

210  
2j



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

LA RESIDENCIA GERIATRICA DE DIA: UNA  
ALTERNATIVA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO.  
PROPUESTA DE UN MANUAL DE ORGANIZACION

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
LICENCIADO EN PSICOLOGIA  
P R E S E N T A N

**EMMA SALDIVAR GONZALEZ  
GABRIELA TREJO CORNEJO**

DIRECTOR DE TESIS: LIC. NOEMI DIAZ MARROQUIN



MEXICO, D. F.

JUNIO DE 1996

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



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.

## Índice

	página
<b><u>Introducción</u></b>	1
<b>Capítulo 1. <u>La Vejez</u></b>	
1.1 Antecedentes históricos	7
1.2 Características físicas y biológicas del envejecimiento	14
1.2.1 Biología del envejecimiento.	14
1.3 Características psicológicas del anciano.	15
1.3.1 Área cognoscitiva.	16
1.3.2 Área emocional.	21
1.3.3 El anciano y la familia	24
1.4 Aspectos sociales del anciano	27
1.5 Trastornos psicológicos más frecuentes en el anciano	33
<b>Capítulo 2. <u>Servicios asistenciales para ancianos</u></b>	
2.1 Antecedentes de la asistencia al anciano	35
2.2 Servicios asistenciales en México	42
2.3 Asistencia al anciano en otros países	47
2.4 Modalidades de atención al anciano	49

**Capítulo 3. Residencia Geriátrica de Día**

página

<b>3.1</b>	Servicios Geriátricos en el área metropolitana	67
<b>3.2</b>	Propuesta del Manual de Organización para la Residencia Geriátrica de Día, como alternativa en el cuidado del anciano	76
<b>3.2.1</b>	Justificación	76
<b>3.2.2</b>	Objetivo general	80
<b>3.2.3</b>	Servicios	80
<b>3.2.4</b>	Personal requerido	84
<b>3.2.5</b>	Instalaciones, mobiliario y equipo	95
<b>3.2.6</b>	Promoción del servicio	99
<b>3.2.7</b>	Características de la población	100
<b>3.2.8</b>	Instrumentos de evaluación	100
<b>3.2.9</b>	Descripción de las áreas contempladas	101
<b>3.2.10</b>	Objetivos por área	108
<b>3.2.11</b>	Actividades por área	113

**Capítulo 4. Reporte de la experiencia piloto** 120

**Conclusiones** 133

**Bibliografía** 136

**Anexos** 140

*A tí Señor Jesús:*

Que haces posibles todas las cosas, gracias por ayudarme en mi vida, especialmente por ver realizado el sueño de terminar la carrera profesional.

*Mamá:*

Como una muestra de mi cariño y respeto le dedico esta tesis; gracias por todo su invaluable apoyo y por lo que de usted he podido aprender.

*Hermanos:*

Que siempre estemos unidos y gracias por su confianza y afecto.

*Sres. Angel y Andrea:*

Gracias por su ejemplo tan bello como personas , como familia y por darme apoyo incondicional.

Con todo cariño: *Emma*

*Bibi:*

Te dedico esta Tesis con todo mi amor, porque has sido una madre llena de cariño, bondad y comprensión, por todo lo que me has dado y el apoyo que siempre me brindas.

Con admiración por tu ejemplo de mujer excepcional, valiente y tenaz en la lucha por salir adelante, dispuesta a ayudar a quien lo necesite.

Gracias, sin tí no hubiera sido posible.

*Julio César:*

Para mi gran hermano, pero sobre todo, mi compañero.

*José Antonio:*

Por tu esfuerzo, perseverancia y por las tres hermosas mujeres que están a tu lado.

En tí los ríos cantan y mi alma en ellos huye.....

Deberán ser palabras muy antiguas, pero que suenen nuevas....

*Gabriela*

## Introducción

El envejecimiento es un proceso que es vivido de forma distinta por cada individuo, y para fines de clasificación cronológica, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera a las individuos entre 60 y 74 años, personas de edad; de 75 a 90 años, viejas o ancianas, y las personas que sobrepasan los 90 años se les considera grandes viejos o grandes longevos, por lo cual, a todo individuo que ha cumplido los 60 años se le llamará indistintamente anciano, senecto, viejo y/o persona de tercera edad.

La condición de los ancianos en nuestro país no es la más deseable, ya que con frecuencia vemos la discriminación y desventajas que el anciano padece en el aspecto social y particularmente en su vida productiva, a pesar de contar con la experiencia y habilidades suficientes.

Además de esto se debe considerar la situación económica actual del país que nos ha afectado a la mayoría de los mexicanos, y que ha repercutido particularmente en los ancianos como parte de los grupos más desprotegidos disminuyendo el poder adquisitivo de sus pensiones y/o del apoyo económico que reciben de las personas de quienes dependen.

Sin embargo podemos darnos cuenta que si bien la crisis económica puede acentuar las actitudes favorables o desfavorables de la familia hacia el anciano, es posible procurar su bienestar de acuerdo a los recursos disponibles.

Una consecuencia importante de los adelantos tecnológicos y biomédicos es el incremento en la expectativa de vida, la cual, en 1900 era de 37 años, en 1960 ascendió a 58 años y para 1990-1995 ha sido de 69 años.

Actualmente la población senecta en México asciende a 6.4 millones, lo cual representa un 6.1% de la población total y puede verse en la siguiente tabla la tendencia demográfica de ancianos en relación al resto de la población de 1985 al año 2025:

<b>Año</b>	<b>Población total</b>	<b>Mayor de 60 años</b>	<b>Porcentaje</b>
1985	79,987,800	4,555,791	5.7%
1990	87,822,297	5,444,986	6.1%
2000	109,180,000	6,852,000	6.2%
2020	145,956,000	14,614,000	10.0%
2025	154,985,000	17,512,000	11.6%

**Fuente:World Population Prospects: Estimates and Projections as Assed in 1982.**

Hay que tomar en cuenta que a pesar de que el número de viejos en la sociedad se ha incrementado, existen cada vez menos oportunidades de desarrollo para este grupo de edad por el drástico cambio de roles sociales, siendo en la mayoría de los casos relegada su autoridad y participación dentro de la familia y la sociedad.

En países de nivel tecnológico y social avanzados, existen servicios especializados en distintas modalidades, para dar atención a sus ancianos, en donde pueden elegir aquellos que satisfagan mejor sus necesidades. Algunos ejemplos de servicios son: Asilos, hospitales geriátricos, residencias diurnas, clubes y servicios domiciliarios.

En México, efectivamente el anciano cuenta con distintas opciones de servicios. Históricamente el asilo fue el primero que surgió y recientemente

también se han implementado algunos hospitales geriátricos, clubes para ancianos y residencias diurnas. Sin embargo, hay distintos factores que ocasionan que el anciano no esté dentro del servicio de asistencia que requiere, y por lo tanto es altamente probable que no reciba todos los beneficios que necesita.

El presente trabajo es una propuesta de un Manual de Organización para una Residencia Geriátrica Diurna, la cual se plantea como una alternativa de asistencia para el anciano.

**La Residencia Geriátrica Diurna** es un centro que da asistencia al anciano durante el día, atendido por un equipo profesional interdisciplinario y contempla la realización de distintas actividades recreativas, culturales y de autocuidado con la finalidad de lograr el bienestar del anciano y alcanzar una mejor calidad de vida.

Además se busca estimular su interacción con la familia y la sociedad, se abren también nuevos horizontes motivándole a realizar aquellas actividades que ha dejado de hacer y dar oportunidad para que descubra nuevas habilidades.

Para realizar la propuesta del presente Manual de Organización se hizo un sondeo en cuatro residencias y centros diurnos en el área metropolitana, en los cuales resaltó que existe interés por emplear esta modalidad de asistencia; sin embargo, carecen de una planeación adecuada, que permita un óptimo funcionamiento de sus servicios, por lo que sus ancianos no reciben todas las oportunidades de bienestar biológico, psicológico y social que una atención bien planeada les puede aportar.

Los principales beneficios que el anciano puede recibir dentro de la Residencia Geriátrica de Día son:

- Favorecer las relaciones del anciano dentro de su núcleo familiar y social, teniendo mayor participación dentro de su entorno, compartiendo su experiencia con las personas de su misma edad y con las jóvenes generaciones.

- Recibir orientación profesional para conocer y adaptarse a los cambios propios de su envejecimiento. De esta manera, al anciano se le facilita adquirir y mantener los hábitos de autocuidado necesarios para disfrutar de una vejez saludable.

- Prevenir la institucionalización innecesaria, facilitándole continuar ligado a su familia y a su entorno social cotidiano en las mejores condiciones que le permitan una adaptación, considerando las limitaciones físicas y psicológicas que el anciano pudiera tener.

- Dejar más espacios dentro de las instituciones de asistencia total a aquellos ancianos que por sus condiciones físicas disminuidas, posible deterioro en su estado mental o emocional requieren necesariamente de una asistencia permanente.

La Residencia Geriátrica de Día como parte de la gama de servicios asistenciales está encaminada a satisfacer las necesidades de los ancianos, cuyas demandas y prioridades de asistencia varían de acuerdo a sus características y lo importante es que el senecto reciba el tipo de asistencia que sea acorde a sus necesidades.

Es importante enfatizar que el anciano debe convivir en un ambiente cordial en el que sea estimulado, respetado por su edad y experiencia, pueda sentir la capacidad y motivación de continuar aprendiendo, y con todo esto mantener una calidad de vida y una realización viviendo dignamente su vejez.

# **CAPITULO 1.**

## **LA VEJEZ**

### **1.1 Antecedentes históricos de la vejez**

La vejez tiene distintos significados para cada cultura, y a lo largo de la historia esta concepción ha ido variando. A continuación se describirán algunas actitudes que las sociedades han tenido hacia el anciano a lo largo de la historia y las imágenes que sobre él se han formado.

Nos dice Simone de Beauvoir(1983), que durante la época medieval, en los siglos IX y X, la vida se había tornado ruda y difícil, las ciudades se despoblaban, la sociedad se había ruralizado y las clases medias habían desaparecido. El trabajo de la tierra era muy duro y un hombre de edad no podía practicarlo. Durante el "*Bajo Imperio*" y la "*Alta Edad Media*" los viejos estuvieron casi excluidos de la vida pública, los jóvenes manejaban el mundo ya que la sociedad estaba más regida por las armas que por instituciones estables.

Tanto en las clases altas como entre los plebeyos, los viejos eran apartados de la vida activa. Para los comerciantes y caravaneros que circulaban "con la espada sobre la silla de montar", expuestos a numerosos peligros, la declinación física obligaba al hombre de edad a retirarse, siendo suplantado por el hijo mayor a la cabeza de la casa.

Al llegar a cierta edad el padre de familia, demasiado débil para trabajar la tierra, la cedía a su hijo mayor. Después de recibir esta herencia, el hijo se casaba; la joven suplantaba a su suegra y la vieja pareja se trasladaba a

la habitación que le estaba tradicionalmente reservada. En cuanto a los viejos que no tenían familia, eran socorridos por monjes que recogían a enfermos indigentes.

Las condiciones en que se debatía esta sociedad eran en general difíciles, no podían tampoco brindarse el lujo de preocuparse de la suerte de los niños, se interesaban en los jóvenes que sobrevivían a las enfermedades infantiles, no en los niños pequeños condenados en su mayoría a una muerte cercana. Tan pronto como era posible, los niños eran tratados como pequeños adultos, ya fuese haciendo el aprendizaje militar o sujetos al trabajo rural.

Aún hacia fines de la "*Edad Media*", la vida continuaba siendo precaria, y la longevidad escasa (*Beauvoir, 1983*). A partir del siglo XII y hacia el siglo XIV se asiste a un renacimiento de la vida urbana. La búsqueda del lucro ya no es entonces tan severamente condenada por la Iglesia. Los grandes banqueros y mercaderes pueden adquirir títulos mediante compras de tierras y casamientos; se constituye así en una nueva nobleza, desarrollándose un patriarcado urbano.

En adelante la propiedad se funda en contratos, no en la fuerza física; de esta forma se pueden almacenar mercancías y dinero. Estos cambios modifican en las clases pudientes la condición de los viejos, quienes pueden llegar a ser poderosos, y hay también mayor preocupación por ellos de parte de la sociedad.

En este periodo, como en tantos otros, el amor y la sexualidad son aceptados socialmente sólo para la juventud, ya que en el caso de los viejos era considerado como algo repulsivo y cómico, lo cual se expresó en la literatura y el teatro de esta época, pues presentaban al hombre y a la mujer anciana como objetos no integrados a la condición humana.

Desde el antiguo Egipto hasta el "*Renacimiento*" el tema de la vejez ha sido tratado casi siempre de la manera estereotipada; las mismas comparaciones, los mismos adjetivos. Es el invierno de la vida, la blancura del pelo y la barba evocan la nieve, el hielo, mismas que no siempre han sido imágenes favorables para las personas de *edad avanzada* (*Beauvoir, 1983*).

En la cultura china, los principales puestos del gobierno eran ocupados por los más viejos y esta posición eminentemente se reflejaba en el seno de la familia. Toda la casa debía obediencia al hombre de más edad. El padre tenía derecho de vida y muerte sobre sus hijos y a menudo eliminaba a las hijas al nacer o más tarde las vendía como esclavas. El hijo debía obedecer al padre, el menor al mayor. La autoridad del patriarca no disminuía con la edad.

El respeto se extendía fuera de los límites de la familia a todas las personas de edad, las gentes pretendían ser a menudo más viejas de lo que eran para tener derecho a consideración. Sin embargo, los hombres muy viejos eran poco numerosos, las circunstancias no favorecían la longevidad.

De la misma manera, el pueblo judío ha sido conocido por el respeto del que rodeó a la vejez. Consideraban a la longevidad como la suprema recompensa de la virtud. En el Antiguo Testamento generalmente se consideró que la persona llega a la vejez con dignidad y sabiduría (Asili,1993). "Y guarda sus estatutos y sus mandamientos que yo te mando hoy - dice Dios en Deuteronomio- para que te vaya bien a ti y a tus hijos después de ti, y prolongues tus días sobre la tierra que Jehová tu Dios te dará siempre". "El temor de Jehová aumentará los días, más los años de los impíos serán acortados", se lee en proverbios. y "Corona de honra es la vejez, que se hallará en el camino de la justicia". Bendecida por Dios, la vejez exige obediencia y respeto; si un hijo se niega a obedecer a su padre y si todas las tentativas para hacerlo ceder son vanas, el padre, dice en Deuteronomio, lo llevará a los ancianos de la ciudad, lo apedrearán y morirá.

En la antigua Grecia la condición de los viejos era respetable; al parecer, la idea de honor fue unida a la vejez. "Gera", "gerón", palabras que designan a la edad avanzada, significan también el privilegio de la edad, el derecho de ancianidad y la diputación. Sin embargo, algunos filósofos como *Aristóteles* tiene una imagen negativa de la vejez, ya que la consideraban como una enfermedad natural. (Asili, 1993).

En el México prehispánico, Sahagún(1985) nos dice que para el indígena en general el viejo " es cano, tiene la cara dura, es antiguo de muchos días, es experto, ha experimentado muchas cosas; ganó muchas cosas por sus trabajos. El buen viejo tiene fama y honra, es persona de buenos

consejos y castigos, cuenta las cosas antiguas y es persona de buen ejemplo". "El mal viejo finje mentiras, es mentiroso, borracho y ladrón. Es caduco, fanfarrón, es tocho, miente y finge".

Por otro lado la vieja " está siempre en casa, es guardia de la casa, la vieja honrada manda a los de casa en lo que han de hacer, es lumbre, es espejo y dechado. La ruin es como rincón, engaña y deshorrá".

Dentro de lo que Sahagún llama las cualidades y condiciones de las personas, se describe al abuelo de la siguiente manera: "Tiene el cuerpo duro y corrioso, tiene los cabellos canos, la cabeza blanca, es impotente, inútil o infructuoso: Es como un niño, está hecho tonto".

"El buen abuelo tiene las propiedades del buen padre (criar y mantener a los hijos, darles buenos consejos y ejemplos y hacer tesoros para ellos), además de esto, es caduco y de poco seso".

Respecto a la abuela se dice: "Tiene hijos, nietos y tataranietos. La condición de la buena abuela es la de reprender a sus hijos y nietos y reñirlos y castigarlos y doctrinarlos y enseñarlos cómo han de vivir".

En el trabajo de Sahagún se puede observar que la experiencia y consejo de los viejos eran fundamentales para los miembros más jóvenes de la sociedad.

En el México antiguo, el anciano siempre fue un ser venerado y respetado. *Huahueteótl* era el nombre del dios antiguo o dios viejo. Los grupos

indígenas mexicanos tenían una gran estima a los ancianos, y tanto en la civilización maya como en la azteca, el *Tlachapahualiztli* (arte de criar y educar a los hombres) contemplaba inculcar el respeto y aceptación hacia los viejos (León Portilla, 1959).

En la época precolombina los ancianos contaban con el respeto y la admiración y eran quienes decidían la forma de actuar, gobernar, participar y vivir en una sociedad, de acuerdo a su experiencia y las características de la región.

Sin embargo, con la llegada de los españoles, los roles sociales cambiaron, ya que al ser invadidas las tierras y esclavizadas a las personas nativas, durante toda la época colonial se le concedió mayor importancia a la gente joven, que representaba a la mano de obra, desplazando por ello a los enfermos y principalmente a la gente anciana (Salazar, 1993), fue entonces cuando se relegaron muchos de los conocimientos que eran transmitidos de padre a hijo verbalmente, sobre todo en oficios como el tejido, alfarería agricultura, etc., en los que se requería más la habilidad y experiencia que la fuerza misma, así como los conocimientos que marcaban las pautas sociales, vigilancia y conservación de las tradiciones.

La etapa de la colonización comenzó a crear ciudades, regidas por nuevas pautas económicas, gubernamentales e ideológicas, desplazando al anciano en la toma de decisiones políticas en las que antes era importante su participación.

Más adelante, la industrialización del país continuó valorando a las personas por su fuerza de trabajo. Se le restó importancia a los conocimientos del viejo y fueron reemplazados por la enseñanza escolar, que al igual que el trabajo, eran cada vez más especializados.

A comienzos del siglo XX, la preocupación y el interés del público en general hacia la vejez convergieron desde varias direcciones. Aparte de los médicos, los psicólogos y los escritores populares, los expertos en eficiencia y reformistas sociales contribuyeron muy especialmente a atraer la atención del público hacia la vejez, que estaba concebida como un problema social.

Para finalizar este apartado se definirán algunos conceptos relevantes que se emplearán con frecuencia a lo largo de la presente tesis.

En la actualidad la vejez tiene distintas clasificaciones (Bravo, 1990). Una de estas establece que la etapa de madurez corresponde a la primera fase del envejecimiento, la edad presenil, edad crítica o edad del medio, que se sitúa entre los 45 y los 60 años, y a partir de esta se entra al envejecimiento.

De acuerdo con la *Organización Mundial de Salud*, la tercera edad se ubica a partir de los 60 años; la etapa de senectud gradual va de los 60 a los 72 años de edad; la vejez declarada de los 72 a los 90, y las personas que sobrepasan los 90 años se les considera como grandes longevos o grandes viejos.

## **1.2 Características físicas y biológicas del anciano**

El cuerpo humano continúa manifestando cambios en sus diferentes sistemas, órganos y aparatos, a lo largo de su ciclo de vida, los cuales a su vez van presentándose como parte del proceso natural de envejecimiento y tienen particulares repercusiones en el individuo de la *Tercera Edad*.

Los cambios físicos que manifiesta el individuo en su envejecimiento, en conjunto, producen una reducción de la masa muscular, orgánica y esquelética junto con un aumento de la grasa de aproximadamente del 35% (*Rothschild, 1987*). Al mismo tiempo, la merma gradual del volumen plasmático hasta de un 8% se acompaña de una disminución del agua corporal del 17% aproximadamente.

### **1.2.1. Biología del Envejecimiento**

El envejecimiento puede ser definido como un proceso biológico, universal, progresivo e irreversible que produce una serie de alteraciones en los mecanismos bioquímicos y fisiológicos que llevan a la detención de los sistemas de autorregulación del organismo y por consecuencia a la muerte.

Aunque el envejecimiento es un proceso continuo que se inicia a partir de la fecundación, solamente se percibe cuando el individuo entra en el período de la senescencia y se produce un proceso degenerativo, biológico, psicológico y social (*Lazcano, 1989*).

