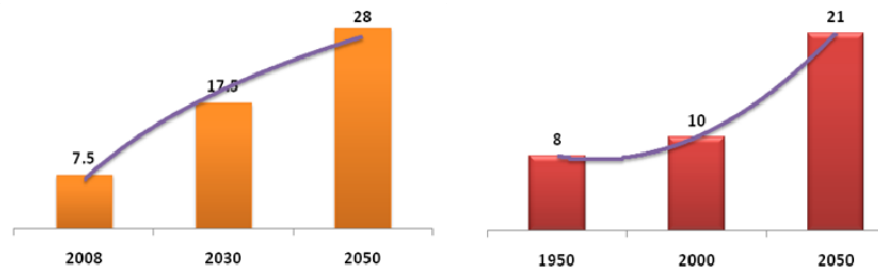
Cifras en Porcentaje

En México

En el mundo



Incremento de la población de 60 años y más



Cifras en Porcentaje

- (1) Estado de la población mundial 1998 "Las nuevas generaciones": situación en México / State of the world population 1998 "New Generations": Mexico's situation. México, D.F; Fondo de Población de Naciones Unidas. Presenta la situación general de los asuntos de población en México sobre las "nuevas generaciones", hombres y mujeres entre los 15 y los 24 años de edad, así como también personas de 65 años en adelante, dentro de un contexto mundial.



Nuevos retos

El aumento de ancianos y la disminución de jóvenes, afectará la forma de vida en el mañana en todos los niveles, en todo el mundo. La necesidad inminente de hacer cambios está en nuestras manos y es un cambio al que no podemos darle la espalda.

El tamaño sin precedentes de estos grupos plantea retos y oportunidades sin igual para la sociedad en general. El reto es satisfacer las crecientes necesidades de esas generaciones: educación y salud para los jóvenes y apoyo social, médico y financiero para los adultos mayores.

En casi todos los países del mundo, hoy la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, produciéndose un incremento de la proporción de personas mayores en la comunidad. Esta situación ha provocado un importante cambio social en el desarrollo de una cultura del envejecimiento con una visión que atienda la problemática actual y además perciba las necesidades de un futuro no muy lejano.

Si existen algunas constantes en los ancianos de cualquier parte del mundo pueden ser las siguientes:

- 1) Alargar el tiempo de vida y vivirla hasta el final de forma digna y sin sufrimiento;
- 2) Disponer de ayuda ante una posible disminución de las capacidades físicas y psíquicas;
- 3) Mantener una vida social activa; y
- 4) Mantener los derechos sociales adquiridos y atribuidos.

No obstante estas constantes pueden ser teóricas y más probablemente presentan notables variaciones no sólo entre las sociedades sino entre los individuos de una misma sociedad. Es decir el problema central está en que tales constantes sean tomadas como justificación esencialista de la población anciana.

Ante este escenario el propósito de este proyecto es crear espacios adecuados donde se proporcione bienestar físico y emocional de los adultos mayores. Además de brindar apoyo a sus familiares enseñándolos a convivir y valorar a los adultos mayores, independientemente de su discapacidad, enfatizando sobre la importancia de la prevención de enfermedades geriátricas para tener una buena calidad de vida en el futuro. En el primer capítulo se presenta la situación actual de la población mundial y se muestran evidencias de diversas investigaciones sobre la problemática que representa para los adultos mayores padecer alguna discapacidad. Este estudio permitió definir dos temas importantes; la tercera edad y la discapacidad. En el Capítulo 2 se describe de manera detallada el problema que sustenta la propuesta y define el proyecto arquitectónico, además de mostrar los requerimientos necesarios y la viabilidad del mismo. Las necesidades espaciales de los requerimientos, considerando todas las perspectivas contempladas en el proyecto para lograr el Centro de Atención Integral se



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad

detallan en el Capítulo 3, por último el Capítulo 4 presenta la consolidación de este proyecto, el *Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad*.



1.1 Envejecimiento Mundial

Los países desarrollados tuvieron la dicha de hacerse ricos antes de hacerse viejos. Los subdesarrollados, lamentablemente, se harán viejos antes de hacerse ricos. En medio siglo, unos y otros estaremos en la misma situación, haciendo frente a un reto casi tan temible como el de la sobrepoblación: el envejecimiento global. Sesenta países, casi todos en Europa, empezarán a perder población en el tránsito de siglo. El año que viene, sin ir más lejos, habrá ya tantos adultos mayores de más de 60 años en los países industrializados como adolescentes y niños menores de 14 años.

Atrás quedaron los no tan viejos tiempos, 1950, cuando tocaban a cuatro jóvenes por adulto en el planeta. Las mujeres tenían entonces cinco hijos de media y la esperanza de vida llegaba a duras penas a los 60. «Tendremos que hacer frente a imprevisibles cataclismos sociales y económicos, y habrá que pagar también un elevadísimo precio emocional: habitaremos en un mundo más triste y aislado, con lazos familiares mucho más reducidos y frágiles, poblado de adultos mayores de más de 80 años que no tendrán más ayuda y compañía que la de papá Estado».

España, es el país más envejecido del mundo, el mismo paisaje crepuscular se percibe en Italia (0,8 hijos por mujer), los sociólogos han decidido hacer un llamamiento a la población: «Es imposible sostener una sociedad tan envejecida como ésta». Esto está ocasionando una gran ola de movimientos migratorios de países subdesarrollados a países con oportunidades, personas jóvenes que puedan sostener empleos y una economía que avance, pero esto también tiene sus contras.

El continente más joven y fértil, África, comenzará a sufrir también en el próximo siglo los efectos sangrantes de la epidemia de sida. En Zimbabwe por ejemplo dejará huérfanos a miles de niños. Los abuelos intentarán cubrir el bache, pero la estructura social, política y económica del país quedará herida de muerte durante, al menos, un par de generaciones.

En este recorrido fugaz por la geografía mundial de la vejez no podíamos dejar de lado al país que marca el ritmo del planeta. Estados Unidos encanece a cámara lenta, en comparación con otros países industrializados, pero la avalancha de jubilados que se espera de aquí a 10 años es tal que el propio presidente Clinton ha declarado la reforma de la Seguridad Social como el tema más urgente en su agenda del 2000⁽²⁾. Carlos Fresneda

(2) Carlos Fresneda periodista en la Universidad Complutense, Fresneda ha colaborado con el diario español *El País*, y ahora sirve como *El Mundo*'s corresponsal de EE.UU. Fresneda es un miembro fundador de *El Mundo* y ha colaborado con el periódico desde los años 90, sirviendo también como papel de corresponsal de la Italia.



1.2 Envejecimiento en México

Hay un fenómeno que obliga a hacer cambios: la curva demográfica alerta sobre el crecimiento de nuestra población objetivo. En México diariamente 799 personas cumplen 60 años, según el Consejo Nacional de Población para el año 2015 habrá 15 millones de adultos mayores y para el 2050 ocuparán el 27.95% de la población total. Esta situación obliga a enriquecer las políticas asistenciales. La población en México se encuentra inmersa en un claro proceso de envejecimiento y se estima que para el año 2020, 1 de cada 10 mexicanos tendrá 60 años o más.

El crecimiento absoluto y relativo de la población envejecida en el país tendrá implicaciones directas sobre las políticas y sistemas sociales, y generará una presión creciente sobre los recursos humanos y materiales disponibles en las familias. Para el año 2015 el índice de dependencia juvenil (dependientes de adultos) será del 36.78% contra un 15.89% de índice de dependencia de adultos mayores, para el año 2025 será del 33.55% contra un 24.19%, y para el 2050 el índice de dependencia juvenil será del 30.38% contra un 50.58% de índice de dependencia de adultos mayores. La esperanza de vida aumentará de manera constante y México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños

La tasa de crecimiento de la población de adultos mayores registrada en los últimos años es de 3.5 por ciento, lo que implica que tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 19 años, según un estudio del Consejo Nacional de Población (CONAPO). Esta dinámica continuará hasta alcanzar una tasa de crecimiento de 4.3 por ciento durante la tercera década del siglo:

- En 2000 los mayores de 60 años eran 6.8 por ciento de la población,
- representan 7.7 por ciento en 2005, y
- se espera que en 2050 serán 28 por ciento.

Alrededor de 72 por ciento del incremento demográfico de la tercera edad previsto para la primera mitad del siglo XXI tendrá lugar después de 2020, lo que da al país apenas dos décadas para preparar las respuestas a las demandas sociales del envejecimiento.

La expansión de la infraestructura sanitaria se encuentra entre los principales determinantes del fuerte descenso de la mortalidad. Gracias a ello, la esperanza de vida de los mexicanos se aproximará gradualmente a la registrada actualmente en Japón, el país con la mayor sobrevivencia del mundo, al pasar de:

- 74 años en 2000, a
- 75.4 años en 2005, a



- 76.6 años en 2010, a
- 79.8 años en 2030, y a
- 81.3 años en 2050.

El envejecimiento demográfico ocurrirá en nuestro país en un lapso bastante menor al observado en países más desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. Esto significa que tendremos menos tiempo y recursos para adaptarse a las consecuencias sociales que traerá consigo el envejecimiento:

- un incremento de los recursos destinados al cuidado de la población en edades avanzadas, y
- mayores presiones hacia las instituciones públicas de seguridad social, al tiempo que
- se intensificará el recurso a las distintas formas de apoyo familiar a la vejez, y
- se requerirán profundos cambios culturales para redefinir el significado social de la vejez.

El índice de envejecimiento de la población, es decir, la relación entre mayores de 60 años y menores de 15, indica que en 2000 había 20.5 adultos mayores por cada 100 niños:

- actualmente, la relación es de 25 personas de la tercera edad por cada 100 infantes,
- habrá la misma cantidad de niños y viejos alrededor de 2034, y
- en 2050 el país tendrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños. ⁽³⁾

De la problemática que se anticipa como resultado del envejecimiento paulatino de la población resalta la relevancia de discutir quien asumirá la responsabilidad de diseñar estrategias y programas necesarios, quien proveerá los recursos indispensables para la implantación de estos programas y quien absorberá los costos del envejecimiento de la población. En México, la carencia histórica de programas sociales específicos, bien definidos y analizados, la falta de coordinación entre las instituciones de asistencia social para crear programas concretos, asertivos, basados en investigaciones específicas, la poca relevancia y la poca visión a futuro que dá el gobierno a este sector de la población, la carencia de infraestructura y equipamiento para la atención de la población envejecida, parece mostrar que los costos del envejecimiento de la población recaerán principalmente en las familias.

En la generación siguiente habrá una menor cantidad de hijos que mantenga a sus progenitores adultos mayores y redes más pequeñas de familias ampliadas, en las cuales tengan cabida los abuelos. Las familias serán constituidas por una mayor cantidad de miembros adultos mayores por lo que muchos adultos más¹⁶ jóvenes serán responsables simultáneamente de dependientes adultos mayores y jóvenes. Además de que los hogares (en la mayoría de las ciudades, agrupan



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad

a una mayor cantidad de adultos mayores) son espacios cada vez más reducidos y difíciles de acceder, sin pensar en el diseño de estos lugares para los adultos mayores.

Son precisamente las personas con 75 y más años, los denominados "más viejos" que suscitan mayores desafíos y preocupaciones; principalmente en el área de los cuidados de salud, dada la estrecha relación entre el aumento de la esperanza de vida y la mayor morbilidad con el consecuente aumento de las necesidades de apoyo, cuidados personales y de salud.

Entretanto, cerca del 15% de los mayores tendrán alcanzado una situación de semi-dependencia relacionada con la pérdida gradual de capacidades físicas y cognitivas, que va a la par con el proceso de envejecimiento en edades más avanzadas. En estos casos, se torna necesario algún apoyo de la familia o de otras estructuras informales de cuidados.

La situación se agrava para cerca del 10% de nuestros mayores, en los cuales se instalaran cuadros patológicos que determinarán una acentuada reducción de sus capacidades, en el nivel de las actividades de vida diaria. Se hace, entonces, necesario que el apoyo informal se complemente con cuidados de salud y servicios prestados por las estructuras formales de salud y apoyo psicosocial.

Finalmente, se estima en un 5% el número de mayores que, efectivamente, se encuentran en una situación de gran dependencia tornando inevitable su institucionalización.

Pero si es cierto que el presente y el futuro de nuestra sociedad está caracterizado por una proporción creciente de personas mayores (3ª edad) y muy mayores (4ª edad) y que el aumento del número de personas con más de 65 años de vida lleva a la preocupación por la calidad de vida de las misma y a la necesidad de reforzar las estructuras informales y comunitarias de apoyo. También se constata que nuestra sociedad aún posee preconceptos en relación al envejecimiento que condicionan el tipo de intervención a desarrollar.

En México existen 8.6 millones de personas adultos mayores, de ese total el 54.12 por ciento son mujeres que cuentan con 60 años de edad y más, es decir hay 4 millones 677 mil 195 mujeres adultas mayores

(3) ⁱ (CONAPO) Comunicado de prensa 49 / 05.



1.3 Definiciones de Vejez y Envejecimiento

Antes de comenzar, es necesario establecer una diferencia entre la vejez, como una etapa de la vida y el envejecimiento, como un proceso en la vida del ser humano que se inicia desde su nacimiento (Padilla, 2002:43) ⁽⁴⁾. Existen vocablos similares o equivalentes a adulto mayor, algunos aceptables y otros despectivos. A continuación se citan algunos términos que se identifican con la tercera edad y adulto mayor.

Una de las palabras más conocidas es viejo que se define de la siguiente manera de acuerdo con el diccionario terminológico de ciencias médicas: edad senil, senectud, periodo de la vida humana, cuyo comienzo se fija comúnmente a los sesenta años, caracterizado por la declinación de todas las facultades. Asimismo Séneca citado por Sánchez (1990) ⁽⁵⁾, tenía una opinión más equilibrada de la vejez, describiéndola como la edad avanzada llena de satisfacciones, señalando que la verdadera vejez no se relaciona con los años y sí con la sabiduría. Ortiz (2003) ⁽⁶⁾ menciona que la vejez es un concepto ambiguo, que es el último estadio en el proceso vital de un individuo, este concepto define a un grupo de edad o generación que comprende a un segmento de los individuos más viejos de una población.

Para los siguientes autores citados por Sánchez (1990) ⁽⁵⁾ el concepto de vejez se define de la siguiente manera: para Galeno, la vejez era de naturaleza intrínseca y se encontraba en el mismo proceso generativo, vinculando así el desarrollo y la decadencia de la persona humana. Erasmo, en el siglo XVI, concebía la vejez como una carga, considerando que la locura era el único remedio contra la vejez. La vejez es un estigma, según el gerontólogo social norteamericano Robert Atchley (1980) , y la mayoría de las veces tal estigma es el resultado injusto de falsos estereotipos que se han ido acumulando a través de los tiempos.

Otro concepto frecuente es el de anciano, varios diccionarios lo describen así: dicese del hombre o la mujer que tiene mucha edad, no aclara que significa mucha edad, pero en el nuevo testamento la palabra "anciano" tuvo otra connotación, se utilizo para designar a jefes de religiosos o para designar personajes de la iglesia que tenían algún cargo directivo (Fajardo, 1995: 3) ⁽⁷⁾. De igual manera Langarica (1990) alude que se entiende por anciano, viejo, persona de edad avanzada, a las personas en la última etapa de la vida, entre la madurez y la edad senil (60 años).

Otra denominación que en la actualidad es utilizada para dirigirnos a este sector de la población es el de tercera edad el cual surgió en Francia en 1950,

designado por el Dr. J. A. Huet, uno de los iniciadores de la gerontología en dicho país, al principio esta expresión abarcó a personas de cualquier edad, jubiladas, pensionadas, consideradas como de baja productividad, posteriormente se precisó, caracterizando a jubilados y pensionados de más de 60 años de edad (Fajardo, 1995:3) ⁽⁷⁾.

En abril de 1994 la Organización Panamericana de la Salud, filial de la Organización Mundial de la Salud, decidió emplear el término adulto mayor para las personas mayores de 65 o más años de edad (Padilla, 2002:44) ⁽⁴⁾, esta edad ha sido tradicionalmente usada para definir el comienzo de la vejez en estudios demográficos y gerontológicos, principalmente porque en muchos países es utilizada por los sistemas de pensiones para empezar a otorgar beneficios.

La definición de vejez y en la dificultad de encontrar un criterio que la delimitara como una etapa en la vida: ¿la edad cronológica?, ¿el mantenimiento de la capacidad física o psíquica?, ¿los derechos y obligaciones socialmente atribuidos?, etc. Si se trata de definiciones dentro de contexto social y cultural entonces más que la búsqueda de un criterio se torna en importante el análisis de los factores que contribuyen a proporcionar contenidos tan variados a esa definición. Son factores que revelan a la vez que explican en parte que en unas sociedades sean los ancianos mantenidos por la comunidad y en otras no, que en unas la posición de mujeres ancianas sea bien diferente de los varones ancianos y en otras no, que en unas se le atribuya un consolidado prestigio y en otras se les niegue, que en unas tengan roles rituales relevantes o que estén netamente diferenciados para ancianos y para ancianas, etc.

1.3.1 Teorías del Envejecimiento

El estudio de los adultos mayores, como un tema relevante para la medicina y en particular para la salud pública, se remonta a la primera mitad de este siglo cuando la doctora Marjorie Warren⁽⁸⁾ escribía el trabajo ahora clásico sobre la atención de los ancianos crónicamente enfermos en el Reino Unido. El paralelismo que se observa entre la situación de los ancianos en la Inglaterra de 1946 y el México de hoy es impresionante. La población de adultos mayores en México es hoy de seis millones de habitantes, como lo eran hace 50 años en Inglaterra y los problemas que hoy afligen a los nuestros son muy similares a los de aquel entonces en el Reino Unido: pobreza, soledad, divorcio entre los servicios médicos y los sociales, grandes carencias en la atención médica dentro de los servicios de asistencia social.

(4)Padilla, E. (2002). *Manual de vejez y proceso de envejecimiento*. Plaza y Valdez: México. (5)Sánchez, C. (1990). *Trabajo social y vejez*. Humanitas: Buenos Aires. (6)Ortiz G., E. Arias e I. Velázquez. (2003). *El envejecimiento: aspectos básicos, clínicos y sociales*. Cuellar: México. (7) Fajardo-Ortiz, G. (1995). *El adulto mayor en*



América Latina: sus necesidades y sus problemas medico sociales. OPS; OMS; Centro Interamericano de Estudios de la Seguridad Social: México. (8) Marjorie Warren. Nace en Inglaterra(1897- 1960) Medica cirujana, con propuestas visionarias se le conoce como la madre de la geriatría, a la cual se avocó como especialidad y enfatizó la importancia del entrenamiento en esta área, reflejando la necesidad de tratamiento apropiado para personas de la tercera edad.

En México, el estudio y la atención especializada de los adultos mayores es relativamente reciente. Sus orígenes se remontan al Congreso Panamericano de Gerontología efectuado en la Ciudad de México, en 1957, y promovido por el doctor Manuel Paynó. Sigue a tal evento un largo vacío, pues hasta 1977 se funda la Sociedad Mexicana de Geriatría y Gerontología, y es apenas en 1986 cuando el primer programa de entrenamiento formal arranca en el Hospital Adolfo López Mateos del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), a la par del que inicia la Universidad de Nuevo León. En 1993 comienza el Programa Universitario de Especialización en Geriatría en la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México, con sede en el Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán.

Aunque la base de ellas es de naturaleza biológica, no debe de considerar la influencia socio psicológico en las transformaciones relacionadas con la edad.

1.3.2 Teorías Fisiológicas del Envejecimiento

Teoría del deterioro orgánico: deterioro de los sistemas por su utilización a lo largo del tiempo.

- Teoría inmunológica: deterioro inmunitario, se observa una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos.
- Teoría del estrés: pérdidas en la capacidad de respuesta del organismo sería el resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.

Teorías bioquímicas y metabólicas:

- Teoría de la acumulación de productos de desecho: con el paso del tiempo se van acumulando diversos cuerpos pigmentados, como la lipofucsina, en el interior de las células, especialmente en células que no se dividen como las neuronas o las fibras musculares estriadas, estos productos a la larga afectan a las funciones celulares.
- Teoría de los radicales libres: Los radicales libres están implicados en el envejecimiento. Dietas hipocalóricas con poca producción de radicales libres disminuyen la aparición de determinadas enfermedades y aumentan la longevidad en muchas especies.

20



Teorías genéticas:

- Expectativa de vida máxima potencial: es constante para cada una de ellas, pero muy diferente en relación con las demás, mayor expectativa de vida, menor velocidad de envejecimiento.

Teoría de la acumulación de errores:

- Pérdidas de secuencias únicas de ADN daría lugar al deterioro

1.3.3 Envejecimiento de la Población

Causas:

- Emigración de los jóvenes.
- Descenso de la natalidad.
- Procesos médicos.
- Aumento de esperanza de vida.
- Los flujos migratorios positivos pueden rejuvenecer la población.

Consecuencias

- Una proporción de ancianos sin hijos.
- Existencia de familias multigeneracionales.
- En zonas rurales y urbanas van apareciendo sectores y barriadas de personas de edad.
- Déficit de estructuras socioeconómicas.



- Aumento de la demanda de formas de vida dependientes.
- Aumento de la demanda de servicios sanitarios.



1.4 Gerontología

En la actualidad, la Gerontología es definida como la ciencia que estudia el envejecimiento en todos sus aspectos, e incluye las ciencias biológicas y médicas, psicológicas y sociológicas; además de la aplicación del conocimiento científico en beneficio del envejecimiento y de los adultos mayores.

El término gerontología proviene etimológicamente del griego, geron = viejo y logos = estudio. Parece que el término gerontocracia, con el que se describía en la Grecia antigua al gobierno controlado por los ancianos pudiera haber sido el término precursor. Los espartanos capitalizaban la experiencia de los ancianos. Los Gerontes era un consejo de 28 hombres que pasaban de los 60 años y controlaban el gobierno de la Ciudad-Estado.

En 1903, Michel Elie Metchnikoff (1845-1916) sociólogo y biólogo ruso, sucesor de Pasteur y Premio Nobel de Medicina y Fisiología en 1908, propuso a la Gerontología como ciencia para el estudio del envejecimiento, ya que según él "traería grandes modificaciones para el curso de este último período de la vida".

Por su parte, el término geriatría fue acuñado por Ignatius Nascher en su obra presentada en 1907 en la Academia de Ciencias de Nueva York titulada Geriatría, las enfermedades de los ancianos y su tratamiento. Este eminente pediatra norteamericano y fundador del primer departamento de Geriatría en los EE.UU., en el Hospital Mont Sinai de Nueva York, explica en esta publicación, que el término también es derivado del griego Geron = Viejo e Iatrikos = tratamiento médico. Entonces si bien el año 1860 -en que Abraham Jacobi dictó la primera clase de Pediatría- es una fecha importante, también 1909 lo es para la Geriatría.

La Geriatría es por tanto una rama de la Gerontología y la Medicina que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos, y sociales en la salud y enfermedad de los ancianos. Es una ciencia práctica aplicada, que se ocupa de la asistencia integral a estas personas.

Aunque el desarrollo y la aceptación de un término que sea descriptivo y conciso como lo son Gerontología y Geriatría son pasos importantes en el avance de la ciencia y la práctica, no se puede asumir que el desarrollo de un término implica que en ese momento ha surgido la ciencia en sí.

El comité para la Historia de la Gerontología, creado en 1960 por la Asociación Internacional de Gerontología, ha mostrado que el conocimiento de la bibliografía gerontológica antes de 1950 es difícil de clasificar y generalmente inadecuado para las necesidades de este campo. Freeman en su trabajo "El envejecimiento, su historia y literatura", describió 9 períodos en el conocimiento científico de la vejez durante los 5 000 años que han precedido y mostró²³



cómo la preocupación por la muerte precede a la preocupación por el envejecimiento. Existe así un conjunto de observaciones, reflexiones y especulaciones heterogéneas sobre el avance en la edad, previos a la emergencia del establecimiento de la Gerontología como estudio científico.

El envejecimiento y las enfermedades de la tercera edad han sido de interés para numerosos estudiosos durante centurias, eminentes individuos desde la antigua China, India y el este del Mediterráneo dedicaron muchas de sus energías a estudiar el envejecimiento. Más tarde, griegos y romanos continuaron sus esfuerzos en tratar de entender los mecanismos del proceso de envejecimiento y su pensamiento matizó el desarrollo investigativo de Europa. Toda la fascinación de Europa por el envejecimiento y la muerte, fue transmitida a la América y al resto del mundo bajo su influencia.

En los siglos XVII y XVIII, Francis Bacon y Benjamín Franklin esperaban descubrir las leyes que gobernaban el proceso de envejecimiento para establecer después un utópico rejuvenecimiento.

Una de las primeras publicaciones que sobre esta materia se reconoce, fue editada en el año 1236 por Roger Bacon, con el título de "La Cura de la Vejez y La Preservación de la Juventud". El estudio académico sobre las personas ancianas y el envejecimiento comienzan en la Edad Moderna con los trabajos biométricos de Adolphe Quetelet (1796-1874) y Francis Galton (1822-1911). Quetelet es considerado el primer gerontólogo de la historia, al establecer los diferentes estudios de la evolución de la vida humana. Él aplicó la curva de Gaus, lo que supuso una auténtica revolución conceptual en su tiempo.

La Gerontología social fue definida en 1914 por Eduardo Sthiglitz como "una ciencia que se ocupa del hombre como organismo social, que existe en un ambiente social y aceptado por éste".

A pesar de que a comienzos del siglo XX se empiezan los estudios del envejecimiento desde diversas perspectivas, se hacen con hipótesis falsas e incompletas y no es hasta los años 30 cuando se desarrollan los conceptos básicos de la gerontología.

Sin olvidar que Charcot en 1881 escribió sobre, "la importancia de un estudio especial de la vejez y sus enfermedades", y como se señaló antes Nascher introduce el término Geriatria en 1909, para muchos el comienzo de la Geriatria moderna se inició con los trabajos de la doctora Marjory Warren a partir de 1935 en un hospital para crónicos en Londres. De su trabajo entonces y sus ideas, nacieron, para la Medicina geriátrica, muchos de los principios que mantienen la más plena vigencia; entre otros:

- La vejez no es una enfermedad.
- Un diagnóstico exacto es esencial hacerlo.

- Muchas enfermedades de la vejez son curables .
- El reposo injustificado puede ser peligroso.

A partir de los años 30 y 40 se desarrollaron los estudios más sistemáticos, se creó en Europa (1939) un club de investigación sobre los problemas del envejecimiento y la Fundación Nuffield (1943) en Gran Bretaña para el soporte de las investigaciones en Gerontología. Así este interés científico comenzó como una preocupación de un grupo de estudiosos sobre un limitado número de universidades en los años 40.

Y si bien Morris en 1942 propuso los elementos esenciales de la Atención Geriátrica, fue tras la Segunda Guerra Mundial en 1946 cuando comenzó su desarrollo y alcanzó poco a poco el estado de campo científico independiente, lo que permitió en 1946 la aprobación en el Reino Unido de la especialidad de Geriátrica y en 1947 se fundó la Sociedad Británica de Geriátrica.

En 1950 en Lieja, Bélgica se creó la Sociedad Internacional de Gerontología, con la finalidad de promover las investigaciones gerontológicas en los campos biológicos, clínicos y de formación de personal altamente calificado en el sector del envejecimiento.

Las ideas de la prevención de las enfermedades de la vejez y la conservación de la salud de los ancianos fue introducida por Anderson y Cowan en 1955, mientras que Willianson en 1964 describe el "Iceberg" de las enfermedades no referidas en la vejez. En 1958 se fundó en Oxford el primer departamento de Geriátrica en Inglaterra.

Con la creación de varios Institutos de Gerontología como los de Kiev, Baltimore y más tarde Tokio, se ayudó al avance de las investigaciones sobre el envejecimiento.

La preocupación de las naciones por este fenómeno quedó patente en la realización de una Asamblea Especial sobre Envejecimiento en las Naciones Unidas, Viena, en 1982, de la cual devino un Plan de Acción, recientemente evaluado en 1992 en Nueva York y cuyos objetivos guían la política de trabajo en esta esfera en muchos países.

El desarrollo de la especialidad y la preocupación de las entidades, gubernamentales o no, sobre el tema ha sido muy importante en los últimos años en el Tercer Mundo y con un énfasis especial en la Gerontología y la Geriátrica en la América Latina.

La especialidad comienza a desarrollarse a finales de los años 50 y alcanza un pujante avance en las décadas de los 80 y 90. La intensificación de su progreso dentro de muchos países y la extensión a otros nuevos, es sin dudas un resultado de interés, por el fenómeno del envejecimiento en la región y las



particularidades que presenta. Colofón de este desarrollo ha sido, sin duda la creación de la Federación de Sociedades de Gerontología y Geriatria de América Latina y del Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología. Así inmersos en el contexto de la investigación, geriatras y gerontólogos, avanzan parejos en la búsqueda científica y convocan para celebrar el Año Internacional de las personas de edad, el III Congreso del Comité Latinoamericano de la Asociación Internacional de Gerontología, el IV Congreso Nacional de Gerontología y Geriatria, el II Encuentro Iberoamericano de adultos mayores, que se desarrollará en el Palacio de Convenciones de la ciudad de La Habana. ⁽⁹⁾

1.4.1 Referencia Básica de Salud en Adultos Mayores

Anciano Sano:

- Generalmente mayor de 65 años. Es la persona con alteraciones funcionales, al límite entre lo normal y lo patológico. Mantiene equilibrio inestable, con adaptación de los trabajos funcionalmente a sus posibilidades reales de rendimiento (Pietro de Incola).

Anciano Independiente:

- Es aquel que es capaz de solucionar las dificultades que se le presentan en las actividades de la vida diaria) utilizando los recursos que tiene a su alcance para satisfacer sus necesidades.

Anciano Dependiente

- Aquel que no es capaz de solucionar las dificultades que se le presentan en las actividades de la vida diaria).

Anciano Frágil:

- Persona mayor de 75 años, que sufre 1 o mas enfermedades con riesgo de incapacidad, vive en su domicilio y sigue tratamiento farmacológico y necesita atención profesional domiciliaria, o que en los últimos 12 meses a tenido cambio de domicilio o estado ingresado.

Anciano Geriátrico:

- Es un enfermo crónico, dependiente, mayor de 75 años que padece una o varias enfermedades que tienden a la incapacidad o invalidez y cuya evolución esta condicionada por factores psíquicos y / o sociales.

(9) Gerontología y Geriatria: Breve Resumen Histórico. Prof. Osvaldo Prieto Ramos. Director del Centro Iberoamericano de la Tercera Edad



El anciano geriátrico es diferente al anciano enfermo ya que este último no tiene requisitos de fragilidad. En la actualidad se reconoce a quien tiene más de 60 años como adulto mayor. Existen, sin embargo, diferencias muy grandes entre subgrupos: de 60 a 69 los adultos mayores están aún en su mayoría en plenas facultades, de los 70 a los 85 demuestran ya una baja capacidad funcional y luego de los 85 se tornan particularmente frágiles y vulnerables. Cada una de estas etapas representa un estadio biológico diferente.

1.4.2 Características del Paciente Geriátrico

La edad no condiciona al paciente geriátrico porque si alguien sufre una patología o un envejecimiento patológico también puede ser considerado de paciente geriatría (antes de los 65 años).

- Pluripatología: En los ancianos la aparición de una enfermedad predisponerte o facilita la aparición do otras.
- Peculiaridad sintomática:
- Frustrada o incompleta no se cumplen todos los síntomas típicos de una enfermedad.
- Tendencia invalidez.
- Atípica: enfermedad que cursa con síntomas no característicos a esta.
- Bonalizada: los ancianos no le dan importancia porque toda lo achacan y el médico a la vejez. Se describen de forma ambigua.

Las enfermedades crónicas, incapacitantes y lesiones, son más frecuentes en los adultos mayores, utilizando cuatro veces más los servicios de salud que el resto de la población.

La salud de los adultos mayores tiende a deteriorarse con el paso de los años, casi la totalidad vive en casa, siendo atendidos por algún familiar, enfermera calificada o no y otros ignorados, independientemente de su estado de salud y una gran proporción toma algún medicamento, con o sin receta médica.

Ante tal panorama, se abre la necesidad de proporcionar atención a este sector de la población, en particular dentro del área de la educación para la salud para enfrentar los nuevos retos que impone este grupo de edad. La pedagogía gerontológica, rama nueva de la pedagogía social que pretende aportar a la gerontología, la dimensión educativa en esta etapa de la vida que a su vez se divide en cuatro ramas:

- Geriatría
- Biología del envejecimiento
- Gerontopsicología
- Gerontología social

Entre sus finalidades se encuentran tanto el desarrollo y la estimulación, como la prevención, la terapia y el apoyo, encaminados a elevar la calidad de vida de las personas mayores.

La gerontología se convierte así en una ciencia en alza con mayor demanda, ya que se observa, para el caso de México, según datos de la Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento (Programa de Acción para la Atención del Envejecimiento 2001-2006), en el año 2001 se rebasaron los 100 millones de habitantes con una esperanza de vida de 73.1 para los hombres y 77.6 para las mujeres. El incremento de los mayores de 60 años va de 7.05 en el 2001 a 7.9% en el 2006, es una ciencia multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez, cuenta con diferentes campos de aplicación, en los que participan especialistas de múltiples ramas y profesionales que tienen como objetivo común el tratar de mejorar la calidad de vida de las personas ancianas. Dentro de los campos que abarca la Gerontología se identifica como uno de los más importantes la Enfermería Gerontológica.

La tanatología (Tánatos=Muerte, Logos=Tratado) es el estudio de la muerte en todos sus aspectos y del proceso que lleva a ella, y es impartida para los adultos mayores con la finalidad de vivir la vida de manera más satisfactoria y feliz.



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad



1.5 Discapacidad

La discapacidad refleja las consecuencias de la deficiencia a partir del rendimiento funcional y por lo tanto, de la actividad del individuo; aunque no es preciso; existen elemento para afirmar que la discapacidad tiende a aumentar, no sólo en números absolutos resultado del incremento poblacional, sino también como resultado del cambio demográfico social y epidemiológico. Lo anterior significa que el aumento de la discapacidad en la población se puede deber a la disminución de la mortalidad, los cambios en los patrones de morbilidad, el incremento en la esperanza de vida al nacer y hasta la reducción de la fecundidad.

La discapacidad afecta no únicamente a la persona, sino también al núcleo familiar y a la comunidad de la que forma parte; estas personas no presentan sólo una limitación física en sus funciones, sino también muestran en muchos casos un desajuste psicológico y una limitación en su desarrollo socioeconómico, educativo y cultural.

La Organización Panamericana de la Salud señalan que la discapacidad es un problema social, y advierten que el riesgo y la presencia de ésta aumentan con la edad; además que su prevalencia es más alta en áreas rurales que en zonas urbanas; además de que los servicios ofrecidos a estas personas son brindados por el gobierno.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) en los noventa estimó que aproximadamente el 10% de la población mundial tiene alguna discapacidad, variando según el país. En algunos países 90 por ciento de los niños con discapacidad no viven más de 20 años. Cada año en el mundo, a causa de la desnutrición, un millón de niño se convierte en discapacitado.

1.5.1 ¿Qué es la Discapacidad?

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, se entiende por:

Deficiencia : Es la pérdida o la anomalía de una estructura o de una función psicológica, fisiológica o anatómica, que puede ser temporal o permanente. Entre las deficiencias se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida por un miembro, órgano, tejido o cualquier otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas de la función mental.

Discapacidad : Es cualquier restricción o impedimento de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para



el ser humano. La discapacidad se caracteriza por excesos o insuficiencias en el desempeño de una actividad rutinaria normal, los cuales pueden ser temporales o permanentes, reversibles o surgir como consecuencia directa de la deficiencia o como una respuesta del propio individuo, sobre todo la psicológica, a deficiencias físicas, sensoriales o de otro tipo.

Persona con discapacidad: Persona o gente (grupo de individuos) con una deficiencia o condición de salud que se enfrenta a una situación de discapacidad o es percibida como discapacitada.

1.5.2 Clasificación de la Discapacidad

Para analizar a los discapacitados dentro del campo arquitectónico es necesario mencionar que no todos presentan las mismas características. Las discapacidades se pueden clasificar en dificultades de desplazamiento, visuales, audición y lenguaje, deficiencia mental y parálisis cerebral. Dentro de estas categorías hay que tener en cuenta que puede existir dualidad o multiplicidad de deficiencias en una persona, así como existir varios grados de incapacidad dentro de la misma categoría. Como dentro de cada categoría los discapacitados experimentan diferentes problemas en el medio físico, es de suponerse que los tratamientos que se tienen en cuenta para tratarlos abarcan una amplia variedad.

Discapacidad física: Esta es la clasificación que cuenta con las alteraciones más frecuentes, las cuales son secuelas de poliomielitis, lesión medular (parapléjico o cuadripléjico) y amputaciones. . Las principales enfermedades asociadas son: Parálisis Cerebral, Parkinson, Esclerosis Múltiple, Paraplejia, Tetraplejia, Hemiplejia, Secuelas de Poliomielitis, Displasia, Distrofia Muscular, Espina Bífida, entre otras.

Discapacidad sensorial: Comprende a las personas con deficiencias visuales, a los sordos y a quienes presentan problemas en la comunicación y el lenguaje.

Discapacidad Sensorial de tipo Visual: Personas con disminución en la capacidad visual que considera, entre otras, las siguientes enfermedades: Glaucoma, Cataratas, Astigmatismo, Distrofia y Leucoma Corneal, Retinopatías, Retinosis Pigmentosa, Ceguera. Discapacidad Sensorial de tipo Auditiva: Alteración de la Audición, Sordera Congénita, Presbiacusia, Síndrome de Ulsher, Hipoacusia.

Discapacidad intelectual: Se caracteriza por una disminución de las funciones mentales superiores (inteligencia, lenguaje, aprendizaje, entre otros), así como de las funciones motoras. Esta discapacidad abarca toda una serie de enfermedades y trastornos, dentro de los cuales se encuentra el retraso mental, el síndrome Down y la parálisis cerebral. Algunas enfermedades asociadas son: Síndrome de Down, Síndrome de Prader Willi, Autismo, Síndrome de X Frágil, Fenilcetonuria, Alzheimer, entre otros.

Discapacidad psíquica: Las personas sufren alteraciones neurológicas y trastornos cerebrales. Algunas enfermedades asociadas son: Psicosis Orgánica,³¹ Paranoia, Esquizofrenia, Depresión Bipolar, entre otras.

Este centro se enfocará en personas con discapacidad física y sensorial

- 1. Discapacidad Leve: Personas que presentan alguna dificultad para llevar a cabo actividades de la vida diaria sin embargo la persona es muy independiente y no requiere apoyo de terceros y puede superar barreras del entorno.
- 2. Discapacidad Moderada: Personas que presentan una disminución o imposibilidad importante de su capacidad para realizar la mayoría de las actividades de la vida diaria, llegando incluso a requerir apoyo en labores básicas de auto cuidado y supera con dificultades sólo algunas barreras del entorno.
- 3. Discapacidad Severa: Personas que ven gravemente dificultada o imposibilitada la realización de sus actividades cotidiana, requerimiento del apoyo o cuidados de una tercera persona y no logra superar las barreras del entorno. Sin embargo existen servicios de terapia ocupacional y de ajuste personal y social para este sector de discapacitados en aras a mejorar sus condiciones de vida y su integración social

La discapacidad se incrementa gradualmente a partir de los 45 años y se multiplica a partir de los 70 años de edad



1.6 Fundamentación (Objeto De Estudio)

1.6.1 Situación Demográfica y Social de la Población de Edad Avanzada

Situación de la población nacional

La estructura por edad de la población. El avance en la transición demográfica ha dado lugar a profundas transformaciones en la estructura por edad de la población

La disminución de los nacimientos, la reducción de la proporción de niños y adolescentes, el peso creciente de la población en edades laborales y la aceleración de la dinámica demográfica de la población de la tercera edad crean condiciones demográficas favorables para enfrentar algunos retos demográficos pero, al mismo tiempo, plantean nuevos y más complejos desafíos.

En la población en edad preescolar (de 0 a 5 años) se hace más evidente la reducción de la fecundidad y, como consecuencia, se abre una oportunidad única para lograr mejoras en diversos servicios como la salud postnatal, la vacunación y la educación preescolar:

A mediados de 2005 se tienen 11.9 millones de niños menores de 6 años, lo que representa una disminución de 226 mil personas respecto al año anterior; en 1970 representaban 22.1 por ciento reduciéndose a 11.2 por ciento en 2005, y se prevé continúe disminuyendo aunque de manera más lenta en el futuro para situarse en 11.3 millones en 2010, 10.6 millones en 2025 y 8.6 millones en 2050.

El grupo de entre 6 y 14 años sigue un patrón paralelo al de la población preescolar, por lo que la matrícula de nuevo ingreso a la educación primaria ha comenzado a disminuir en los últimos seis años lectivos, mientras que el grupo que asiste a secundaria se ha estabilizado, por lo que se podría garantizar la cobertura universal con un incremento de alrededor de 20 por ciento de la matrícula escolar actual:

Después de aumentar continuamente de 13.1 millones en 1970 a 20.4 millones en 2002, el monto de este grupo ha comenzado a descender a partir de 2003 ubicándose en 20.1 millones en la actualidad, los incrementos anuales han disminuido de 443 mil en 1970 a -201 mil en 2005, la participación en la³³



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad

población total ha caído de 25.7 a 18.9 por ciento, entre 1970 y 2005, y se prevé que disminuirá a 18.5 millones en 2010, 16.1 millones en 2025 y 13.2 millones en 2050.

El crecimiento de la población de jóvenes entre 15 y 24 años seguirá aumentando, aunque a incrementos cada vez menores y ejercerá una fuerte presión tanto sobre la oferta de educación media superior y superior como sobre los mercados laboral y habitacional:

Los incrementos anuales han descendido de 419 mil a 105 mil entre 1970 y 2005, este grupo de la población aumentó de 9.3 a 21.0 millones en el mismo periodo, y alcanzará su máximo histórico de 21.5 millones en el año 2011 para empezar a disminuir hasta 17.9 millones en 2025 y 15.2 millones en 2050.

La población entre 25 y 59 años también continuará aumentando en las próximas décadas y, con ello, la demanda de empleos y otras necesidades:

Los incrementos anuales han aumentado de 388 mil a cerca de 1.1 millones en 1970 y 2005, y actualmente este grupo de edad representa 42.6 por ciento de la población total, pasó de 14.2 a 45.3 millones entre 1970 y 2005, su tamaño seguirá incrementándose a 50.6 millones en 2010 y 61.3 millones en 2025, para bajar a 56.4 millones en 2050.

La población de 60 años o más es la que crece de manera más rápida desde hace veinte años y presenta una tasa con potencial para duplicar su tamaño en menos de dos décadas:

Los adultos mayores son en la actualidad 8.2 millones y representan 7.7 por ciento de la población total, pero el incremento anual asciende a poco más de 292 mil personas y se espera continúe aumentando hasta 793 mil en 2033 para luego disminuir gradualmente hasta 532 mil en 2050; si hoy uno de cada trece mexicanos y mexicanas está en ese grupo de edad, en 2030 serán uno de cada seis y en el 2050 más de uno de cada cuatro su tamaño aumentará a 9.9 millones en 2010, 18.4 millones en 2025 y 36.2 millones en 2050.

Envejecimiento Demográfico

Durante la primera mitad del siglo la población de la tercera edad se incrementará en 30 millones de personas. La tasa de crecimiento de la población de adultos mayores registrada en 2005 es de 3.6 por ciento, lo que implica que tiene el potencial para duplicar su tamaño cada 19 años. Esta dinámica continuará hasta alcanzar una tasa de crecimiento de 4.3 por ciento durante la tercera década del siglo:

- En 2000 la población de 60 años o más representó 6.8 por ciento de la población total,



- En 2005 representa 7.7 por ciento, y
- Se espera que en 2050 sea 28 por ciento.

Alrededor de 72 por ciento del incremento demográfico de la tercera edad previsto para la primera mitad del siglo XXI tendrá lugar después de 2020, lo que da al país menos de dos décadas para preparar las respuestas a las demandas sociales del envejecimiento.

La esperanza de vida aumentará de manera constante

La mejoría en las condiciones de vida y una mayor cobertura y calidad de los servicios de salud propiciarán el descenso de la mortalidad. Debido a ello, la esperanza de vida de los mexicanos se aproximará gradualmente hacia el año 2050 a la registrada actualmente en Japón, el país con la mayor sobrevivencia del mundo, al pasar de:

- 74 años en 2000,
- 75.4 años en 2005,
- 76.6 años en 2010,
- 79.8 años en 2030, y
- 81.3 años en 2050.

México envejecerá en unas cuantas décadas lo que a Francia le llevará más de un siglo

El envejecimiento demográfico ocurrirá en nuestro país en un lapso bastante menor al observado en países más desarrollados y en un contexto socioeconómico menos favorable. Esto significa que México tendrá menos tiempo y recursos para adaptarse a las consecuencias sociales que traerá consigo el envejecimiento:

Lo que a Francia le tomará 125 años (de 1900 a 2025) para que el monto de su población adulta mayor pase de 12.7 a 28 por ciento, a México le llevará sólo 30 años (de 2020 a 2050). El rápido envejecimiento traerá consecuencias sociales, económicas, familiares y culturales que es necesario prever. México se transformará paulatinamente en un país con más viejos que niños

El índice de envejecimiento de la población, es decir, la relación entre mayores de 60 años y menores de 15, indica que en 2000 había 20.5 adultos mayores por cada 100 niños.

Actualmente, la relación es de 25 personas de la tercera edad por cada 100 infantes, habrá la misma cantidad de niños y viejos alrededor de 2034, y en 2050 el país tendrá 166.5 adultos mayores por cada 100 niños.

1.6.2 La Población de la Tercera Edad

- La mayoría de los adultos mayores vive en las ciudades, pero la población rural está más envejecida
- La distribución territorial de la población adulta mayor refleja el proceso de urbanización mexicana del siglo pasado:
- En las ciudades del país vive 54.8 por ciento de la población de 60 años y más, y 45.2 por ciento vive en localidades con menos de 15 mil habitantes; sin embargo, en las localidades urbanas los adultos mayores representan 6.1 por ciento de la población, y 7.9 por ciento en las localidades no urbanas.

1.6.3 La Vejez tiene un Rostro Predominantemente Femenino

A pesar de que nacen más hombres que mujeres, el número de hombres y mujeres tiende a igualarse a determinada edad (entre 20 y 24 años en México) debido a que en todos los grupos de edad los hombres mueren más que las mujeres, lo que incide en una mayor proporción de ellas en las edades adultas y, sobre todo, en las avanzadas:

Entre las personas de 60 a 64 años hay casi 90 hombres por cada 100 mujeres, y llega a alrededor de 80 por cada 100 entre 75 y 79 años; en 2005 hay 4.3



millones de mujeres de 60 años o más frente a menos de 3.7 millones de hombres, en 2010 serán 5.3 y 4.5 millones, en 2030 habrá 12 millones de mujeres por 10.2 millones de hombres de la tercera edad, y las mujeres superarán en cerca de tres millones a los hombres en 2050 (19.6 por 16.7 millones).

1.6.4 Principales Indicadores Demográficos

Durante 2005 la población del país se incrementará en 1.1 millones de personas

De acuerdo con las proyecciones de población del Consejo Nacional de Población, México tiene actualmente 106.5 millones de habitantes, y se calcula que durante el año:

- Ocurrirán más de 2 millones de nacimientos,
- Fallecerán 474 mil personas, y
- El saldo neto por migración internacional será negativo de 400 mil personas.

La población del país crece a una tasa anual de 1.02 por ciento anua.

La tasa de crecimiento natural de 1.4 por ciento, producto del balance entre nacimientos y muertes, se ve reducida por la tasa de crecimiento social de -0.38 por ciento, derivada del fenómeno migratorio, de tal modo que la población mexicana registra un crecimiento demográfico en cerca de 1.0 por ciento en 2005.

México se dirige hacia la Última Etapa de la Transición Demográfica

La transición demográfica es el tránsito de un régimen caracterizado por niveles elevados de mortalidad y fecundidad hacia otro de niveles bajos y controlados. En este proceso, la población mexicana ingresó al nuevo milenio con una tasa de crecimiento natural semejante a la observada 70 años atrás, aunque con un tamaño seis veces mayor.

La tasa global de fecundidad según las proyecciones de población vigentes es de 2.11 hijos por mujer, aproximadamente tres de cada cuatro mujeres, unidas o casadas, en edad fértil utilizan algún medio para regular su fecundidad, la esperanza de vida es de 75.4 años; 73.0 para los hombres y 77.9 para las mujeres, la tasa de mortalidad infantil se ha reducido de 23 a 19 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos entre 2000 y 2005, lo que representa una reducción de 19 por ciento.



1.6.5 Tendencias de Crecimiento

Uno de los aspectos más importantes que condicionará el futuro de México es el incremento de la población. De acuerdo con el Censo 2005 del INEGI y las estimaciones de CONAPO, entre 2005 y 2030 la población del país se incrementará en 24.2 millones de personas, aproximadamente el 79% se asentará en localidades urbanas y prácticamente el 86% se ubicará en la zona centro, norte, noroeste y noreste del país (regiones I, II, III, IV, VI, VII, VIII, IX, X y XIII).

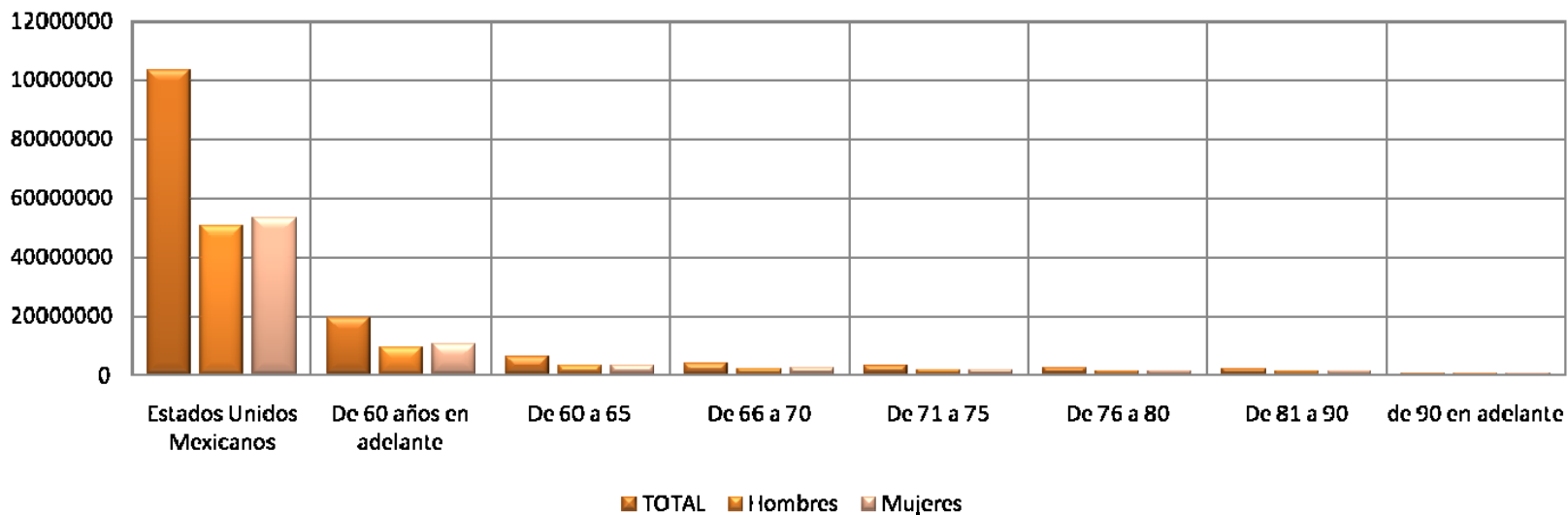
El último ejercicio censal (2000), registró en el país 6.9 millones de personas de 60 años y más, lo que equivale a 7.1% de la población total; 3.7 millones son mujeres y 3.2 millones, hombres.