Desde el punto de vista biológico existe una gran diversidad de teorías que intentan explicar el proceso del envejecimiento, entre las que destacan: La Teoría del Error, la de los Radicales Libres, de los Enlaces Cruzados, la Teoría Inmunológica y la Teoría de la Mutación Somática, entre otras. (Lazcano, 1989; y Medrano, 1990).

Sin embargo, aunque la mayoría de estas teorías han surgido para poder explicar el proceso de envejecimiento, hasta el momento, no existe todavía una que explica de manera definitiva este proceso.

### **1.3 Características psicológicas del anciano.**

#### **1.3.1. Área Cognoscitiva**

Envejecer no significa necesariamente pérdida de las facultades y funciones. Existen evidencias de cambios fisiológicos y psicológicos con la edad, pero no son tan severos o universales como los estereotipos que del envejecimiento se sugieren.

La mayoría de los ancianos no manifiestan un deterioro claro de los procesos cognoscitivos, aunque los prejuicios sociales han llevado a caracterizar a la vejez por los procesos demenciales que sólo algunos ancianos padecen.

La capacidad de cognición se refiere a cada uno de los procesos por los que se llega al conocimiento de las cosas. (*Diccionario de la Evaluación y la Investigación Educativa, 1985*).

Cada capacidad cognoscitiva después de llegar a un punto máximo comienza una declinación inmediata, esto ocurre aproximadamente

después de los 20 años, primero muy lenta, pero luego de un tiempo aumenta perceptiblemente. Con la finalidad de conocer y comprender estos cambios revisaremos ahora revisaremos ahora los procesos mentales básicos: Memoria, aprendizaje, inteligencia y percepción.

### Memoria

Quizá la creencia más difundida sobre el envejecimiento es que existe un declive de la memoria; en todo caso las pérdidas más importantes parecen detectarse en la fase de entrada de datos o de la fijación de las impresiones sensoriales (Mishara, 1986). Aun siendo la memoria a corto plazo un almacén limitado en el tiempo y en la amplitud, es considerado crítico su papel en el control y asimilación de la información (Fernández, 1992).

En el caso del anciano, sus recuerdos de la infancia se han establecido correctamente en el banco de datos, lo cual no sucede con algunas de sus experiencias más recientes que se desvanecen antes de ser registradas o almacenadas permanentemente. También es necesario tomar en cuenta que en muchas ocasiones el viejo se encuentra poco motivado para su vida presente, porque los hechos relevantes de su vida ya han tenido lugar (Lehr, 1988).

Fernández (1992) describe como principales problemas del anciano en el funcionamiento de la memoria el olvido de acciones que ocurren cotidianamente. El problema aparece bajo alguna de las siguientes formas: olvidar llevar a cabo una acción necesaria, por ejemplo, *apagar la estufa*; olvidar llevar a cabo una acción ya realizada, como *podría ser cerciorarse varias veces que la puerta de la casa está cerrada*; olvidar el

lugar donde se ha dejado un objeto de uso común tales como *los anteojos*; olvidar lo que se intentaba decir o hacer "*¿Qué he venido a buscar a la cocina?*".

Este tipo de acciones han sido automatizadas y no requieren que la persona las incluya en su foco de atención consciente, sin embargo, los problemas surgen cuando la atención prestada a tareas cotidianas se sitúa por debajo del umbral necesario para realizarla con eficacia.

En ocasiones se presenta la incapacidad para recordar una palabra, un hecho reciente o un nombre que se tiene "*en la punta de la lengua*". En este fenómeno la información no recordada si es accesible al anciano, se encuentra correctamente almacenada pero son factores de orden emocional (*ansiedad, depresión, etc.*), los que contribuyen al surgimiento de este problema.

*Jiménez, Sepúlveda y Trejo (1990)* encontraron que la capacidad de la memoria inmediata en la retención de dígitos está afectada en pequeña medida en los individuos seniles, mientras que la habilidad para retener y recordar con aptitud el conocimiento recientemente adquirido muestra un notorio desgaste.

Es importante saber que la memoria juega un papel fundamental en la vida del anciano, aún más que en la de los jóvenes. Ya que el joven puede desempeñarse en situaciones nuevas con más facilidad, mientras que los viejos dependen más bien de su experiencia o su prudencia y tienden a resolver las nuevas situaciones como las anteriores, por ello una

alteración en la memoria torna más difícil la vida cotidiana, además en la vejez hay una mayor preocupación por los fracasos en el recuerdo, pues constituyen el tipo de situación conflictiva que se produce con mayor frecuencia entre las personas mayores (*Monedero, 1986*).

Una persona mayor cuando tiene un olvido, presumiblemente puede decirse a sí mismo, "*esto es lo que pasa cuando una envejece*" a diferencia de una persona más joven que simplemente puede ignorarlo o atribuirlo a que estaba distraído. Afortunadamente, la mayoría de los viejos cuentan aún con la suficiente memoria como para conducirse normalmente.

### Aprendizaje

El aprendizaje es un proceso con resultados relativamente duraderos mediante el cual se constituyen nuevas actividades de la persona o pueden modificarse otras ya existentes (*Lehr, 1988*). Este proceso está en estrecha relación con procesos sensoriales, tiempo de reacción, organización sensomotriz, capacidad de memoria, etc. (*Monedero, 1986*).

Según *Cartensen (1987)*, los problemas del aprendizaje de nueva información se relacionan con los cambios que ocurren en el cerebro en el envejecimiento normal, especialmente en el hipocampo, que está implicado en la memoria. Señala también esta autora, que a las personas ancianas les resulta difícil codificar nueva información tan profundamente, es decir son incapaces de hacer las asociaciones necesarias y por lo tanto no aprenden tan eficazmente. Otro factor importante es que los ancianos

generalmente no utilizan las estrategias de aprendizaje de manera adecuada.

*Clusky (C.P. Lazcano, 1990)* refiere que aun cuando existe un declive en la habilidad mental del anciano, su ejecución es de magnitud suficiente para tener capacidad de aprendizaje, estudios transversales indican que existe una edad tope a la capacidad de aprendizaje, aproximadamente a los 22 años, posteriormente, estudios longitudinales alargaron a unos cuantos años más la edad tope y últimamente los estudios transecuenciales concluyen que la capacidad de aprendizaje no decrementa si se sigue ejercitando por el individuo. Los senectos conservan más potencialidad para realizar un aprendizaje en el que se requieren talentos desarrollados durante años.

*Lehr (1988)*, menciona que es erróneo sostener la existencia de una disminución general de la capacidad de aprendizaje. Aprender es un término que comprende diversas unidades de comportamiento individual. En la capacidad de aprendizaje intervienen cinco factores:

- a).- Aptitud para aprender.
- b).- Facilidad de aprendizaje.
- c).- Persistencia del aprendizaje.
- d).- La sensibilidad al estímulo del aprendizaje.
- e).- Intensidad del aprendizaje.

El primero se refiere a cuanto se puede captar y elaborar mentalmente. El segundo incluye la aptitud para aceptar la percepción más rápida o lenta.

El tercero habla de la capacidad para recordar y supone la profundidad o superficialidad del modo de aprender. El cuarto implica la capacidad para interesarse por algo, es el afán de aprender. Por último está la disposición para aprender, es decir, la motivación para el aprendizaje, la responsabilidad respecto a la necesidad de aprender.

Tomando en cuenta estos factores se pueden reconocer, en un mismo individuo pero siguen distintas curvas de desarrollo; por lo que una evaluación global del aprendizaje resulta difícil.

Independientemente de si existen decrementos en diversas funciones cognitivas, la capacidad de aprendizaje de los viejos sigue siendo funcional siempre y cuando se les brinden condiciones facilitadoras.

Sin embargo, generalmente se cree que el anciano no es capaz de aprender o captar algo, cuando lo que en realidad llega a suceder es que el anciano no desea correr el riesgo de cometer un error, lo cual también llega a pasar con personas más jóvenes.

Para finalizar, hay que recalcar que el aprendizaje no se limita a ningún sector o etapa del desarrollo humano. Por ejemplo, el lactante adquiere experiencias, es decir aprende, en el caso del anciano, éste amplía su caudal de experiencia, también aprende.

## **Inteligencia**

Cuando la inteligencia es estudiada por medio de las pruebas psicológicas, ésta parece disminuir con la edad. Este declive parece ser más acentuado cuando se utilizan tareas manipulativas que si se trata de tareas verbales. Algunas de las habilidades verbales parecen mantenerse a lo largo de la vida.

Desde una perspectiva factorial de la inteligencia, dos son las líneas de investigación: por una parte el planteamiento multidimensional de los factores primarios de la inteligencia (*Sachaie y cols. c.p. Fernández, 1992*), y por otra la propuesta bifactorial representada por *Catell (c.p. Lehr, 1988)* quien señala dos tipos de inteligencia: La fluida y la cristalizada.

## **Percepción**

Como resultado del proceso de envejecimiento, se observa una disminución en las capacidades senso perceptivas, la cual varía considerablemente de un individuo a otro (*Levin y Kahara, 1973*).

Es importante señalar que existe una variabilidad intersujetos en el envejecimiento; no todas las personas envejecen de igual forma, ni en cantidad ni en calidad. Es decir, un considerable número de ancianos se mantienen estables en sus procesos cognitivos a lo largo de la vida, sin que se presente evidente declive.

### **1.3.2. El Area Emocional dentro de la etapa de la Vejez**

Respecto a los cambios emocionales que se manifiestan en los ancianos, fué *Erickson* el primer psicoanalista que se ocupó específicamente del

envejecimiento y la vejez, formando parte de su teoría epigenética, la cual describe una serie de fases del desarrollo de la personalidad en función de una adecuación de ciertas variables psicosociales.

Esta teoría propone un eslabonamiento de ciclos vitales, cada ciclo está constituido por una serie de tareas evolutivas que el individuo debe resolver, y su acierto en hallar las soluciones necesarias determinará su forma de vida.

En la vejez, el conflicto principal, de acuerdo con la teoría epigenética, se presenta entre la generatividad y el estancamiento. La primera se entiende como la preocupación de guiar a la generación siguiente, sin que esto refiera solamente a una relación con personas de filiación directa, pero cuando este enriquecimiento falla, hay una regresión hacia una necesidad obsesiva de pseudo-intimidad acompañada por un sentimiento de estancamiento y empobrecimiento interpersonal. La resolución satisfactoria o no de este conflicto repercutirá en la fase de la integridad y la desesperación donde habrá de resolverse el último conflicto del ciclo vital (*Erickson c.p. Geist, 1977*).

Por otra parte, *Salvarreza (1988)* señala como características principales del envejecimiento la expresión de patrones de personalidad ya establecidas hace tiempo, no se presenta discontinuidad en la personalidad, sino que ésta se acentúa con la edad. La estructura subyacente de la personalidad y las pautas de vida que los ancianos han desarrollado en su juventud, constituyen rasgos dominantes en su vejez.

Para *Rappaport (1986)* la etapa de la vejez se caracteriza por la utilización de mecanismos de defensa como la fantasía, y también se presentan

estados de ansiedad que obligan al anciano a recurrir a mecanismos psicológicos defensivos de naturaleza agresiva, para adaptarse a la vida en situaciones nuevas.

Havighurst, Neugarten y Tobin, (c.p. *Rappaport, 1986*), realizaron un estudio en la ciudad de Kansas, analizando diversos estilos de envejecimiento tomando en cuenta la personalidad, el nivel de actividad y de satisfacción de la vida, y los clasificaron en tres grupos, considerándolos con personalidades integradas (*tenían buen funcionamiento, vida íntima compleja, ego competente, habilidades cognitivas Integras y altos niveles de satisfacción en la vida*), quedando de la siguiente manera:

**AJ.-** Los reorganizadores, que eran bastante activos, habían reorganizado su vida, sustituyendo viejas actividades por nuevas, por lo general estaban comprometidos en amplia variedad de ellas.

**BJ.-** Los concentrados revelaban niveles intermedios de actividad, habían llegado a ser selectivos, generalmente declinaban sus energías a uno o dos papeles.

**CJ.-** Los desvinculados mostraban niveles de actividad bajos, por preferencia personal se había retirado en un ensimismamiento, satisfechos con la vida que habían llevado.

Dentro del área emocional está por supuesto incluida la afectividad, hasta el momento no hay pruebas de que la vida del anciano en este aspecto afectivo sea mejor o peor que la de los jóvenes. Cabe suponer que los factores que están en juego sean parecidos a los que determinan la satisfacción en general del individuo: la salud y los ingresos, sin olvidar

que el campo de visión del anciano pierde interés y reduce horizontes, debido a que todo el caudal de metas e inquietudes de la juventud, en su mayoría se ven coartados. Es muy frecuente que el tener que renunciar a estas expectativas lleve al viejo a cierto estado de azoro y perplejidad.

Parece ser que con excepción de aquellos que permanecen en puestos de responsabilidad, en los ancianos declinan por lo general motivos tales como el éxito, la búsqueda de poder y la autorrealización. Los intereses y las actividades tienden a desplazarse del énfasis de la gratificación directa a las gratificaciones indirectas (*Rappaport, 1986*).

*Butler (c.p. Rappaport, 1986)*, muestra que las personas que se conservan en estado de salud relativamente bueno, no difieren mayormente de las personas más jóvenes, y siguen siendo capaces de vivir de modo vigoroso y constructivo.

*Erikson (C.P. Estrada, 1987)*, dice que aquel que ha pasado por triunfos y fracasos, el que ha originado otros seres y dado vida a otras vidas, gradualmente va integrando y madurando las etapas de su ciclo, adquiriendo un orden del mundo y además un orden espiritual interno, que le permite aceptar su ciclo vital completo y el de su pareja, defendiendo la dignidad y esperanza de su vida.

### **1.3.3 El Anciano y la Familia**

Nuestra actual sociedad requiere organización en el plano comunitario para dar asistencia a los ancianos que así lo requieren, porque son pocas las familias que están preparadas para atender un anciano

adecuadamente y sin embargo, cada familia tiene al menos un miembro anciano por el cual deben velar o al menos contribuir en sus cuidados (Zinberg, 1987).

La familia es considerada como núcleo primario, promotor de soporte emocional, social y psicológico, inevitable e indispensable para todos y cada uno de sus miembros incluyendo, desde luego al anciano (Mollis, 1985).

Scherr (1960) y Blenker (1965) (c.p. Mishara, 1986) describen la "responsabilidad filial", es decir la obligación de atender a las necesidades de los padres que envejecen.

La mayoría de las investigaciones indican que las personas de mediana edad alcanzan la madurez filial y, cuando es posible, cuidan de sus padres o les procuran la ayuda necesaria para que continúen siendo independientes. La presencia de los ancianos puede procurar a los jóvenes y a las personas de mediana edad una oportunidad de enseñarles a envejecer y a adaptarse a los nuevos papeles familiares y sociales que implican el proceso de envejecimiento. Sin embargo, los miembros de la familia (*jóvenes y viejos*) prefieren lo que Kosheis (c.p. Mishara 1986) denomina "*intimidad a distancia*": las familias desean mantenerse en contacto, pero no vivir necesariamente en la misma casa.

La familia tiene un ciclo vital, que siguiendo la clasificación de Estrada (1987), se divide en las siguientes fases:

**A].-** El desprendimiento.

**B].-** El encuentro

**C].-** Los hijos.

**D].-** La adolescencia.

**E].-** El reencuentro.

**F].-** La vejez.

Los principales problemas que enfrentan los ancianos en esta etapa de acuerdo con *Mc. Cullough (c.p. Mc. Goldrick, 1985)* son a grandes rasgos los siguientes:

- A].-** La jubilación puede implicar diferentes brotes de ansiedad con respecto a la seguridad económica.
- B].-** Puede haber problemas en la pareja por tener que compartir más tiempo creando mayor tensión.
- C].-** Puede haber disminución en las funciones físicas e incremento en las molestias, generando de esta forma *stress*.
- D].-** Una buena relación con el resto de la familia puede ayudar a disminuir el *stress*.
- E].-** La muerte de uno de los cónyuges es uno de los mayores problemas en los ancianos.
- F].-** La seguridad financiera tiene que ver con un gran impacto en el poder establecer una autonomía y una adecuada resolución de problemas aun cuando uno de los dos haya muerto.
- G].-** Todo esto puede ayudar a la propia decisión en cuanto a si permanece en autonomía, si se muda con uno de los hijos, así como el deseo de muerte que comienza a filtrarse con mayor fuerza.

Otra característica de esta etapa es el hecho de que los hijos adultos no le permiten al anciano disfrutar su intimidad, ya que con frecuencia se establece una sobreprotección, privándolos de su propia libertad. El anciano se siente aprisionado y esto puede traer como consecuencia la aparición de mayores estados depresivos. Por lo tanto, es importante hacer una revalorización de las capacidades y limitaciones que enfrentan en esta etapa.

En general observamos que el papel del senecto es sumamente importante, ya que no sólo influye para lograr y definir sus propios roles emocionales, sino también para ayudar y apoyar los de los otros miembros de la familia.

#### **1.4 Los Aspectos sociales del Anciano**

Es indiscutible que el envejecimiento humano es un proceso de cambios que afecta no solamente al individuo sino al conjunto social en el que vive, parece ser que el grado de envejecimiento de una sociedad influye en el grado de desarrollo de la misma, siendo las sociedades más viejas las más desarrolladas (*Beauvoir, 1983*).

A lo largo del siglo XX, con los cambios sociodemográficos que han surgido, derivados del control de la mortalidad perinatal e infantil, el descenso en las tasas de natalidad, mejoras en la nutrición, el cuidado básico de la salud y el control de un gran número de enfermedades infecciosas, se observa un notorio crecimiento de la población mayor de 60 años.

De acuerdo a los datos proporcionados por el **CONAPO (1980)**, la expectativa de vida en 1900 era de tan sólo 37 años. En 1950 aumentó a

49. Para 1960 esta cifra se incrementó a 58 años. Hacia 1970 la cifra alcanzó un promedio de 62 años. En 1980 la cifra fue de 64 años. Para el periodo 1980-1985 la cifra se situó en 67.5 años. Para 1990-1995 se espera alcanzar como promedio de vida, 66.7 para los hombres y 71.1 para las mujeres.

Con base a los datos del Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática (1990), se estima que en México la población mayor de 60 años en 1990 era de 5 millones de personas, cantidad que equivale al 6.1 por ciento de la de la población del país.

El 1994 el aumento en la población alcanzó los 6.4 millones de ancianos lo que equivale al 7.3. por ciento de la población de la República.

De los 6.4 millones de ancianos que viven en nuestro país, el mayor número de estos se concentra en el Distrito Federal, le siguen el Estado de México, Veracruz y posteriormente Jalisco. Con estos datos se pretende poner de relieve la importancia actual sobre el envejecimiento, el reto que supone para la ciencia y la sociedad, ya que en la actualidad ser viejo no es una excepción, es una regla común en México al igual que el resto del mundo.

El envejecimiento de la población va generando cambios en los ámbitos económico, político y social. Desde un punto de vista social debe considerarse la influencia de los factores que interactúan con el fenómeno del envejecimiento.

La transición experimentada por la sociedad actual desde un sistema agrario a uno industrial y desde un estilo de vida rural a otro urbano, el incremento de la movilidad, los procesos migratorios y otros factores concomitantes, tales como el paso de la familia extensa a la familia nuclear y la progresiva reducción de los miembros que la componen, la incorporación de la mujer al trabajo e incluso las nuevas pautas de nupcialidad-divorcio-nuevas nupcias, limitan las posibilidades de que se mantenga la convivencia familiar y, por lo tanto, de la permanencia de las personas de más edad con su familia (*De Miguel y Díez Nicolás, c.p. Fernández, 1992*).

En la sociedad actual, puede observarse como hay una inclinación hacia desentenderse de los viejos, así como se hace con otros problemas sociales (*abusos, escándalos, niños abandonados, etc.*), pero en el caso de los viejos es asombrosa la indiferencia, ya que cada miembro de la sociedad debería recordar que su porvenir está comprometido (Beauvoir, 1983).

Con el propósito de explicar la influencia de los factores sociales sobre el envejecimiento han surgido algunas teorías que abordan este proceso:

### **Teoría de la Actividad**

Tiene su principal representante en *Tartler (C.P. Lehr, 1988)*, quien afirma que sólo es feliz y se siente satisfecha la persona que es activa, que produce algún rendimiento y que es útil a otras personas. En cambio, aquella que ya no es útil, que ya no desempeña función alguna en la sociedad, se muestra insatisfecha y descontenta.