En números absolutos, el aumento en este grupo de edad durante el periodo 1990-2000 fue de casi dos millones de personas, con una tasa de crecimiento medio anual de 3.39%, superior a la registrada por la población total en estos 10 años, de 1.85 por ciento.

Por entidad Federativa, destacan con las mayores proporciones de población de 60 años y más, Zacatecas (8.7%), el Distrito Federal y Nayarit (8.5% cada uno) y Oaxaca y Yucatán (8.4% c/u). En contraparte, Tabasco (5.8%), el estado de México y Chiapas (5.4% c/u), Baja California (5.2%) y Quintana Roo (3.7%) presentan las menos.⁽¹⁰⁾

Población de 60 años en adelante de la República Mexicana





Población de 60 años en adelante del Distrito Federal

	Población		Sexo	
	TOTAL	Hombres	Mujeres	
Distrito Federal población total	8,720,916	4,171,683	4,549,233	
De 60 años en adelante	859,438	360,452	498,986	
Porcentaje	9.85%	8.64%	10.97%	

Población Total Distrito Federal, Edad Desplegada y Grupos Quinquenales de Edad según Sexo



	Población TOTAL/1	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Distrito Federal población total	8,720,916	4,171,683	4,549,233
Distrito Federal 60 años en adelante	859,438	360,452	498,986
60 - 64 años	263,228	117,398	145,830
65 - 69 años	192,699	83,931	108,768
70 - 74 años	164,150	67,932	96,218
75 - 79 años	110,512	44,280	66,232
80 - 84 años	72,725	27,752	44,973
85 - 89 años	35,912	12,752	23,160
90 - 94 años	14,084	4,564	9,520
95 - 99 años	5,176	1,589	3,587
100 años y más	952	254	698

(10) Informe de México:El cambio demográfico, el envejecimiento y la migración internacional en México. Comité Especial sobre Población y Desarrollo XXXII Período de Sesiones de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (cepal) Santo Domingo, Rep. Dominicana del 9 al 13 de Junio, 2008.

Carpeta Informativa 2005 CONAPO

Enlaces Informativos

CIMAC Noticias Rosalba

Laguna

Belio,

académica

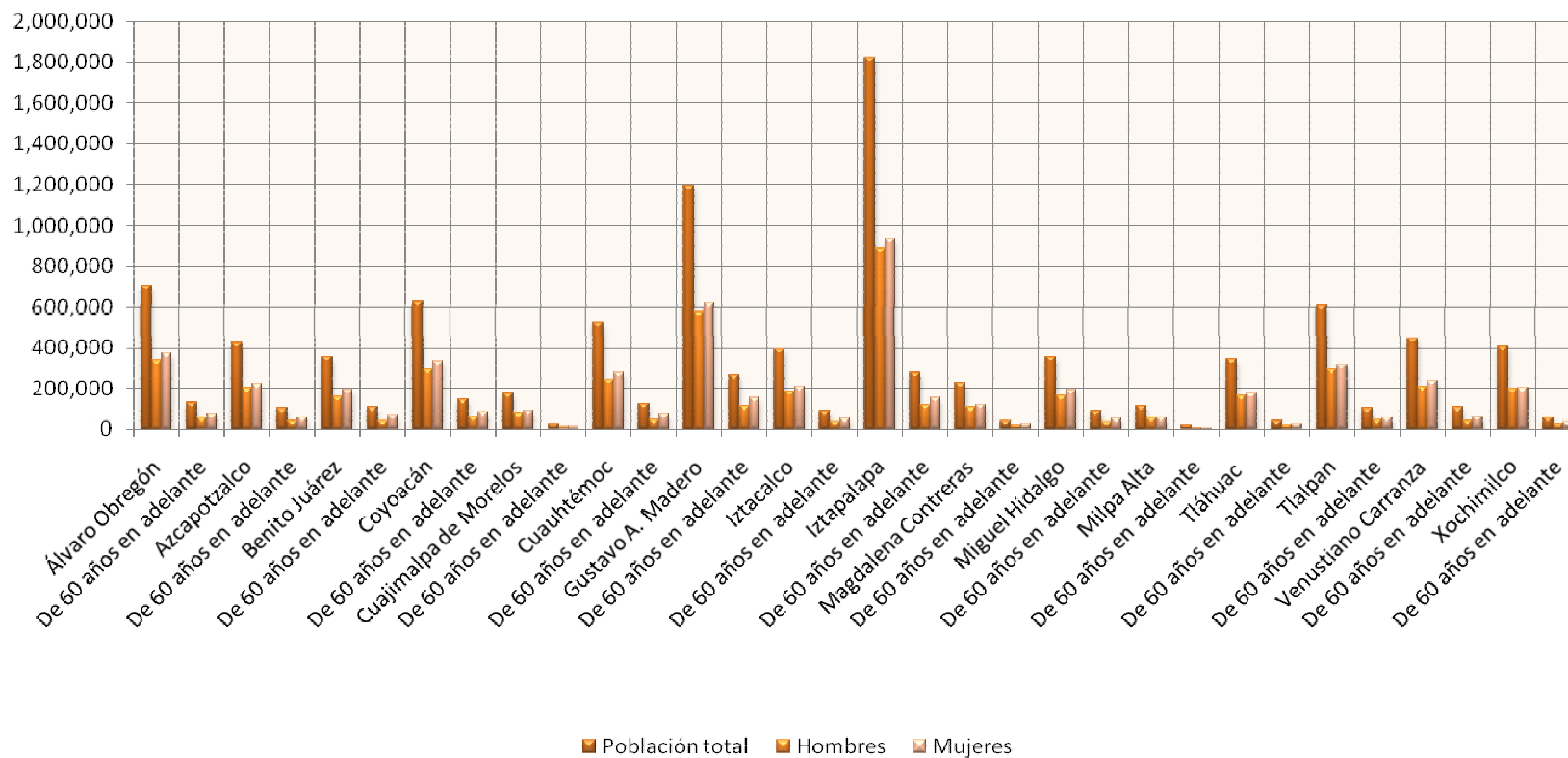
de

la

UN



Población Total por Delegación, Edad Desplegada y Grupos De Edad Según



INEGI 2005

Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad

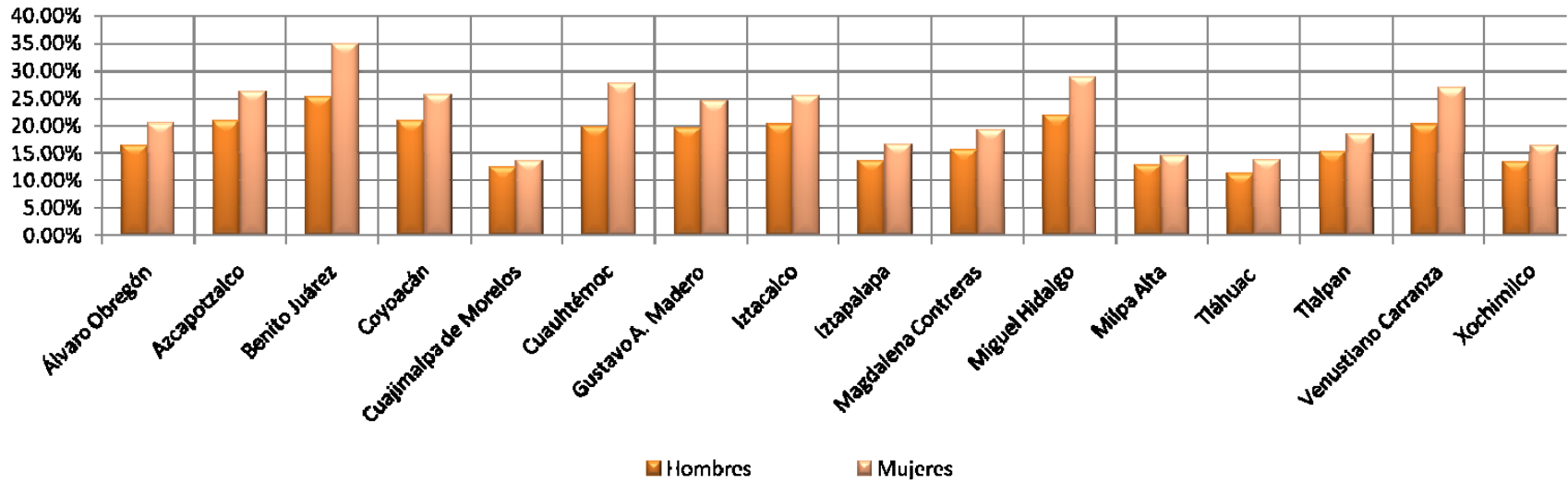


Población Total por Delegación, Edad Desplegada y Grupos Quinquenales de Edad Según Sexo

Distrito Federal de 60 años en adelante	Población total /1	Sexo	
		Hombres	Mujeres
Distrito Federal población total	8,720,916	4,171,683	4,549,233
De 60 años en adelante	859,438	360,452	498,986
Porcentaje	9.85%	8.64%	10.97%

Población Total por Delegación y Sexo de 60 años y más





1.6.6 Dependencia de los Adultos Mayores

¿Quién cuidará de los ancianos?

Breve Historia. Simmons⁽¹¹⁾ señala cómo en las sociedades cazadoras nómadas, cuya supervivencia ha dependido en gran parte de la posibilidad de movilización rápida del grupo de un campo de caza a otro, se han llegado a adoptar métodos drásticos para eliminar del grupo a los ancianos. Es conocido el hecho de que entre los esquimales, aun hoy día, las mujeres seniles que estorban al grupo han sido tradicionalmente abandonadas en refugios temporales con provisiones limitadas de alimentos, para guarecerse mientras el grupo continúa su camino, supuestamente para regresar por ellas después, cosa que nunca ocurre. En estas sociedades primitivas, el varón difícilmente llega a edades avanzadas pro cuando el caso se presenta, puede ser eliminado por el hijo, en un acto aparentemente de misericordia, que es considerado como una forma de rendir honores al padre más que como una manifestación de rechazo.

En otras sociedades primitivas, la jefatura de la misma recaía en las personas de mayor edad y gozaban de la obediencia y respeto por parte de los miembros más jóvenes. El anciano es cuidado y protegido.

Los griegos en su época de oro enaltecían y respetaban a los ancianos.

El cristianismo con su concepto de la vida basado en el amor al prójimo,, induce el amor a los ancianos y responsabiliza a los esposos jóvenes de la felicidad de los padres mayores.

En la Edad Media los alquimistas buscaron afanosamente el elixir de la vida a fin de conservar los atributos de la juventud. En esta época algunas órdenes religiosas acogen a los enfermos en edad avanzada dando lugar a los “geroconios” que se multiplicaron en los territorios bizantinos dependientes de Constantinopla.

Avanzar estudió el deterioro mental en la vejez. Maimónides introdujo el examen médico para prevenir las enfermedades de la vejez.

En las familias de artesanos existía una coincidencia entre la profesión y la existencia del trabajador. Vivía en su lugar de trabajo, era dueño de sus medios de producción y las tareas productivas y domésticas se confundían. Las capacidades aumentaban con la experiencia y la edad. Cuando el trabajador declinaba, existía una división de trabajo que permitía que se adaptaran las diversas tareas a la capacidad y posibilidades de cada uno y cuando el anciano se convertía definitivamente en inválido, el resto de la familia aseguraba su supervivencia.

En la familia extensa campesina, los ancianos no son relegados, son considerados como depositarios de experiencias que pueden ser aprovechadas por la comunidad.

Con la despoblación y el despoblamiento del campo empieza la desintegración de la familia patriarcal.

En la Revolución industrial, cuando el anciano ya no puede mantenerse



independientemente se agrega a la familia de uno de los hijos y ya significa una carga e incluso un estorbo dadas las condiciones de trabajo y vivienda de la época.

Las sociedades de corte moderno, la obligación que tienen para con sus miembros ancianos, limitándolos en sus posibilidades de trabajo, u alejándolos del núcleo familiar y social, sin importarles el derecho que como seres humanos tienen a ser tratados en una forma respetable y digna, olvidando que en su juventud contribuyeron en forma importante al logro de muchas de las comodidades que disfrutaban las nuevas generaciones

En los pueblos orientales, y en especial el chino y japonés, en la actualidad, el abuelo es la máxima autoridad, decide, gobierna, guía a toda la familia.

La sociedad de consumo con sus modernos medios de estandarización pretende validar la lucha generacional y la obsolescencia de los ancianos. Los adultos en la sociedad competitiva deciden según su interés práctico e ideológico sobre el papel que conviene conferir a los viejos y a los ancianos. En esta sociedad es necesario mantener en determinadas instituciones a las personas que no encajan en el modelo establecido. Los mendigos en casas de caridad; los delincuentes en la cárcel, los huérfanos en orfanatorios, los alienados en manicomios y los ancianos en asilos, el almacén de los sujetos decrepitos.

Actualmente en esta edad muchos ancianos tienen que abandonar la casa en que vivieron gran parte de su vida, por condiciones económicas, por

haber cumplido el ciclo de vida de la familia, porque la familia los excluye o por marginarse ellos mismo.

El hombre viejo constituye una pesada carga para sus familiares, que pronto se cansan y si cuentan con dinero lo confían a los asilos.

La evolución opera sin tropiezos, el individuo envejece y no lo nota. El ser humano teme envejecer por miedo a convertirse en un estorbo, deja de ser una persona respetable y digna, ya no tiene un rol social ni importante ni aceptable, pasa a ser objeto de crítica y burla. Al perder su lucidez, pierde además su independencia ⁽¹²⁾.

En la generación siguiente habrá una menor cantidad de hijos que mantenga a sus progenitores ancianos y redes más pequeñas de familias ampliadas, en las cuales tengan cabida los abuelos. Las familias serán constituidas por una mayor cantidad de miembros ancianos por lo que muchos adultos más jóvenes serán responsables simultáneamente de dependientes ancianos y jóvenes.

En México existen 8.6 millones de personas adultas mayores, de ese total el 54.12 por ciento son mujeres que cuentan con 60 años de edad y más, es decir hay 4 millones 677 mil 195 mujeres adultas mayores.

Son precisamente las personas con 75 y más años, los denominados "mas viejos" que suscitan mayores desafíos y preocupaciones; principalmente en el área de los cuidados de salud, dada la estrecha relación entre el aumento de la esperanza de vida y la mayor morbilidad con el consecuente aumento de las necesidades de apoyo, cuidados personales y de salud.



Entretanto, cerca del 15% de los mayores tendrán alcanzado una situación de semi-dependencia relacionada con la pérdida gradual de capacidades físicas y cognitivas, que va a la par con el proceso de envejecimiento en edades mas avanzadas. En estos casos, se torna necesario algún apoyo de la familia o de otras estructuras informales de cuidados.

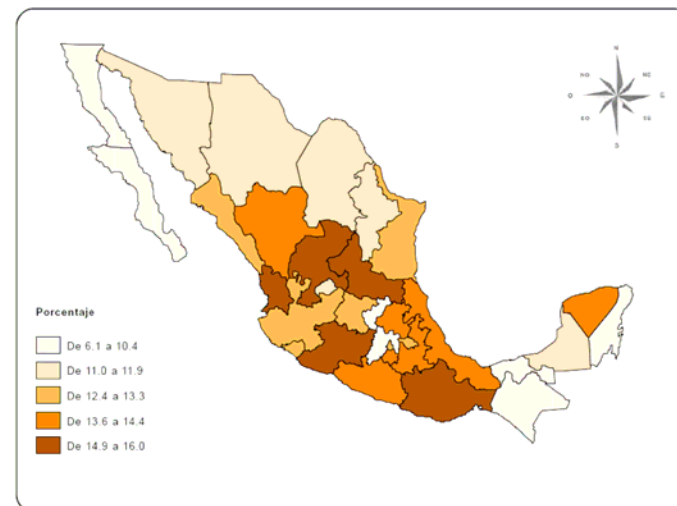
La situación se agrava para cerca del 10% de nuestros mayores, en los cuales se instalaran cuadros patológicos que determinarán una acentuada reducción de sus capacidades, en el nivel de las actividades de vida diaria. Se hace, entonces, necesario que el apoyo informal se complemente con cuidados de salud y servicios prestados por las estructuras formales de salud y apoyo psicosocial.

Finalmente, se estima en un 5% el número de mayores que, efectivamente, se encontrará en una situación de gran dependencia tornando inevitable su institucionalización.

Pero si es cierto que el presente y el futuro de nuestra sociedad está caracterizado por una proporción creciente de personas mayores (3ª edad) y muy mayores (4ª edad) y que el aumento del número de personas con más de 65 años de vida lleva a la preocupación por la cualidad de vida de las misma y a la necesidad de reforzar las estructuras informales y comunitarias de apoyo. También se constata que nuestra sociedad aún posee preconceptos en relación al envejecimiento que condicionan el tipo de intervención a desarrollar. Existen así concepciones basadas en el declive y la pérdida de capacidades esencialmente y promocionan terapias curativas y remediativas; y otras, como aquellas perfiladas por el trabajo expuesto en este poster, conciben el desarrollo como coexistivo a la

duración de la vida y , consecuentemente, pasible de intervenciones psico-socio-educativa promotoras de desarrollo personal y social. Además de esto son pocos los lugares y áreas físicas consideradas para este grupo de personas. Lugares dignos y pensados especialmente en ellos.

Relación de dependencia demográfica de adultos mayores por entidad



federativa FUENTE: INEGI. XIII Censo General de Población y Vivienda, 2000.

(11) Roberta G. Simmons. La socialización de Adultos. Annual Review of Sociology 4:421-54

(12) La Geriatria. Historia de una Especialidad EMCAR

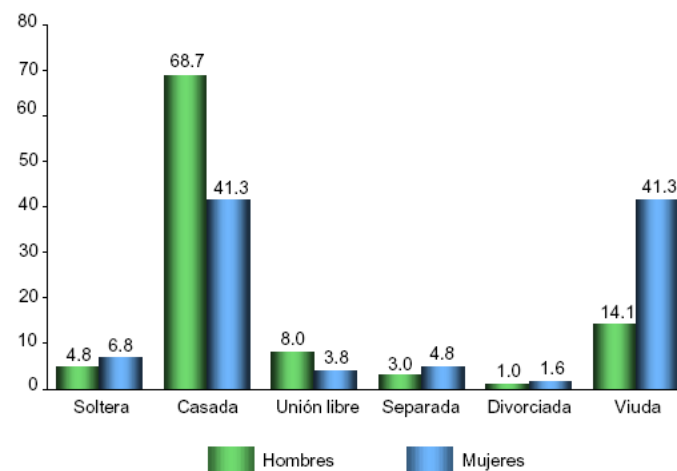


Estado Civil

Para el grupo de los adultos mayores la proporción de personas viudas alcanza a 3 de cada 10, aunque esta situación, nuevamente, tiene grandes diferencias con respecto al sexo, de cada 100 hombres de 60 años o más 14 se declaran como viudos, mientras que para el mismo número de mujeres 41 manifiestan la misma condición. La condición de solteros entre la población de 60 años o más observa diferencias por sexo que no son despreciables, mientras que para los hombres la proporción de célibes es de 1 de cada 20, en las mujeres es 41.7% mayor, es decir, 7 de cada 100 adultas mayores no han tenido una vida en pareja, situación que es poco probable que cambie, entre otras razones por la menor presencia de hombres sin pareja que se encuentre en el mismo tramo de vida, debido, entre otras cosas, a la sobre mortalidad masculina.

Cabe mencionar que la proporción de adultas mayores solteras aumenta casi medio punto porcentual conforme se incrementa la edad, mientras que de las del grupo de 60 a 64 años se tiene 6.9% en esta situación para las de 85 años o más se alcanza el 7.3 por ciento. Es de destacarse que en el grupo de personas de 85 años o más 4 de cada 10 hombres están en la situación de viudez mientras que para las mujeres esta proporción se incrementa a tres de cada cuatro.

Distribución porcentual de la población de 60 años y más por situación conyugal para cada sexo



NOTA: La distribución no suma 100% por el no especificado.
FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.



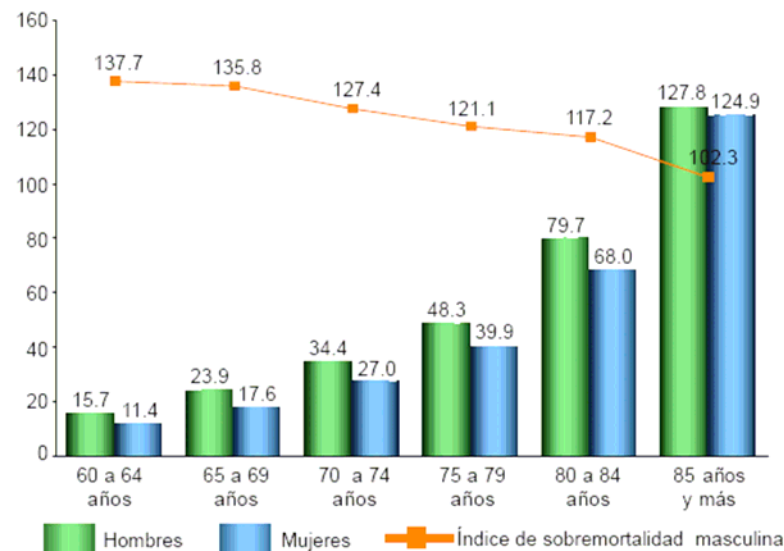
Morbilidad

En el 2002 se registraron 267 mil 794 defunciones de personas de 60 años y más, 58.2% del total de fallecimientos asentados. Por sexo, la proporción de muertes fue similar, 50.2% de hombres y 49.8% de mujeres.

Las principales causas de mortalidad de la población adulta mayor son las enfermedades del corazón, diabetes mellitus, los tumores malignos y padecimientos cerebrovasculares ; en conjunto, fueron causa del 59.4% de las defunciones.

Por sexo, de cada 100 hombres casi 22 mueren por enfermedades del corazón, alrededor de 15 por tumores malignos y 13 por diabetes mellitus. Las mujeres, por cada 100, 23 fallecen por la primera causa, 17 por diabetes mellitus , 13 por tumores malignos y nueve por problemas cerebrovasculares.

Tasa de mortalidad e Índice de sobre mortalidad masculina² por grupos quinquenales de edad y sexo de la población de 60 años y más



¹ Por mil habitantes.

² Por cien.

FUENTE: INEGI. Dirección General de Estadística.



Porcentaje de Morbilidad por enfermedad

Enfermedades	Hombres	Mujeres
Enfermedades del corazón	21.6	23.4
Diabetes mellitus	12.9	17
Tumores malignos	14.6	13.1
Enfermedades cardiovasculares	7.4	8.9
Enfermedades del hígado	6.2	3.1
Enfermedades pulmonares	4.6	3.7
Otras	32.6	30.8

Fuente: INEGI. Estadísticas demográficas, 2003. Base de datos.

Defunciones	Nacional	Hombre	Mujeres
Defunciones según principales causas 2002	267,794	134,494	133,222
Enfermedades del corazón	60,236	29,073	31,147
Diabetes Mellitus	40,030	17,396	22,625
Tumores Malignos	37,182	19,691	17,482
Enfermedades Respiratorias	21,823	9,910	11,906
Enfermedades del hígado	12,511	8,351	4,155
Enfermedades pulmonares obstructivas crónicas	11,166	6,226	4,939
Accidentes	8,020	5,163	2,853
Influenza y neumonía	6,856	3,362	3,490
Desnutrición y otras deficiencia nutricionales	6,618	3,000	3,616
Bronquitis crónica y la no especificada, enfisema y asma	5,924	3,327	2,597
Insuficiencia renal	5,893	3,049	2,844



Las demás causas	51,535	25,946	25,568
------------------	--------	--------	--------



Servicios de Salud

La salud de la población en edades avanzadas tiende a verse afectada por enfermedades crónico-degenerativas

El envejecimiento de la población implica una mayor demanda de servicios de salud, pues en este grupo de edad se presentan mayores tasas de morbilidad y necesidades de atención médica que en el resto de la población. Las enfermedades crónico-degenerativas son de más larga duración, implican terapias y medicamentos más costosos y se asocian a periodos de hospitalización más prolongados. Relacionado con el traslado de la mortalidad a las edades avanzadas, las cinco principales causas de muerte entre los adultos mayores en 2003 recaen en este tipo de enfermedades:

- 24.8 por ciento de los hombres y 32.9 por ciento de las mujeres fallecen por enfermedades cardiovasculares,
- la *diabetes mellitus* causa el deceso a 13.2 por ciento de los varones y 17.7 por ciento de las mujeres,
- las neoplasias malignas provocan 14.3 por ciento de las defunciones de los hombres y 12.9 por ciento de las mujeres,
- por enfermedades digestivas pierde la vida 10.1 y 7.7 por ciento, respectivamente, y
- 8.7 por ciento de los hombres y 7.0 por ciento de las mujeres muere a causa de enfermedades respiratorias.

La población de 60 años y más concentra 16.1% del total de los egresos hospitalarios en los hospitales del Sistema Nacional de Salud del país, lo que se traduce en 685 mil 252 casos de enfermos en hospitales durante 2002.

Entre las 10 primeras causas de egresos hospitalarios que afectan a este grupo de población, sobresalen las enfermedades cardiovasculares, del aparato digestivo y del sistema genito-urinario, juntas representan casi 50% del total de los egresos de la población de 60 años y más.