La pérdida de un rol es una pérdida de función, lo cual provoca una limitación en el comportamiento y una creciente inactividad que cubre de achaques a la vejez.

El desarrollo de los medios de comunicación y su auge, que se incrementa día con día, favorece el que resulte superfluo el papel del anciano como transmisor de tradiciones. Sólo dentro de la familia se les reconoce una cierta importancia, aunque ya no es la misma como potencia orientadora del comportamiento, lo cual reduce su acción, así como su espacio vital, con lo que se ve forzado a la inactividad y de acuerdo a esta teoría, al ver reducida su acción y siendo forzado al aislamiento acaba sintiéndose inútil y descontento.

### **Teoría de la Desvinculación**

En contraposición a la teoría anterior, surge la *Teoría de la Desvinculación* (Cumming y Henry, C.P. Lehr, 1988), según la cual la persona anciana desea precisamente ciertas formas de aislamiento social, de reducción de contactos sociales, y que al lograrlo se siente feliz y satisfecha. Si a la vejez se le garantizara seguridad, ayuda y suficientes servicios, lo determinante sería el deseo de la desvinculación, pues entonces surgiría en los ancianos que se han desprendido de los contactos sociales un mayor bienestar, en comparación con aquellos otros que permanecen aún firmemente ligados a la estructura social.

Esta teoría sostiene que una importante premisa para una "*vejez plena y satisfactoria*" consiste en que la sociedad se muestre dispuesta a liberar a los ancianos de sus roles sociales y de sus obligaciones, ya que al mismo tiempo éstos desean retirarse de la actividad social.

Cuando la disposición del individuo a desvincularse coincide casi exactamente con la disposición de la sociedad para liberarle de sus principales cometidos, se da el caso ideal de una desvinculación simultánea. Por el contrario, cuando la sociedad y el individuo se muestran remisos en admitir el proceso de alejamiento, esto dificulta considerablemente la adaptación al proceso de envejecimiento, ya que una actividad social más reducida coincidiría con un grado más alto de bienestar interior.

### **Teoría de la Continuidad**

Esta teoría sostiene que la última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. Las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad por la adaptación y se encuentran principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de su vida. Así, quienes siempre prefirieron la pesca al trabajo, una vez llegada la jubilación se alegrarán de tener todo el tiempo disponible para recrearse en lo que les gusta.

Según la *Teoría de la Continuidad*, los hábitos, gustos y estilos personales adquiridos y elaborados durante la vida persisten en la vejez y el mejor Índice de predicción de los comportamientos de un viejo en una determinada situación continúa siendo su conducta anterior. La adaptación social a la vejez, a la jubilación y a los acontecimientos del mismo género esta determinada principalmente por el pasado.

Las actitudes que la sociedad tiene hacia los ancianos generalmente son desfavorables; Salvarezza(1988) denomina *viejismo* a la discriminación hacia este sector de población, y que significa un prejuicio o rechazo al anciano.

Las personas víctimas del "*viejismo*" se consideran desde le punto de vista social como enfermas, seniles, reprimidas, rígidas, asexuadas, etc. Sus problemas físicos son ignorados y no son tomadas en cuenta sus necesidades económicas y sociales. El *viejismo* hace que las nuevas generaciones de jóvenes consideren al anciano como diferente, y que no lo vean como un ser humano con los mismos derechos. Todo esto impide que los jóvenes se identifiquen con los viejos, viendo a la vejez como algo que está muy lejano, y con esta posición no se preparan para enfrentar su propio envejecimiento.

La exclusión de las personas, en este caso del anciano, de la vida común señala *Kastenbaum (1980)*, no se hace por razones establecidas por la medicina, ni por la ciencia, sino por hacer prevalecer los valores y prioridades culturales.

Generalmente se habla sobre la integración del anciano a la sociedad, no debe olvidarse que el anciano es parte de la sociedad, se desenvuelve en ella y ha propiciado su crecimiento.

## **1.5 Trastornos Psicológicos más frecuentes en el Anciano**

Gran parte de las creencias comunes con respecto a la vejez están poco fundamentadas y se le atribuyen trastornos psicológicos al envejecimiento. Puede afirmarse que no existe una psicopatología de la vejez, en todo caso serán el envejecimiento como proceso y la vejez como estado, los que determinarán aquellos criterios que la hacen diferir de la psicopatología que conocemos en el adulto más joven.

La única excepción posible a esta regla podrían constituirlos los síndromes demenciales que tienen características etiopatológicas y anatomoclínicas relacionadas con su edad de aparición, siendo la demencia y la depresión los dos padecimientos mentales más frecuentes en la vejez (*Dominguez, 1989*).

**CAPITULO 2.**

**SERVICIOS ASISTENCIALES PARA  
ANCIANOS**

## 2.1 Antecedentes de Asistencia al Anciano

La imagen de la asistencia a los ancianos es aún bastante negativa en mucha gente, la idea conserva para la población en general y para los viejos en particular, algo de su sello original: asilo para ancianos sin medios de subsistencia, tal como estuvo representado en sus orígenes, a comienzos del siglo XVI por la "*Fuggerei de Augsburg*" o en el siglo XVIII por la "*Versorgungshaus*", fundada por la *Emperatriz María Teresa de Austria*. A partir de la mitad del siglo XIX, se crean en Francia los primeros hospicios como "*La Salpêtrière*", que en ese entonces era el más grande de Europa, dando cabida a 8 mil enfermos de los cuales de 2 a 3 mil eran ancianos, mientras otros tantos estaban reclusos en el "*Bicêtre*".

En Gran Bretaña, en 1848, con la intervención del *National Health Service*, se lleva a cabo una extensa reorganización de los servicios médicos y asistenciales para ancianos (*Hodkinson, 1977*).

Por otra parte, *Marjory Warren* y *Trevor Howell*, en 1926 surgen como los precursores en el caso del cuidado de los ancianos para demostrar que el uso de apropiadas medidas diagnósticas y terapéuticas aplicadas al paciente de avanzada edad en los asilos eran capaces de proporcionar buenos resultados. Ellos atendían a ancianos en el *West Middlesex*, en el *Hospital de Londres*, así como en el *Asilo para Pobres* (*Perlado, 1980*).

En el caso de México nos remontaremos a la época prehispánica, cuando se reconocían varios atributos compartidos con los *huehues* - ancianos - y la *ilamas* - ancianas - Al hombre tocaba manifestar lo acontecido en tiempos antiguos, preservar y transmitir las tradiciones. A la mujer, la custodia de la familia. Asimismo, en el contexto de la sociedad participaban en diversos consejos asesorando a funcionarios de Estado.

En el pensamiento *Náhuatl*, como esencia del ser supremo, se invocó a *Huehuetéotl*, "El Dios Anciano", "Señor del Fuego y del Tiempo" y "Símbolo de Perduración" (Ruiz, 1989). Los ancianos en aquella época no eran vistos como una carga sino como una protección. En la sociedad azteca, aun cuando las personas de edad estaban integradas en el núcleo familiar, contaban con una Casa de Reposo llamada "*Xototcalli*", en donde al anciano era atendido hasta su muerte (Lazcano, 1989). Tenochtitlán era una ciudad de importancia en materia de asistencia, que contaba también con asilos para ancianos.

El anciano era un ser respetado, se le reconocía socialmente como una persona sabia, lo cual no estaba fuera de la realidad, si se considera además que por causa de las enfermedades, de las guerras y la difícil adaptación climatológica, eran pocas las personas que llegaban a edades avanzadas.

paciente de avanzada edad en los asilos eran capaces de proporcionar buenos resultados. Ellos atendían a ancianos en el *West Middlesey*, en el *Hospital de Londres*, así como en el *Asilo para Pobres* (Perlado, 1980).

En el caso de México nos remontaremos a la época prehispánica, cuando se reconocían varios atributos compartidos con los *huehues* - ancianos - y la *ilamas* - ancianas - Al hombre tocaba manifestar lo acontecido en tiempos antiguos, preservar y transmitir las tradiciones. A la mujer, la custodia de la familia. Asimismo, en el contexto de la sociedad participaban en diversos consejos asesorando a funcionarios de Estado.

En el pensamiento *Náhuatl*, como esencia del ser supremo, se invocó a *Huehuetéotl*, "El Dios Anciano", "Señor del Fuego y del Tiempo" y "Símbolo de Perduración" (Ruiz, 1989). Los ancianos en aquella época no eran vistos como una carga sino como una protección. En la sociedad azteca, aun cuando las personas de edad estaban integradas en el núcleo familiar, contaban con una Casa de Reposo llamada "*Xototlcalli*", en donde al anciano era atendido hasta su muerte (Lazcano, 1989). Tenochtitlán era una ciudad de importancia en materia de asistencia, que contaba también con asilos para ancianos.

El anciano era un ser respetado, se le reconocía socialmente como una persona sabia, lo cual no estaba fuera de la realidad, si se considera además que por causa de las enfermedades, de las guerras y la difícil adaptación climatológica, eran pocas las personas que llegaban a edades avanzadas.

Asimismo, *De Gortari* (1993). menciona que los ancianos eran quienes decidían la forma de actuar, gobernar, participar y vivir en una sociedad de acuerdo a su experiencia y las características de la región. En sus últimos años, el anciano disfrutaba de una vida apacible, e incluso llena de honores; si había servido al Estado, recibía alojamiento y alimentación en calidad de retiro.

Con la conquista de México, son los sacerdotes y misioneros quienes adquieren la responsabilidad de brindar asistencia a las clases más necesitadas, hay que tener en cuenta que con la llegada de los españoles los roles sociales cambiaron drásticamente, ya que los enfermos y ancianos fueron desplazados por la gente joven "*que representaba la mano de obra*", tornándose el anciano en un ser mendigante acogido por las primeras instituciones para dar asilo a inválidos, menesterosos y viejos.

Es así como se fundan las "acciones de caridad", lo que en México se vivía de acuerdo al pensamiento del momento histórico, en relación con la asistencia y protección al anciano. El fervor cristiano era el pensamiento, el factor de inspiración y el modelo de creación de instituciones que daban asilo a los viejos y desamparados.

En el siglo XVI, *Fray Bernardino Alvarez* funda el Hospital de "*San Hipólito*" para convalecientes y desamparados, que recibían también a los ancianos, a los inválidos, a los dementes, contando con un comedor que les proporcionaba alimentos a los senectos desamparados (*Lazcano, 1989*).

En el mismo siglo XVI, *Don Vasco de Quiroga* establece comunidades con un sentido de "verdadera hospitalidad", para que en ellas encuentren refugio los ancianos.

En el siglo XVII, el doctor *Fernando Ortiz Cortés* funda la "*Casa de la Misericordia*" dando atención a menesterosos, a los ancianos más necesitados, totalmente imposibilitados para buscar sustento, por hallarse cargados de años y de enfermedades.

Posteriormente, en la etapa de la Reforma se institucionaliza la beneficencia pública también conocida también como social. En esa misma época aparece la Beneficencia Privada, en las instituciones creadas bajo este régimen, surgen algunas que prevalecen hasta la época actual, como por ejemplo: Los asilos de la Fundación García Romero, la Asociación Franco-Mexicana-Suiza-Belga, la Beneficencia Española y la Colonia Alemana.

En 1886 fue fundado en Mazatlán, Sinaloa un asilo de ancianos, el cual sigue funcionando con 32 residentes. En Querétaro, en 1888, aparece la "*Institución Rivera*", que ahora se llama "*Centro de Protección de Ancianos*". Posteriormente, en Chihuahua se funda el asilo "*El Bocado del Pobre*", en 1883. *Bravo (1990)*, indica que el primer asilo en la Ciudad de México fue creado por la Sra. *Luz Romero*, quien el 21 de noviembre de 1899 estableció una Casa en Tacuba, a la que posteriormente llamarla Asilo "*Matías Romero*". Para tales efectos mandó traer a un grupo de

religiosas llamadas "*Las Hermanitas de Los Ancianos Desamparados*", comunidad que existe hasta la fecha y que ha construido más de 10 asilos en México.

En 1900, bajo la promoción de *Guadalupe Sánchez* crearon el asilo "*El Buen Retiro del Salvador*", la sección de Covadonga para aislamiento de ancianos.

Más tarde, concluida "*La Revolución*", se inicia una nueva era en la asistencia de los ancianos, esto es debido principalmente a que la Constitución otorgaba a todo mexicano el pleno derecho al bienestar y se crea una tendencia transformar todos los órdenes del país (*De Gortari. 1993*).

A principios de 1910, se emprendió una campaña en contra de la mendicidad, para lo cual se organizaron establecimientos dedicados a la atención de los ancianos sin recursos y que pedían limosna; de este modo surgió la Fundación "*Rafael Dondé*" que brindaba asilo a los ancianos enfermos y carentes de recursos. En ese mismo decenio aparece también con fines similares la Fundación "*González Cosío*".

En 1920, el Edificio "*Zaragoza*" número 10, en la *Delegación Gustavo A. Madero*, es proporcionado para atender a desvalidos. Para 1923, este edificio que estaba enfocado para la atención de los ancianos incurables, denominado "*Nicolás Bravo*" daba albergue a 200 ancianos. Actualmente a ese lugar se le conoce como el "*Hogar Tepeyac*".

En 1930 se inauguraron nuevos asilos, como el "*Vicente García Torres*" y se reestablecieron las funciones del "*Arturo Mundet*", y en los siguientes años se continúa con la formación de centros para la atención y alojamiento de ancianos.

Para 1943 incorpora el Departamento de Salubridad a la Secretaría de la Asistencia Pública, creando con esto la Secretaría de Salubridad y Asistencia, hoy convertida en Secretaría de la Salud, para atender demandas de la población. En ese mismo año surgieron los Centros de Protección Social que dependían del Departamento del Distrito Federal, también para la atención de la población indigente, menores, jóvenes, adultos y ancianos.

El Gobierno de México agrupó a varias instituciones médico-asistenciales, constituyéndose de esa forma el Sector Salud, entre las que se encuentran: El Instituto Nacional de la Senectud(INSEN), el Instituto de Seguridad Social al Servicio para los Trabajadores del Estado (*ISSSTE*), la Secretaría de Salud (*SSA*), el Instituto Mexicano del Seguro Social (*IMSS*) y el Sistema para el Desarrollo Integral de la Familia (*DIF*) y todas las instituciones privadas dedicadas a la preservación de la salud.

En estos Organismos se hace hincapié el respeto a los derechos de asistencia de los ancianos, señalados en la Ley sobre el Sistema Nacional de Asistencia Social(Diario Oficial de la Federación, 1986) entre los cuales se destacan:

## **Capítulo 1**

**Artículo 4º.-** Son sujetos de la recepción de los servicios de asistencia civil: "Ancianos en desamparo, incapacidad, marginación o sujetos a maltrato".

**Artículo 15º.-** El organismo *DIF*, para el logro de sus servicios realizará las funciones: "Operar establecimientos de asistencia social en beneficio de menores en estado de abandono, de ancianos desamparados y minusválidos sin recursos".

Finalmente, es importante definir lo que es "*asistencia*". Su raíz etimológica, asistir proviene del latín "*assistere*" (*De ad, a y sistere, detenerse*). Significa "*acompañar a alguno en un acto público, servir, socorrer, favorecer, ayudar y tratándose de enfermos cuidarlos y procurar su curación*".

Asistir, por lo tanto será poder encaminarse a cubrir las necesidades no sólo corporales, sino también emocionales, personales, familiares y sociales. Las instituciones por sus propias características pueden cumplir o contrariar la tarea asistencial.

### **2.2 Servicios Asistenciales en México**

En el desarrollo de los servicios asistenciales intervienen diversos factores como aspectos económicos, recursos humanos, académicos, etc., los cuales inciden en el alcance de estos servicios en nuestro país.

Por lo que se refiere a los aspectos económicos, es necesario reconocer el déficit y la crisis económica por la cual atraviesa México misma que repercute en la creación de servicios al anciano. En el caso de los asilos y hospitales geriátricos se requiere de un espacio físico que dé cabida a un número mayor de ancianos, un mínimo de personal especializado que los atienda, equipo médico y de rehabilitación, instalaciones, materiales, etc., que ofrezcan una atención óptima al anciano.

Sin embargo, para poder ofrecer estos servicios se requiere de un gran apoyo económico, el cual además de ser generalmente limitado, con frecuencia es destinado en su mayoría a servicios de otros sectores de la población, esto ha hecho aún más importante el apoyo de instituciones, patronatos y grupos voluntarios que a pesar de sus carencias y limitaciones buscan los medios para sacar adelante su trabajo con los viejos. A continuación se señalan los más importantes en nuestro país:

#### **Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)**

El 22 de febrero de 1979, el entonces presidente de México, *José López Portillo*, crea el *Instituto Nacional de la Senectud (INSEN)*, que surge como un organismo público descentralizado, con personalidad jurídica y patrimonio propio, cuyo objetivo es proteger, ayudar, atender y orientar a la vejez mexicana.

Sus programas asistenciales cuentan con los siguientes servicios:

Tarjeta del INSEN, Procuraduría de la Defensa del Anciano,  
consulta externa, clubes, asilos y centro cultural.

En su carácter de institución a nivel nacional, el INSEN ha creado una serie de delegaciones y representaciones en el interior de la República, encargadas de implementar en sus localidades los programas establecidos por este instituto.

### Instituto de Seguridad Social y Servicios para los Trabajadores del Estado (ISSSTE)

Dentro de los servicios asistenciales en el rubro de prestaciones económicas para los trabajadores retirados se incluyen: pensiones para la jubilación, el retiro por edad avanzada, indemnizaciones globales, servicios funerarios, además de la prestación de servicios médicos en el Hospital Regional "Adolfo López Mateos", que cuenta con el servicio de Geriátría, el cual se ocupa de los pacientes con padecimientos agudos que requieren hospitalización y de pacientes de consulta externa.

### Secretaría de Salud

Las áreas específicas de atención especializadas para los ancianos son: *El Hospital General de México*, con servicio de consulta externa y hospitalización de pacientes agudos, así como el servicio de Geriátría del *Hospital para Enfermos Crónicos "Dr. Gustavo Baz Prada"*, en Tepexpan, Estado de México. Este servicio cuenta con camas de hospitalización prolongadas y áreas para agudos y consulta externa.

### Instituto Mexicano del Seguro Social

Presta atención a sus derechohabientes, con servicios médicos en los tres niveles de atención, además de otros servicios asistenciales como los

programas de control y vigilancia de pacientes de tercera edad. Asimismo, desarrolla un proyecto con programas de servicio para jubilados y pensionados.

### Sistema de Desarrollo Integral de la Familia

Los programas de asistencia social para ancianos desamparados con que cuenta el DIF tiene como objetivo general promover el bienestar bio-psicosocial de la población senecta en las comunidades que se encuentran en desventaja social y económica.

Otro aspecto relevante en la atención de los ancianos es en cuanto Asistencia Privada proporcionada por particulares, que con bienes propios realizan acciones de asistencia sin propósito de lucro. Se solidarizan con la población y auxilian en forma destacada al Estado en la solución de sus problemas. Su labor se caracteriza por hacerse sin ostentación pero con suma efectividad.

Asimismo, para favorecer la calidad de los servicios para la atención de los senectos en el país, se ha considerado la formación académica necesaria para una óptima asistencia a este sector de la población, con esta finalidad diversas instituciones educativas han implementado especialidades relacionadas con la geriatría y gerontología para el nivel profesional, los logros son los siguientes:

Universidad Autónoma de México

Desde 1984 se incluye la materia de geriatría en la currícula de Médico Cirujano, misma que se imparte a los alumnos que cursan en 4º año de la carrera.

Hospital Regional "Adolfo López Mateos"

Inició un programa de entrenamiento para formar especialistas en Geriatría desde 1986. El Servicio de Geriatría está programado para tener seis residentes: tres de primer año y el resto de segundo año, con un entrenamiento previo en *Medicina Interna* por dos años. Asimismo, en la Facultad de Medicina se ha impulsado la especialidad en *Geriatría*.

Universidad de Tamaulipas

Imparte la Maestría en *Geriatría y Gerontología*.

Universidad Iberoamericana

Esta casa de estudios se ha dado a la tarea de crear un *Diplomado en Gerontología*.

Sociedad de Geriatría y Gerontología A.C.