La diabetes mellitus, los tumores malignos y las enfermedades respiratorias ocupan del cuarto al sexto lugar de importancia en causas de egreso hospitalario y concentran casi 22% del total.



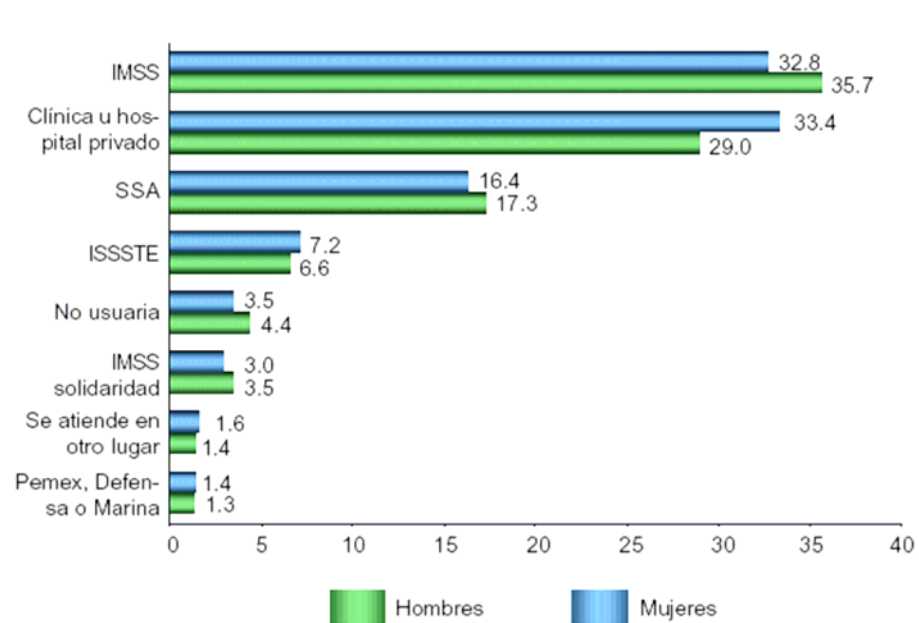
Población Total por Delegación, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad según Condición de Derechohabiencia a Servicios de Salud y Tipo de Institución

Delegación, sexo y grupos quinquenales de edad	Población total /1	Condición de derechohabiencia a servicios de salud									
		Derechohabiente								No derechohabiente	No especificado
		Total /2	En el IMSS	En el ISSSTE	En PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro popular	En institución privada /3	En otra institución /4			
Distrito Federal	8,720,916	4,675,210	3,034,181	1,044,556	108,590	182,812	413,663	15,541	3,719,053	326,653	
	859,438	629,394	417,508	164,935	14,466	15,929	34,812	965	225,558	4,486	
60 - 64 años	263,228	186,472	119,191	52,958	4,037	3,743	11,725	361	75,154	1,602	
65 - 69 años	192,699	142,685	95,684	37,601	3,116	2,752	7,588	237	48,998	1,016	
70 - 74 años	164,150	122,234	83,384	29,960	2,642	3,688	5,962	166	41,069	847	
75 años y más	239,361	178,003	119,249	44,416	4,671	5,746	9,537	201	60,337	1,021	
Hombres	4,171,683	2,156,292	1,411,849	459,560	52,244	79,251	201,201	7,266	1,852,688	162,703	
	360,452	263,140	175,315	67,715	6,007	5,814	15,446	435	95,430	1,882	
60 - 64 años	117,398	80,297	50,751	22,637	1,758	1,456	5,725	166	36,367	734	
65 - 69 años	83,931	61,615	40,949	16,368	1,364	1,020	3,533	109	21,893	423	
70 - 74 años	67,932	51,107	35,204	12,267	1,102	1,335	2,573	74	16,476	349	
75 años y más	91,191	70,121	48,411	16,443	1,783	2,003	3,615	86	20,694	376	



Mujeres	4,549,233	2,518,918	1,622,332	584,996	56,346	103,561	212,462	8,275	1,866,365	163,950
	498,986	366,254	242,193	97,220	8,459	10,115	19,366	530	130,128	2,604
60 - 64 años	145,830	106,175	68,440	30,321	2,279	2,287	6,000	195	38,787	868
65 - 69 años	108,768	81,070	54,735	21,233	1,752	1,732	4,055	128	27,105	593
70 - 74 años	96,218	71,127	48,180	17,693	1,540	2,353	3,389	92	24,593	498
75 años y más	148,170	107,882	70,838	27,973	2,888	3,743	5,922	115	39,643	645

Distribución porcentual de la población de 60 años y más con discapacidad por uso de servicios médicos según institución para cada sexo 20



/1 Incluye una estimación de población de 246 779 personas que corresponden a 68 116 viviendas sin información de ocupantes. La estimación está distribuida en los renglones de no especificado

/2 La suma de población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor a este total, ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud.

/3 Comprende a la población que cuenta con un seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas.

/4 Comprende a la población que accede a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

FUENTE: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.

1.6.7 Discapacidad

La discapacidad motriz es la más frecuente y afecta a 45.3% de la población con discapacidad, en segundo lugar, se encuentra la discapacidad de tipo visual (26%); las discapacidades mentales están presentes en 16.1% de la población con discapacidad; 15.7% de las discapacidades son de tipo auditivo; por su parte, las discapacidades del lenguaje se presentaron en 4.9% de la población con discapacidad.

La causa de la discapacidad se refiere al motivo (biológico y/o sociocultural) por el cual la persona adquirió la discapacidad; para el caso de las personas con discapacidades múltiples, se consideró la causa de la discapacidad principal. De cada cien personas con discapacidad en el país, 32 se encuentran discapacitadas a causa de una enfermedad, 23 por edad avanzada, 19 se originaron desde la concepción hasta el nacimiento y 18 por accidente.

En la medida en que avance el proceso de envejecimiento demográfico, se incrementará la proporción de personas vulnerables a la discapacidad, por lo que se deben tomar las medidas para incrementar la esperanza de vida libre de discapacidad. En la actualidad:

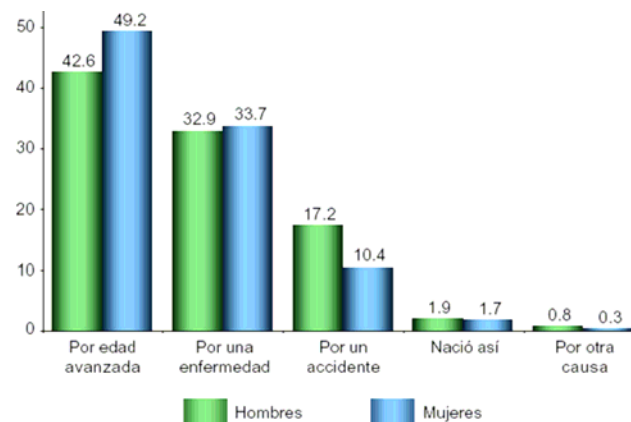
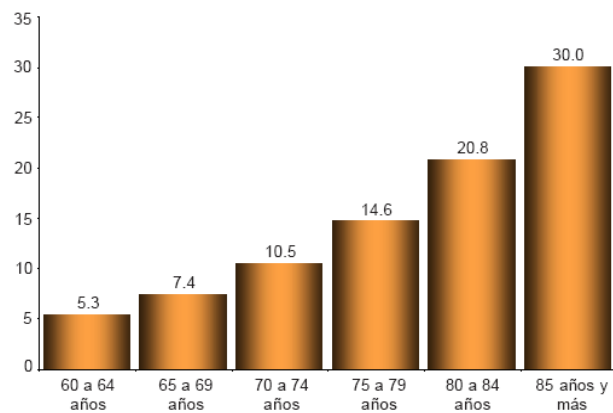
- la discapacidad motriz afecta a 5.6 por ciento de los hombres y 6.2 por ciento de las mujeres,
- 3.2 y 3.3 por ciento, respectivamente, padece discapacidad visual,
- la auditiva aqueja a 2.7 y 1.9 por ciento, respectivamente,
- 0.4 por ciento en ambos sexos padece discapacidad mental y
- la discapacidad de lenguaje afecta a 0.2 por ciento de los hombres y 0.1 por ciento de las mujeres.



En el año 2000, 10.7% de la población de 60 años y más reportó tener algún tipo de discapacidad. Por otro lado, en el mismo año, 41.5% de los 1.8 millones de habitantes que presentan alguna discapacidad en el país, son personas de 60 años y más; 47.2% hombres y 52.8%, mujeres. En las personas de edad, las discapacidades de tipo motriz son las más frecuentes (55.1%), le siguen las visuales y las auditiva



Discapacidad según grupos quinquenales de edad



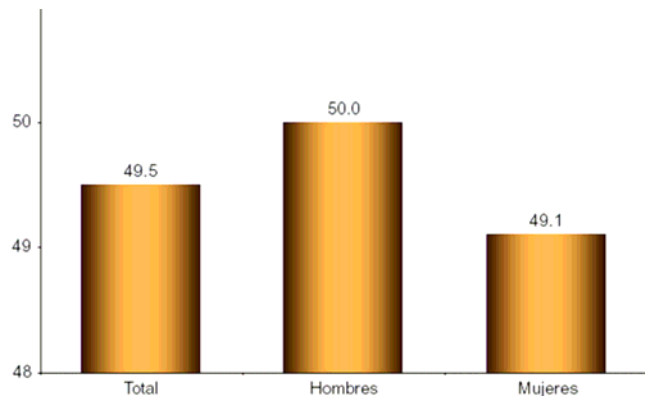
FUENTE: INEGI, XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos de la muestra censal.

Porcentaje de la población de 60 años y más que tiene derechohabencia según sexo

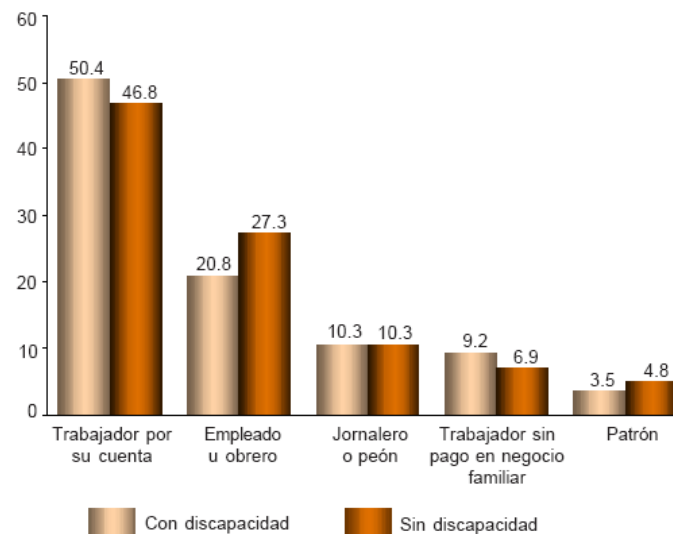
Porcentaje de la población de 60 años y más con discapacidad por cada sexo

Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad





FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.



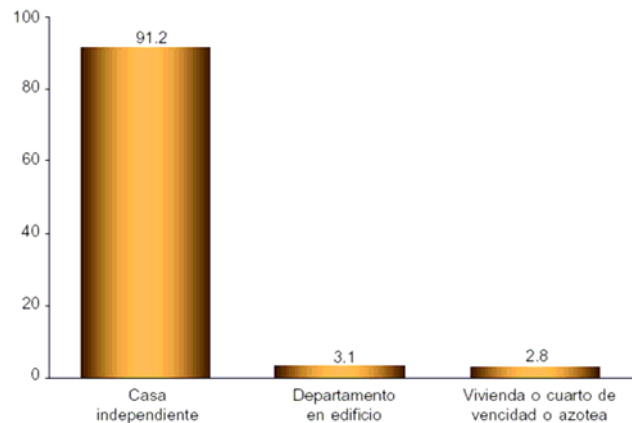
NOTA: La distribución no suma 100% por el no especificado.

FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos.

Distribución porcentual de la población de 60 años y más por condición de discapacidad según situación en la ocupación

Porcentaje de las viviendas donde reside al menos una persona de 60 años y más con discapacidad por clase de vivienda





FUENTE: INEGI. XII Censo General de Población y Vivienda, 2000. Base de datos de la muestra censal.

(32.9%) y los accidentes (17.2%). En el caso de las mujeres se concentraron principalmente en la edad avanzada (49.1%) y las enfermedades (33.

En los hombres, la más recurrente es la motriz (51.8%), seguida por la visual (29.8%) y auditiva (24.5%). En las mujeres, el comportamiento es el mismo, pero con proporciones más altas, esto se relaciona a que tienen una esperanza de vida mayor y a que es mayor el número de mujeres con discapacidad que el de varones

Las principales causas que originaron la discapacidad en los adultos mayores varones, fueron la edad avanzada (42.5%), las enfermedades



Población Total por Delegación, Sexo y Grupos Quinquenales de Edad según Condición de Derechohabencia a Servicios de Salud y Tipo de Institución

Delegación, sexo y grupos quinquenales de edad	Población total /1	Condición de derechohabencia a servicios de salud								No derechohabiente	No especificado
		Derechohabiente									
		Total /2	En el IMSS	En ISSSTE	En el PEMEX, SEDENA o SEMAR	Seguro popular	En institución privada /3	En otra institución/4			
Coyoacán	628063	373760	227721	94234	5669	10877	49017	601	227681	26622	
De 60 años en adelante	73368	57471	35494	17785	1045	1138	4281	67	15609	288	
Porcentaje	11.68%	15.38%	15.59%	18.87%	18.43%	10.46%	8.73%	11.15%	6.86%	1.08%	
Hombres	295802	170577	105072	40575	2591	4927	23580	277	111955	13270	
Hombres de 60 años en adelante	30869	24185	15228	7042	426	440	1959	33	6570	114	
Mujeres	332261	203183	122649	53659	3078	5950	25437	324	115726	13352	
Mujeres de 60 años en adelante	42499	33286	20266	10743	619	698	2322	34	9039	174	
Iztapalapa	1820888	859595	575712	195580	17189	41819	38261	3866	919830	41463	
De 60 años en adelante	137333	90664	59497	25819	1474	3218	2180	187	46121	548	
Porcentaje	7.54%	10.55%	10.33%	13.20%	8.58%	7.70%	5.70%	4.84%	5.01%	1.32%	
Hombres	885049	402078	272265	87948	8307	18427	18904	1758	462345	20626	
Hombres de 60 años en adelante	60004	39675	26067	11359	640	1214	984	83	20123	206	
Mujeres	935839	457517	303447	107632	8882	23392	19357	2108	457485	20837	
Mujeres de 60 años en adelante	77329	50989	33430	14460	834	2004	1196	104	25998	342	
Milpa Alta	115895	37301	14161	19220	1030	2041	1073	131	76652	1942	
De 60 años en adelante	7878	3600	1068	2338	57	153	28	8	4243	35	
Porcentaje	6.80%	9.65%	7.54%	12.16%	5.53%	7.50%	2.61%	6.11%	5.54%	1.80%	



Hombres	57013	17979	7049	9098	501	866	570	60	38089	945
Hombres de 60 años en adelante	3649	1784	521	1180	27	65	14	3	1854	11
Mujeres	58882	19322	7112	10122	529	1175	503	71	38563	997
Mujeres de 60 años en adelante	4229	1816	547	1158	30	88	14	5	2389	24
Tláhuac	344106	164342	99543	47349	3071	10068	6108	784	172466	7298
De 60 años en adelante	21437	13386	7682	4700	209	729	282	25	7997	54
Porcentaje	6.23%	8.15%	7.72%	9.93%	6.81%	7.24%	4.62%	3.19%	4.64%	0.74%
Hombres	167271	78183	48284	21771	1491	4359	3064	380	85459	3629
Hombres de 60 años en adelante	9331	6005	3469	2123	87	283	137	9	3311	15
Mujeres	176835	86159	51259	25578	1580	5709	3044	404	87007	3669
Mujeres de 60 años en adelante	12106	7381	4213	2577	122	446	145	16	4686	39
Tlalpan	607545	307259	178900	78587	12111	9260	39834	337	273340	26946
De 60 años en adelante	51102	35987	21464	11437	1007	831	2832	23	14772	343
Porcentaje	8.41%	11.71%	12.00%	14.55%	8.31%	8.97%	7.11%	6.82%	5.40%	1.27%
Hombres	292141	143346	83579	35051	6162	4045	19673	167	135501	13294
Hombres de 60 años en adelante	22239	15680	9363	4934	425	312	1348	9	6417	142
Mujeres	315404	163913	95321	43536	5949	5215	20161	170	137839	13652
Mujeres de 60 años en adelante	28863	20307	12101	6503	582	519	1484	14	8355	201
Xochimilco	404458	183262	98140	68682	3409	4800	11796	426	206307	14889
De 60 años en adelante	30107	19749	9423	9514	320	290	618	17	10272	86
Porcentaje	7.44%	10.78%	9.60%	13.85%	9.39%	6.04%	5.24%	3.99%	4.98%	0.58%
Hombres	199812	86341	47091	31104	1678	2099	5941	192	106013	7458
Hombres de 60 años en adelante	13273	8821	4262	4190	151	105	294	8	4425	27
Mujeres	204646	96921	51049	37578	1731	2701	5855	234	100294	7431
Mujeres de 60 años en adelante	16834	10928	5161	5324	169	185	324	9	5847	59

-
- /1 Incluye una estimación de población de 246 779 personas que corresponden a 68 116 viviendas sin información de ocupantes. La estimación está distribuida en los renglones de no especificado
 - /2 La suma de población derechohabiente en las distintas instituciones de salud puede ser mayor a este total, ya que hay población que tiene derecho a más de una institución de salud.
 - /3 Comprende a la población que cuenta con un seguro para acceder a los servicios médicos de instituciones privadas.
 - /4 Comprende a la población que accede a los servicios médicos que otorgan los gobiernos estatales y otro tipo de instituciones de salud pública.

FUENTE: INEGI. II Censo de Población y Vivienda 2005.



2.1 Análisis de la Información

2.1.1 Envejecimiento y el Trabajo, la Economía y la Política

En los últimos años, varios países han decidido elevar la edad que da derecho a recibir una pensión pública básica, en su mayoría aplicando esta medida de manera gradual. Japón, por ejemplo, ha elevado dicha edad de los 60 a los 65 años, y Estados Unidos, de los 65 a los 67. Bélgica, Portugal y el Reino Unido proceden a igualar la edad aplicada a las mujeres con la de los hombres.

Parece emerger un consenso entre la mayoría de los países industrializados: la mejor forma de abordar esta situación, vinculada al envejecimiento consiste en reforzar la presión sobre los adultos mayores para que se mantengan en la población activa. Sin embargo, de este modo se omite el lado de la demanda de la ecuación del trabajo, animar a las empresas a conservar y contratar a trabajadores de edad avanzada.

En un informe preparado especialmente para la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Ali Taqi⁽¹³⁾ ha argüido que no basta con elevar las edades de jubilación, y afirma que "en los casos de recesión económica aguda, de reestructuración fundamental, de redimensionamiento de una empresa o de despidos generalizados, la disponibilidad de planes de jubilación anticipada pueden constituir una herramienta esencial para gobiernos, empleadores y sindicatos en su esfuerzo por mitigar las consecuencias de las reducciones de las plantillas".

Sin rebajar los obstáculos con que se enfrentan los trabajadores de edad avanzada para conseguir empleo, las medidas encaminadas a obligar a estas personas a permanecer más tiempo en el mercado de trabajo pueden considerarse injustas y resultar contraproducentes.

En cualquier caso, la mejora de las oportunidades a disposición de las personas de edad avanzada exigirá el avance en tres frentes: la consolidación de la posición de los adultos mayores en el mercado de trabajo, la lucha contra los prejuicios y los estereotipos y la ilegalización de la discriminación por razón de edad. México también está haciendo reformas a sus leyes y reglamentos

(13) Ali Taqi, Revista Internacional de Seguridad Social, Volumen 55, 2002 OIT Organización Internacional Del Trabajo Tercera edad, trabajo e iguales oportunidades. 62



Las orientaciones de política social deben esforzarse también por ser coherentes. Si, por ejemplo, se toman medidas para que los cabezas de familias monoparentales no se limiten a percibir pasivamente una ayuda sino que reciban formación y busquen empleo, hay que prever al mismo tiempo sistemas de custodia de niños. También hay que evitar que las condiciones exigidas para beneficiarse de algunas ayudas no vayan en contra de otros objetivos. Así, en algunos países la ley no permite que los beneficiarios de pensiones trabajen a tiempo parcial o se establezcan por su cuenta.

Las políticas sociales no pueden eludir la realidad de que los recursos son limitados. Y, en los próximos años, el envejecimiento de la población será un motivo importante para mejorar la protección social utilizando de modo más eficaz los recursos disponibles.

2.1.2 Nuevas Estrategias Económicas

A pesar de que no hay un proyecto disponible sobre la financiación de los cuidados de larga duración basada en un estudio de las políticas desarrolladas recientemente en los diferentes países, hay unos indicadores que podrían ser útiles para establecer futuras prioridades:

- El Estado desempeña un papel central en la financiación de los cuidados de larga duración, en su mayoría en el marco de una fórmula de reparto de los costos que anime a las personas a elegir la atención domiciliaria al ingreso en las residencias.
- El seguro privado desempeña un papel menor en la financiación de los cuidados de larga duración, debido entre otras razones, a la imposibilidad de permitírsele de muchas personas.
- Cada vez se reconoce más la necesidad de apoyar a los familiares cuidadores mediante el incremento del gasto en atención comunitaria y mecanismos de apoyo más flexibles.
- También se acepta en todos los países la importancia de controlar el acceso a servicios caros de larga duración.

Se crean nuevas leyes, nuevas iniciativas que apuntan a un cambio en diversos programas de retiro. Se adaptan nuevos programas de ahorro para el retiro, nuevos planes de seguros de vida, seguros médicos, nuevas leyes para la protección y seguridad de este sector de la población, etc.

Desde una perspectiva global, datos de la OMS (1997), apuntan que cerca del 70% de los mayores se encontrarán en una situación de total auto-suficiencia desde el punto de vista físico, psicológico e social. Requiriendo apenas intervenciones de tipo preventivo, teniendo en cuenta el mantenimiento de su autonomía y calidad de vida. Este tipo de sociedad es un factor potencial para los grupos de inversionistas que apuntan a un área poco cubierta actualmente;

Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad



así la creación de conceptos de turismo para mayores viajando con médicos, hoteles para personas mayores, spas, moda, y diversos estilos de vida, dan una vista a un nuevo género de negocios e inversiones.

En cuanto a los beneficios, puede afirmarse que la extensión de la vida hacia decenios más tardíos se ha acompañado de la conservación de la capacidad mental, la fuerza física y la productividad comunitaria de casi todos los adultos mayores. En los países en los que las pensiones de jubilación se disfrutan ya a los 65 años, muchas personas dejan de trabajar cuando llegan a esta edad. Sin embargo, un número sorprendente de ellas recibe su pensión pero siguen trabajando, a menudo en tareas que exigen menos fuerza física o menos estrés. En regiones más agrarias, los hombres y mujeres siguen trabajando en la agricultura mientras puedan hacerlo físicamente.

2.1.3 Envejecimiento y la Salud

La economía de la atención médica intensiva de los adultos mayores es un tema que se debate cada vez más. Cuando los recursos médicos no alcanzan a cubrir a toda la población ¿quién debe tener prioridad? ¿los adultos mayores? ¿los adultos jóvenes? ¿los niños con trastornos del desarrollo? ¿las mujeres embarazadas? o, ¿debería prestarse la mejor atención posible solo a aquellos que tengan el dinero suficiente para pagarla, cualquiera que sea su edad o su pronóstico?

Los economistas de la salud informan que en los países postindustrializados, alrededor del 18% del gasto médico promedio total en el transcurso de la vida de una persona corresponde al último año de su vida. ¿Qué parte de estos recursos, gastados cuando la esperanza de vida es quizás de solo un año, debería utilizarse en etapas anteriores, proporcionando servicios preventivos a las personas jóvenes y productivas en una etapa anterior de su vida? Los argumentos económicos sobre la importancia que debe prestarse a la atención geriátrica giran en torno a un debate sobre quién debe ser el principal beneficiario de los recursos de salud, el individuo o la comunidad en su conjunto. ¿Se obtienen los mismos beneficios manteniendo viva a una persona de 70 años que brindando atención intensiva en una unidad de cuidados coronarios a una persona de 50 años con un infarto de miocardio? ¿O prestando atención de hospicios a una persona de 30 años con SIDA? ¿O proporcionando cirugía ortopédica y rehabilitación a un joven de 18 años con fracturas múltiples por un accidente de automóvil?

La valoración moral y económica entra rápidamente a formar parte de la discusión.



La Salud Pública comprende cuatro áreas fundamentales:

- 1) Fomento de la vitalidad y salud integral;
- 2) Prevención de lesiones y enfermedades infecciosas y no infecciosas;
- 3) Organización y provisión de servicios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades;
- 4) Rehabilitación de personas enfermas o incapacitadas para que alcancen el grado más alto posible de actividad por si mismas.

La presencia de estas cuatro importantes áreas entre las más preocupantes de las instituciones de salud pública quedo de manifiesto a escala mundial en 1948, cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyo en su definición de salud y bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de dolencias o enfermedades.⁽¹⁴⁾

2.1.4 Envejecimiento e Independencia

Los países industrializados han logrado aumentar la longevidad de su población, ¿han conseguido también conservarla en buena salud para que disfrute de esos años? El debate sobre estas cuestiones lo inició en 1980 el New England Journal of Medicine, que predijo que la esperanza de vida media alcanzaría un techo insuperable, mientras que los años con buena salud aumentarían regularmente hacia ese tope.

Las personas más ancianas, además de crecer en número, han cambiado su sistema de vida. Ahora llegan más sanos e independientes, además de que han vivido más o menos independientes de las generaciones más jóvenes, pero lo normal tras la muerte de uno de los abuelos era que el superviviente se instalase en casa de alguno de sus hijos.

(14) Informe de la OMS “El crecimiento de la expectativa de vida impacta en los sistemas de salud La economía de la atención médica intensiva de los ancianos es un tema que se debate cada vez más. La Organización Mundial de la Salud publicó un informe con respecto al crecimiento de la expectativa de vida y el consecuente impacto que este hecho produce en los sistemas de salud del mundo. 65



Sin embargo, en casi todos los países de la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos, México pertenece a esta organización) se observa que cada vez son más los abuelos que viven solos. La tendencia es más clara en Europa septentrional y central (Dinamarca, Alemania y Suecia), donde alrededor del 40% o más de los mayores de 65 años viven solos. En el otro extremo está Japón, el país de la OCDE con más fuerte cohabitación de tres generaciones, donde, si bien se experimentan nuevas tendencias familiares, poco más del 10% de los adultos mayores viven solos. En España, la proporción de adultos mayores que no viven con sus hijos no llega al 20%, pero el porcentaje va en aumento.

Todo lleva a pensar que cuando los ingresos, la vivienda y los comportamientos alcanzan un cierto punto, la evolución social hacia modos de vida separados se produce rápidamente, en el transcurso de dos o tres generaciones.

Es importante mencionar que en México aproximadamente entre 30 y 50 por ciento de los adultos mayores de 65 años que son independientes y que viven en su domicilio han tenido cuando menos una caída al año. La incidencia aumenta 50 por ciento en mayores de 75 a 80 años, y entre 40 y 50 por ciento en los adultos mayores con cuidados prolongados en instituciones de salud y en los adultos mayores hospitalizados entre 20 y el 25 por ciento.

Algunos estudios coinciden en destacar que un 30 por ciento de las personas mayores de 65 años sufre alguna caída en el periodo de un año, y la mitad de ellos se vuelven a caer posteriormente, del total de las caídas, un 20 por ciento requieren atención sanitaria, y en 10 por ciento de los casos se trata de lesiones importantes, fracturas, lesiones blandas, que causan incapacidad, hospitalizados y hasta la muerte.

La muerte como consecuencia directa de una caída, se produce 2 por ciento de los mayores de 65 años. Casi la mitad de estas muertes son consecuencia de complicaciones, especialmente después de una fractura de cadera debido a una caída. El mayor riesgo de accidentes en personas adultas mayores se dan dentro del hogar con casi 40 por ciento del total de éstos, le sigue la calle con 34 por ciento, entre los accidentes más comunes se encuentran: caídas, quemaduras y cortaduras y, finalmente, accidentes en carros.⁽¹⁵⁾

De manera general es necesario prevenir los accidentes sobre todo de los adultos mayores, ya que esto condiciona una parte importante en el mantenimiento de su funcionalidad física, mental y social.

(15) Información IMSS*



2.1.5 Envejecimiento y las Nuevas Familias

Algunos cambios sociales repercutirán en la capacidad de los países industrializados para ocuparse de sus adultos mayores. Por ejemplo, el número de mujeres en edad de cuidar de sus padres -más o menos las que tienen entre 45 y 65 años- disminuye progresivamente en comparación con las personas de más de 80 años. Y, cada vez más, las mujeres de esas edades están ocupadas con un trabajo fuera del hogar.

También sucede que los hijos son menos numerosos, pero están mejor "repartidos" que antes entre las personas mayores, ya que, con relación al principio de siglo, es mayor la proporción de personas casadas y con hijos. Por otra parte, ¿se puede decir que el aumento de divorcios hará disminuir el número de hijos capaces de ocuparse de las personas ancianas? No necesariamente. Pero para saber si el sentido del deber y la solidaridad disminuirán en esas familias no bastan las encuestas.

La creciente actividad profesional de las mujeres va a restringir la capacidad global de los países de la OCDE para "dispensar cuidados" a los adultos mayores. La "doble función" de las mujeres -dentro y fuera del hogar- es bien conocida. Pero parece que, cuando los hijos se independicen, la mujer se encontrará ante una nueva "doble función", la de tener un empleo remunerado y cuidar de los padres o los suegros.

A primera vista, la participación de los hombres bastaría para duplicar de golpe la capacidad de dispensar ayuda, y una buena parte del problema estaría solucionado. Pero los datos de los treinta últimos años sobre la participación del marido en las tareas del hogar no dan pie a pensar que ocurrirá.

2.1.6 La percepción social sobre las personas de la tercera edad

Como conclusiones generales de los datos que presenta pueden reflejarse las siguientes:

1. Las actitudes hacia los ancianos varían mucho de unas sociedades a otras, pero en la mayor parte de las sociedades tradicionales el trato hacia ellos es respetuoso si tienen alguna actividad que se valora como necesaria.
2. Si es así su función respecto a la sociedad en general se percibe como importante.
3. Hablando en términos generales los ancianos están en peores condiciones en las sociedades desarrolladas que en las tradicionales.
4. En la mayoría de estas sociedades se hace distinción entre la ancianidad útil y la decrepitud.



5. Igualmente hablando en general el estatus de las ancianas es más bajo que el de los ancianos, especialmente en sociedades no industrializadas.
6. En mayor o menor medida la familia siempre juega un papel en la atención a los ancianos en todas las sociedades.
7. La posición de los ancianos siempre es mejor en aquellas sociedades que les reconocen como titulares de propiedades y les atribuyen derechos de transmisión de herencia.
8. Su prestigio en general es mayor en las sociedades no industriales. La variación en cuanto al género depende de sí se trata de sociedades patrilineales o matrilineales.
9. En todo caso los que llegan a la decrepitud pierden entonces el prestigio.
10. Los ancianos resultan prescindibles cuando: la residencia es inestable, la producción de alimento escasa y discontinua, pero no en sociedades industrializadas.⁽¹⁶⁾

En las sociedades humanas el papel y la posición social de los ancianos y ancianas varía. Pueden hallarse algunas pautas en esa variación cuando se dispone de datos comparativos fiables, aunque a la hora de establecer correlaciones con factores determinados hay que plantearlo con prudencia. Los sistemas culturales en su extensión contienen muchos elementos y factores que inciden en la condición de la vejez y deben contemplarse con toda su complejidad. Hay dos distinciones básicas a tener en cuenta. La primera es entre vejez útil y decrepitud, esta última condición está carente de prestigio en las sociedades humanas. La segunda es la distinción de género, de forma que el papel y posición de los varones y de las mujeres es más igual en las sociedades de bandas y muy desigual en las sociedades humildes, con residencia estable y derechos de propiedad transmisibles a otras generaciones.

La calidad de los cuidados a las personas mayores en los países desarrollados va a depender cada vez más de las enfermeras y auxiliares procedentes de países del Tercer Mundo. Esta es la conclusión de un estudio realizado por la American Association of Retired Persons (AARP) –titulado "We Shall Travel On"–, que revela esta faceta de la inmigración, tan positiva para los países ricos con poblaciones envejecidas. Esto debido a que la sociedad de los países industrializados no quieren hacer frente a este sector de la sociedad⁽¹⁷⁾



- (16) El estudio clásico de Simmons. Roberta G. Simmons. 1978. La socialización de Adultos. Annual Review of Sociology 4:421-5
(17) Bartle, P (2005) Sociología de las comunidades: Introducción. Camosun Imaging. Victoria.

2.1.7 Viviendas e Inmuebles que Favorezcan la Independencia

En lo referente a la vivienda, se necesita un cambio urgente. Las viviendas están generalmente concebidas bien para una pareja con hijos, bien para una o dos personas, como es el caso de los pequeños apartamentos. Para las personas ancianas se suelen edificar apartamentos que, sin embargo, carecen de las adaptaciones que son necesarias cuando los adultos mayores pierden parte de su autonomía.

Debería también revisarse la concepción de algunas residencias para las personas mayores. Ante el alargamiento de la vida, tal vez se podría adoptar nuevas fórmulas para que las personas más ancianas no tengan que renunciar a su autonomía. En Dinamarca y Suecia, por ejemplo, las residencias de adultos mayores se transforman en apartamentos que los residentes decoran a su gusto con sus muebles y pertenencias. Así pueden invitar a la familia y a los amigos a comer o participar en otras actividades como si se tratase de un apartamento "normal".

Por otra parte, a los adultos mayores les conviene asegurarse la asistencia en un medio ambiente protegido, pero que no presente las características que normalmente se asocian a los centros médicos para adultos mayores. Seguramente prefieren vivir en una casa independiente, pero en el seno de un conjunto residencial con servicios previstos para la tercera edad, en vez de en un domicilio aislado, donde deben ocuparse de las compras y faenas cotidianas, y con la compañía esporádica de una señora de la limpieza que va dos o tres veces por semana.

Es inevitable después de considerar los aspectos anteriores, comparar nuestro entorno y realizar una evaluación de nuestro habitat referido a los adultos mayores. Pareciera que lo más importante es el movimiento y por lo tanto lo primero que se integran son rampas, pero estas ¿están bien diseñadas?, pareciera que no ya que la mayoría requieren de una capacidad física más que juvenil para ascenderlas ya que la pendiente no es la adecuada o los acabados no recomendables e inclusive algunas que están ocultas que ocasionan discapacidades con las caídas y resbalones. Otro aspecto es la luz y el color, ya que no se debe olvidar en la disminución visual de estas personas.

Es muy común considerar en el análisis de áreas mobiliario para personas comunes y se nos olvida que la mayoría ha disminuido su fortaleza y en muchas ocasiones el levantarse de sillones demasiado suaves se convierte en toda una odisea física.

Otro aspecto es el ruido, su sensibilidad disminuye y su tolerancia también, incluyendo la visión es en muchas ocasiones preocupante observar espacios como salas de televisión, lectura y música con equipamiento inadecuado ya sean televisores pequeños que no les permiten ver, o sistemas de sonido que son molestos.

Son muchas las deficiencias espaciales y funcionales de la mayoría de estos espacios lo cual demanda una recapitulación de nuestro actuar y un compromiso de desarrollo de análisis aún ausentes, nunca será tarde para iniciar.

2.1.8 Limitaciones Urbanas

No debemos dejar atrás la importantísima necesidad de contar con áreas urbanas e infraestructura bien adaptada para que este sector de la población pueda salir a la calle, y se pueda mover libremente por la ciudad, aunque este punto requiere además de proyectos y presupuesto muy enfocados un cambio de mentalidad no sólo de las instituciones públicas, sino también hacer consciencia en la sociedad. (camiones con adaptaciones para ellos, rampas, banquetas y avenidas libres y seguras, etc.). Los centros gerontológicos están concebidos para ofrecer una asistencia individual y personalizada, Con el fin de que la arquitectura facilite la vida diaria a sus residentes. Pero no necesariamente solo estas edificaciones deberían estar diseñadas para estos usuarios, en realidad la ciudad en general debería de considerar estas limitantes sociales

En una sociedad como la nuestra, llegar a la ancianidad puede ser algo difícil. Y es que vivimos en una «cultura de lo desechable» en la que lo que no produce, no sirve, se arrincona.

Y en donde a una edad relativamente temprana, se sugiere a las personas el retiro, que por otra parte, no ofrece expectativas halagüeñas. Afortunadamente, se vislumbra un despertar en la conciencia de la sociedad en lo que se refiere al trato y el espacio que debemos dar a las personas que han llegado a la ancianidad

En resumen, los adultos mayores tienen muchas oportunidades —a menudo pasadas por alto tanto por la sociedad como por el individuo— para contribuir económica, social o interpersonalmente a las necesidades de sus familias y sus comunidades. Por ejemplo, en las comunidades en las que las madres jóvenes se incorporan a la fuerza laboral, el cuidado de los niños puede decaer. Entonces entran en acción los abuelos: la experiencia y la paciencia de la “generación70 de los abuelos” son ideales para proporcionar una atención complementaria.

Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad



2.2. Futuro arquitectónico: nuevos espacios de desarrollo para los adultos mayores

Son cada vez más numerosos los Espacios Recreativos, Sociales, de Esparcimiento, Legales, etc., dirigidos a las Personas Mayores: centros de cursos de preparación a la jubilación, centros de mayores, centros de día, centros de salud con programas de ayuda a domicilio.

Los centros Residenciales se crean con un concepto diferente, un lugar para descansar y crecer socialmente, unidades de adultos mayores independientes y sanos, con servicios de aseo y médicos, con áreas para cursos, deporte y esparcimiento, donde pueden entrar y salir sintiéndose como en su casa y no un asilo para adultos mayores. Centros residenciales para adultos mayores dependientes con todos los servicios, además de administrar condiciones de confort y diseño para ayudarles a que su estancia sea más placentera. Y centros especiales para adultos muy mayores o con discapacidad que requieren servicios especiales.

Los centros de Salud tanto de 1er, 2º y 3er nivel (clínicas hasta hospitales), deberán adaptar áreas específicas o pabellones, especializados, donde tengan cubiertos todos los servicios básicos, así como personal calificado, se consideran hospitales geriátricos pero se prevé que no serán suficientes, una solución es destinar en cada centro de salud un área destinada a este sector de la población, con facilidades de acceso y las condiciones necesarias para su uso.

Se crean además nuevos espacios y proyectos educativos, escuelas de adultos, aulas de la tercera edad y la integración de adultos mayores a universidades pues esta es una nueva etapa de su vida sin responsabilidades externas sino consigo mismo y con tiempo para crecer integralmente además de la oportunidad de tener a este sector integrado a la sociedad con la visión de ser emprendedores. Elementos todos encaminados a contribuir a un envejecer activo, creativo y feliz, en oposición a la antigua visión del envejecimiento como sinónimo de enfermedad o declive, exclusivamente

Son demasiadas las necesidades básicas que los adultos mayores tienen, pero el aspecto más importante es la salud, sin salud no pueden ser independientes, ni económicamente activos, tampoco tener la capacidad para socializar y sobretodo la necesidad de tener que cambiar su estilo de vida para poder vivir con fármacos el resto de su vida, además de las limitaciones en el crecimiento económico, las insuficiencias de los sistemas de pensiones, la ausencia de una política nacional en pro del abordaje frontal y directo para el estudio y solución de estos problemas que nos atañen a todos, constituyen poderosas razones para que el gobierno, el sector académico y las organizaciones no gubernamentales se interesen y trabajen organizada y conjuntamente en favor de las personas de edad avanzada.



Por sus características (rarefacción del entorno familiar y social, polipatología, carencia de recursos económicos, pobre acceso a servicios de salud, deterioro funcional, merma de la reserva homeostática y consecuente fragilidad), los adultos mayores constituyen un grupo de riesgo específico. Esta afirmación debe ser matizada por el reconocimiento de que en su mayoría son autónomos, de hecho, aun entre los mayores de 80 años, el deterioro funcional y la dependencia en las actividades cotidianas sólo aflige al 20%. Tal reconocimiento obliga a volver la mirada hacia una perspectiva nueva y más optimista: la de la posibilidad de un envejecimiento exitoso y, por ende, la identificación de los adultos mayores como un recurso potencial, cada vez con un mayor peso específico en nuestra dinámica social.

El envejecimiento de la población, el aumento en la demanda de servicios de salud para ellos y la necesidad de prever respuestas pertinentes son algunos de los factores a considerar por nuestra parte. La necesidad de cuidar a nuestros adultos mayores con la mayor calidad de salud y servicio es imperante. La necesidad de áreas y condiciones específicas en materia de salud. Arriba se menciona que la creación de hospitales gerontológicos no será suficiente en años venideros, así como las restricciones económicas para su creación y desarrollo, una solución es crear y adaptar espacios, los centros de salud que actualmente existen. Adaptar en los centros de 1er, 2º y 3er nivel, que actualmente tenemos y la creación de espacios posteriores con las características especiales para ellos.

Es más fácil realizar un proyecto que solucione un problema cotidiano, a alguno donde no se alcanza a ver todavía los cambios sociales que podrían generar toda una transformación en la vida diaria de la población mundial, el fuerte crecimiento en el número de personas de la tercera edad, las desigualdades de géneros, la pobreza y la sustentabilidad ambiental son algunos de los problemas más fuertes a los que se enfrentará el planeta, es necesario voltear hacia delante para poder decidir de forma más eficiente.



2.3 Objetivo del Proyecto

Como se ha revisado a lo largo de esta investigación, en cuanto al aspecto de discapacidad en este sector de la población, las condiciones de los adultos mayores son heterogéneas y los sectores que atienden sus necesidades, piensan o en adultos mayores independientes y sanos o en adultos mayores con problemas de dependencia muy severos, por lo general mentales, pero ¿qué pasa con los adultos mayores que tienen una discapacidad motriz y/o sensorial pero están lúcidos y con ganas de vivir todavía? Los centros terapéuticos y médicos para discapacitados abarcan todas las edades y los programas dan mucha importancia a la población juvenil, cuando en la gráfica vemos que la población de adultos mayores con discapacidad es mayor. Los centros de día para adultos mayores tiene talleres y cursos pero, ¿qué pasa con la población de ciegos o sordos que aun tienen la posibilidad de aprender? No tenemos un centro especializado que dé apoyo a este sector de la población aún.

Por otro lado, en cuanto al problema de salud, cualquier centro de atención de 1er, 2º y 3er nivel (clínicas familiares a hospitales especializados) debe dar apoyo a este sector por la proximidad a sus domicilios, adaptando esos centros con más personal médico y características arquitectónicas más amables para ellos (colores relajantes, temperaturas agradables, etc.), para no crear centros médicos especializados en gerontología que les queden lejos y cubran un radio relativo de población, pues adultos mayores hay en todas partes, es la mejor forma de cubrir los servicios de salud. Se podría pensar que un aporte a la atención geriátrica, sería la creación de hospitales especializados que atendieran a este sector de la población únicamente. Sin embargo, la experiencia de médicos expertos en el tema, explica que estos espacios significarían excluir a los adultos mayores. Ellos nos recomiendan que las zonas para adultos mayores en clínicas y hospitales sean adaptados pero sin olvidar su realidad fuera de ellos. Un ejemplo de este tipo de espacios es el hospital Regional López Mateos, que cuenta con varias barreras arquitectónicas dentro del área de terapia motriz que los pacientes tienen que sortear. Para permitirle que sean autosuficientes en las calles. Por lo tanto lo que se necesita modificar es nuestra mentalidad y percepción de este sector de la población y recordar que algún día seremos adultos mayores.

Este proyecto tiene el propósito de crear espacios adecuados donde se proporcione bienestar físico y emocional de los adultos mayores con discapacidad. Además de brindar apoyo a sus familiares enseñándolos a convivir y valorar a los adultos mayores, independientemente de su discapacidad. Asimismo, crear conciencia sobre la importancia de la prevención de enfermedades geriátricas para tener calidad de vida en el futuro.



2.3.2 Estudio de Población a Cubrir

Este proyecto se considera para la ciudad de México, Las delegaciones a cubrir serán, Milpa Alta, Xochimilco, Coyoacán y Tlahuac, es un radio bastante grande, no obstante la ubicación del sitio es de fácil acceso.

La población a cubrir serán personas de 60 años y más con discapacidad motriz y/o sensorial en sus diferentes niveles, leve, moderada y severa, cubriendo a una población tanto local como flotante, dándoles especial atención a las mujeres mayores.

Analizando las estadísticas arriba mostradas, y tomando especial interés en las relaciones familiares, para los matrimonios con este problema se consideran áreas de “hospedaje para matrimonios”, áreas de hospedaje individual y compartido. Estas áreas de hospedaje no son internados, son para dar apoyo a familiares en momentos de urgencia. Por noche se podrán atender 16 matrimonios, y 64 adultos mayores, o sea un total de 96 personas.

El comedor es un punto central o estratégico pues es el lugar de reuniones sociales y familiares, además de que es el área que divide la zona social de la privada, cuidando de generar ambientes agradables que inviten a este sitio. Este comedor tendrá una capacidad para 100 personas.

La zona de terapia (húmeda y seca) estará dividida en horarios de atención a los diferentes niveles de discapacidad, esta zona será utilizada tanto por adultos mayores hospedados como adultos mayores externos con terapias programadas, teniendo un horario de 9:00 a.m. a 9:00 pm, esta zona esta contemplada como un área de recreación, se le dará un ambiente para relajación y convivencia, dándole la forma de gimnasio abierto joven y atractivo. Tendrá una población diaria aproximada de 250 personas.

La zona médica se considera de 1er contacto, es decir una clínica de especialidad. Tiene la capacidad para cubrir emergencias, brindará atención las 24 hrs. Proporcionará los servicios geriátricos más importantes, tendrá servicios de ambulancia para poder hacer traslados a hospitales de especialidades a pacientes en caso de requerirlo, esta zona atenderá a adultos mayores hospedados, locales y flotantes, con problemas de discapacidad, considerando precios especiales a las mujeres, considerando que son más propensas a no ser derechohabientes a alguna institución médica, La revisión médica será el punto inicial para poder tomar terapia, mediante diagnósticos médicos. El número de pacientes a revisar diarios será de 120.

Todas las áreas comunes están consideradas para el fácil movimiento de adultos con discapacidad.



¿A quién beneficiaría?

Ayudar a los adultos mayores con discapacidad física y sensorial, mediante la creación de un centro especializado para este sector de la población considerando sus diferentes niveles de discapacidad leve, moderada y severa, actuando como centro deportivo, cultural y terapéutico. Contará con un área, donde se proporcionarán servicios de hospedaje (no hospitalización) para adultos discapacitados con la ventaja de ser una zona abierta a los familiares. Por las gráficas que arriba se mostraron de situación civil, esta área tiene albergue para matrimonios en estas condiciones

La discapacidad física y sensorial crea problemas fuertes de depresión, para esto se darán terapias de tipo psicológicas, no sólo para ellos también se darán guías y soporte emocional a familiares.

Beneficios a los adultos mayores

Ámbito personal

- Prevenir la aparición y desarrollo de trastornos de memoria.
- Aprender sobre el funcionamiento de la memoria y las posibilidades de intervención en este dominio.
- Evitar o reducir las preocupaciones que se generan en esta área.
- Proporcionar, a las personas desorientadas o confusas, de forma estructurada y repetida, información básica sobre orientación temporal, espacial y personal.
- Promover el bienestar subjetivo
- Aprender y examinar los propios sentimientos y pensamientos, adecuándolos a la realidad.
- Controlar el estado de ánimo y humor, y experimentar la relación que existe entre estos y las actividades positivas.
- Aumentar la frecuencia de actividades positivas y agradables; y disminuir las que no proporcionan satisfacción.
- Fomentar la participación en grupo, promoviendo entre otros el sentimiento de cohesión y pertenencia.

75



- Prevenir la aparición de problemas físicos y psíquicos, relacionados con la ansiedad y la depresión.
- Adquirir competencias de control de respuestas fisiológicas y cognitivas asociadas a los estados depresivos.
- Mejorar la autoestima a través de relaciones interpersonales basadas en la confianza, el respeto y en la aceptación.
- Elaborar las pérdidas y acontecimientos dolorosos a través de la comunicación con los compañeros.
- Alcanzar objetivos individuales, a pesar de su discapacidad

Ámbito Social: Depende de las estructuras de valores prevalecientes y del estatus alcanzado en otras etapas de la vida. Por lo general se desdeña al adulto mayor por considerarlo una persona improductiva y dependiente.

- Promover las relaciones interpersonales
- Aumentar la cantidad y calidad de las relaciones interpersonales.
- Proporcionar herramientas para superar los conflictos interpersonales.
- Motivar a las personas menos participativas, integrándolas en actividades diversas y procesos grupales gratificantes.
- Participación en actividades comunitarias
- Visitas a exposiciones, museos,....
- Carnaval en la calle.
- Teatro de calle.
- Participación en programas educativos con niños y adolescentes.
- Valoración y resultados el proceso
- El proceso de intervención psicosocioeducativa

Ámbito Biológico: Es inevitable que con el paso del tiempo se produzca una disminución en las capacidades y resistencia física del organismo, además de su incapacidad. Por ello al fomentar el autocuidado.

Educación para la salud

- Informar sobre comportamientos promotores de salud.
- Prevenir trastornos (articulares-musculares, cardiorespiratorios) a través de ejercicios físicos diversificados enfocados en su discapacidad



- Mantener la capacidad física a pesar de sus impedimentos
- Conservar y promover la autonomía física y psicológica.
- Promover el bienestar global.
- El objetivo principal de estas sesiones es crear un espacio y un tiempo donde, los diferentes miembros, puedan desahogar, aprender, reír,....

Apoyo a familiares de adultos mayores con problemas de discapacidad

A continuación se presentan los resultados para describir la prevalencia del síndrome del cuidador y las características psicosociales de los cuidadores de adultos mayores discapacitados: Se estudiaron 102 familias en su mayoría de nivel socioeconómico bajo (75.3%) con una discapacidad media de 4 años (rango 1-60 años). Se observó una mayor proporción de depresión (81.3% vs. 53.9%, $p<0.01$), una mayor proporción de ansiedad (85.2% vs. 45%, $p<0.001$), y una mayor proporción de disfunción familiar severa (26.5% vs. 10.8%) ($p=0.004$) en los cuidadores en relación con los no cuidadores. De los cuidadores principales 47% presentaron el síndrome del cuidador que se asociaba con ansiedad (96%, $p=0.01$) y con depresión (100%, $p<0.0001$); 85.3% de los cuidadores habían presentado enfermedades previas en comparación con 63.7% de los no cuidadores ($p=0.0004$). NOTA Colombia Médica Vol. 37 No2 (Supl 1), 2006 Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales.

Los cuidadores de adultos mayores discapacitados presentan altos niveles de ansiedad, depresión, disfunción familiar y síndrome del cuidador con mayor predisposición a la morbilidad. Los resultados de este estudio identifican a los cuidadores de adultos mayores discapacitados como un grupo vulnerable con necesidades preventivas y terapéuticas.

Ayudar a las familias mediante el respaldo y apoyo tanto físico como psicológico, poder proporcionar capacitación y soporte emocional a familiares responsables de algún adulto mayor, en un centro con la capacidad suficiente para este medio.