Ha capacitado a dos generaciones con su *Diplomado en Gerontología*

Por otro lado, a través de la *Dirección General de Educación Tecnológica Industrial y de Servicios*, existe la formación de técnicos profesionales gericulturistas. Las instituciones que cuentan con los cursos correspondientes son:

Centro de Estudios Tecnológico, Industriales y de Servicios.  
Sociedad de Beneficencia Española.  
Curso Postécnico de Enfermería Gerontogerítrica.  
Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (UNAM).

En nuestro país los proyectos de investigación gerontológica han sido coordinados y apoyados por distintas instituciones, entre ellas el Sistema Nacional DIF, el CONACYT, la Fundación Sandoz, entre otras.

Hay que recordar que generalmente el personal que labora en estos centros representa el único apoyo humano del cual disponen algunos viejos, por lo cual una parte esencial de la atención al anciano es aportar un cierto grado de calidez, sentimientos, de buen humor y contacto, por lo cual el personal deberá, como parte de su trabajo, ver convertido un asunto de rutina en un acontecimiento significativo que adquiera relevancia tanto para el personal como para el anciano mismo.

### **2.3 Asistencia al Anciano en Otros Países**

La asistencia al anciano ha adquirido la importancia requerida, por parte del Gobierno en diversos países, lo cual ha permitido logros en beneficio de las personas cuando llegan a la tercera edad.

El tipo y calidad de atención que recibe ese sector de la población está estrechamente relacionada con el grado de desarrollo del país en que se

encuentra, así los países desarrollados proporcionan en su mayoría un plan de prestaciones y seguridad social apropiado a las necesidades de los ancianos, en tanto que los países en vías de desarrollo han iniciado o están comenzando el camino hacia la asistencia óptima de sus ancianos.

Asimismo, en otros países desarrollados como Estados Unidos, ha mostrado interés por el nivel de vida de sus ancianos y con estos avances el estereotipo del anciano pobre, minusválido, dependiente del beneficio público ha cambiado radicalmente a consecuencia de la inversión para este sector de población.

Actualmente el anciano cuenta con el mayor poder adquisitivo que ningún otro del país. Tiene a su vez el mayor poder político, ya que participa en el proceso electoral en proporción elevada (*Peláez, 1993*); sin embargo siguen existiendo algunos grupos de ancianos marginados, sobre todo de origen afroamericano que viven en la pobreza.

Existe una *Ley de Autodeterminación del Paciente*, en 1990, la cual le da derecho al paciente a consentir o no el tratamiento que considere el médico, o demandarlo en caso de incompetencia, por último, en la mayoría de los estados hay leyes establecidas contra el abuso y abandono de personas mayores.

La atención geriátrica en España cubre el 75% de su población. El 50% tiene padecimientos que requieren de cuidados, sin ser enfermedades invalidantes.

Sin embargo, en lo que respecta a Latinoamérica la atención gerontológica es aún deficiente, por ejemplo, dentro de la *Universidad De Costa Rica* existieron programas de investigación en el campo de la gerontología, *El*

*Colegio de Médicos y Cirujanos y una Asociación Costarricense de Geriatría y Gerontología (Morales, 1989).*

Chile es otro de los países sudamericanos que ya ha iniciado sus avances en el campo de la atención geriátrica.

Sin embargo, ante el incremento de la población anciana es necesario que estos servicios geriátricos se diversifiquen y adecúen para cubrir de manera óptima las demandas de la población.

#### **2.4 Modalidades de Atención al Anciano**

En la actualidad, la creación de viviendas construidas para las familias nucleares excluyen al anciano de un espacio vital porque su desplazamiento está ya limitado en el entorno urbano, debido entre otras causas a su problemática específica de salud, las características del entorno familiar, a sus intereses personales, etc. Desde esta perspectiva es importante conocer cuáles son las posibilidades de atención que tiene a su alcance.

La atención geriátrica es definida como la oferta y la ejecución de medios, apoyos y/o cuidados individuales o colectivos, dirigidos a las personas de edad avanzada (*Jiménez-Herrero, 1988*).

Existen distintas categorías de servicios geriátricos que están funcionando en diversos países. En el caso de México no se aplican todas las modalidades de atención, y en ocasiones las que sí funcionan, no están disponibles para la población que lo requiere.

## Asilos

El asilo para ancianos es una institución que provee refugio y protección a aquellos que están incapacitados para satisfacer sus necesidades individuales y que generalmente son de muy bajos recursos económicos, aunque no es una característica general ni indispensable.

Los asilos para ancianos por lo tanto surgen en el momento en que el fenómeno social de las necesidades de los ancianos se incrementa y las familias ya no se pueden hacer cargo de ellos. Así, los ancianos empiezan a ser atendidos por religiosas o por alguna familia "*caritativa*" y de un nivel socioeconómico alto, internados en un hospital o bien, simplemente abandonados a sus suerte, en la calle.

En México existen aproximadamente 250 instituciones con el formato del asilo tradicional y alrededor de 50 en el "*formato nuevo*", es decir del tipo de la "*Casa de Reposo*". Esta última, busca dar una atención más integral a sus residentes a través de cuidados médicos geriátricos, rehabilitación, integración social con el personal, con opción a diversas actividades creativas y culturales, todo en un clima de calidez que permita al anciano, dentro de lo posible, sentirse como en su hogar.

En México, el 60% de los asilos y casas de reposo se encuentran administrados por la comunidad religiosa, un 30% por la iniciativa privada y sólo un 10% por el Estado. La mayoría de estas instituciones se encuentran distribuidos en mayor concentración en el D.F., que cuenta con el 27% de todos los de la República, siguiéndole los de Jalisco,

Estado de México, Guanajuato, Michoacán y Chihuahua; por otra parte, los estados con menor número de asilos son Colima, Nayarit, Quintana Roo y Tlaxcala.

Con base en estos datos se considera que el número de camas disponibles para los ancianos en nuestro país es de aproximadamente de 18,030, habiendo instituciones que tienen hasta 260 residentes como es el "Hogar para Ancianos Isabel La Católica", y otras que tienen 10 o menos camas. (Bravo, 1990).

Cuando se ha elegido el ingreso a un asilo como opción de atención, el anciano que va a ingresar se enfrentará a un proceso de adaptación que incluye tres fases:

**A].- Fase de Preingreso.**- Durante esta fase el anciano experimenta una gran ansiedad y angustia como consecuencia de la nueva situación a la que se está enfrentando.

**B].- Fase de Ingreso.**- En esta fase se presentan temores, esperanzas, se reafirman los prejuicios que se tienen acerca de la vida en una situación o bien se modifican. Se aprende o adoptan nuevos roles, indicándose con esto el proceso de adaptación, siendo los dos o tres primeros meses siguientes a su ingreso sumamente importantes y decisivos en la familiarización que logre el anciano en el medio institucional.

**C].- Fase de Estabilización.-** Esta fase se presenta después de un periodo de estancia considerable en la institución, para ese entonces el anciano ya adoptó un sistema de vida de acuerdo con los reglamentos que imperan en ese sitio, aun cuando no estén totalmente de acuerdo con sus intereses y forma de vida anterior.

El ingreso a un asilo se acompaña de cambios en el estilo de vida, así como modificaciones en los patrones sociales y conductuales. También se presentan cambios en cuanto al orden, la disponibilidad del propio tiempo, de la ropa, así como ciertos lineamientos a seguir dentro como fuera de la institución (Kastenbaum, 1980).

Como resultado de la creciente demanda que estos servicios asistenciales han tenido en los últimos años, el espacio vital del anciano dentro de la institución se ve considerablemente reducido, limitando aún más su desplazamiento.

El modelo de asilo ha perdido aceptación general precisamente porque se utilizó como la única institución, donde podían estar mezclados sanos y enfermos, dementes y cuerdos, inválidos y hábiles, debido a la falta de planeación adecuada de los asilos, además de que no todos los que ingresan a un asilo debieran hacerlo.

Aunado a lo anterior, existe cierta tendencia a que una vez que el viejo ingresa al asilo va perdiendo poco a poco el contacto con sus familiares, casi de manera total, del mismo modo en que se aparta de los amigos y del medio en que vivió anteriormente. Cuando sucede lo antes mencionado, se llega a propiciar, entre otras cosas, que el anciano institucionalizado presente el "*Síndrome del Anciano Abandonado*", que tiene como principales características las siguientes:

- A].-** Aislamiento.
- B].-** Depresión.
- C].-** Falta de apetito.
- D].-** Agresión.
- E].-** Exceso de demandas.
- F].-** Bajo nivel de autoestima.
- G].-** Apatía.
- H].-** Constante sentimiento de soledad.
- I].-** Descuido tanto físico como cognitivo.
- J].-** Mayor propensión a las enfermedades.

Por supuesto, no debe creerse que esto se presenta en todos los ancianos ni en el mismo grado, estas condiciones no se pueden generalizar, ya que si el anciano se interna de manera voluntaria, esta decisión formará parte de su vida, tras su ingreso no se presentará ninguna de las características anteriores. Aquí hay que resaltar la importancia de la vida que haya llevado el anciano antes de su ingreso al asilo, de cómo proyectó su vida, cómo se ha preparado para la vejez, y el apoyo familiar con el que cuenta.

Sin embargo, no todo depende del anciano sino también de las características de la institución, pues en ocasiones ésta se ve forzada a operar con planes rígidos lo cual hace a la mayoría de estos lugares hogares fríos e impersonales, que privan a sus internos de las satisfacciones más comunes de la vida, por ejemplo no pueden tener a su lado ningún animal doméstico, generalmente no pueden conservar ningún mobiliario personal, etc., pero por otra parte algunas de estas restricciones son necesarias para la administración de estos sitios.

En ocasiones, las características propias de las instituciones generan la privación sensorial denominada "*Neurosis Institucional*", que se caracteriza por apatía e indiferencia así como un deterioro de los hábitos. *Barton (c.p. Rothschild, 1987)* atribuye la "*Neurosis Institucional*" a una pérdida de contacto con el mundo exterior, al ocio, a la pérdida de pertenencias, a la atmósfera del mismo asilo. No deben generalizarse estos efectos a todos los ancianos, ya que hay que reconocer que existen ciertas personalidades (*quienes tienen rasgos mayores de dependencia*), que son más susceptibles a los efectos de la privación sensorial.

Los efectos de la privación sensorial están caracterizados por insatisfacción, estado de ánimo negativo, depresión, orientación reducida, falta de estimulación y desinterés por los acontecimientos diarios, lo que se muestra en su cuadro de deterioro (*Lehr, 1988*).

Con base en lo anterior, es importante enfatizar la necesidad de un entorno estimulante que favorezca el desarrollo del viejo para proyectar, instalar y dirigir instituciones geriátricas.

La Organización de las Naciones Unidas (*ONU*) recomienda que este tipo de instituciones se construyan para no más de 30 personas, sin embargo esto resulta imposible para los países subdesarrollados, por el alto costo y rentabilidad que significa, por lo que en Latinoamérica se considera que entre 60 y 100 personas pueden ser un buen modelo, considerando que un 40% deber ser área construida, contra un 60% de áreas abiertas, éstos para las zonas suburbanas y un 60% de áreas construidas contra un 40% de áreas abiertas para las zonas urbanas. También se recomienda el sistema de construcción horizontal que permita un mejor desplazamiento del viejo a través de las instalaciones.

### *Servicios de Geriatría en el Hospital*

Todo servicio de geriatría hospitalario debe tener distintos niveles asistenciales interrelacionados, para así poder atender a los ancianos en las diferentes situaciones de enfermedad que presenten; ya sea aguda, crónica, invalidante o mental (*Salgado, 1992*). Cada paciente debe ser

estudiado en el nivel geriátrico que le corresponde de acuerdo a su patología específica, con lo que se mejora su asistencia, se acorta la estancia hospitalaria, se facilita su rehabilitación y se evita por lo tanto una recaída y en consecuencia el reingreso al hospital.

La mayoría de los pacientes ingresados en el servicio de geriatría son dados de alta subsecuentemente para ser trasladados a sus propios domicilios, aunque en pequeña proporción puede ser trasladada a un asilo; en todo caso la mayoría de las altas ocurren después de un tiempo relativamente breve de permanencia en el hospital, la mayor parte dentro de los dos primeros meses, por lo que la permanencia prolongada en el hospital es un aspecto de escaso porcentaje en el ingreso de los ancianos (Hodkinson, 1977).

Los niveles asistenciales del Servicio de Geriatría habrán de ser:

Unidad Geriátrica de Agudos o Asesoramiento.

Unidad de Media Estancia.

Unidad Psicogeriátrica.

Unidad de Larga Estancia.

Consulta Externa o Dispensario Geriátrico.

Hospital de Día ( Que incluye la rehabilitación, terapia ocupacional y enfermería

Servicio de Ayuda Médica y Enfermería a Domicilio.

Todos estos niveles asistenciales funcionan a través del trabajo en equipo multidisciplinario. El apartado de cuidados asistenciales de *Servicio de*

*Geriatría* deberá incluir los cuidados preventivos, cuidados progresivos, cuidados integrales y cuidados continuados.

### *Hospital de Día Geriátrico*

Los inicios del Hospital de Día Geriátrico se dan en Inglaterra con los primeros hospitales de día de tipo psiquiátrico, para enfermos ancianos., en 1951.

En Francia existen cinco Hospitales de Día y en Estados Unidos se cuenta con el Hospital de Día Geriátrico del Monte Sinaí, con la participación de los familiares de los ancianos. En España este tipo de servicio se inició en 1973 y lo continúa implementado con la participación de la Cruz Roja.

En lo que se refiere a su funcionamiento, el Hospital de Día se ha enfocado al tratamiento rehabilitatorio del paciente que acude desde su domicilio y ha extendido su asistencia bajo una dinámica multidisciplinaria garantizando de esta forma la atención integral para sus pacientes geriátricos.

Entre las funciones del *Hospital de Día* se encuentran las siguientes:

Completar la rehabilitación, consiguiendo la máxima independencia física.

Llevar a cabo la terapia ocupacional con los consiguientes beneficios físicos y psíquicos.

Mantener bajo tutela hospitalaria por el mínimo tiempo necesario a los pacientes en recuperación, favoreciendo así el alta temprana de la Unidad Geriátrica.

Supervisar de cerca y prolongadamente a los pacientes crónicos que al desligarse del cuidado hospitalario se deterioran y reingresan.

Prevenir la ocupación de unidades de larga estancia.

Conectar a los pacientes entre sí, mediante el servicio social del grupo, creando nuevas motivaciones.

Prestar asistencia social especializada.

Vincular a los familiares del anciano enfermo de alguna manera en el tratamiento efectuado.

Permitir la eficacia en el control clínico del paciente anciano.

En síntesis puede decirse que el objetivo del Hospital de Día es reintegrar al anciano al medio habitual del que procede, en las mejores condiciones posibles, así como prevenir la prematura institucionalización de la persona anciana que aún puede funcionar dentro de la comunidad (*Binstock, 1986*).

En cuanto a su funcionamiento, generalmente los Hospitales de Día laboran 8 horas al día, cinco días a la semana, incluyen servicio médico, psiquiátrico, social, servicio de transporte, etc.

#### Centros de Día o de Residencia Diurna

Los Centros de Día o de Residencias Diurnas son espacios destinados a los ancianos para pasar parte del día en convivencia con personas de edad similar, por las tardes el viejo regresa a su hogar. En la *Residencia de Día* se introduce un conjunto de actividades sistemáticamente planeadas para favorecer el desarrollo integral del anciano así como su independencia, además se pretende involucrarlos en la toma de decisiones a su alcance, en las labores de terapia ocupacional, se promueven las conductas de autocuidado evitando la dependencia y la pasividad del individuo que con frecuencia se observan en los servicios institucionales, resultando en deterioro progresivo de las capacidades físicas y psicológicas. Otro servicio que ofrece la *Residencia de Día* es la proporción de desayunos y/o comida (Trejo, 1989).

Entre las finalidades de la *Residencia de Día* se encuentran las siguientes:

Coadyuvar al mejoramiento de la salud mental mediante la realización de actividades laborales, creativas y físicas.

Contribuir al mejoramiento de la salud mental

Contribuir a la prevención y mejoramiento de la salud a través de la reeducación de él mismo.

Disminuir el número de consultas médicas e ingresos hospitalarios al poner en práctica las técnicas de autocuidado.

Involucrar a la familia, haciéndole conocer la importancia de que los senectos permanezcan dentro del nucleo familiar.

Estos son a grandes rasgos las características del *Centro de Día*, el cual se abordará con más detalle en el siguiente capítulo, **pues es el objetivo de la presente tesis.**

### Clubes

Diversos grupos de personas ancianas que disponian de mucho tiempo libre a causa del retiro, acostumbraban reunirse alrededor de los jardines públicos en el *Midland*, en *Inglatera*, ya sea a charlar o fumar amigablemente en compañía o en silencio, según su estado de ánimo, o en cualquier caso para escapar del tedio de sus casas.

Algunos de ellos fueron creados especialmente para hombres, algo similar ocurría en *Escocia*, ya que los clubes eran exclusivamente para hombres, mientras los miembros de los clubes mixtos de hoy en día están casi siempre sobrecargados de mujeres.

Existen actualmente alrededor de 90 clubes en *Inglatera*, los cuales cuentan con gran variedad de servicios, por otra parte en *Francia* los clubes que se inician eh *Grenoble* por la *Office Grenoblois des Persones Agées (OGPA)*, cuenta con 23 clubes que brindan cabida a unos 2 mil miembros, estos clubes son dirigidos y coordinados por personal básicamente voluntario.

Sin embargo, a pesar del auge que han tenido, se estima que no más del 20 por ciento de la población anciana que vive en sus casas, se reúne en los clubes y esto es en parte porque hay personas ancianas o jóvenes a quienes nunca atraerán éstos, entre otros motivos; porque existe el sentimiento a veces muy acertado de que aquellos que le son accesibles no les ofrecen alternativas que puedan llamar su atención, son considerados monótonos.

Por otra parte, hay quienes deseen acudir a un club que disponga de algunos estímulos intelectuales, un lugar de encuentro agradable donde puedan estar seguros de encontrar personas conocidas, así como periódicos, semanarios y materiales que no podrían comprar por sí mismos, la posibilidad de ver un programa de televisión o charlar en compañía y abundante calor de hogar.

### Cuidados Domiciliarios

El Consejo nacional de Bienestar de los Ancianos, en *Inglaterra*, delimitó como su objetivo el estudiar las necesidades de los ancianos y estimular y promover las medidas convenientes para su bienestar, todo esto a través de unas 50 organizaciones voluntarias nacionales, incluida media docena de departamentos gubernamentales y Comités de Bienestar de los Ancianos de todas las partes del país.

Entre el complejo conjunto de servicios para los ancianos, hay cuatro que son de importancia cardinal en la vida de los viejos, especialmente aquellos que viven solos. Son el servicio de ayudantes domiciliarias, el de

comidas sobre ruedas, las visitas de los voluntarios y los clubes de diferentes clases.

Una buena asistente domiciliaria hace mucho más que mantener una razonable independencia y orden en las viviendas de las personas que tienen a su cuidado. Ella también hace un poco de compras, prepara la comida antes de irse, comenta los acontecimientos locales, es el carácter esencialmente humano y familiar de este servicio lo que le hace tan eficiente, ya que la persona anciana desea lo que familiarmente puede ser llamado "*un estar a disposición*" y "*poder contar con alguien*", en intervalos regulares durante el día.

El "*Servicio Nocturno*" está incluido dentro de los servicios domiciliarios, sin ser realizado necesariamente por una enfermera de noche. La tarea es principalmente la observación de la persona anciana durante la noche, permitiendo de esa forma que la familia tenga un descanso en su tarea de cuidar a un enfermo crónico o inválido o asegurar que una persona que está viviendo sola en su casa pueda ser atendida dentro del hogar con los cuidados médicos correspondientes, sin necesidad de ingresar a un hospital (*si la patología del anciano lo permite*) cuando se enferma.

Para finalizar se presentan una serie de principios y recomendaciones formulados por la O.N.U. que logren identificar y revalorar a la vejez.

*Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de la  
Tercera Edad*

**Independencia**

- 1].- Las personas de edad tendrán acceso a la alimentación, agua, vivienda, vestuario y atención de salud adecuados, mediante la provisión de ingresos, el apoyo de sus familias y de la comunidad y su propia autosuficiencia.
- 2].- Las personas de edad tendrán la oportunidad de trabajar o de tener accesos a otras oportunidades de obtener ingresos.
- 3].- Las personas de edad podrán participar en la determinación de cuándo y en qué medida dejarán de desempeñar actividades laborales.
- 4].- Las personas de edad tendrán acceso a programas educativos y de capacitación adecuados.
- 5].- Las personas de edad tendrán la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a los cambios de sus capacidades.
- 6].- Las personas de edad podrán residir en su propio domicilio por tanto tiempo como sea posible.

**Participación**

- 7].- Las personas de edad permanecerán integradas en la sociedad, participar activamente en la formulación y aplicación de las políticas que afecten directamente su bienestar y poder

compartir sus conocimientos y pericias a las generaciones más jóvenes.

- 8].- Las personas de edad podrán buscar y aprovechar oportunidades de prestar servicios a la comunidad y de trabajar como voluntarios en puestos apropiados a sus intereses y actividades.
- 9].- Las personas de edad podrán formar grupos o asociaciones de personas de avanzada edad.

### Cuidado

- 10].- Las personas de edad podrán disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y de la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad.
- 11].- Las personas de edad tendrán acceso a servicios de atención de salud que les ayuden a mantener o recuperar el nivel óptimo de bienestar físico, mental y emocional, así como prevenir o retrasar la aparición de enfermedades.
- 12].- Las personas de edad tendrán acceso a servicios sociales y jurídicos que les aseguren mayores niveles de autonomía, protección y cuidado.
- 13].- Las personas de edad tendrán acceso a los medios apropiados de atención institucional que les proporcionen protección, rehabilitación y estímulo social y mental en un entorno humanitario y seguro.
- 14].- Las personas de edad podrán disfrutar de derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en instituciones

donde se les brinden cuidados o tratamiento , con pleno respeto a su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y las cualidades de su vida.

### **Autorrealización**

- 15].- Las personas de edad podrán aprovechar las oportunidades para desarrollar plenamente su potencial.
- 16].- Las personas de edad tendrán acceso a los cursos educativos, espirituales y recreativos de la sociedad.

### **Dignidad de su vida.**

- 17].- Las personas de edad podrán vivir con dignidad y seguridad y verse libres de explotaciones y de material físico y mental
- 18].- Las personas de edad recibirán un trato, independiente de la edad, sexo, raza o procedencia étnica, discapacitada u otras condiciones, y han de verse valoradas independientemente de su contribución económica.

*(Tomado del Directorio Gerontológico: Bravo Williams, 1993)*

## **CAPITULO 3.**

### **RESIDENCIA GERIATRICA DE DIA**

### **3.1 Servicios geriátricos en el área metropolitana**

Antes de hacer la descripción de la propuesta de la Residencia Geriátrica de día se consideró importante conocer cuáles son los servicios diurnos que están a disposición de los senectos en el área metropolitana, con la finalidad de tener un panorama general de la atención y alcances de estos servicios, así como sus limitaciones, para lo cual se realizó una visita a cuatro instituciones geriátricas.

A continuación se describen las principales características de su organización:

#### **AJ.- Centro de Atención Diurna "Francisco Espinosa Figueroa" A.C.**

##### **Franz Haltz, Col. Alfonso XIII, Distrito Federal**

#### **1.- Objetivos**

Dar atención diurna a personas con la enfermedad de Alzheimer y apoyar de esta manera a la familia del paciente para continuar sus actividades normales.

## **2.- Características de la población**

- Pacientes diagnosticados con enfermedad de *Alzheimer* o demencias similares. No hay límite de edad para ser admitidos, aunque más del 90 por ciento son mayores de 60 años (Sólo hay un paciente de 40 años)
- La capacidad del Centro es de 20 personas y en la actualidad atiende a 18 pacientes diariamente.

## **3.- Servicios que ofrece**

- Servicio médico
- Servicio de enfermería
- Comedor
- Grupo de apoyo para familiares y cuidadores una vez al mes

## **4.- Instalaciones**

- Es una casa habitación de dos niveles adaptada para este tipo de pacientes. En la parte superior hay una oficina administrativa, tres salones para terapia ocupacional y usos múltiples, dos baños y un cubículo. En la parte inferior hay una sala de rehabilitación con aparatos de terapia física, una estancia, una cocina, un baño y un jardín amplio.

## **5.- Horario**

- El Centro da atención de lunes a viernes, de las 08:00 hasta las 15:00 horas.

#### **6.- Personal**

- Un médico geriatra
- Una Secretaria
- Dos gericulturistas
- Dos auxiliares gerontológicas
- Un terapeuta ocupacional
- Una cocinera
- Un intendente

#### **7.- Programa de actividades**

- 1.- Terapia física
- 2.- Acondicionamiento físico
- 3.- Terapia ocupacional
- 4.- Talleres (Dibujo, Pintura, Música y Actividades del Hogar)
- 5.- Actividades recreativas (Paseos y convivios)
- 6.- Aseo personal

#### **B).- Residencia de Día "Héroes del 47" Instituto Nacional de la Senectud. Héroes # 47, Col. Churubusco, D.F.**

##### **1.- Objetivos**

- Atiende a personas mayores de 60 años, pero no se especifican sus objetivos

##### **2.- Características de la población**

- Pacientes mayores de 60 años de edad.
- Presentar Tarjeta del INSEN.

- Hacer una solicitud en el área de *Trabajo Social*, cuyo departamento efectúa un estudio socioeconómico al solicitante para determinar la cuota de recuperación de los alimentos.
- Ser autosuficiente física y mentalmente
- La capacidad de ese lugar es para 20 ancianos y varía en relación con otras residencias del mismo instituto.

### **3.- Servicios que ofrece**

- Servicio médico
- Servicio psicológico
- Comedor

### **4.- Instalaciones**

- Es una casa habitación adquirida por el instituto, consta de un sólo nivel con la siguiente distribución: El consultorio, la oficina de Trabajo Social, la sala de televisión y salón para dinámicas y sesiones de psicología, un salón-taller, un salón de artesanías, una cocina, un comedor y dos baños.

### **5.- Horario**

- La residencia de atención: de lunes a viernes, de 08:00 a 16:00 horas.

### **6.- Personal**

- Un médico general
- Dos trabajadoras sociales
- Un profesor de taller (del ISSSTE)
- Un psicólogo (que sólo asiste dos veces a la semana)

- Dos cocineras
- Dos intendentes

#### **7.- Programa de actividades**

- 1.- Gimnasia
- 2.- Talleres de artesanías, pirograbado, carpintería y mimbre.
- 3.- Paseos
- 4.- Aseo personal

#### **C].- Programa Integral de Asistencia de Día Casa Hogar "Vicente García Torres". Avenida Atzacapotzalco # 59, Col. Tacuba, Distrito**

##### **Federal**

#### **1.- Objetivos**

Dar atención diurna a los ancianos de la Casa Hogar

#### **2.- Características de la población**

- Ser mayor de 55 años.
- Tener tiempo libre.
- Tener capacidad para desplazarse.
- En este programa se pueden atender hasta 35 ancianos, y actualmente son 27 los ancianos beneficiados.

#### **3.- Servicios que ofrece**

- Servicio médico
- Servicio psicológico
- Comedor

#### **4.- Instalaciones**

- No hay un espacio asignado para los ancianos de este programa, comparten la instalaciones con los ancianos de estancia permanente (comedor, sala de rehabilitación, talleres y estancias principalmente).

#### **5.- Horario**

El horario es flexible, aunque está dentro de las 09:00 a las 16:00 horas de lunes a viernes.

#### **6.- Personal**

No hay personal asignado para este grupo, ya que son atendidos por el mismo personal que los residentes permanentes, pero no hay alguien directamente responsables de ellos.

#### **7.- Programa de actividades**

Realizan las actividades que a ellos les interesan o necesitan dentro del horario y el lugar, pero en sí no hay un programa específico para el grupo de asistencia diurna.

### **DJ.- Centro de Día de la Tercera Edad "CEDITE". Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos**

#### **1.- Objetivos**

Atiende a derechohabientes de PEMEX mayores de 60 años, pero no se especifican sus objetivos.

## **2.- Características de la población**

- Tener 60 años cumplidos.
- Ser derechohabiente de Petróleos Mexicanos.
- Actualmente reciben este servicio 56 derechohabientes, aunque el Centro de Día está en proyecto de ser ampliado en espacio para atender a un mayor número de ancianos.

## **3.- Servicios que ofrece**

- Servicio médico
- Talleres ocupacionales

## **4.- Instalaciones**

- El Centro de Día se encuentra en la planta baja del Hospital Central Norte y cuenta con un salón amplio, un consultorio y se ocupan algunas instalaciones de ese inmueble, por ejemplo el jardín y el Area de Geriatría para algunas actividades del grupo.

## **5.- Horario**

El Centro de Día *CEDITE* da atención de lunes a viernes de 08:00 a 14:00 horas.

## **6.- Personal**

- Un médico geriatra
- Un médico general
- Dos enfermeras gerontogeriatras

#### **6.- Personal**

- Un médico geriatra
- Un médico general
- Dos enfermeras gerontogeriatras
- Un trabajadora social
- Cinco voluntarias que pertenecen al Voluntariado de PEMEX

#### **7.- Programa de Actividades**

- Tensión Dinámica Corporal
- Programa Osteoartritis y Osteoartrosis
- Socialización
- Actividades manuales
- Círculo de lectura
- Pintura
- Yoga
- Educación física

De los cuatro centros visitados se pudo observar que sólo el "Centro Francisco Espinosa Figueroa" cuenta con actividades bien planeadas y acordes a sus objetivos; en este caso las limitaciones que pueden notarse es el que sólo se cuente con un centro en el Distrito Federal, ya que sería conveniente que hubiese más centros para atender a este tipo de pacientes.

particular -en su mayoría indigentes- , sólo acuden por recibir el servicio de comedor y la atención médica.

Y por último, tanto en el centro diurno "Héroes del 47" del INSEN como en el CEDITE de PEMEX, se observó que cuentan con las instalaciones, personal y recursos necesarios para dar una atención integral a sus ancianos, sin embargo no tienen una planeación formal en sus objetivos, ni en las actividades que realizan y por lo tanto los ancianos no están recibiendo una atención que les propicie una calidad de vida.

## **3.2 PROPUESTA DEL MANUAL DE ORGANIZACION DE UNA RESIDENCIA GERIATRICA DE DIA COMO ALTERNATIVA EN EL CUIDADO DEL ANCIANO**

En la presente propuesta se describen detalladamente los pasos a seguir tanto para la implementación como para el desarrollo de una Residencia Geriátrica Diurna, en relación al personal necesario, los servicios más apropiados, la descripción de objetivos y actividades a realizar.

### **3.2.1 Justificación**

La cifra mundial de ancianos en la actualidad es menor que cualquier otro sector de la población (6.1%) del total de la misma. Esto en parte ha propiciado una falta de interés y escasa atención hacia ese sector más que en cualquier etapa de la vida, siendo que el envejecimiento además de suponer un reto para el anciano lo es también para su entorno social.

De acuerdo con datos del *INEGI*, se estima que en México la población mayor de 60 años en 1990 era de 5 millones de personas, cifra que representaba el 6.1% de la población total del país. En 1994 ascendió a 6.4 millones de ancianos, alcanzando de esta forma el 7.3% de la población total del país y con base en estos datos se espera que para el año 2025 la cifra ascenderá a 17.5 millones de senectos.

La disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida se traducen en una mayor probabilidad de llegar a viejo y que el número de años que se viven sea mayor que en el pasado. así entre 1990 y 1995 la esperanza de vida es de 66.7 años para el hombre y 71.1 para la mujer, previéndose que para el periodo 1995-2000 se incremente en 68 para el hombre y 72.3 para la mujer.

Las cifras mencionadas reflejan no sólo un mayor número de ancianos, sino también el envejecimiento general de la población. Por lo tanto nos podemos percatar de la importancia que adquiere este sector poblacional que continuará incrementándose. Es así que resulta inevitable e inaplazable el hecho de empezar a concientizar y trabajar sobre este sector.

La vejez es el resultado de toda una vida dedicada al trabajo, a la convivencia familiar, a la vida en pareja, a los contactos sociales, es decir un camino que implica afrontar obstáculos, tropezar y levantarse a través de los años. La vejez sin embargo en ocasiones pareciera ser el final irremediable, el castigo cruel, olvidando los que debieron ser los años dorados, de plenitud, de experiencia, de sabiduría ganados con el transcurso del tiempo.

El aumento de estos años tiene que ver con los adelantos biomédicos, tecnológicos así como los cambios culturales, psicosociales y económicos, que han ocasionado el descenso en el índice de mortalidad con la consiguiente prolongación de la vida.

La vejez es un periodo que requiere de esfuerzos adaptativos, debido a los cambios que el anciano experimenta tanto dentro de sí como a su alrededor. El viejo debe adoptar otro tipo de roles, actividades e

interrelaciones para adaptarse a su nuevo status social. Las condiciones sociales en general cambian para el anciano, el retiro laboral, los cambios en el núcleo familiar, el alejamiento de los hijos y posiblemente la falta del cónyuge, la dependencia de otros para la satisfacción de muchas necesidades etc.

Es necesario considerar la situación del viejo en nuestra sociedad preparándonos para el envejecimiento propio y de los seres que nos rodean.

Desde el punto de vista social, es importante revalorar el rol que juega el anciano en el contexto familiar y social, como transmisor de tradiciones, cúmulo de experiencias y sabiduría que compartir con las generaciones más jóvenes.

Desde el punto de vista económico y político, mejorando los propósitos y alcances de los sistemas de retiro, jubilaciones y pensiones que deben brindarse al anciano tras una vida dedicada al trabajo, y desde el punto de vista asistencial, ofreciendo el mayor número de opciones posibles a este sector etario de acuerdo a sus características, necesidades y expectativas.

Por lo que se refiere a sus características, debemos recordar que con los años y como parte del proceso natural del envejecimiento, el anciano ve disminuidas parte de sus funciones físicas y cognoscitivas, disminución que varía en cada persona.

Se debe tener en cuenta además que el anciano no sólo tiene pérdidas físicas sino emocionales, en muchos casos ya ha perdido a su pareja, está lejos de su familia, la convivencia con otras personas se ve disminuida por

los largos trayectos y difíciles accesos y el viejo en consecuencia vive sólo y sin alternativa de ocupación.

Hay que considerar por lo tanto que en cada anciano se generan necesidades diversas que requieren de un servicio de asistencia diferente, es decir contar con una gama de modalidades para que las necesidades sean cubiertas como lo requiere cada senecto.

Sin embargo se puede decir que hasta hace muy poco tiempo existían sólo tres posibilidades para el anciano:

- a).- Permanecer en su casa la mayor parte del tiempo solo, porque su familia sale a trabajar o bien a la escuela, etc.
- b).- Vivir solo con las consecuencias que esto acarrea como son: desnutrición, depresión, mayor propensión a las enfermedades, etc.
- c).- Institucionalización, con lo que se pierde en algún grado el contacto con la familia, amigos y medio en el que se desarrolló toda su vida.

La institucionalización debe verse solamente como una última opción para el anciano que no puede permanecer en su hogar. Aquí hay que recalcar que de la población total de ancianos, sólo el 15 por ciento debería ingresar a un asilo. Esta cifra nos permite reconocer que hay un 85 por ciento de viejos para los cuales no se han creado alternativas a su elección.

Es por ésto que en los últimos años se ha contemplado la posibilidad de crear otra alternativa para esta población: la Residencia Geriátrica Diurna. Este proyecto tiene como propósitos fundamentales que el

anciano reciba una atención integral dentro de las esferas de autocuidado, cognoscitiva y social; que conviva con personas de su misma edad y con intereses comunes, en su mayoría, realizando actividades diversas.

Las actividades propuestas en el **Manual de organización de la Residencia Geriátrica Diurna** se encaminan principalmente a que el anciano mantenga y prolongue, hasta donde sea posible, sus funciones físicas y cognitivas para evitar un deterioro acelerado de las mismas. Por otra parte, se pretende que el anciano no se desarraigue de su contexto familiar y social, que siga conviviendo con su familia y amigos compartiendo su experiencia y cultivándose aún más; de esta manera, esta modalidad de atención está encaminada a dar una atención digna que incida en la calidad de vida del viejo.

### **3.2.2 Objetivo general**

Proporcionar, promover y mejorar el estado general de salud en los ancianos que asisten a la Residencia Geriátrica Diurna a través de una atención integral.

### **3.2.3 Servicios**

La Residencia de Día, como institución asistencial enfocada a la atención del anciano, requiere de una organización con cualidades específicas relacionadas directamente con las necesidades y características del senecto.

Para lograr una atención adecuada se deben considerar el tipo de servicio que demanda el anciano que asiste a la Residencia, así como el número y características del personal que lo atenderá.

### **Servicios que brinda la Residencia Geriátrica de Día**

- Médico
- Psicológico
- Trabajo Social
- Nutrición
- Comedor
- Terapia Física y de Rehabilitación
- Transporte
- Servicios Generales

#### **Servicio Médico**

El propósito de este servicio es mantener el estado óptimo de salud de los ancianos que asisten a la Residencia Geriátrica de Día a través de acciones médico-preventivas.

El establecimiento del Servicio Médico dentro de la Residencia es importante para propiciar un estado de salud idóneo, como base para el buen desarrollo físico, afectivo-social y cognoscitivo del senecto.

Las funciones de este servicio están encaminadas a prevenir los padecimientos más frecuentes y contribuir a que los ancianos se mantengan en las mejores condiciones de salud, mediante la aplicación de programas de medicina preventiva y actividades de autocuidado, así como la vigilancia permanente de su salud durante la permanencia en la Residencia Geriátrica de Día.

### *Servicio Psicológico*

Este servicio tiene la finalidad de propiciar mediante acciones psicológicas programadas el desarrollo e interacción familiar armónicos, de los viejos. Todo esto a través de crear las condiciones necesarias para la socialización de los senectos, que protejan el equilibrio emocional. Las funciones del servicio están orientadas a propiciar un ambiente altamente estimulante, de gran importancia en esta etapa de adaptación y aceptación de los cambios físicos y pérdidas emocionales propias de esta edad.

### *Servicio de Trabajo Social*

La función del servicio consiste en propiciar la interacción entre la Residencia, el núcleo familiar y el anciano a través de acciones sociales programadas.

En Trabajo Social se efectúan investigaciones y estudios socioeconómicos para conocer las condiciones de vida de los ancianos y su familia, para lograr detectar de esta manera situaciones que afecten un nivel de vida óptimo.

Una acción importante dentro de esta área es aprovechar los servicios de la comunidad circundante, estableciendo coordinación con instituciones de todo tipo que puedan aportar algún beneficio al senecto o a la Residencia.

### *Servicio de Nutrición y Comedor*

El objetivo de este servicio es proporcionar a los ancianos que asisten a la Residencia de Día un estado de nutrición idóneo que contribuya a preservar y mejorar su estado de salud.

La alimentación es una necesidad básica del ser humano, es un hecho que la nutrición adecuada constituye un elemento esencial para la salud principalmente en la vejez, por lo que este servicio está encargado de vigilar los hábitos alimenticios de los ancianos, la elaboración de menús y planeación de dietas especiales en coordinación con el médico.

El servicio del comedor está encaminado a la elaboración diaria de los alimentos para los ancianos, de acuerdo a las indicaciones del nutriólogo, todo esto en condiciones idóneas de higiene.

#### Servicio de Terapia Física y Rehabilitación

La finalidad de este servicio es mantener el mayor tiempo posible un adecuado estado físico del organismo así como retardar hasta donde sea posible el deterioro acelerado del mismo mediante una serie de actividades de terapia física proporcionada por especialistas en ello.

Asimismo, la rehabilitación permite lograr una más pronta mejoría cuando el anciano se ha visto sometido a alguna cirugía, traumatismo o patología.

Es importante ofrecer este servicio para evitar en lo posible la inmovilidad, que es un estado al cual conducen numerosas afecciones del anciano. Con frecuencia tienen consecuencias negativas y constituyen una amenaza para la salud del viejo.

#### Servicio de Transporte

La función de este servicio es la de facilitar el traslado del domicilio del anciano a la Residencia Geriátrica de Día así como a los lugares de paseo y visitas planeadas en la Residencia.