Apoyo a la sociedad

Este centro se propone como una propuesta de asociación civil. Es necesario reconocer, que al tener la oportunidad de servir en un Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con discapacidad, no sólo los adultos mayores obtienen ganancias, sino también quien sirve, ya que se logra un crecimiento personal que permite desarrollar y practicar valores personales, como:

- Solidaridad, para acompañar a los que padecen de soledad
- Seguridad, al saberse capaz de dar lo mejor de sí mismo(a)



- Sencillez de espíritu, recordando que tenemos capacidades y limitaciones
- Honestidad, al usar y gastar recursos de terceras personas
- Perseverancia, cuando pareciera que el mundo se deshumaniza

Administrar un Centro de Atención para adultos mayores con discapacidad es la oportunidad de conjugar esfuerzos con diferentes personajes o actores sociales que son:

- Los residentes de la tercera edad y sus familiares
- El personal administrativo y operativo que es remunerado
- Los voluntarios que cooperan sin un salario
- Los médicos y terapeutas
- Los ciudadanos que se encuentran en la localidad
- Las instituciones públicas o privadas

Las características específicas de este proyecto serían:

Se propone como un proyecto piloto para una zona de la ciudad de México (Zona Sur). Un proyecto que atiende todos los sectores de la población, la población migrante y la local

El mantenimiento, la administración y gastos internos son costeables y accesibles.

Es un proyecto para inversionistas privados. El mercado de Bienes raíces, define que un bien inmueble no tiene más sustancia que el flujo de ingresos que produce al propietario; planteamiento que el inversionista tiene para juzgar la rentabilidad de un inmueble como negocio. Por naturaleza de los proyectos inmobiliarios tienen una recuperación de la inversión a mediano o largo plazo, aunado a las condiciones de crédito y demás variables que influyen la planeación de tiempo, se considera este proyecto un horizonte de 10 años en los cuales se analizará su comportamiento bajo condiciones esperadas de operación y funcionamiento.



2.4 Marco Histórico

Por el tipo de servicios que proporciona este sitio se exponen con conceptos referentes a la asistencia social y servicios sociales.

Antecedentes Históricos de los asilos en México

Durante la época prehispánica se dan algunas manifestaciones en el carácter asistencial. Los grupos mexicanos mantenían una acción de benefactores sobre los grupos de los cuales recibían tributo, Había garantías para los plebeyos que recibían al casarse, parcelas dentro del calpulli, víveres y ropa. El nacimiento de un niño constituía oportunidad para el apoyo y ofrecimiento de obsequios garantizándole cierta comodidad en sus primeros años de vida, Los aspectos de medicina tradicional, basada en terapéutica y herbolaria, ampliamente desarrollada así como el juego, música y danza, contribuyen a la realización de los grupos necesitados. Posterior a la conquista surge la necesidad de realizar obras públicas. El primer concepto que se vislumbra es la creación de escuelas en las que se alimentará y educará a los grupos sociales, enfermos y ancianos de bajos recursos, Este concepto se materializaría hasta el I periodo colonial, que se complementaría con la construcción de hospitales, escuelas, casas de niños expósitos, instituciones de enfermos mentales y asilos. Estas obras tenían la tendencia de misericordia, las instituciones religiosas son las primeras en llevarlas a cabo, después lo harían las congregaciones y asociaciones civiles.

La beneficencia pública, también denominada social propugnó, a partir de la igualdad humana, por el otorgamiento de servicios, protección y apoyo en favor de los necesitados. Paralelamente a la beneficencia pública, surge la beneficencia privada basada en las ideas de filantropía, fraternidad, altruismo y humanitarismo, sobre todo en el periodo en que se desarrolla el pensamiento de la ilustración y, más adelante en el siglo XIX, aparecen casas de expósitos, hospitales, asilos, hospicios, escuelas maternas e instituciones de préstamo para ayuda de personas de escasos recursos. En un principio los gobiernos revolucionarios fomentan estas instituciones.

Es en los años treinta y cuarenta (siglo XX), cuando pasa a ser asistencia social, surgen los centros de asistencia infantil, educación profesional, rehabilitación y terapia social, hospitales, dispensarios, internados, comedores, etc.



El servicio social aparece en los años cuarenta y, se modifica de asistencia pública en 1942, a ser asistencia social, desprendiéndose los esquemas de seguridad. Al inicio de la década de los ochenta, las instituciones de mayor representación e impulso social en México son:

- Secretaría de Salubridad y Asistencia Pública.
- D.I.F. (Desarrollo Integral de la Familia) .
- D.D.F. (Departamento del Distrito Federal).
- Protección Social.
- I.M.S.S. (Instituto Mexicano del Seguro Social). Prestación Social.
- I.S.S.S.T.E. (Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado).

En México, en 1970 con una población de 48 millones había 2.7 millones de personas de 60 años que representaban el 5.5% de la población.

En 1980 con una población total de 67 millones el número de personas mayores de 60 años era de 3.8 millones, representando el 5.7%. La proyección para el año 2000 es de 112 millones de personas, de las cuales el 6.7 correspondería a personas de edad avanzada.

El asilo de ancianos era el único recurso gerontológico y geriátrico que existía como institución, prestando apoyo real y efectivo, desde el siglo pasado.

En 1950 el Dr. Manuel Payno, uno de los pioneros de la Asociación Internacional de geriatría, inició un movimiento para el desarrollo de la geriatría y la gerontología en México. El movimiento despertó interés entre los profesionistas médicos y culminó con el primer Congreso Panamericano de Gerontología en la ciudad de México en 1956. Después del congreso no hubo ninguna actividad gerontológica en México. El grupo del Dr. Payno dejó de trabajar y en 1960 México fue borrado de la IAG en 1960.

En 1976 el gobierno del estado de México alentó una reunión geriátrica en la ciudad de Toluca, donde se decidió crear la Sociedad de Geriatría y Gerontología de México, legalmente registrada en mayo de 1977 y fue nuevamente aceptada como miembro de la Asociación Internacional de Gerontología en agosto de 1978.



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad

El Instituto Nacional de la Senectud fue creado en 1978 con el propósito de proteger a los ancianos desamparados. El objetivo principal es crear asilos, llamados casas o residencias. Ha implementado una tarjeta o carnet para los ancianos para descuento en transportes, cines, etc., trabaja con más entusiasmo que efectividad.

El DIF tiene a su cargo cuatro grandes asilos en la ciudad de México y otros en los estados.³

El ejército y la armada tienen programas para ancianos dentro de sus servicios.

Las instituciones de seguridad social tienen servicios de prestaciones sociales y económicas para la tercera edad como son jubilaciones, retiro, indemnizaciones y no cuentan con servicios geriátricos propiamente dentro de la prestación de servicios médicos. El Hospital López Mateos del ISSSTE es el único que cuenta con servicios de geriatría y hospitalización. Hay un servicio de geriatría con consulta externa y hospitalización en el Hospital General de la Ciudad de México que depende de la SSA y un servicio similar en el hospital para enfermos crónicos Dr. Gustavo Baz Prada en Tepexpan México.

El sistema médico de Pemex cuenta con servicios de consulta geriátrica en sus hospitales de tercer nivel.

El Hospital Español de México cuenta con 250 camas destinadas a geriatría y enfermos crónicos.

En 1982 la SSA realizó la Primera Encuesta Nacional sobre las Necesidades de los Ancianos; es el único documento epidemiológico con que se cuenta.

En 1983 se fundó el Consejo Mexicano de Geriatría A.C. con la finalidad de certificar a los especialistas quienes tuvieron que esperar 6 años para iniciar la primera certificación.

En 1992 el Consejo fue reconocido por la Academia Nacional de Medicina. Para 1994 se habían certificado 75 médicos.

Asistencia Social. Conjunto de instituciones que brindan albergue, atención médica y jurídica a todas las personas (lactantes, infantiles, juveniles y ancianas) que no cuentan con recursos humanos ni materiales para subsistir dignamente.



Servicios Sociales. Estas instituciones comprenden las acciones preventivas, promocionales, de protección y rehabilitación, dirigidas a quienes más lo necesitan. Representa participación y considera el bienestar integral. Beneficiarios de la Asistencia Social. Son aquellos sujetos o individuos, familias y comunidad a quienes se destinan los servicios principales. La asistencia social considera la población objetiva referente a:

• Menores en estado de abandono, desamparo, desnutrición o sujetos a maltrato	• Habitantes del medio rural o del urbano marginados que carezcan de lo indispensable para su subsistencia
• Menores infractores	• Personas afectadas por desastres
• Alcohólicos, farmacodependientes o individuos en condiciones de vagancia.	• Desvalidos
• Mujeres en periodo de gestación o lactancia	• Desempleados
• Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato	• Desprotegidos
• Mujeres en periodo de gestación o lactancia	• Inválido
• Invalidados, por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudos, alteraciones del sistema, músculo-esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje, etc.	• Personas en estado de abandono
• Invalidados, por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudos, alteraciones del sistema, músculo-esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje, etc.	• Débil social y mental
	• Depauperados
	• Víctimas de la comisión de delitos en estado de abandono
	• Familias que dependen económicamente de quienes se encuentren detenidos por causas penales y queden en estado de abandono



-
- Invalidados, por causa de ceguera, debilidad visual, sordera, mudos, alteraciones del sistema, músculo-esquelético, deficiencias mentales, problemas de lenguaje, etc.
 - Indigentes Personas que por su extrema ignorancia requieren servicios asistenciales

Para comprender de una manera más real que instituciones comprenden la asistencia social, a continuación se lista .

1. Albergue
2. Albergue infantil
3. Asilo de ancianos y otras instituciones similares.
4. Centro de tratamiento de enfermedades crónicas
5. Centro materno infantil
6. Centro de integración juvenil
7. Centro de integración familiar
8. Guardería infantil
9. Orfanatorios y casas de cuna
- 10, Hogar de indigentes. ⁽¹⁸⁾

(18) Documentos Históricos de México en el Archivo Central de los Jesuitas. Artículo enviado por: John E. Ramírez. País: México, Fuente: Archivo de consulta personal. Autor: Anónimo



2.5 Edificios Análogos

En la actualidad contamos con centros de terapia, pertenecientes al DIF, ISSSTE o IMSS, pero no necesariamente están enfocados en adultos mayores. Los centros de cuidados para mayores tienen todavía características de asilos, por lo menos aquí en México y los que son más abiertos están considerando a una población sana e independiente.

Actualmente no se cuenta con un proyecto como el propuesto.

2.6 Características Ambientales y Arquitectónicas del Proyecto

Un centro para adultos mayores requiere personal capacitado para desempeñar funciones específicas al ofrecer servicios a los adultos mayores; sin embargo este valioso recurso puede desperdiciarse si no se cuenta con un ambiente físico diseñado adecuadamente.

Para el adulto mayor que no puede vivir en el lugar que el o ella prefiere, la atención que se le dé a ciertos atributos ambientales, tiene el potencial de maximizar su funcionamiento y proveer más flexibilidad.

Este centro que incorpora atributos ambientales, requiere además del diseño de apoyos físicos, sensoriales, sociales y psicológicos, lo cual facilita que se “envejezca en el lugar debido”.

Es decir, que si el ambiente es diseñado para promover independencia y control, el personal debe estar consciente de ello, para así poder satisfacer las necesidades de autonomía e independencia de los adultos mayores que así lo requieran.

Para lograr estos objetivos se consideran las recomendaciones, lineamientos y características que tendrá este centro de los manuales PRODIA Programa de Desarrollo Integral del Adulto Mayor; Manual un hogar en el atardecer. y Manual creación de centros de día.

Entre los atributos que se consideran básicos para facilitar la adaptación de las personas mayores en el centro para adultos mayores, se pueden mencionar los siguientes:



Confort

Se considera que el confort es un atributo que aumenta la independencia del adulto mayor y le proporciona además, alivio y comodidad física, al realizar una tarea o estar en un lugar particular.

Muchas de estas cualidades de confort están basadas en el conocimiento de las necesidades sensoriales y físicas relacionadas con la edad. Es fácil observar que a medida que el nivel de actividad de la persona mayor disminuye, la cantidad de tiempo que pasa en una silla, aumenta, sin embargo, raras veces se cuestiona acerca del confort de una silla en particular, para un individuo específico.

Los siguientes son algunos ejemplos de puntos a considerar para evaluar este atributo:

- ¿Está el nivel de sonido controlado adecuadamente?
- ¿La iluminación es adecuada para que el individuo lea?
- ¿La iluminación minimiza el esfuerzo del ojo?
- ¿Está la temperatura a un nivel confortable?
- ¿El mobiliario es adecuado para estas personas?

Accesibilidad

Se considera que dentro del ambiente diseñado para la vejez, la accesibilidad y facilidad con la que una persona se desplaza de un punto a otro, debe incluir no sólo a la persona con movilidad limitada, sino también la habilidad y el deseo de moverse de un lugar a otro, lo cual puede lograrse a través de la inclusión de sillas a lo largo de una ruta, de manera que sirvan para hacer paradas ocasionales.

Así mismo, se incluye la libertad de realizar las tareas cotidianas, ubicando los trasteros, entrepaños de clósets y cajoneras de tal manera, que eliminen al adulto mayor la necesidad de flexionarse excesivamente.

La accesibilidad incluye también, la habilidad de manipular objetos tales como artículos de cocina y de baño, apagadores y agarraderas de las puertas

Legibilidad

La legibilidad se refiere a las características que debe contener la información para facilitar por medio de pistas y señales apropiadas la orientación del adulto



mayor.

Para la persona con demencia y cambios sensoriales relacionados con la edad, estas malinterpretaciones pueden crear una variedad de ilusiones. Las maneras de reforzar la legibilidad para la persona con demencia deben incorporarse en su diseño ambiental.

Con frecuencia los usuarios de los centros para los adultos mayores, se pierden en un pasillo o entran en la habitación equivocada; es por esto, que se recomienda incorporar diferentes objetos como macetas, plantas grandes, señales en forma de pinturas, cuadros etc., que les permitan, ubicarse en su espacio.

Seguridad

La seguridad y la protección están muy relacionadas, por lo que crear un ambiente que minimice peligros, brinda protección y tranquilidad al adulto mayor, disminuye su ansiedad y le da fuerzas para aumentar su movilidad.

Para aumentar la seguridad del adulto mayor, es necesario eliminar pisos resbalosos, tapetes junto a las puertas, agarraderas que estén sueltas y pasamanos que estén de un solo lado de las escaleras.

La sensación de seguridad se puede incrementar también, instalando sistemas de emergencia que estén al alcance de los usuarios

Privacidad

La privacidad puede promoverse a través del diseño de los espacios. Los especialistas coinciden en que la privacidad adecuada refuerza la autoestima y es vital para tener un sentimiento de autonomía.

La autonomía brinda una sensación de poder hacer elecciones individuales y conscientes, a través de las cuales la persona controla su ambiente, incluyendo su habilidad de tener privacidad cuando lo desee. Así mismo, permite a la persona mayor tomar sus propias decisiones, considerando la participación de un grupo.

Es común que los deseos del adulto mayor y la manera como el personal los percibe, no concuerden; es por eso que se hace necesario ser sensible a las demandas de los usuarios.

Adaptabilidad



Esta característica se refiere a la posibilidad de diseñar el ambiente y el mobiliario de tal manera, que éste pueda ser reacomodado de acuerdo a las nuevas necesidades o deseos del adulto mayor.

Es decir que, si el nivel de salud de un individuo cambia, vale la pena preguntarse si pueden hacerse nuevos acomodos en el hogar actual, para incrementar el potencial de envejecer en el lugar adecuado; sí la persona tiene dificultad con los escalones, ¿qué otras alternativas existen para trasladarse al segundo piso?, ó ¿puede un espacio del primer piso convertirse en recámara?

Los espacios sociales deben ser diseñados formalmente, pero al mismo tiempo mantener la flexibilidad de que el mobiliario sea movido por los residentes. Esta adaptabilidad favorece que el residente tenga el sentimiento de control sobre el ambiente.

Personalización

El hogar tiene un significado particular para los adultos mayores, debido a que tiene relación con el sentido de pertenencia y arraigo de una persona.

Este concepto de personalización se refiere a que un residente logre trasladar su mundo e intimidad que le han acompañado a lo largo de su vida, a un nuevo espacio. Esto permite que se refuerce su sensación de seguridad y evita lo desagradable o angustiante que sería para un Adulto Mayor creer que ha perdido su pasado.

Es conveniente destinar un espacio físico para que el residente coloque objetos personales significativos que le ayuden a conservar su identidad y apropiarse del lugar. Además esto disminuye el comportamiento ofensivo que en ocasiones muestra una persona de edad avanzada

Territorialidad

La territorialidad se refiere a la necesidad del adulto mayor de “apropiarse” de un espacio o lugar en particular.

Con frecuencia ocurre el hecho de que la cama de la persona que queda cerca de una ventana, la hace sentirse dueña de esa ventana y la persona cerca de la puerta, es dueña de esa puerta.

Es útil observar cuáles son los espacios u objetos que dan sentido de territorialidad a los residentes, ya que en ocasiones los conflictos por apropiarse de un espacio, podrán ser resueltos realizando mínimos cambios en el acomodo del mobiliario. Generalmente el colocar una cama frente a la otra, ofrece más territorialidad al residente, que cuando están recargadas sobre la misma pared, una junto a la otra.



Socialización

La importancia de diseñar el ambiente para facilitar la socialización no puede ser subestimada. La socialización que necesitan las personas mayores, puede ser desde estar solo hasta estar en una multitud.

El proveer a una persona de espacios físicos para convivir, platicar e interactuar con otras personas, genera el sentimiento de estar en conexión con el mundo y fomenta las relaciones sociales del adulto mayor.

La socialización puede promoverse en áreas informales del centro para adultos mayores, por medio de asientos que no sólo sirvan para recibir visitas, sino que también faciliten el contacto visual, la buena audición y la cercanía.

Cabe resaltar que el objetivo de la socialización es reducir la soledad, sin embargo es el adulto mayor quien toma la decisión de participar y convivir según su necesidad personal.

Estimulación Sensorial

A pesar de que la alteración sensorial suele aparecer en cualquier ambiente, los adultos mayores que viven en alguna institución o albergue, son particularmente vulnerables. Además de experimentar más deterioro, estos adultos se enfrentan también a situaciones de rutina que ofrecen pocas variaciones o estímulos.

La estimulación sensorial significa enviar mensajes a los adultos mayores a través de sus cinco sentidos, para que se relacionen y entren en contacto con el medio ambiente.

El ambiente necesita ser construido de manera que mejore el funcionamiento de los residentes con deficiencias en sus sentidos. A través del diseño y la decoración se puede dar información “redundante” para estimular el máximo de sentidos a la vez.

Una manera de estimular varios sentidos a la vez, puede ser a través de la recepción combinada de escuchar el sonido de ruidos de la cocina, de oler el aroma de la comida al cocerse y de ver y tocar la mesa y los platos, lo cual permite a la persona mayor saber, a través de esos mensajes redundantes: “este es el comedor”.



El ambiente tiene el efecto más grande sobre la persona con menos capacidad. Pequeños cambios como mejor iluminación, señalamientos adecuados, seguridad en los pisos, pueden causar enormes mejorías en la conducta; asimismo, se piensa que la interacción humana con el ambiente y sus objetos tiene un papel primordial para producir un comportamiento inteligente.

Diseñar un ambiente con estos cambios en mente, hace posible para más individuos funcionar a su máxima capacidad. Además, la mayoría de las adaptaciones facilitarán el trabajo de las personas que cuidan de un adulto mayor, ya sea formal o informalmente.

Algunas características arquitectónicas son:

Los colores y su percepción

Cuando se diseñan ambientes para que vivan los adultos mayores, la meta en el diseño del color no sólo es hacer un área más estética, sino también ayudar a contrastar diferentes áreas y poder así distinguir los objetos de sus alrededores.

Al aumentar la edad, los lentes del ojo toman un color amarillento que altera la calidad de entrada de la luz a la pupila. Este amarillamiento gradual estropea la percepción de ciertos colores, particularmente verdes, azules y morados. Las sombras oscuras del azul marino, café y negro no son distinguibles más que en las condiciones más iluminadas. Más aún, las diferencias entre los colores pastel como azules, beiges, amarillos y rosas son casi imposibles de detectar.

Es por eso que muchos ancianos no ven su cuarto diferente del que tiene su vecino.

La audacia al codificar los colores debe ser lo suficientemente llamativa como para comunicar que hay diferencias entre los otros elementos alrededor. Los códigos de color pueden dar pistas claras para la orientación y seguridad y sirven para romper con la monotonía de corredores largos y espacios grandes.

Las puertas que no tienen uso para los residentes, como los almacenes, los casilleros o la lavandería, pueden ser pintados del color de la pared.

Debido a la pérdida de apreciación visual inherente a la edad, no es recomendable que el color de las superficies tenga muchos dibujos ya que, para personas con demencia o deficiencias visuales, los dibujos pueden parecer formas aterradoras. Al elegir una cubierta para pared, hay que tomar en cuenta también el factor mantenimiento, el material debe ser capaz de resistir el uso para el que está destinada. En general, los contrastes de color deben darse en situaciones determinadas pensando siempre en la capacidad visual y mental de los residentes.

Se recomienda utilizar colores claros (colores pastel como rosa, crema, verde, azul, etc.) en techos y muros, ya que estos provocan un efecto positivo en la



iluminación y la percepción del espacio. Las áreas donde predominan los colores claros tienden a percibirse más amplias, además, influyen en el estado de ánimo de los residentes. Para el adulto mayor que tiene dificultad para distinguir los límites, el uso de diferencias en los colores y/ o las texturas puede clarificar esos límites.

Por ejemplo, el color de la pared y el piso deben ser contrastantes.

Iluminación.

Una mejor iluminación facilita a las personas mayores el reconocer rostros y mejorar su comunicación. La iluminación en el ambiente del centro de adultos mayores, requiere ser tan consistente como sea posible. Con la edad, los lentes del ojo se vuelven menos transparentes y engrosan, por lo que aumenta la cantidad de luz que la persona requiere para ver.

La lectura o las actividades de cerca pueden ayudarse al incrementar la iluminación por medio de lámparas de piso o de escritorio, con tres focos, esto permite un mejor nivel de iluminación que las lámparas convencionales.

De cualquier manera, los focos no deben ser instalados directamente sobre la línea de visión del anciano, ya que esto puede deslumbrarlo. El deslumbramiento es un problema doloroso causado por un exceso de luz y puede ser causado por una fuente de luz directa o indirecta.

El deslumbramiento directo ocurre cuando la luz llega al ojo directamente de donde surgió, y el indirecto se da cuando la luz llega al ojo después de reflejarse sobre otra superficie. Algunos ejemplos de deslumbramiento son: la luz del sol que se refleja en un piso muy pulido, en muebles con cubiertas plásticas o pisos encerados.

Para reducir el deslumbramiento, es conveniente evitar el uso de pintura muy brillante y de manteles plásticos. Las ventanas pueden cubrirse con una película de papel polarizado, con mini persianas o con cortinas transparentes de poliéster.

La iluminación fluorescente debe combinarse con la luz incandescente en áreas donde se necesita estar más iluminado, por ejemplo: baños, áreas de lectura, entre otras. En cualquier parte en que se use la luz fluorescente, se recomienda escoger focos de color blanco opaco o de algún color primario.

La iluminación fluorescente utiliza mucha menos energía que una lámpara incandescente y ambas proporcionan la misma cantidad de luz.

Es importante que el apagador se encuentre junto a la puerta de entrada, de manera que los residentes puedan accionarlo al momento de entrar a la habitación.



Otra forma de iluminar utilizando luz natural diurna, es a través de domos. Este tipo de iluminación se recomienda para los espacios o áreas comunes como el comedor, sala de usos múltiples, etc.

Una persona de 80 años necesita aproximadamente tres veces más luz para leer que una persona de entre 15 y 20 años de edad.

Ambientación climática y ventilación

La mayoría de las personas mayores, reportan una gran sensibilidad al frío, más que al calor; frecuentemente requieren de más abrigo, en temperaturas aparentemente cálidas para otros.

La ventilación natural es la que se produce por efecto de la circulación del aire a través de los espacios abiertos al ambiente, como las ventanas. La ventilación artificial es la que se genera a través de aparatos que requieren de algún tipo de energía externa como eléctricos, de gas o leña, como pueden ser la refrigeración o la calefacción.

Un método que combina ambos tipos de ventilación, es el abanico para techo ya que recircula el aire que entra de manera natural y vale la pena procurar que no sean ruidosos ni con hojas muy llamativas que distraigan a los residentes.

Es recomendable que sus hojas sean del mismo color del techo ya que, de ser de un color contrastante, pueden producir mareo a quien los observa. Los abanicos de techo deberán ser colocados, cuando menos, a una altura de 2.10 metros sobre el nivel del piso.

Los sistemas de ventilación y calefacción deberán utilizar, cuando menos, una mezcla de 10% de aire del exterior que no sea recirculado. Se recomienda que el aire proveniente del cuarto de limpieza y lavandería no sea recirculado hacia otras áreas. Los ductos de salida requieren ser ubicados y diseñados de tal manera que los residentes no puedan ser dañados por corrientes excesivas durante el uso normal.

La ambientación climática por lo general está relacionada con los materiales de construcción y los sistemas de aire acondicionado y calefacción, mismos que se detallarán a continuación:

- 1 Calefacción. Es recomendable que el sistema de calefacción sea diseñado e instalado para que se mantenga una temperatura promedio entre 15°C y 20°C en todas las áreas ocupadas por residentes. Para el resto de las áreas es permisible una temperatura de 13°C. 92
- 2 Aire acondicionado. El sistema de aire acondicionado deberá ser diseñado e instalado para que mantenga una temperatura de no más de



18°C Las áreas que generan altas temperaturas, como la cocina, deberán contar con suministro de aire suficiente para mantener temperaturas máximas de 20°C a 1.50 metros del nivel del piso.