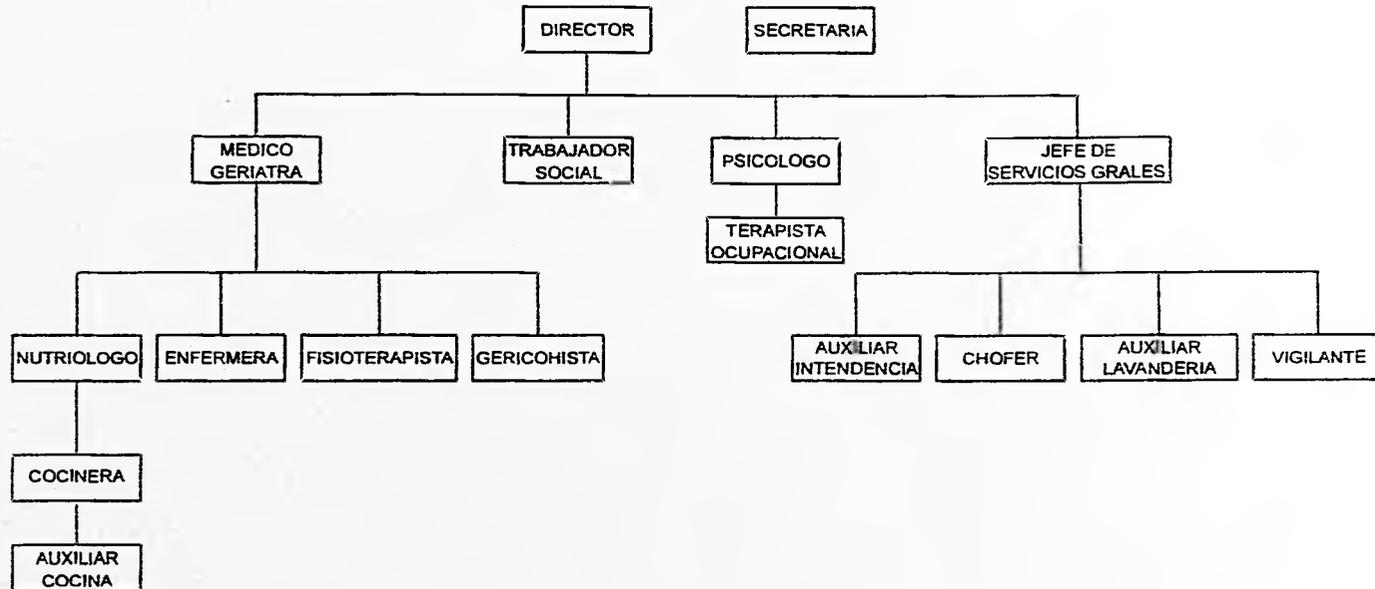
### **3.2.4 Personal requerido**

#### **Clave Cargo**

- 01** Director
- 02** Médico Geriatra
- 03** Trabajador Social
- 04** Psicólogo
- 05** Nutriólogo
- 06** Jefe de Servicios Generales
- 07** Secretaria
- 08** Enfermera
- 09** Fisioterapeuta
- 10** Gericulturista
- 11** Terapista Ocupacional
- 12** Cocinera
- 13** Auxiliar de Cocinera
- 14** Auxiliar de Mantenimiento
- 15** Auxiliar de Lavandería
- 16** Vigilante
- 17** Auxiliar de Intendencia
- 18** Chofer

A continuación se presenta el organigrama de la estructura del personal, así como la descripción de las funciones de cada miembro del equipo interdisciplinario .

## ORGANIGRAMA ESTRUCTURAL



Nombre del puesto: Director

### Propósito

Coordinar y supervisar la prestación de los servicios en la Residencia Geriátrica Diurna conforme a los objetivos planeados.

### Funciones Generales

- Planear programas, dirigir y supervisar de acuerdo con los lineamientos de la Residencia Geriátrica Diurna las actividades relacionadas con el desarrollo de los servicios de asistencia, rehabilitación, terapias ocupacionales, recreación, así como las relativas al manejo y distribución de los recursos materiales para el funcionamiento de la misma.
- Orientar, dirigir y apoyar al personal de la Residencia en el desempeño de las funciones que le tienen encomendadas.

### Funciones específicas

- Elaborar un Plan Anual de Actividades para la Residencia a su cargo, con base en las necesidades detectadas y en los proyectos y actividades sugeridas por el personal.
- Evaluar mensualmente, junto con el personal, los alcances y logros de la Residencia.
- Fomentar dentro del equipo de trabajo actividades recreativas y culturales para los ancianos, incluyendo a una parte de la sociedad a fin de coadyuvar a su bienestar social y afectivo.
- Captar las necesidades que surjan en materia de capacitación, actualización y superación profesional del personal a su cargo.

Nombre del puesto: Médico Geriatra

Propósito

- Mantener un estado óptimo de salud en los ancianos y vigilar que las condiciones del edificio y equipo sean de higiene y seguridad para los senectos que asistan a la residencia diurna.

Funciones generales

- Proporcionar la atención médica a los ancianos que así lo requieran en su estancia dentro de la Residencia.
- Vigilar que las condiciones de la Residencia garanticen salud y bienestar físico a los ancianos
- Orientar al personal y la familia para que contribuyan a proteger la salud de los ancianos.
- Elaborar las *Historias Clínicas* de los ancianos que asistan a la Residencia.  
Llevar el seguimiento del estado de salud de los ancianos mediante revisiones periódicas.
- Establecer en conjunto con el *Área de Nutrición* las dietas y menús especiales de los ancianos que así lo requieran.

Nombre del puesto: Trabajador Social

Propósito

- Propiciar la interacción entre la familia, el anciano y la comunidad, a través de acciones sociales orientadas al bienestar socioafectivo de los ancianos.

### Funciones generales

- Desarrollar actividades sociales, recreativas y culturales tales como las visitas a museos, parques, zoológicos, empresas e instituciones diversas que favorezcan la socialización de los senectos.
- Establecer comunicación con otras instituciones públicas y privadas que puedan contribuir al buen funcionamiento de los servicios de la Residencia.
- Organizar los eventos de días festivos y eventos especiales, incluyendo los cumpleaños.
- Realizar entrevistas a los ancianos y familiares de éstos que soliciten el ingreso a la Residencia, así como elaborar el estudio socioeconómico correspondiente.
- Desarrollar en conjunto con el equipo de salud acciones educativas dirigidas a la comunidad que contribuyan a una mejor atención al anciano.

Nombre del puesto: Psicólogo

### Propósito

- Vigilar la salud mental y bienestar psicológico de los ancianos que asistan a la Residencia diurna y favorecer que exista un ambiente psicosocial positivo.

### Funciones generales

- Orientar al personal y en su caso a los familiares del anciano acerca de la importancia del trato adecuado que éste necesita, así como la influencia positiva que sobre él ejerce un ambiente psicosocial positivo.

- Realizar una evaluación psicológica a los ancianos que solicitan su ingreso para conocer su estado mental y determinar si serán beneficiados con la Residencia Geriátrica o en su caso sugerir otro tipo de atención necesaria.
- Dar apoyo psicológico individual y grupal a los ancianos que así lo requieran, en el tratamiento y prevención de problemas cognoscitivos y emocionales.
- Registrar permanentemente observaciones de la conducta de los ancianos y su interacción con el personal dentro de la Residencia.
- Verificar que el ambiente psicosocial de la Residencia coadyuve al adecuado bienestar psicológico de los ancianos.
- Elaborar programas de atención específicos para aquellos ancianos que presenten alteraciones mentales leves para que puedan ser atendidos por el personal de la Residencia, para prevenir del desarrollo de trastornos graves, y cuando sea necesario, canalizarlos a la institución correspondiente.

Nombre del puesto : Nutrióloga

Propósito

- Supervisar el servicio de nutrición que se brinda junto con el servicio de comedor a los ancianos de la residencia diurna.

Funciones generales

- Vigilar que las instalaciones, equipo y mobiliario del servicio de comedor garanticen la salud de los ancianos de la residencia y del personal que labora en el area.

Elaborar planes de menús semanales o en su caso supervisar los que sean elaborados por el personal a su cargo.

Asesorar al personal a su cargo en la correcta aplicación de la nutrición y alimentación para los ancianos

Promover juntamente con el médico el uso y elección de hábitos relativos a la alimentación, dentro de la residencia diurna, y orientando a la comunidad que acuda.

Nombre del puesto: Jefe de servicios generales.

#### Propósito

- Administrar, vigilar y supervisar la prestación de servicios generales de la Residencia diurna, así como los recursos materiales para su óptimo aprovechamiento.

#### Funciones generales

- Orientar, dirigir y apoyar al personal en su cargo en el desempeño de sus labores dentro de la Residencia.
- Elaborar en forma periódica la requisición del material y recursos dentro de su área.
- Controlar la dotación y utilización de los materiales y recursos asignados a su área.
- Proponer a la *Dirección General* planes de mejoramiento de los servicios generales así como del personal de esta área.

Nombre del puesto: Secretaria

#### Propósito

- Apoyar y realizar las actividades administrativas relacionadas con el adecuado funcionamiento de la Residencia diurna.

### Funciones Generales

- Realizar las funciones de tipo mecanográfico que se requieran.
- Desarrollar las actividades administrativas de control, archivo, correspondencia y soporte que le asigne el Director de la Residencia.
- Mantener al día la documentación administrativa de la Residencia.

Nombre del puesto: Enfermera

### Propósito

- Auxiliar al médico en todas las actividades relacionadas con la salud de los ancianos que asistan a la residencia diurna.

### Funciones generales

- Ayudar al médico en la aplicación de exámenes clínicos de los ancianos que ingresan a la residencia, administrar los medicamentos a los ancianos que los requieran, de acuerdo con las instrucciones y prescripciones médicas.
- Participar en actividades de orientación e información a los ancianos y a la comunidad sobre los cuidados y atención que requieren los ancianos.

Nombre del puesto: Fisioterapeuta.

Propósito

- Proporcionar las terapias físicas y de rehabilitación para mantener y/o mejorar la salud física del anciano que acude a la residencia diurna.

Funciones generales

- Aplicar los métodos de rehabilitación física que requiere el anciano, de acuerdo a su estado actual de salud y a la valoración médica previa.
- Coadyuvar al bienestar del anciano en lo referente a la aceptación de sus funciones y capacidades físicas así como a la aceptación de la disminución o pérdida de algunas de estas.
- Colaborar con el área médica en la orientación para ancianos y familiares de estos en el favorecimiento de su salud física.

Nombre del puesto: Gericulturista.

Propósito

- Coadyuvar en la atención asistencial integral del anciano que asiste a la Residencia Diurna, en colaboración con el equipo interdisciplinario.

Funciones generales

- Colaborar conjuntamente con la trabajadora social y el psicólogo en la implementación de actividades recreativas, culturales y de autocuidado.
- Participar junto con el equipo interdisciplinario en la integración constante del grupo de ancianos.

**Nombre del puesto:** Auxiliar de cocinera.

Propósito

- Elaborar los alimentos y actividades que le asigne su jefe inmediato.

Funciones generales

- Mantener limpios los utensilios e instalaciones del área de cocina y comedor.
- Ayudar en la preparación de los alimentos diariamente, asignados por el área de nutrición.

**Nombre del puesto:** Auxiliar de mantenimiento.

Propósito

- Ayudar en las actividades encomendadas a la conservación y mantenimiento adecuados del inmueble y las instalaciones.

Funciones generales

- Realizar las tareas asignadas por su jefe inmediato referentes a la reparación y mantenimiento de las instalaciones de la Residencia Diurna.

**Nombre del puesto:** Auxiliar de lavandería.

Propósito

- Tener a su cargo el lavado y planchado de blancos.

Funciones Generales

- Mantener en óptimas condiciones de higiene las cortinas, manteles y toallas entre otros.

**Nombre del puesto:** Vigilante.

Propósito

- Estar a cargo de la seguridad de los ancianos, del personal y del inmueble de la residencia diurna.

Funciones generales

- Controlar la entrada y salida de residentes y visitantes, vigilar que los residentes y quienes tengan acceso hagan buen uso de las instalaciones y materiales de la Residencia Diurna.

**Nombre del puesto:** Auxiliar de intendencia.

Propósito

- Mantener en buenas condiciones de higiene las instalaciones de la Residencia Diurna.

Funciones generales

- Hacer diariamente el aseo general de la Residencia Diurna.
- Realizar las actividades asignadas por su jefe inmediato.

**Nombre del puesto:** Chofer.

Propósito

- Facilitar a los ancianos el acceso de su domicilio a la Residencia Diurna, a si como a los lugares que se visiten.

Funciones generales

- Trasladar a los ancianos que requieran el servicio de su casa hacia la Residencia Diurna.
- Trasladar a los ancianos y al personal necesario a los lugares de paseos y visitas previamente planeadas.

### **3.2.5 Instalaciones, mobiliario y equipo**

#### **Instalaciones**

El tipo de local en que funcione la Residencia será determinante para el logro de sus objetivos, es por ello que en condiciones óptimas sería construida y planeada con el objeto de asegurar que tenga las características de localización, orientación, superficie y distribución que garanticen su adecuado funcionamiento.

La **Residencia Geriatrica de Día** debe estar localizada en un sitio que ofrezca garantías de seguridad para el cruce y tránsito personal, sin colindancias altas que perjudiquen las condiciones naturales de iluminación, alejada de aglomeraciones, apartada de ruidos, olores o de cualquier instalación que pudiera representar molestias o riesgos para los ancianos.

La orientación deberá estar adecuada a las condiciones climatológicas de cada lugar, adaptando los esquemas de distribución a las necesidades de funcionamiento, tratando de lograr las mejores condiciones de temperatura, iluminación y ventilación.

El terreno tendrá una topografía básicamente plana para favorecer la seguridad de los ancianos, en caso contrario se deberá cuidar que las áreas de circulación se adapten a las características de los ancianos.

Es decir, la colocación de pasamanos es necesaria para auxiliar a los senectos en su traslado a las diversas áreas. Asimismo, es importante evitar la colocación de escaleras pero cuando esto no es posible por el tipo de instalaciones, se requiere colocar antiderrapantes en las mismas y pasamanos que ayuden al viejo.

En los baños también deben colocarse pasamanos, pues son frecuentes las caídas y aún más peligrosas en esta edad.

Otro aspecto que se debe considerar es evitar en lo posible los escalones, colocando en su lugar rampas que faciliten el acceso del viejo a las diversas áreas.

Deben utilizarse materiales y acabados de fácil limpieza y resistencia al tránsito, cuidando las condiciones térmicas de éstos, es decir, acordes a las características climatológicas donde se construye la Residencia Geriatrica de Día. Se sugiere la utilización de colores tenues para dar la sensación de tranquilidad.

### **Mobiliario y equipo**

A continuación se enlista el mobiliario y equipo que se sugiere para el adecuado funcionamiento de la Residencia de Día.

#### **Vestíbulo o Recepción**

- Mostrador
- Sillas o Sillones

- Pizarrón
- Teléfono

#### Dirección

- Escritorio
- Credenza
- Silla giratoria
- Sillones fijos
- Mesa de juntas
- Sillas
- Teléfonos

#### Secretaria

- Escritorio Secretarial
- Silla
- Archivero
- Máquina de escribir
- Teléfono secretarial

#### Servicio Médico

- Escritorio
- Sillas
- Archivero
- Mesa de exploración
- Vitrina
- Báscula
- Equipo médico de diagnóstico

#### Servicio Psicológico

- Escritorio
- Sillas
- Archivero
- Mueble de guarda para material de evaluación psicológica

#### Servicio de Trabajo Social

- Escritorio
- Sillas
- Archivero
- Máquina de escribir

#### Servicio de Nutrición

- Escritorio
- Sillas
- Archivero
- Báscula

#### Servicio de enfermería

- Escritorio
- Sillas
- Mesa de curaciones
- Vitrina
- Material de curación

#### Cocina

- Estufa industrial
- Horno
- Plancha o comal
- Campana
- Refrigerador
- Fregadero
- Mesas de trabajo
- Anaqueles
- Filtro de agua
- Licuadora
- Batidora
- Olla express
- Exprimidor y extractor de jugos
- Batería de cocina

#### Comedor

- Mesa
- Sillas
- Anaqueles
- Vajilla
- Cubiertos

#### Lavandería

- Lavadora
- Secadora
- Mesa para planchar
- Anaqueles
- Plancha

### **3.2.6 Promoción del Servicio**

Debido a la importancia de que el anciano conozca y considere otra de las alternativas que puede elegir para su atención, se promoverán los servicios y actividades que se ofrecen en la Residencia Geriátrica Diurna.

La promoción de la Residencia se puede llevar a cabo empleando los siguientes medios informativos:

**A].- Carteles**

**B].- Boletines**

**C].- Asociaciones Gerontológicas**

#### **Carteles**

- Se elaborarán textos que contengan en forma breve los servicios de la Residencia, la población a quien va dirigida y la ubicación de la misma para solicitar mayor información.

#### **Boletines**

- Se solicitará a un medio informativo impreso local la publicación del texto de promoción de los servicios que proporciona la Residencia, para darlo a conocer a la población más cercana a la ubicación de la misma.

### Asociaciones Gerontológicas

- Se contactará con diversas asociaciones gerontológicas para promover la Residencia entre sus asociados, de manera que puedan canalizar a los ancianos que requieran de este servicio.

### **3.2.7 Características de la Población**

Para que el senecto pueda obtener un óptimo beneficio de los servicios que presta una Residencia de Día se considera el siguiente perfil:

- Tener 60 años o más.
- Que pueda desplazarse por sí mismo.
- Estar mentalmente lúcido, es decir que posea ubicación en el tiempo y en el espacio.
- Que pueda realizar actividades de la vida diaria básicas.
- Conocer el acuerdo de participación que contiene el reglamento de la Residencia Geriátrica de Día (Anexo 1).

### **3.2.8 Instrumentos de Evaluación**

Se llevará a cabo una evaluación médica, psicológica y social a los ancianos que habrán de ingresar a la Residencia Geriátrica de Día porque es importante conocer las capacidades y funciones con que cuenta en este momento.

Todo esto con la finalidad de darle una atención a cada anciano enfatizando las áreas que más requiera, asimismo para que el personal tenga un parametro de comparación en las evaluaciones subsecuentes.

La evaluación será realizada por el personal correspondiente, se sugiere emplear alguna de las siguientes pruebas:

- 1.- Mini examen cognoscitivo Lobo (anexo 2)
- 2.- Breve escala del estado mental. Guía de preguntas.  
Doval, M, y cols. (anexo 3 )
- 3.- Guía de entrevista psicológica. Doval y cols.(anexo 4)
- 4.- Estudio social Subdirección General Médica, IMSS (anexo 5)
- 5.- Little Havana activities and nutrition centers adult  
day care (anexo 6)
- 6.- Escala Blessed de demencia (anexo 7)
- 7.- Test de adaptabilidad social MOSS

### **3.2.9 Descripción de las áreas contempladas**

Es importante el manejo de diferentes áreas en un programa que se va a instaurar a un grupo de senectos, tomando en cuenta que el anciano es un ser biopsicosocial y como tal es valioso contemplar los cambios a nivel físico y biológico que como consecuencia de su edad va a experimentar, así como las características más comunes en cuanto a los rasgos de personalidad debido a que los cambios a nivel individual van a influir en su interacción con su medio psicosocial.

El programa de actividades de Residencia Geriátrica de Día que se propone está encaminado a proporcionar a los ancianos una atención integral por lo que enseguida se ennumeran las diversas áreas que lo conforman, mismas que debido a la amplitud de elementos también se clasificarán en subáreas:

### **Area Cognoscitiva**

Dentro de ésta se engloban aquellas funciones de lo que podría considerarse la vida intelectual del individuo. Tareas que requieren de procesos mentales, que al no ser ejecutados y/o reforzados se llegan a deteriorar e incluso a perder. De ahí su importancia para considerarla en el presente programa.

## Subáreas

### Memoria:

Es una de las funciones que generalmente se van perdiendo o disminuyendo con el paso de los años. Sin embargo, esto depende en gran medida de la estimulación y ejercicio que se realice para que la disminución de esta capacidad no sea tan acelerada y se conserve el mayor tiempo posible.

### Atención:

Es la etapa de la vejez es común que la persona presente problemas de atención y concentración, que pueden ser causados por un déficit sensorial o bien por un ensimismamiento, es decir por una preocupación constante en sus problemas y necesidades por lo cual es necesario realizar actividades que estimulen la capacidad de atención.

### Comprensión:

Para una buena relación interpersonal es básica la comprensión de los mensajes que se transmiten. En el individuo senecto se torna especialmente importante, ya que la cantidad de interacción con el medio ambiente depende del grado de comprensión que posea.

### Actualización:

Para todo individuo inmerso en una sociedad, es importante que se mantenga informado de lo que sucede con su medio y en particular para el anciano porque éste tiende a refugiarse en recordar etapas pasadas de su vida, restandole importancia a hechos presentes, con el riesgo de perder la ubicación y espacio.

### **Area Socioafectiva**

En esta área se contemplan las actividades de interacción que favorecen el bienestar psicosocial de los ancianos, para que contribuyan a un estado mental saludable.

### **Subáreas**

#### **Autoconcepto:**

Debido a que en esta etapa la persona ha experimentado una serie de pérdidas consecutivas, es común que experimente una sensación de soledad y de no tener para qué, ni para quién vivir, lo cual repercute directamente en su autoconcepto, ya que se llega a sentir improductivo e inútil.

#### **Motivación**

Este aspecto es fundamental ya que la motivación genera el deseo del anciano de lograr y realizar las actividades que aún esté en posibilidades de llevar a cabo, para tener una mayor calidad de vida.

La motivación entendida como las condiciones o estados que activan o dan energía al organismo que llevan a una conducta dirigida hacia determinados objetivos, es importante manejarla dentro de la atención al anciano.

Como ya se ha mencionado, es importante sacar al anciano de su ensimismamiento y esto sólo se puede lograr con una adecuada motivación por parte de las personas que le rodean.

La motivación no sólo se refiere a la realización de tareas específicas, sino en general al deseo de seguir viviendo de la mejor manera posible.

### Socialización

Una de las motivaciones para seguir viviendo es sentirse importante para alguien y en esta población es valioso el promover una adecuada relación con la gente que le rodea para evitar ese sentimiento de soledad y propiciar con esto el aumento de sus relaciones y sus amistades con personas de su misma edad que los comprenda y pueda ayudar.

### Area de Autocuidado

Es importante que el senecto conozca los cambios, que como parte de su evaluación y desarrollo va a experimentar tanto en el área física como afectivo-social. Este conocimiento previo va a ayudarlo a la aceptación de ese proceso que está viviendo.

### Subáreas

#### Aceptación del Envejecimiento:

Si bien no es fácil aceptar que el tiempo vivido se ha llevado algunas de nuestras capacidades físicas y mentales, también es verdad que se deben valorar aquellas experiencias que se han ido acumulando a lo largo del tiempo. Es por eso que se debe fomentar la Aceptación y la no resignación del envejecimiento propio, aprender a valorar lo que tenemos en lugar de renegar por lo que pedimos o no logramos.

#### Conocimiento y Aceptación a los cambios propios de esta etapa:

Es valioso que el sujeto conozca los cambios que está sufriendo y que va a sufrir a lo largo de esta etapa, ya que es mejor saber que lo que pasa es

normal y no vivir con la angustia de que sólo le suceden a él o ella y sentirse rechazado por estos cambios o incluso autorrechazarse. Asimismo, al conocerlos va a aprender a prevenir algunas posibles consecuencias dañinas, ayudándole así a no caer en una total apatía, pensando que todo lo que le pasa es normal debido a su edad, y negarse a realizar determinadas actividades cotidianas o novedosas.

En la siguiente ilustración se presenta el ejemplo de un **horario semanal** y las **actividades** a efectuarse dentro de la Residencia Diurna; sin embargo, no son las únicas que se puedan realizar, y es importante considerar para la implementación de nuevas actividades que estas cubran los objetivos de una o más de las áreas ya descritas.

También es necesario tomar en cuenta el interés que el anciano muestre hacia las actividades, ya que el programa debe ser flexible: Para modificar el orden, y las actividades mismas que no despierten un interés general del grupo; y para implementar actividades acordes a las necesidades de los ancianos y que estén motivados a realizar.

**EJEMPLO DEL HORARIO DE ACTIVIDADES DE LA  
RESIDENCIA GERIATRICA DE DIA**

HORARIO	LUNES	MARTES	MIERCOLES	JUEVES	VIERNES
9:00 - 10:00	COMENTARIO DE NOTICIAS	ACTIVIDADES MANUALES	TECNICAS DE MEMORIA	ACTIVIDADES MANUALES	PASEOS
10:00 - 11:00	BOLICHE	DINAMICA DE GRUPO	CACHIBOL	CIRCULO DE LECTURA	PASEO
11:00 - 12:00	GIMNASIA REHABILITACION	GIMNASIA	GIMNASIA REHABILITACION	GIMNASIA	PASEO
12:00 - 13:00	TECNICAS DE MEMORIA	MUSICOTERAPIA	TALLER DEL AREA DE PSICOLOGIA	DINAMICA DE GRUPO	
13:00 - 14:00	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA	COMIDA
14:00 - 15:00	TALLER DEL AREA DE TRABAJO SOCIAL	TALLER DEL AREA DE MEDICINA	PROYECCION DE PELICULA	JUEGOS DE MESA	JUEGOS DE MESA
15:00 - 16:00	JUEGOS DE MESA	CIRCULO DE LECTURA	PROYECCION DE PELICULA	GRUPD DE APOYO	

### **3.2.10 Objetivos por área:**

#### **Area Cognoscitiva**

##### **Objetivos.**

- 1.1** Estimular, mantener y mejorar las funciones intelectuales de los ancianos a través de estimulación mental y sensorial.
  - 1.1.1** Prevenir el deterioro acelerado de las funciones cognitivas mediante la estimulación de las mismas.
    - 1.1.1.1** Efectuar una evaluación cognitiva inicial de las funciones intelectuales del anciano.
    - 1.1.1.2** Informar al anciano acerca de los cambios cognoscitivos que está experimentando.
    - 1.1.1.3** Orientar a los familiares del anciano acerca del proceso de envejecimiento psicológico.
    - 1.1.1.4** Seguir a través de evaluaciones periódicas la evolución del estado cognoscitivo del anciano.
  - 1.1.2** Proporcionar al anciano los elementos que ejerciten un adecuado funcionamiento intelectual
    - 1.1.2.1** Realizar actividades que prolonguen el adecuado funcionamiento cognitivo del anciano.
    - 1.1.2.2** Favorecer la interacción del personal con el anciano en actividades de apoyo de ejercicio intelectual.

**1.1.2.3** Proporcionar a los familiares estrategias que ayuden al anciano a la conservación de sus funciones intelectuales.

**1.1.3** Facilitar al anciano las estrategias necesarias que mejoren el desempeño cognitivo en la interacción con su medio.

**1.1.3.1** Orientar al anciano para una interacción favorable con su medio.

**1.1.3.2** Proporcionar al anciano los elementos adecuados para su desenvolvimiento en el ámbito familiar.

**1.1.3.3** Favorecer la práctica de habilidades que contribuyan a su desempeño en el medio social.

### **Area Afectivo Social**

**1.2** Promover, mejorar y mantener el bienestar de los ancianos dentro de su núcleo familiar y social.

**1.2.1** Preparar al anciano en la comprensión y aceptación de sus cambios psicológicos y sociales

**1.2.1.1** Orientar al anciano en el conocimiento de los cambios psicológicos más frecuentes en ésta etapa de la vida.

**1.2.1.2** Preparar al anciano en la aceptación y comprensión de las actitudes que la sociedad va adoptando hacia él.

**1.2.2** Mantener el bienestar psicológico del anciano fomentando las relaciones familiares y sociales adecuadas.

**1.2.2.1** Conocer los factores que intervienen en el bienestar psicológico del anciano para que se mantenga en un nivel adecuado.

**1.2.2.2** Favorecer las relaciones interpersonales que aseguren al anciano un ambiente armónico de cordialidad y confianza.

**1.2.2.3** Orientar a los familiares acerca de las necesidades del anciano para que presten atención a las mismas contribuyendo a su bienestar.

**1.2.3** Mejorar las relaciones del anciano con su entorno familiar y social mediante acciones de tipo informativo y terapéutico.

**1.2.3.1** Propiciar un adecuado ambiente psicoafectivo dentro de la residencia que le permita al anciano mejorar su bienestar en esta área.

**1.2.3.2** Detectar los factores que están afectando su integración en el ambiente familiar y social.

**1.2.3.3** Aplicar medidas terapéuticas que beneficien al anciano en su vida familiar y social.

**1.2.3.4** Proporcionar apoyo psicoterapéutico a los familiares que así lo requieran, contribuyendo así al bienestar psicoafectivo del anciano y a su integración familiar.

## **Area Autocuidado**

**1.3** Mejorar y mantener el estado físico de salud de los ancianos mediante acciones médico preventivas y de rehabilitación.

**1.3.1** Proporcionar al anciano, a la institución y su medio familiar las medidas de prevención necesaria para impulsar su salud.

**1.3.1.1** Informar al anciano acerca de los cambios fisiológicos propios del envejecimiento.

**1.3.1.2** Disponer material informativo al anciano sobre las enfermedades más frecuentes en la vejez.

**1.3.1.3** Proporcionar a los familiares del anciano información sobre los factores de riesgo que inciden en la salud de los ancianos.

**1.3.1.4** Estimular la participación del equipo multidisciplinario en el fomento de prevención de incidentes y enfermedades en los ancianos.

**1.3.1.5** Preparar al anciano para implementar medidas de autocuidado para prevenir problemas de salud.

**1.3.2** Fomentar en el anciano y su familia la realización de actividades físicas para favorecer el buen estado de salud.

**1.3.2.1** Proporcionar al anciano el conocimiento de los tipos de ejercicios más adecuados que puedan realizar.

**1.3.2.2** Estimular la realización de actividades físicas que contribuyan a la preservación de la salud óptima del anciano.

**1.3.2.3** Orientar a los familiares del anciano para que alienten a éste en la realización de actividad física.

**1.3.2.4** Preparar al anciano para implementar medidas de autocuidado para mantener un adecuado estado de salud.

**1.3.3** Otorgar al anciano y los familiares la orientación básica y adecuada para mejorar su salud.

**1.3.3.1** Proporcionar al anciano material de información de centros y personal de atención geriátrica para los casos que así lo requieran.

**1.3.3.2** Proporcionar a los familiares material de información de centros y personal de atención geriátrica para los casos que así lo requieran.

**1.3.3.3** Preparar al anciano para implementar medidas de autocuidado que mejoren su estado de salud.

**1.3.3.4** Orientar a los familiares en el manejo adecuado de apartados elementales de rehabilitación.

**1.3.3.5** Preparar a los familiares en la aplicación de medidas de rehabilitación en casa.

### **3.2.11 Actividades por área**

#### **Area Cognoscitiva**

##### **Actividades propuestas**

- 1.1.1 Prevenir el deterioro acelerado de las funciones cognitivas mediante la estimulación de las mismas**
  - 1.1.1.1 Efectuar una evaluación cognitiva inicial aplicando la Escala breve del estado Mental. (Anexo 3)**
  - 1.1.1.2 Implementar un taller dirigido a los ancianos con el tema "Cambios cognoscitivos en el Anciano". Realizar una plática acerca de "Funciones Intelectuales de la Tercera Edad".**
  - 1.1.1.3 Implementar actividades que mantengan actualizado al anciano y en contacto con el mundo que le rodea, tales como comentarios de noticias, círculos de lectura, etc.**
  - 1.1.1.4 Invitar a los familiares de los ancianos a las pláticas en que se aborde el tema de cambios cognoscitivos en el senecto. A través de los grupos de apoyo, los familiares tratarán los cambios cognoscitivos de su anciano intercambiando alternativas.**
  - 1.1.1.5 Llevar a cabo evaluaciones periódicas mediante la aplicación del Miniexamen Cognoscitivo (Anexo 2 )**
- 1.1.2 Proporcionar al anciano los elementos que ejerciten un adecuado funcionamiento intelectual memoria. (Anexo 9)**
  - 1.1.2.2 Coordinar la realización constante de juegos de mesa.**
  - 1.1.2.2. Reunir al personal para trabajar la terapia "Balint"**

**1.1.2.3** Capacitar a los familiares acerca de cómo ayudar al anciano a emplear los recursos mnemotécnicos en casa. Invitar a los familiares a los Talleres de Memoria.

**1.1.3** Facilitar al anciano las estrategias necesarias de desempeño cognitivo en la interacción con su medio.

**1.1.3.1** Implementar actividades que reafirmen el empleo de habilidades cognitivas, tales como "Círculo de Lectura", debates sobre contenidos de películas o comentarios de noticias.

Realizar continuamente ejercicios con los recursos mnemotécnicos, llevando un registro individual de logros y avances.

**1.1.3.3** Favorecer la práctica de habilidades que contribuyan a su desempeño en el medio social.

## **Area Afectivo- Social**

### **Actividades propuestas**

**1.2.1** Preparar al anciano en la comprensión y aceptación de sus cambios psicológicos y sociales.

**1.2.1.1** Implementar un Taller Semanal a cargo del Area de Psicología, con duración de una hora diaria, en el que se expliquen los cambios psicológicos y sociales que conlleva el envejecimiento.

- Organizar un Simpósium Mensual con la participación de profesionistas en el Area de Gerontología en donde se expliquen los cambios psicológicos normales y patológicos.

**1.2.1.2** Aplicar la Guía de Entrevista Psicológica (Anexo 5 )

- Realizar un Estudio de Caso dos veces al mes, de ancianos famosos para conocer la diversidad de las actividades anciano-sociedad.
- Llevar a cabo un foro posterior a una conferencia "*Características de la Personalidad del Anciano*", impartida por el Area de Psicología, para obtener criterios en común.

**1.2.2** Mantener el bienestar psicológico del anciano fomentando las relaciones familiares y sociales adecuadas.

**1.2.2.1** Aplicar una Entrevista Psicológica Individual Inicial y periódica para cada anciano.

- Implementar la *Técnica de Corrillos* para que el grupo exprese lo que necesita para sentirse bien.
- Implementar la técnica "*Dentro-Fuera*", inquietudes mutuas o temores y esperanzas cada dos meses para conocer las necesidades del grupo y evaluar el programa hasta el momento.

**1.2.2.2** Implementar el juego "*El Amigo Secreto*" entre el grupo de ancianos.

- Organizar los festejos de cumpleaños o santorales.

- Otorgar un reconocimiento a una cualidad específica de los ancianos, cordialidad o simpatía entre otras, quincenalmente elegidos por los mismos ancianos.
- 1.2.2.3** Invitar a los familiares del anciano al Taller.
- Analizar, mediante Estudios de Caso, las necesidades de los ancianos.
- 1.2.3** Mejorar las relaciones del anciano con su entorno familiar y social mediante acciones de tipo informativo y terapéutico.
- 1.2.3.1** Organizar Dinámicas de Integración.
- Realizar reuniones con el personal para la discusión de casos particulares (especiales).
- 1.2.3.2** Aplicar Técnicas de Grupo como los Cuadros para detectar la dinámica de integración del grupo.
- Reuniones periódicas con el personal para discutir situaciones conflictivas del anciano y sugerir soluciones.
- 1.2.3.3** Realizar evaluaciones periódicas con el grupo para detectar los casos que requieren apoyo psicoterapéutico.
- Canalizar al anciano a la Consulta Psicológica.
- 1.2.3.4** Implementar Grupos de Apoyo para familiares, de tal forma de ayudarlos para que se reúnan mensualmente.

## **Area de Autocuidado**

### **Actividades propuestas**

**1.3.1** Proporcionar al anciano, a la institución y a su medio familiar las medidas de prevención necesarias para impulsar su salud .

**1.3.1.1** Implementar un Taller Semanal a cargo del Area Médica, con duración de una hora, en el que se expliquen los cambios físicos que conlleva el envejecimiento.

- Organizar un Simposium Mensual con profesionistas en el Area Médica sobre los cambios físicos normales y patológicos.

**1.3.1.2** Distribuir un tríptico para ancianos con información acerca de las enfermedades más frecuentes, especificando medidas de prevención.

- Elaborar un Periódico Mural con ilustraciones y textos breves de información sobre enfermedades que se presentan en la vejez.

**1.3.1.3** Elaborar para los familiares un Manual con información sobre los factores de riesgo para el anciano.

**1.3.1.4** Motivar al anciano a mantenerse activo participando en las actividades manuales y talleres de carpintería.

- Implementar un Curso de Autocuidado, impartido por personal del Area Médica, para los ancianos.
- Realizar prácticas continuas de autocuidado entre los ancianos.

- 1.3.2** Fomentar en el anciano y su anciano y su familia la importancia de realizar actividades físicas para favorecer el buen estado de salud.
- 1.3.2.1** Impartir una clase ilustrativa a cargo del fisioterapeuta que explique al anciano las actividades físicas que favorezcan a la salud.
- 1.3.2.2** Impartir una clase diaria de acondicionamiento físico con duración de una hora.
- Invitar a los ancianos a participar en torneos deportivos para la llamada "*Tercera Edad*" dentro y fuera de las Residencias Geriátricas de Día.
  - Entrenar a los ancianos que deseen participar en torneos externos de las Residencias geriátricas de Día Interinstitucionales.
- 1.3.2.3** Impartir una clase a los familiares en donde se explique la importancia del ejercicio en el anciano.
- Organizar dos paseos anuales en donde se incluyan actividades de ejercicio, contando en este caso con el apoyo y participación de sus familiares.
- 1.3.2.4** Implementar una cartilla de salud en la cual el anciano registrara datos importantes para el cuidado de salud.
- Informar al anciano acerca del llenado adecuado de su cartilla.
- 1.3.3** Otorgar al anciano y los familiares la orientación básica y adecuado para mejorar su salud.
- 1.3.3.1** Informar a los ancianos acerca de Centros de Atención Especializada que estén a su alcance .

- Proporcionar a los ancianos un directorio de Centros y personal de atención geriátrica.
- 1.3.3.2** Proporcionar a los familiares de los ancianos un directorio de Centros y personal que brindan atención geriátrica.
- Informar a los familiares si su anciano requiere de atención especializada.
- 1.3.3.3** Realizar evaluaciones físicas a los ancianos
- Implementar terapias de rehabilitación física de acuerdo a las necesidades de cada anciano.
  - Impartir a cargo del fisioterapeuta acerca del tipo de ejercicio que el anciano requiere.
- 1.3.3.4** Implementar una clase para los familiares en que se informe a cerca de los aparatos de rehabilitación que puede utilizar el anciano.
- Realizar una clase práctica sobre cómo utilizar aparatos de rehabilitación.
- 1.3.3.5** Orientar a los familiares acerca de los ejercicios de rehabilitación que puede realizar el anciano en casa.
- Implementar una demostración práctica de como ayudar al anciano para su rehabilitación física en casa.

# **Capitulo 4**

## **Reporte de la experiencia piloto**

La Residencia Diurna es una alternativa adecuada, particularmente para aquellos ancianos que pasan gran parte de su tiempo solos, ya sea porque vivan solos, o porque sus familiares estén fuera de casa la mayor parte del día.

En la Residencia Diurna se les proporciona un lugar seguro y cómodo, en donde ocupar la mayor parte del tiempo, realizando actividades o promoviendo el buen estado de salud y funcionalidad de sus capacidades físicas, convivir con personas de su misma edad con intereses y necesidades similares, favoreciendo todo esto en conjunto, a darle al senecto una mejor calidad de vida.

Debido a la gran demanda en los servicios que otorga la Casa de Reposo "Mateos Portillo", esta institución acordó brindar un espacio en sus instalaciones con el fin de atender también a algunos ancianos durante el día. Con este propósito se nos invitó a participar, dentro del proyecto Formación Integral del Psicólogo Educativo, en la organización e implementación de la Residencia Geriátrica de Día como parte de un convenio entre dicha institución y el departamento de Psicología Educativa de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México.

El proyecto denominado "Residencia Geriátrica de Día" se inició el 8 de enero de 1990 dentro de la Casa de Reposo "Mateos Portillo" ubicada en Matamoros No. 143, Delegación Tlalpan, Distrito Federal.

La realización de este proyecto comprendió tres etapas, que fueron las siguientes:

**A].-** La planeación, que incluyó los siguientes pasos

- 1.- Sensibilización de la población
- 2.- Detección de necesidades de la población.
- 3.- Elaboración del programa.
- 4.- Determinación de necesidades de mobiliario y equipo
- 5.- Especificación de requisitos de los solicitantes.
- 6.- Elaboración del instrumento de selección
- 7.- Determinación de recursos humanos.

**B].-**La implementación, que abarcó los siguientes aspectos:

- 1.- Apoyo administrativo.
- 2.- Promoción del servicio.
- 3.- Selección de candidatos.
- 4.- Personal.
- 5.- Desarrollo del programa.

**C].-** Y los resultados, que se exponen como:

- 1.- Evaluación
- 2.- Beneficios.