Puertas

La puerta principal de una unidad de cuidado debe ser fácil de abrir y debe tener una ventana para prevenir que se golpee. Los tapetes deben eliminarse para prevenir tropiezos y para facilitar el transporte en sillas de ruedas. Para personas de edad avanzada, es conveniente instalar puertas que se abran automáticamente.

Debido a que los residentes de un centro para adultos mayores pueden ser personas con discapacidades varias, es deseable que las puertas que se encuentren en el interior de la instalación reúnan las siguientes características:

- Color de alto contraste con relación a los de la pared
- Un ancho mínimo de 1 metro
- En caso de encontrarse cerca de la esquina o en la esquina de la habitación, deberán abatir hacia el muro más cercano
- Las manijas y cerraduras deberán ser resistentes, de fácil manejo y estar instaladas a 90 centímetros del nivel del suelo. Los picaportes y cerraduras deberán ser de tipo palanca

Para prevenir accidentes debido a la falta de advertencias visuales, no es recomendable que las puertas exteriores abran directamente hacia el tráfico vehicular, pueden ser ubicadas a 1.80 metros de la banqueta.

Ventanas

La necesidad de tratamientos a las ventanas para conciliar los problemas visuales de las personas mayores, juega un papel importante. El tamaño de las ventanas debe ser de cuando menos, el equivalente al 8% de la superficie de la habitación.

Es importante que la ventana tenga un tratamiento especial que controle el deslumbramiento ya que éste causa efectos diversos en las personas mayores y es causa de confusión y, en algunos casos, de accidentes. Esto puede ser a través de una película adherente o a manera de una pantalla que se jale (tipo persiana); pantallas plegadas de poliéster; cortinas o una combinación de éstos.

93

Es recomendable que las ventanas sean fácilmente operables, que no requieran de herramientas o llaves para su apertura. Asimismo, deberán contar con tela



de mosquitero.

Señalamientos

Son los objetos que facilitan la orientación para encontrar un camino un destino, proporcionan indicaciones a través de figuras o textos breves. El uso de letras con neग्रillas o pinturas en lugares específicos puede ayudar a la orientación de los residentes, así como del personal y los visitantes.

Se sugiere que todos los señalamientos estén hechos de un material que sea fácil de limpiar y que no sea inflamable. También es recomendable que los marcos de los cuadros para señalamiento tengan las esquinas redondeadas y los vidrios sean anti reflejantes para evitar la distorsión de la imagen.

La localización de las señales debe considerar la estatura mínima del residente; en general, no deben de estar a más de 1.40 metros sobre el nivel del piso, de manera que sean visibles o palpables tanto por peatones como por personas en sillas de ruedas.

Rutas de acceso

Las rutas de acceso son aquellos pasillos y/o corredores que comunican las áreas específicas y áreas comunes con la entrada y salida del centro para adultos mayores. Es importante contar con una ruta de acceso bien definida ya que esto facilita tanto el movimiento interno como hacia el exterior

Se recomienda dejar estos corredores o pasillos libres de objetos como bebederos, teléfonos públicos, etc., a fin de no restringir el tráfico o reducir su amplitud.

Cambios en niveles

Los cambios en niveles de más de 6 centímetros, pueden ser verticales (escalón) y sin tratamientos especiales en la orilla. Si una ruta de acceso tiene cambios de nivel mayores a 13 centímetros, entonces debe de ser provista de una rampa, elevador o plataforma, según la situación particular.

Básicamente, los pasamanos facilitan el movimiento de los residentes y es necesario que se adapten tanto a escaleras como al resto de las áreas de tráfico, a excepción de las rampas, considerando las siguientes especificaciones:

- Ser tubulares de 4 centímetros de diámetro
- En color contrastante con respecto al elemento delimitante vertical
- Colocados a 90 centímetros y un segundo a 75 centímetros del nivel del piso



- Separados 5 centímetros de la pared
- En las escaleras deben prolongarse 60 centímetros en el arranque y en la llegada
- Deberán contar con fuerza suficiente como para soportar una carga concentrada de 115 kilogramos.

La protección contra incendios

La protección contra incendios incluye la detección, alarma y sistemas de comunicación, sistemas de extinción y extinguidores portátiles. Es indispensable hacer contacto con la estación de bomberos más cercana como previsión de un posible incendio en las instalaciones.

Como medidas preventivas se recomiendan las siguientes:

- La instalación debe contar con un suministro de agua que sea accesible y de flujo seguro
- Es deseable que se cuente con un hidrante (toma de agua de alta potencia) a un máximo de 90 metros del edificio principal
- Es importante que se instale un sistema de alarma y que este se mantenga en buenas condiciones de funcionamiento. Este sistema deberá considerar estaciones manuales con las que se pueda activar la alarma en todas las salidas de emergencia
- Es recomendable que los extinguidores que se ubiquen en el área de corredores para residentes sean del tipo que utiliza agua a presión y no encontrarse separados uno del otro por más de 22 metros
- Los extinguidores deberán ser instalados en ganchos sujetos a la pared o en estantes destinados a ese uso específico
- Los extinguidores cuyo peso sea menor a los 18 kg, deberán ser instalados de manera que la parte superior del extinguidor no exceda 1.50 metros a partir del nivel del suelo; los extinguidores que pesen más de 18 kg., se instalarán procurando que la parte superior no exceda 1.05 metros de altura sobre el nivel del piso

Salidas de emergencia

Las provisiones de salidas de emergencia incluyen puertas, corredores, escaleras, cerraduras y algunos otros conceptos, de manera que se asegure que el edificio puede ser rápidamente evacuado en cualquier momento como consecuencia de alguna emergencia.

- Camas. Es deseable que las camas cuenten con ruedas para que los residentes que se encuentren encamados al momento de la evacuación puedan ser transportados sin problemas
- Los espacios comunes con capacidad de más de 50 residentes o 300 m², es recomendable que cuenten con dos salidas o rutas de evacuación; las



- puertas de estas salidas deberán ser del tipo abatible
- Las puertas de las salidas de emergencia deberán mantenerse limpias y libres para que puedan ser utilizadas en cualquier momento
- No es recomendable que existan escalones en el trayecto hacia la salida de emergencia, en caso de que haya desniveles es preferible adaptar una rampa

Las cerraduras de las puertas no deberán ser del tipo que previene su apertura; deberá considerarse un tipo de chapa de fácil operación

Objetos protuberantes

Los objetos que sobresalen de las paredes no deben de estar más de 10 centímetros dentro de los corredores o pasillos ya que no deben de reducir el espacio libre de la ruta de acceso o del espacio para maniobras.

Seguridad en los pisos

La compensación para los problemas de figura-fondo con los Adultos Mayores, tiene implicaciones específicas cuando se selecciona la cubierta del piso, ya que los pisos con dibujos pueden hacer que el Adulto Mayor los confunda con objetos, por ello es recomendable evitarlos, especialmente en vestíbulos, salas o comedores.

La superficie del piso debe estar libre de obstáculos, de irregularidades y fisuras y tener un mismo nivel; que sea antiderrapante, procurando eliminar los tapetes y los cordones de teléfonos.

Para indicar la proximidad de rampas, escaleras y otros cambios de nivel, el piso deberá tener una textura diferente.

Aunque el uso de las alfombras y/o tapetes no se recomienda, en caso de utilizarlas, ésta debe estar firmemente asegurada al piso y tener un soporte firme. La altura máxima de la alfombra con respecto a la superficie debe de ser de 13 milímetros y las orillas expuestas de la misma, deberán de ser aseguradas a la superficie del piso.

Rejillas

Si hay rejillas colocadas en superficies donde haya tráfico, el espacio entre rejilla y rejilla no deberá exceder 13 milímetros.

Escaleras

Es conveniente que las escaleras tengan las siguientes características:

- Pasamanos de ambos lados
- Ancho mínimo de 1.80 metros entre pasamanos
- Quince escalones como máximo entre descansos
- La nariz de las huellas (esquina resultante entre la huella o parte horizontal del escalón y la parte vertical del escalón) debe ser antiderrapante y de color contrastante
- Los escalones serán verticales o con una inclinación máxima de 25 milímetros

Los escalones, preferentemente, deberán reunir las características siguientes:

- Huellas de 34 centímetros como mínimo
- Peralte máximo de 14 centímetros (altura máxima del escalón)
- Superficie antiderrapante
- Ausencia de saliente en la parte superior del escalón.

Rampas

Existen varios tipos de rampas, dependiendo de la magnitud o tipo de desnivel para el cual sean requeridas. Los tipos más comunes son las rampas curvas y las rectas:

Rampas curvas. El ancho mínimo de una rampa curva debe ser de 92 centímetros y contar con superficie antiderrapante. Los lados de una rampa curva que se encuentre dentro de un espacio de circulación peatonal y que no cuente con pasamanos, deberán ser pintados con colores brillantes.

Rampas Rectas. En cualquier parte de la ruta de acceso en que exista un declive mayor a 1.20 metros, deberá considerarse la construcción de una rampa. El declive máximo para la construcción de una rampa es 1.12 metros; un ancho libre de 92 centímetros. Las rampas deben contar con espacios niveladores tanto al inicio como al final de las mismas.



Las rampas que excedan la pendiente señalada deberán prolongarse e incluir descansos intermedios como se muestra a continuación:

Cualquier rampa con longitud mayor a 1.82 metros deberá tener barandales continuos en ambos lados, de 4 centímetros de diámetro externo máximo, instalado a una altura entre 87 y 97 centímetros de la superficie de la rampa. Los barandales deberán extenderse 31 centímetros más allá de la cima y fondo de las rampas instalándose en paralelo al descanso y con terminación redondeada doblada hacia afuera o hacia abajo. Si el barandal se empotra a la pared se requiere un espacio mínimo de 4 centímetros entre el barandal y la pared.

Las rampas también requieren protecciones a los lados para prevenir que las sillas de ruedas, muletas o bastones no pasen debajo del barandal. Se recomienda que estas protecciones sean del tipo de paredes sólidas, cordón con barandal, estacas múltiples o barandal adicional más bajo.

Elevadores

Los edificios de 2 o más niveles deberán tener elevador con las siguientes características:

- Señalamientos claros para su localización
- Ubicación cercana a la entrada principal
- Área interior libre de 1.50 metros por 1.50 metros, como mínimo
- Ancho mínimo de puerta de 1 metro
- Pasamanos interiores en sus tres lados
- Controles de llamada colocados a 1.20 metros en su parte superior
- Dos tableros de control colocados a 1.20 metros de altura, uno a cada lado de la puerta y los botones de control deberán tener números arábigos en relieve
- Los mecanismos automáticos de cierre de las puertas deberán operarse con el tiempo suficiente para el paso de una persona discapacitada
- El elevador deberá tener exactitud en la parada con relación al nivel del piso
- Señalización del número de piso en relieve colocado en el canto de la puerta del elevador, a una altura de 1.40 metros del nivel del piso.-----



3.1 Terreno

Xochimilco

La Delegación Xochimilco, colinda al Norte con las delegaciones Coyoacán, Tlalpan e Iztapalapa; al Oriente, con Tláhuac; al Poniente, con Tlalpan; y al Sureste con Milpa Alta. Tiene una superficie de 125.2 kilómetros cuadrados, que la ubican como la tercera delegación más grande (en territorio) de la ciudad de México. Xochimilco se encuentra a una hora al sur del centro de la ciudad, en el borde de la Cuenca de México. Es conocido como un atractivo turístico de primer orden, pero también es una comunidad de trabajo agrícola y el área restante pasado donde aún se practica el cultivo de chinampas. Los agricultores de hoy todavía dotan a la ciudad con productos agrícolas, como flores, forrajes, maíz, y una variedad de hortalizas procedentes de estos "flotante" jardines. La importancia histórica de Xochimilco se reconoce tanto a nivel nacional e internacional; en 1987, la UNESCO lo declaró un lugar de "patrimonio universal, histórico y cultural Sin embargo, a pesar de su importancia cultural, económica y ecológica, Xochimilco se ve amenazada por las demandas de agua de la ciudad.

Las principales elevaciones de la región son los cerros de Xochitepec y Tlachiallei, así como los volcanes Teuhtli y Tzompol. Corren por su territorio los ríos Santiago y Tepapantla: los canales; Nacional, Calco, Cuemanco, el Bordo, San Juan, Apatlaco y Santa Cruz. También se encuentran la Presa San Lucas Lucas y la Pista Olímpica "Virgilio Uribe" en Cuemanco.

Xochimilco cuenta con 18 barrios y 14 pueblos, éstos son: Santa María Tepepan, Santiago Tepalcatlalpan, Santa Cruz Xochitepec, San Mateo Xalpa, San Lucas Xochimanca, San Lorenzo Atemoaya, San Gregorio Atlapulco, San Luis Tlaxialtemalco, Santa Cruz Acalpixa, Santa María Nativitas, Santiago Tulyehualco, San Andrés Ahuayucan, Santa Cecilia Tepetlapa, San Francisco Tlalnepantla, Barrio San Juan, Barrio 18, Barrio El Rosario, Barrio Tlacoapa, Barrio La Asunción, Barrio La Guadalupita, Barrio. San Diego, Barrio San Marcos, Barrio San Antonio, Barrio Santa Crucita, Barrio Belém, Barrio San Pedro, Barrio Xáltocan, Barrio Caltongo, Barrio San Cristóbal, Barrio San Esteban, Barrio San Lorenzo, Barrio La Santísima.

La delegación cuenta con 12 mil 517 hectáreas de las cuales sólo el 20 por ciento tienen uso de suelo urbano. El resto del territorio está considerado como suelo de conservación, es decir 10 mil 12 hectáreas.

De acuerdo con el programa de desarrollo urbano, los asentamientos irregulares han registrado un crecimiento desde 1997 mayor al 51 por ciento.



Hasta el año 2004, se registraron 300 asentamientos irregulares donde habitan aproximadamente 25 mil 898 familias, mismas que representan el 46.56 por ciento del total de la delegación. Esto quiere decir que uno de cada tres habitantes en la delegación Xochimilco reside en asentamientos irregulares. De estos, el 11 por ciento se encuentra en la zona de chinampas y el 2.5 en áreas con valor ambiental.

Xochimilco es, en muchos sentidos, una especie de microcosmos de los retos comunes de piscina de agua que enfrenta la Ciudad de México en su conjunto. Es un ejemplo de la gravedad de los problemas del agua de Ciudad de México y la mala administración pasada, y sus residentes han sido testigos de algunos de los efectos más extremos de escasez de agua.

Flora y Fauna

La flora y la fauna de Xochimilco es abundante y variada. La vegetación se conforma, sobre todo, por ahuejotes, árboles típicos de la región, sembrados en los márgenes de las chinampas. Es importante resaltar que Xochimilco es el único lugar del país en donde se puede apreciar este árbol de singulares características, cuya principal función es fijar las chinampas al fondo del lago, sin quitar demasiada luz a los cultivos, ya que su ramaje es vertical.

A la orilla de los canales se pueden encontrar ailes, árboles de casuarina, sauce llorón, alcanfor y eucalipto, mientras que en la superficie del agua que existe una gran cantidad de flora acuática. Algunas de estas plantas son lirio, el "ombligo de Venus" y las ninfas; algunas más pequeñas son el chichicastle y la lentejilla.

Xochimilco es la región productora de hortalizas y flores más importantes de la ciudad de México. Las chinampas y los ejidos circundantes se siguen cosechando; se venden en los mercados cercanos y en la Central de Abastos de la Ciudad de México.

En las partes elevadas de Xochimilco hay pequeñas zonas boscosas, en las que prevalecen árboles como el pino, acote, madroño, cedro, ahuehuete y tepozán. En los pequeños cerros, prevalecen; el capulín, eucalipto, alcanfor, jacarilla, pirul y chicalote. Además, nopales, magueyes y cabellos de ángel.

La fauna en Xochimilco se constituye de especies como: el coyote, tlacoyote, comadreja, zorrillo, armadillo, ardilla, tuza y conejo.

Características del Terreno

Ubicación

Av. Plan de Myuyuguarda s/n, Colonia Bo. Caltongo, Delegación Xochimilco.



Acceso.

Viniendo del norte o poniente es por Periférico o bien llegando por Av. División del Norte, y

Viniendo del oriente por Periférico y pronto por el puente que se está construyendo en Av. Plan de Muyuguarda

Servicios e infraestructura

Cuenta con servicios de agua, drenaje, electricidad, vialidad, servicios básicos de la delegación (poda, recolección de basura, seguridad, vigilancia, etc) así como servicios de transporte colectivo.

Superficie del terreno

Zonificación

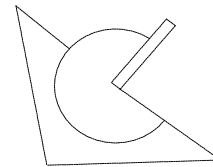
Niveles Construidos	Altura	% de área libre	M2 de vivienda	Densidad	Superficie máxima de construcción	Número de viviendas permitidas
2	—	30	0	—	40 %	—

Uso del Suelo 1



Calle Muyugarda s/n
Col. Barrio 18
Del. Xochimilco
D.F.

cañal
Calle s/n



Calle Muyugarda

Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad





Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad



3.2 Programa de Necesidades

Actividades deportivas y recreativas

Usuario: Adulto mayor con discapacidad motriz y sensorial, leve y moderada, usuarios externos e internos

Terapia: Fisioterapia, gimnasia correctora y terapia ocupacional

Usuario: Adulto mayor con discapacidad motriz y sensorial, leve, moderada y severa, usuarios externos e internos.

Consulta preventiva para pacientes externos y ambulatorios.

Usuario: Adulto mayor con discapacidad motriz y sensorial, leve, moderada y severa, usuarios externos e internos.

Usuarios

Usuario **externo** Adultos mayores con discapacidad motriz y sensorial, leve, moderada y severa

- Vienen a tomar terapia consulta médica o ejercicio
- Bajan del camión
- Estacionar su vehículo
- Pedir información
- Observar
- Pasear

- Meditar
- Tomar terapia física o psicológica
- Realizar consultas médicas
- Hacer deporte, actividades deportivas (nadar ,atletismo ciclismo, etc)
- Expresarse a traves de la cultura, pintura, danza, teatro, literatura y música
- Llamar por teléfono
- Comer y beber
- Necesidades sanitarias
- Alojamiento
- Bañarse
- Cambiarse de ropa
- Guardar objetos personales
- Guardar material de trabajo

365 días de 8:00 am a 6:00 pm

Usuario **interno** Adultos mayores con discapacidad motriz y sensorial, leve, moderada y severa, que viven en el centro

- Dormir
- Bañarse
- Cambiarse de ropa
- Guardar objetos personales



- Comer y beber
- Observar
- Pasear
- Meditar
- Tomar terapia física o psicológica
- Hacer deporte futbol baloncesto nadar atletismo ciclismo
- Expresarse a través de la cultura pintura danza teatro literatura música
- Llamar por teléfono
- Necesidades sanitarias
- Realizar consultas medicas
- Guardar material de trabajo
- Convivir con compañeros
- Convivir con familiares o visitantes

365 días 24 horas

Del personal médico (adultos mayores con discapacidad leve, moderada y severa, pacientes externos y ambulatorios)

- Estacionarse
- Acceder
- Atención medica
- Controlar
- Diagnosticar
- Recibir
- Rehabilitar

- Ejercitar

Estabilizar, Asesorar 365 días 24 horas 3turnos

Del personal terapéutico, de investigación y nutrición

- Acceder
- Estacionarse
- Atención terapéutica física (medicina física) y psicológica
- Controlar
- Diagnosticar
- Recibir
- Rehabilitar
- Ejercitar
- Estabilizar Asesorar 6 días por semana 7:00 am a 6:00 pm

Del personal administrativo

- Acceder
- Estacionarse
- Atención administrativa
- Controlar
- Organizar
- Organizar cocina alimentos
- Control de calidad
- Control de entradas y salidas



- 365 días 24 horas 3 turnos
- Del personal de mantenimiento
- Acceder
- Estacionarse
- Cambiarse su ropa
- Guardar su ropa
- Comer y beber
- Limpiar
- Mantener equipos
- 365 días 24 horas 3 turnos

De familiares, acompañantes y visitantes externos

- Acceder
- Estacionar su vehículo
- Pedir información
- Visitar
- Pasear
- Platicar
- Convivir
- Comer y beber

365 días Horario de 8:00 am a 8:00 pm

3.3 Programa Arquitectónico

		subtotal área m2	Componente Arquitectónico	cantidad	largo	ancho	h mínima	área m2/c.u.	área m2
terapia y recreación	gimnasio	319.25	gimnasio	1	15	8	3.5 - 4.0	120	120
			closet	2				24	48
			salón tipo	3	7	4		28	84
			jefe de área	1	3.5	3.5		12.25	12.25
			control	1				15	15
			otros	1				40	40
	alberca	419.81	alberca	1	15	8	nota 1	120	120
			jacuzzi/terapia	1	radio 1.5			7.06	7.06
			jefe de área	1	3.5	3.5		15	15
			capacitación	1	5	4		20	20
			Cto. máquinas	1	3.5	3.5		12.25	12.25
			área terapia	3	4	3		12	36
			área convivencia	1	18	6	120	108	108
			bodega	1	3	2		6	6
otros	1				95.5	95.5			
baños y vestidores	138.52	NOTA 1: La profundidad mayor será de 1.50 m, la profundidad menor sera de 0.90cm. Cada 0.90 cms se incrementaran 15 cms							
		sanitarios	4	1.25	0.95		1.2	4.8	
		sanitarios discapacitados	4	1.7	1.65		2.8	11.2	
		mingitorios	2	1.3	1		1.3	2.6	
		lavabos	6	1	0.7		4.2	4.2	
		vestidores discapac motriz	4	2.05	1.65		3.38	13.52	



regaderas	12	1	1	12	12
regaderas discapac motriz	4	1.3	1	1.3	5.2
lockers y vestidores	1	8	7.75	62	62

		Componente Arquitectónico	cantidad	largo	ancho	h mínima	área m2/cu	área m2
administración	subtotal área m2	dirección general	1	5	5		25	25
		subdirección administrativa	1	4	3		12	12
		subdirección médica	1	4	3		12	12
		subdirección deportiva y recreativa	2	4	3		12	12
		contabilidad y administración	1	3.5	2.5		8.75	8.75
		secretaría	1	3.5	2.5		8.75	8.75
		asistencia social	1	3.5	2.5		8.75	8.75
		voluntariado	1	3.5	2.5		8.75	8.75
		área de café y casilleros	1				6	6
		sala de junta	1	8.5	5.5		30	30
		recepción general	1	4.5	3.5		10	10
		sanitarios discapacitados	2	1.7	1.65		2.8	2.8
		lavabos	2	1	0.7		4.2	4.2
		área espera	1	4.5	3.5		15.75	15.75
		peluquería	1	4	3		12	12
		otros	1				70	70
	246.75							



		subtotal área m2	Componente Arquitectónico	cantidad	largo	ancho	h mínima	área m2/cu	área m2
comedor y cocina	comedor y cocina	593.84	comedor	nota 2					297.5
			jefe de cocina	1	3.5	2.5		8.75	8.75
			barra	1					15
			cocina	1					180
			almacén	1					9
			cámara frigorífica verduras	1	2.4	3			7.2
			cámara frigorífica carnes y lácteos	1					7.2
			cámara frigorífica basura	1					7.2
			limpieza	1					3.6
			sanitarios	1	1.25	0.95			1.19
			lavabos	1	1	0.7			0.7
			regaderas	1	1.4	0.9			2.5
			otros	1					54

NOTA 2 Las áreas del comedor fueron adecuadas de las Recomendaciones de Accesibilidad de la Presidencia de la República Mexicana. Tomando 11.90m2 por mesa para 4 personas, incluyendo la circulación



servicios	servicios	subtotal área m2	Componente Arquitectónico	cantidad	largo	ancho	h mínima	área m2/cu	área m2
		141.26	lavandería	1	8	4		32	32
			jefe de mantenimiento	1	3.5	2.5		8.75	8.75
			taller	1	7.5	4		30	30
			bodega limpia	1	3.5	1.8		9.8	9.8
			residuos sólidos	1	3.5	2.5		8.75	8.75
			área personal de mantenimiento y limpieza	1	4.5	4		18	18
			sanitarios	3	1.25	0.95		1.2	3.56
			mingitorio	1	1	1		1	1
			lavabos	2	1	0.7		0.7	1.4
			regaderas	4	1.4	0.9		2.5	10
			otros					18	18

hospedaje	dormitorios	subtotal área m2	Componente Arquitectónico	cantidad	largo	ancho	h mínima	área m2/cu	área m2
		1390.72	dormitorio para matrimonio c/ baño	16	5.3	4.4		23.32	373.12
			dormitorio compartido c/ baño	16	5.3	4.6		24.38	390.08



servicios	154.01	dormitorio individual c/baño	32	5.3	3.7		19.61	627.52
		pasillo						80
		limpieza	2				3.6	7.2
		cuarto de tv	1				24	24
		circulación vertical	1				42.81	42.81

		subtotal área m2	Componente Arquitectónico	cantidad	largo	ancho	h mínima	área m2/cu	área m2		
centro médico	consulta externa nota 3	444.48	sala de espera	1	5	5		100	100		
		<p>NOTA 3 Las áreas fueron adecuadas conforme a la Norma Oficial Mexicana NOM-178-SSA1-1998, Que establece los requisitos mínimos de infraestructura y equipamiento de establecimientos para la atención médica de pacientes ambulatorios.</p> <p>NOTA 4 Las áreas fueron adecuadas conforme a la NOM-001-SSA2-1993, Que establece los requisitos arquitectónicos para facilitar el acceso,</p>	recepción	1	5	2		10	10		
			jefe de gerontología	1	4	2		8	8		
			consultorio de medicina general	2	4.25	4.2		17.85	53.55		
			consultorio de estomatología	1	4.25	4.2		17.85	17.85		
			consultorio de nutrición		4.25	4.2		17.85	17.85		
			consultorio de podología		4.25	4.2		17.85	17.85		
			consultorio de psicoanálisis		4.25	4.2		17.85	17.85		
			rayos x	1	6.5	4.35		28.27	28.27		
			laboratorio clínico	1				20.63	20.63		
			archivo	1				8	8		
			sanitarios discapacitados	2	1.7	1.65		2.8	5.6		
			lavabos	2	1	0.7		0.7	1.4		
			otros	1					34.77		
			vacío	n	área de enfermería	1	2	3		6	6
					área de observación	1	5	4		20	20



servicios	área de curación	1	4	3	12	12
	sanitarios	1	1.7	1.65	2.8	2.8
	lavabos	1	1	0.7	0.7	0.7
	regaderas	1	1.3	1	1.3	1.3
	otros	1				5
	bodega medicamentos	1			9	9
	ambulancia		9.7	3.8		38.86
	limpieza	2			3.6	7.2

Estacionamiento

Terapia y Recreación

gimnasio	alberca	vestidores
319.25	419.81	138.52
1/40m2 = 18 cajones		1/60m2 = 2 cajones

Administración

Oficinas	Comedor	Servicios
246.75	593.84	141.26
oficinas 1/40m2 = 6	comedor 1/30m2 = 20	servicios 1/150m2 = 1

Hospedaje

1544.73



1/60m² = 26

Centro Médico

444.48

servicios médicos 1/40m² = 11

TOTAL	Especificación	Cantidad	Dimensión	m ²
	Autos chicos	50	4.80 x 2.30	552
84 cajones	Autos chicos	34	5.00 x 2.50	425
5 cajones discapacitados	Autos p discapacitados	5	5.00 x 3.80	95
cajón camioneta	Camioneta	1	5.00 x 4.2	21
			TOTAL	1093

Cuadro de Áreas

	área húmeda		área seca		administración		centro médico		hospedaje		estacionamiento		TOTAL
	cubierta	descubierta	cubierta	descubierta	cubierta	descubierta	cubierta	descubierta	planta baja	planta alta	sótano	planta baja	
áreas m ²	419.8	0	379.3	40	593.8	0	405.6	38.86	772.4	772.4	546.5	546.5	
Total m ²	419.81		319.25		246.75		444.48		1544.73		1093		4068.02
% áreas	10.31		7.85		6.06		10.97		37.97		26.84		100
terreno	8,489.00												
Sup. total construida	4068.02												



% ocupación suelo	4.94	3.76	2.91	5.23	9.1	6.48	
usuarios beneficiados	250		150	120	96		616 diarios
población atendida	0						

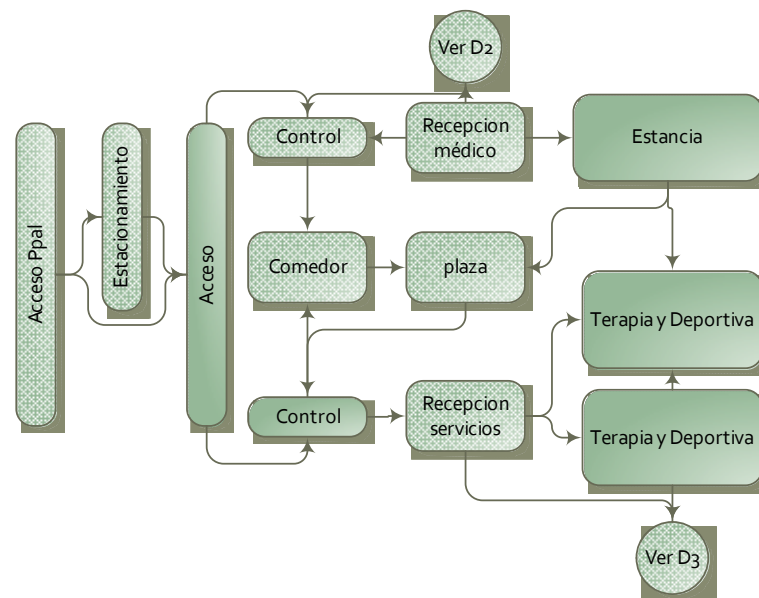
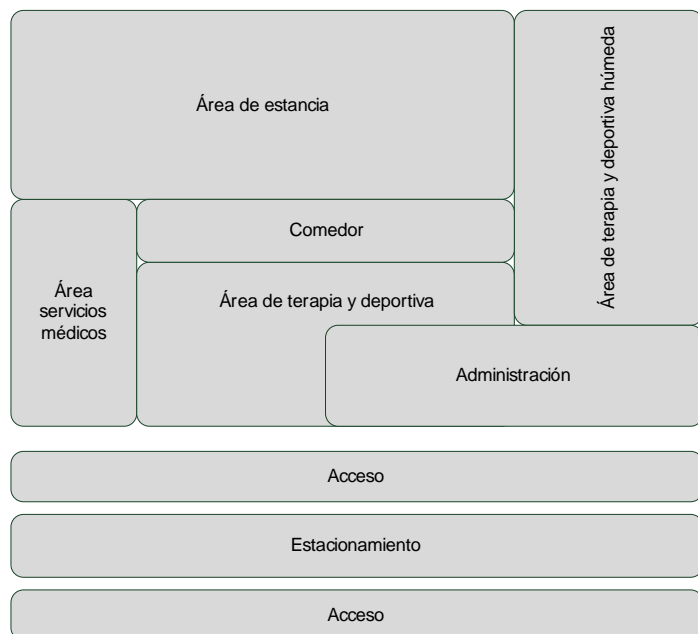


Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad



3.4 Diagramación

Zonificación



Diagramas de Flujo

Diagrama **D1** Diagrama Acceso a las áreas públicas

Diagrama **D2** Diagrama Centro Médico



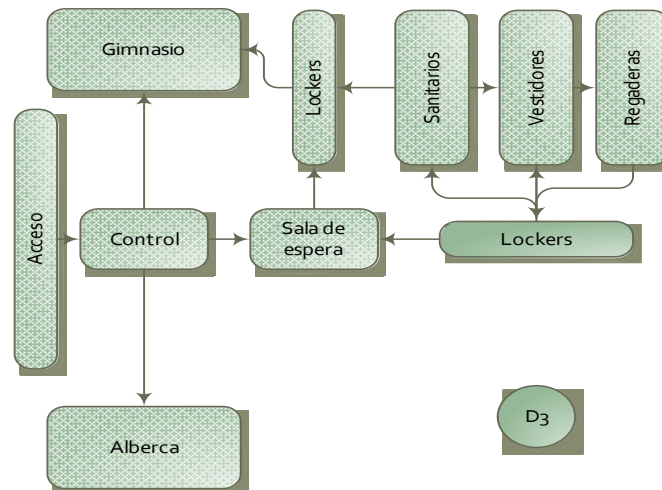
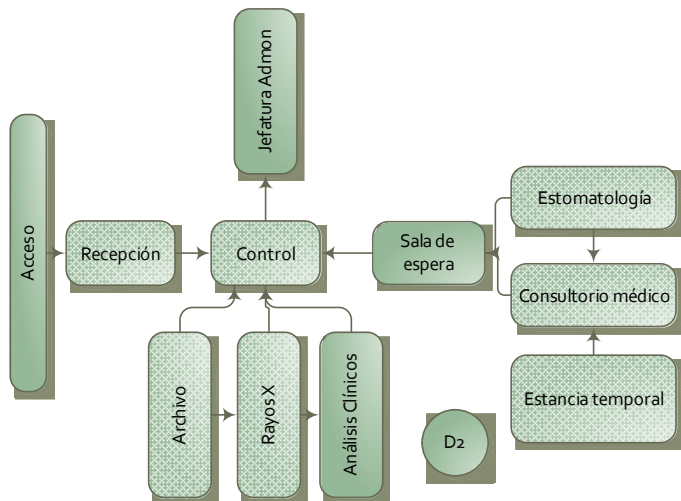


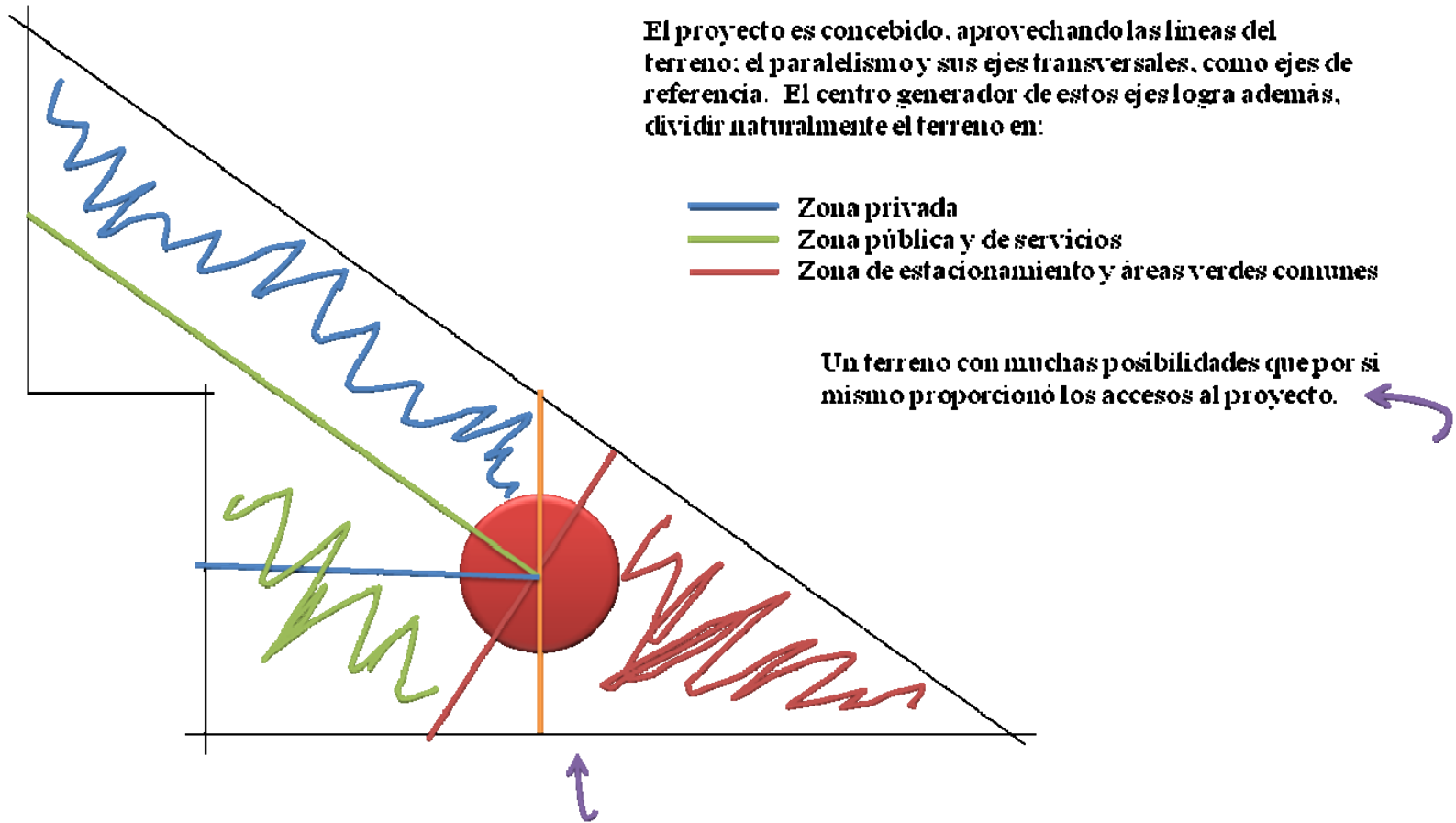
Diagrama D3 Diagrama Centro Médico



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad



3.5 Concepto Arquitectónico



4.1 Relación de Planos

No.Plano	Plano	Clave	Descripción
1	Arquitectónico	ARQ 01	Plano de trazo y exteriores
2	Arquitectónico	ARQ 02	Plano de techos
3	Arquitectónico	ARQ 03	Plano de conjunto
4	Arquitectónico	ARQ 04	Planta arquitectónica Centro médico y administración
5	Arquitectónico	ARQ 05	Planta arquitectónica Acceso y estacionamiento abierto
6	Arquitectónico	ARQ 06	Planta arquitectónica Restaurante y áreas de terapia y recreativa
7	Arquitectónico	ARQ 07	Planta arquitectónica Dormitorios
8	Arquitectónico	ARQ 08	Planta arquitectónica Dormitorios
9	Arquitectónico	ARQ 09	Planta arquitectónica Estacionamiento y servicios
10	Arquitectónico	ARQ 10	Fachadas
11	Arquitectónico	ARQ 11	Fachadas
12	Arquitectónico	ARQ 12	Fachadas
13	Arquitectónico	ARQ 13	Cortes
14	Acabados	ACA 01	Plano de Acabados
15	Detalles	DET 01	Plano de Ubicación
16	Carpintería	CAR 01	Carpintería



17	Carpintería	CAR 02	Carpintería
18	Carpintería	CAR 03	Carpintería
19	Carpintería	PKA 01	Puertas
20	Carpintería	PKA 02	Puertas
21	Herrería	HER 01	Herrería escaleras
22	Herrería	HER 02	Detalle Herrería
23	Corte por fachada	CFA 01	Corte por fachada
24	Corte por fachada	CFA 02	Corte por fachada
25	Corte por fachada	CFA 03	Corte por fachada
26	Voz y Datos	VYD 01	Instalación Voz y datos del Centro médico, administración y comedor
27	Hidráulica	IHD 01	Instalación hidráulica
28	Hidráulica	IHD 02	Instalación hidráulica
29	Sanitaria	ISN 01	Instalación sanitaria
30	Sanitaria	ISN 02	Instalación sanitaria
31	Cimentación	CIM 01	Plano de Cimentación
32	Cimentación	CIM 02	Detalles de cimentación
33	Estructural	EST 01	Plano Estructural
34	Estructural	EST 02	Detalles estructurales
35	Eléctrica	ECN 01	Instalación eléctrica Contactos normales
36	Eléctrica	ECN 02	Instalación eléctrica Contactos normales
37	Eléctrica	ECR 01	Instalación eléctrica Contactos regulados
38	Eléctrica	EAL 01	Instalación eléctrica Alumbrado
39	Eléctrica	EAL 02	Instalación eléctrica Alumbrado
40	Eléctrica	EAL 03	Instalación eléctrica Alumbrado

Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad



4.2 Memorias Descriptivas

4.2.1 Memoria Descriptiva del Proyecto

Los elementos regentes de este proyecto fueron; la naturaleza del edificio, la geografía del sitio, y la forma del terreno... dando un edificio de un solo nivel, se aprovecha parte del terreno para un sótano que funciona como estacionamiento y servicios. En el área de dormitorios se crea un edificio de dos niveles. Los ejes rectores siguen la forma del terreno dividiendo la zona privada de la pública.

El centro de atención integral permite poder albergar a los usuarios más delicados sin problemas. El centro cuenta con un área de atención médica tanto preventiva como de urgencias, este centro cuenta con servicios especializados en adultos mayores con lucidez mental, pero con problemas de discapacidad motriz y/ o sensorial, un área para capacitar a este personal médico, archivo y laboratorios. El centro médico es quien dictamina el tipo de terapia que seguirá el usuario, así como su temporalidad. Cuenta con una zona de observación o curación. El centro médico tiene relación con la cocina, el comedor y la administración

El área de la cocina cuenta con una oficina para el control, esta oficina tiene relación directa con el almacén y con la cocina, la cocina se divide en área de preparación, área de cocción y la barra de alimentos, así como un baño para el personal. La cocina tiene relación con el área de mantenimiento, lavandería y patio de servicio. El área de mantenimiento tiene su propia oficina para control y supervisión del

personal tanto de mantenimiento como de limpieza y operaciones básicas.

La administración es una zona importante, esta se encuentra bien ubicada en la zona pública del centro, aquí se controlan las finanzas, aspectos legales, capacitaciones, eventos, etc. Aquí se ubican las oficinas de las subdirecciones de actividades deportivas y terapéuticas, culturales y terapéuticas, voluntariado, asistencia social y al director general.

El comedor tiene las áreas planeadas para el acceso de discapitados, esta area esta creada para crear eventos. El comedor es el centro del proyecto, centro de reunión de pacientes y familiares, de reunión de familiares y médicos, y de personal.

La zona de terapia se divide en húmeda y en seca, esta áreas están dividida por sanitarios y vestidores. El área seca, además de tener área para ejercicio cuenta con una zona de aulas.



4.2.2 Memoria Instalación Hidráulica. Criterio

La toma general de la red municipal, se encuentra ubicada sobre la Av. Muyuguarda, a partir de ahí se lleva la línea subterránea de 3" de diámetro de fierro fundido, hasta llegar a la cisterna que abastece al conjunto distribuyendo el agua a los tinacos y por medio de gravedad se alimentarán las salidas. El cálculo de los requerimientos mínimos de agua potable, y riego se basaron en el Reglamento de Construcción del Distrito Federal:

Dormitorios 96 pers x 150 lts./per/día = 14,400 lts

Administración 246.75 m² x 20 lts /m² = 4,935 lts

Centro Medico 800 lts/cama x 3 camas = 2,400 lts

Comedor 100 pers x 12 lts/pers = 1,200 lts

Servicios 100lts/trab x 10 trab = 1,000 lts

Aulas 25 lts/alumno/turno x 48 alumnos = 1,200 lts

Consumo diario 25,135 lts

x 2 50,270

Requerimiento contra incendio 5lts x 4,068.02 m² de construcción

20,340.10 lts

Requerimiento total 25,135.00 lts

Requerimiento contra incendio 20,340.10 lts

Total 45,475.10 lts

El diámetro de la toma domiciliaria es de 13mm con tubería de cobre. El diámetro del ramaleo general del conjunto varía entre los 13mm y 25 mm y será por el falso plafond.

El sistema de bombeo llevara el agua de las cisterna a los tinacos, este consistirá en dos bombas jockey de 1 hp cada una, para uso regular y otra de reserva.

Junto a los tinacos tenemos el calentador alimentado por gas, para surtir de agua caliente a la cocina, área de observación en centro médico y baños de personal.

4.2.2.1 Sistema contra incendio.

Criterio

El suministro de la red se obtendrá de la misma cisterna que abastece a los servicios, con la colocación de dos electroniveles. Para el sistema de riego se cuenta con una bomba de combustión interna alimentada por diesel 125



La red contra incendio incluye toma siamesa a cada 30 metros del conjunto conforme al reglamento. El uso de extintores en todas las áreas a cada 25 mts. En cuanto al área de estacionamiento estará dotado con botes de arena a cada 20 metros.

4.2.2.2 Riego de jardines.

Criterio

El agua de riego se utilizara de la planta tratadora de agua, la cual proviene de una cisterna independiente. El riego se realizara por medio de sistemas fijos de aspersion tipo "Buckner" con un diámetro de riego de 30 metros. Para llevar a cabo el riego, se tendrán contempladas dos bombas de arranque manual, que funcionan alternadamente.

4.2.3 Instalación Sanitaria. Criterio

La recolección pluvial será por medio de la pendiente de la losas del 2% que desalojara el agua a través de tubos de pvc de 150mm de diámetro. Esta será conducida junto con las aguas residuales a la planta de tratamiento.

El agua residual que se genere en el interior de las construcciones será recolectada por tuberías de 50mm y 100mm de diámetros las cuales tendrán una pendientes del 2%, estas aguas llegaran a una planta de tratamiento de aguas negras. Debido a la gran dimensión del conjunto , se tienen tres conexiones de red general de drenaje (8" de diámetro cada una), La primera conexión comprende las aéreas de administración, centro médico, servicios cocina. La segunda conexión se integra por la alberca, el gimnasio y vestidores. La tercera es de dormitorios y comedor. Para la segunda y la tercera conexión por la distancia se contarán con registros de 60 x 40 cm. La propuesta de la plana de tratamiento consiste en módulos prefabricados, Estos módulos se ubican frente al patio de servicio, junto al área de la basura. Una parte de esta agua se canaliza a la cisterna de riego y la otra a la red municipal. En el exterior se utilizaran albañales de 100mm y de 150 mm de diámetro, con pendiente del 2% y se colocaran registros a cada 10 mts o en cambio de dirección.

Debido a las dimensiones del terreno y a la pendiente requerida para el desalojo se rebasa la profundidad máxima de la red municipal, por lo cual se construirá un cárcamo desde el cual se bombearán las aguas negras hasta el recolector municipal.

126



4.2.4 Memoria de Instalación Eléctrica. Criterio

La energía eléctrica será proporcionada por Luz y Fuerza del Centro. La distribución de la corriente eléctrica desde la acometida (la cual se encuentra ubicada en el sótano, colindando con Av Muyuguarda) se llega a la línea a un desconector de cuchillas de 13.2 Kv y de ahí se manda a un transformador de potencia de 13.2Kv/480 V. una vez reducida la fuerza del voltaje pasa por un medidor y de ahí se dirige a la línea principal a un centro de control de mismo que se distribuye en dos ramas;

A los equipos motrices de 480 volts:

- 1) Elevadores
- 2) Bombas cisternas
- 3) Bombas y filtros de alberca
- 4) Bomba de riego
- 5) Bomba de cárcamo

Iluminación general, contactos y alumbrado (220v-125v)

Las líneas de alimentación estarán constituidas por poliductos que contendrán cables conductores de corriente, desde la acometida hasta los tableros, a partir de la acometida todo el cableado se ubicará sobre el plafón, teniendo una facilidad para la revisión y mantenimiento de las líneas.

La altura de los apagadores será de 1.10 mts sobre el nivel de piso terminado y los contactos se ubicarán a 0.40 mts .

La iluminación eléctrica será incandescente y fluorescente, donde el nivel óptimo de iluminación será de 75 a 150 luxes, los tipos de luminarias y su distancia se pueden revisar directamente de planos.

La cocina tiene un centro de carga destinado únicamente a cámara frigorífica y equipos de extracción.

Por la naturaleza del proyecto se contará con una planta de emergencia de 150 kw, 127/220v, 3F, 4H, 60Hz8.



4.2.5 Criterio Estructural.

El terreno considerado para el proyecto se ubica en la zona III, determinada por el Reglamento de Construcciones del Distrito Federal. En él se cataloga a la zona como lacustre. La resistencia del terreno es de 4 ton/m² considerada como alta compresibilidad.

Aunque este edificio tiene sus edificios separados, el tipo de cimentación y estructural es básicamente el mismo para todos a excepción del edificio de la alberca y vestidores.

La cimentación para la mayoría de los edificios será mediante una losa de cimentación con un proceso previo de impermeabilización.

Las trabes, columnas y dalas serán de concreto armado, a excepción del edificio de alberca y vestidores, así como la estructura de la cubierta de tridilosa las cuales será de acero.

El entepiso del área pública como son los dormitorios, servicios médicos, administración, recepción y servicios será a base de concreto armado

La cubierta de la mayoría de los edificios será a base de concreto armado.

La cubierta en los edificios de alberca y vestidores es a base del sistema de Arcotech, hecho a base de lámina calibre 18.

La cubierta de la losa ligera será a base de lámina prefabricada, apoyada en tridilosa.



Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad





CONCLUSIONES

Este proyecto fue pensado en un tipo de población casi invisible todavía, esta población no puede salir de sus hogares, creando personas tristes y con fuertes depresiones, no solo para ellos sino también sus familiares, creo que también ellos padecen las limitaciones que sus abuelos o padres. Los abuelos discapacitados son una parte de la población que me puede causar muchas emociones, pues el objetivo de la mayoría de las personas (al menos últimamente se tiene esa conciencia) es llegar a ser viejos autosuficientes, sanos y completos, y terminar una vida con felicidad y sin dolor.

En el título viene incluida la palabra “Integral” pues de un requerimiento salía otro y otro, hasta que sentí que sería prácticamente imposible en un semestre poder terminar un proyecto de este tipo completo, trate de abarcar todas las necesidades que requiere este tipo de proyecto, las necesidades de esto usuarios. El título “integral” no solo intenta cubrir las necesidades espaciales de los usuarios, sino también de darle una conciencia completa, utilizando racionalmente los recursos como son el agua y la energía eléctrica, utilizando lámparas ahorradoras, leds, etc. Creo que es importante que esa integralidad incluya aspectos de ahorro, o llegar hasta poder considerar este edificio como sostenible. Los desechos sólidos no son reciclados, por falta de tiempo para poder generar ese proyecto. Se cuenta con la intención de manejar flora del sitio y suficientes áreas verdes que funcionen como captadores de agua pluvial.

Durante la investigación me di cuenta que los servicios de terapia y atención a discapacitados, están enfocados en niños y jóvenes, por lo tanto este proyecto tiene la misión de hacer conciencia de un futuro ya no tan lejano y considerar importante a este sector de la población, de contribuir a dar solución a un problema no tan obvio, pero real. Conocí gente muy comprometida, preocupada y preparada que atiende a este sector de la población.

Este proyecto me dejó la satisfacción de poder contribuir a dar una solución a este sector de la población, a trabajar como muchas personas lo están haciendo. El proceso en el que más tiempo invertí fue en la investigación pues ya existe suficiente información y día a día se actualiza, la mayoría de la información venía de países de Europa. Hablar con personal en México comprometido con este sector. El diseño del proyecto fue un placer. No quede del todo satisfecha con el proyecto, pero creo que así será siempre... esa insatisfacción interminable. El proyecto me mostró mi gusto por la investigación, mi pasión por el diseño y la claridad de que todo se puede lograr.



BIBLIOGRAFÍA

Visita al

Centro Gerontológico Arturo Mundet. DIF

INEGI Instituto Nacional de Estadística y Geografía

Manuales

Un hogar en el atardecer. Fundación de Empresario Chihuahuense AC

Guía para la creación de centros de día. PRODIA Programa de desarrollo Integral para el Adulto Mayor

Internet

www.arquired.com.mx

www.hospitecnia.com

Centro de Atención Integral para Adultos Mayores con Discapacidad