## **A) PLANEACION**

### **1. Sensibilización de la población**

Esta etapa se inició con un periodo de sensibilización, durante dos semanas, hacia los ancianos que vivían en la Casa de Reposo, a través de la interacción y convivencia por un espacio de cuatro horas diariamente con ellos, para conocernos, integrarnos y lograr su aceptación. Para lo cual nos incorporamos compartiendo la hora de la comida , y coordinando las clases de acondicionamiento físico, que posteriormente se le llamó la clase de gimnasia.

La etapa de sensibilización fué muy importante, ya que desde el principio de este trabajo se consideró que era necesario preparar a los ancianos internos, para que aceptaran a los nuevos residentes, una vez iniciada la Residencia Geriátrica Diurna, con quienes habrían de compartir algunos servicios y parte de su espacio.

### **2.- Detección de las Necesidades de la Población**

Con la finalidad de proporcionar un servicio de atención diurna apropiada y completa, se inició esta etapa haciendo una revisión exhaustiva de los expedientes de solicitantes a ingresar a la Casa de Reposo, que estaban en lista de espera, la cual era de aproximadamente 120 personas, para lo cual se consideraron principalmene aspectos tales como: edad, domicilio, situación familiar, funcionalidad, con el propósito de seleccionar posteriormente a aquellos ancianos para quienes fuera más apropiado este tipo de asistencia, y que a su vez pudieran ser más aptos para ingresar a la Residencia Geriatrica de Día.

Además, por medio de información proporcionada directamente por los ancianos y de los datos reportados en los expedientes, se realizaron algunas visitas a los senectos que vivían en las zonas cercanas y que tuvieran interes de pertenecer a la Residencia Geriátrica Diurna.

Asimismo, visitamos en la Delegación Tlalpan dos clubes, uno formado por derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No. 7 del Instituto Mexicano del Seguro Social y el otro conformado por vecinos del Centro de Tlalpan. Fué así como nos percatamos que en esta zona efectivamente existía una gran demanda de atención para las personas de la Tercera Edad, y que sin embargo existían pocas opciones entre las que el anciano pudiera elegir, y aún así, algunas de ellas no cubrían sus expectativas.

### **3.- Elaboración del programa**

El objetivo principal de la Residencia Geriátrica de Día fué sobre todo proporcionar una mejor calidad de vida en el anciano y favorecer la atención de los cambios propios de la edad, así como prevenir la institucionalización permanente, cuando ésta fuera innecesaria, brindándole una atención integral, en un lugar seguro y cómodo, donde pudiera convivir con personas de su misma edad e intereses sin desligarlo de su contexto familiar y social.

Para lograr dicho objetivo se elaboró un *Programa de Actividades* abarcando tres áreas: *Cognoscitiva, Afectivo-Social y Autocuidado*, que a

su vez constituyeron la estructura de la propuesta formal ya descrita en el capítulo correspondiente.

**Area Cognoscitiva:** Se incluyeron las funciones que constituyen la vida intelectual del individuo, teniendo como subáreas a la *Memoria, Atención, Comprensión y Actualización*

**Area Socioafectiva:** En ésta se manejó la importancia de los aspectos afectivos para las relaciones interpersonales y la autoimagen del anciano, tomando en cuenta tres subáreas: *Autoconcepto, Motivación y Socialización.*

**Area de autocuidado:** Se encargó del conocimiento de la serie de cambios físicos que el anciano experimenta en todos los ámbitos, con las subáreas de *Conocimiento y Adaptación a los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la senectud.*

Las actividades del programa se planearon tomando en cuenta las características de esta población, además que consideramos que cada actividad debería cubrir una o más de las áreas mencionadas dentro del horario planeado.

#### **4.- Determinación de las Necesidades del Mobiliario y Equipo**

El espacio físico asignado para la Residencia Geriátrica Diurna fué el área superior de la Casa de Reposo, el cual anteriormente había sido ocupado como bodega, con un área aproximadamente de 6 X 15m. La distribución final, una vez que fue acondicionada quedó de la siguiente forma: Un pequeño salón como Taller de Carpintería, otro como Salón de Gimnasia, una sala de estar, un baño y un área destinada como Sala de Usos Múltiples y Taller de Manualidades.

su vez constituyeron la estructura de la propuesta formal ya descrita en el capítulo correspondiente.

**Area Cognoscitiva:** Se incluyeron las funciones que constituyen la vida intelectual del individuo, teniendo como subáreas a la *Memoria, Atención, Comprensión y Actualización*

**Area Socioafectiva:** En ésta se manejó la importancia de los aspectos afectivos para las relaciones interpersonales y la autoimagen del anciano, tomando en cuenta tres subáreas: *Autoconcepto, Motivación y Socialización.*

**Area de autocuidado:** Se encargó del conocimiento de la serie de cambios físicos que el anciano experimenta en todos los ámbitos, con las subáreas de *:Conocimiento y Adaptación a los cambios físicos, psicológicos y sociales propios de la senectud.*

Las actividades del programa se planearon tomando en cuenta las características de esta población, además que consideramos que cada actividad debería cubrir una o más de las áreas mencionadas dentro del horario planeado.

#### **4.- Determinación de las Necesidades del Mobiliario y Equipo**

El espacio físico asignado para la Residencia Geriátrica Diurna fué el área superior de la Casa de Reposo, el cual anteriormente había sido ocupado como bodega, con un área aproximadamente de 6 X 15m. La distribución final, una vez que fue acondicionada quedó de la siguiente forma: Un pequeño salón como Taller de Carpintería, otro como Salón de Gimnasia, una sala de estar, un baño y un área destinada como Sala de Usos Múltiples y Taller de Manualidades.

Nuestra colaboración incluyó el apoyo en acondicionar el espacio para la Residencia de Día, posteriormente elaboramos la relación del mobiliario y equipo necesario para implementar las actividades, misma que fué aprobada por las autoridades correspondientes. (anexo 10).

#### **5.- Especificación de los requisitos del solicitante**

Elaboramos un perfil de características necesarias para el ingreso al grupo y para que éste fuera lo más homogéneo posible. Los requisitos que consideramos importantes para este propósito fueron:

- \* Tener 60 años o más.
- \* Ser autosuficiente, es decir, realizar actividades de la vida diaria (por ejemplo desplazarse, comer, asearse) sin recibir ayuda.
- \* Contar con salud física y mental lo más acorde a su edad.
- \* Tener domicilio cercano y/o accesible a la Residencia Geriátrica de Día.
- \* Manifestar interés por convivir con personas de su edad.

#### **6.- Elaboración del instrumento de Selección**

De acuerdo al perfil establecido, elaboramos un cuestionario para explorar aspectos relevantes de funcionalidad y psicosociales para el ingreso del anciano (anexo 10).

#### **7.- Determinación de los Recursos Humanos**

Para brindar una atención integral a cada miembro de la Residencia Geriátrica de Día y para el óptimo funcionamiento del grupo del programa, se requirió del siguiente equipo interdisciplinario:

- 1 médico geriatra.
- 1 psicóloga
- 1 trabajadora social.
- 1 profesora de manualidades.
- 1 enfermera.
- 1 intendente.

## **B.- IMPLEMENTACIÓN**

### **1.- Apoyo Administrativo**

Un proyecto de esta naturaleza requería, además de una adecuada planeación y entusiasmo para llevarlo a cabo, contar con el apoyo administrativo y financiero de la institución, el cual estuvo presente desde el proceso de planeación hasta la finalización del proyecto de la Residencia Geriátrica de Día, haciéndose cargo de los gastos para el funcionamiento de la misma.

### **2.-Promoción del Servicio**

La promoción de la Residencia Geriátrica de Día se realizó por medio de la elaboración de carteles y volantes que se colocaron en lugares cercanos tales como la Delegación Tlalpan, el mercado, la iglesia y en algunas clínicas y comercios. En la propaganda se especificaron datos como dirección, requisitos, servicios, actividades del programa y horario.

### **3.- Selección de candidatos**

La selección se realizó mediante una entrevista médica, una psicológica (instrumento de selección antes mencionado) y un estudio socioeconómico. De acuerdo a los resultados de esta evaluación se determinaba la aceptación/no aceptación del anciano en la Residencia Geriátrica, así como el pago de una cuota simbólica, misma que osciló entre los 10 y 50 pesos mensuales.

### **4.- Personal.**

El equipo de trabajo que participó en este proyecto fue acorde a lo determinado: médico geriatra, psicóloga, trabajadora social, profesora de manualidades, enfermera e intendente, cabe señalar que con el fin de optimizar recursos, se determinó que parte del personal de Casa de Reposo colaborara con la Residencia Diurna y en algunos eventos espeiales contamos con la participación de prestadores de Servicio Social que tenían asignadas sus labores con los residentes permanentes.

### **5.-Desarrollo del Programa**

La inauguración de la Residencia Geriátrica Diurna se llevó a cabo el 22 de marzo de 1990, con una ceremonia a la que asistieron el Director General del Nacional Monte de Piedad, la Presidenta del Voluntariado Nacional Monte de Piedad, la Directora de Asistencia Privada y otras autoridades.

Se hizo la presentación del Programa de Actividades y los miembros de la Residencia Geriátrica expresaron sus expectativas ante esta nueva alternativa de servicio para ellos.

Posteriormente disfrutamos de un evento artistico donde estuvieron presentes las autoridades, el personal de la Casa de Reposo, los residentes de día e internos, con la principal finalidad de propiciar el inicio de la interacción de todos los residentes.

Estuvimos laborando con este grupo durante siete meses continuos, turnándonos para cubrir el horario de la Residencia Diurna, de 9:00 a 16:00 horas. Durante las primeras semanas se trabajó con siete residentes iniciales. Sin embargo, uno de ellos dejó de asistir en esta primera etapa, y en las siguientes semanas se incorporaron cuatro ancianos más, totalizando 10 senectos que conformaron el grupo con el que se laboró.

Nuestra labor fué principalmente de coordinar las actividades, participando dentro de las mismas; atender siempre a los residentes para detectar las necesidades que surgieran, así como cuidar de la integración del grupo. Asimismo, por la función que tuvimos de implementar y coordinar este proyecto, fungimos dentro de la institución como enlace entre los residentes y la dirección de la misma.

Las actividades que realizaron fueron las siguientes: Gimnasia, taller de memoria, juegos de mesa, terapia ocupacional, carpintería, círculos de lectura, pláticas sobre temas de medicina, psicología, filosofía y trabajo social, paseos dentro del área metropolitana, y los residentes que requerían rehabilitación física asistían a sesiones diarias de 15 minutos, durante las mañanas.

En todas las actividades de la Residencia de Día se invitaba y motivaba a participar a los residentes permanentes de la Casa de Reposo, lo cual al principio parecía un tanto difícil de lograr, pero al cabo de dos meses aproximadamente existía ya un acoplamiento de ambos grupos bastante satisfactorio: los residentes diurnos aportaban novedad y vitalidad a los

residentes permanentes, y esto les hacía sentirse útiles, valiosos; y estos últimos recibieron motivación para participar en actividades en las que ya habían perdido interés, y en relacionarse y hacer nuevas amistades, lo cual enriqueció notablemente a ambos grupos.

Participamos también en coordinar eventos y actividades especiales junto con el área de trabajo social, tales como un concurso de declamación a nivel nacional organizado por el INSEN, en donde participó una de las residentes, un curso de relaciones humanas, y festejo de los cumpleaños de los residentes.

Al cumplirse el tiempo en que conculca nuestro compromiso con la Casa de Reposo "Mateos Portillo" y con la Facultad de Psicología de la UNAM, hicimos un proceso de separación gradual de nuestra parte con el grupo, así como se hizo cuando iniciamos el proyecto: Por una parte informamos al grupo de que nuestro Servicio Social estaba a punto de concluir, y que ellos continuarían recibiendo los mismos servicios, y por otra parte asistimos las últimas semanas cada vez con menos frecuencia, y es importante aclarar que el programa "*Residencia Geriátrica de Día*" no concluyó, sino que hasta la fecha está vigente, y actualmente la institución determina si algún residente diurno requiere asistencia permanente y se lo otorga en la primera oportunidad que se presenta.

## **C.- Resultados**

### **1.- Evaluación**

La evaluación del programa "*Residencia Geriátrica de Día*" se llevó a cabo de manera informal y abierta a través de una junta interna con los residentes y en una mesa redonda sobre los proyectos de Formación Integral del Psicólogo del área educativa, en la Facultad de Psicología donde el grupo de residentes estuvo presente.

Los resultados que se obtuvieron fueron los siguientes:

Los ancianos que acudieron y participaron en la Residencia Diurna expresaron mayor interés por conocer a sus demás compañeros y sobre todo a sí mismos, también detectamos su deseo por compartir con los jóvenes su experiencia, conocimientos y reconocieron que también podrían aprender de ellos.

Por otra parte, expresaron que habían advertido mejoramiento en sus funciones físicas tales como realizar mejores desplazamientos y las actividades de la vida diaria. En este punto fueron importantes las sesiones de rehabilitación y gimnasia.

### **2.- Beneficios**

Los beneficios que obtuvieron los ancianos se extendieron a sus familias y comunidades pues recibieron cada vez más apoyo, ya que antes se les veía generalmente como personas urañas, distantes y con poca o ninguna capacidad de aprender y después de un tiempo de asistir a la Residencia Diurna mostraban con cierto orgullo que su familia y personas que les rodeaban les consideraban como dinámicos, útiles y con mayor deseo de vivir.

Con la puesta en marcha de la Residencia de Día, en la Casa de Reposo "Mateos Portillo" se lograron los siguientes objetivos:

\* La Residencia de Día contribuyó a que la Casa de Reposo brindara asistencia a un número cada vez mayor de ancianos con asistencia diurna y total que cubriera las necesidades del anciano.

\* El proyecto de "*Residencia Geriátrica de Día*" permitió a la Casa de Reposo aprovechar al máximo sus recursos humanos y materiales, ya que tanto la mayoría de los servicios como el personal eran compartidos por ambos grupos.

\* La Residencia de Día estimuló una mayor participación de los residentes totales a través de interacción que los residentes diurnos establecieron con ellos. Algunos de los beneficios para los residentes permanentes fueron:

Mayor interés por continuar compartiendo actividades, intercambiar conocimientos y hacer nuevas amistades.

Disminuyó el ensimismamiento y la apatía.

Interés por mantenerse al tanto de lo que sucede en el medio externo, a través de las pláticas cotidianas, comentando noticias y eventos de trascendencia.

Como se puede observar los objetivos que cumplió la Residencia Geriátrica Diurna, no solo beneficiaron a los residentes diurnos, sino que también ayudaron a los residentes totales mejorando su autoestima, motivándolos a participar en las actividades de la residencia y buscando una mayor interacción con otras personas.

## **CONCLUSIONES:**

Como ya se mencionó al principio de esta investigación y de acuerdo a los datos del I.N.E.G.I., la esperanza de vida en la población ha aumentado principalmente por los avances científicos y tecnológicos lo cual ha generado que el número de ancianos sea cada vez mayor.

Debido a que la vejez es una etapa de la vida para la cual existe poca o ninguna preparación para enfrentarla, el individuo al llegar a ella no cuenta con los elementos internos ni externos para disfrutarla y vivirla plenamente de la misma manera la sociedad no dispone de suficientes servicios para atender a los ancianos de acuerdo a las necesidades que estos manifiestan.

La Residencia de Día proporciona al anciano la alternativa de permanecer dentro de su núcleo social y familiar, evitando en la medida de lo posible la intitucionalización, dejando así esta opción solamente para quienes la requieran dadas sus características físicas y sociales.

Actualmente existen distintas modalidades de servicios diurnos para ancianos, pero en su mayoría carecen de una estructura formal en cuanto a planeación y funcionamiento, por lo tanto no proporcionan la atención integral que merece el anciano.

El proyecto de "*Residencia Geriátrica de Día*" propuesto en el presente trabajo, conformado por las áreas socioafectiva, cognoscitiva y autocuidado, brinda al anciano una atención integral y de esta manera se propone como un modelo ideal de atención geriátrica diurna, considerando que se podrán realizar las modificaciones que fueran necesarias de acuerdo a los recursos humanos, materiales y financieros de los que disponga la persona o equipo de trabajo interesados en llevarlo a cabo, así como también de las características de la población.

Durante la implementación de la experiencia piloto del programa de Residencia Geriátrica Diurna, los ancianos que participaron en él obtuvieron diversos beneficios para su bienestar físico, psicológico y social (los cuales ya han sido mencionados en el apartado de resultados), y por lo tanto se pudo constatar que el senecto efectivamente requiere este tipo de atención que le ayude a conocer y aceptar los procesos de su envejecimiento y le facilite el interactuar asertivamente dentro de la sociedad contribuyendo a que su calidad de vida sea mejor. De acuerdo con la teoría de la Actividad (Lehr, 1988), pudimos corroborar que el anciano necesita y es capaz de mantenerse participativo en su medio familiar y social, así como fortalecer e incrementar vínculos afectivos.

Si bien es cierto que la sistematización para brindar este servicio es un factor sumamente necesario y se han visto los resultados de su aplicación, debemos enfatizar que es de igual importancia la calidad de la interacción del anciano con su grupo y con el personal, ya que se debe propiciar en todo momento un ambiente agradable y estimulante para el senecto; con

esto queremos decir que siempre deben ir de la mano una adecuada planeación con una calidez en la atención proporcionada al anciano

La Residencia de Día abarca un aspecto social muy importante. como un agente de cambio social y educativo, ya que al realizar el anciano actividades acordes a sus intereses y expectativas, la sociedad empezará a cambiar su actitud hacia los viejos, la cual ha estado en su mayoría cubierta de prejuicios y estereotipos que han relegado y subestimado al anciano y de esta forma la sociedad podrá prepararse mejor para su propio envejecimiento.

Asimismo, a través de esta investigación y por los resultados obtenidos, coincidimos con Simone de Beauvoir (1983), cuando señala que uno de los factores en que se advierte el avance de un país es en el rol y seguridad social que le de a sus ancianos; así que podemos finalizar diciendo que en la medida en que se implementen Residencias Geriátricas Diurnas, así como otras modalidades de atención para el anciano con una adecuada planeación, estaremos avanzando gradualmente hacia un mayor grado de desarrollo social.

## Bibliografía

- Asili, N.(1993). La psicología aplicada a la Gerontología  
Curso académico. 1993 ARCHIVO GEMAC.
- Beauvoir, S. (1983) La Vejez. Buenos Aires.
- Becerril E.(1990). Institucionalización.  
II Ciclo de actualización sobre grandes problemas de salud en  
México Palacio de la Escuela de Medicina. México.
- Binstok, R. y Shanas, E.(1986).  
Handbook of aging and the Social Sciences, U.S.A.Editorial  
Van nostra Renhold Company
- Bravo, S.(1993) Directorio Nacional Gerontológico  
México:Archivo GEMAC.
- Bravo,S.(1990) Vivienda y Vejez, Curso Geriatria y Gerontología  
II ciclo de actualización sobre grandes problemas de la salud en  
México.Palacio de la Escuela de Medicina. México.
- Brocklehurst, J.(1975) Tratado de Geriatria y Gerontologia  
Buenos Aires:Edit. Panamericana.
- Castrejón, P. y Zendejas, M.(1984).Un estudio comparativo de  
deterioro intelectual en un grupo de ancianos con padecimiento  
vascular cerebral en relación a otros ancianos normales.  
Tesis de licenciatura Facultad de Psicología: UNAM.México.
- Carnevali, D.L. y Maxine, P.(1988)Tratado de Enfermería Geriátrica  
México:Edit. Panamericana McGraw Hill 2a. Edición
- Cicerón, L. y Eldestein, B.A.(1987) "El envejecimiento y sus  
trastornos".Barcelona Editorial Martinez-Roca.
- Comfort, A. (1986)Una Buena Edad. Barcelona, 1986

- Cowdry, E.(1962) El Cuidado del Paciente Geriátrico  
México:La Prensa Médica.
- Diario Oficial de la Federación. Ley sobre el sistema Nacional de
- Diccionario de la Evaluación y la Investigación educativa .  
1985. Barcelona:Editorial Oikos-Tau.
- Doval M.M. y cols.(1976). Evaluación de la Salud en el  
Anciano México:La Prensa Médica Mexicana.
- Fernández-Ballesteros E.(1992) Evaluación e intervención  
psicológica en la vejez Barcelona:Edit.Martínez-Roca.
- Geist, H. (1977) Psicología y Psicopatología del envejecimiento  
Buenos Aires:Editorial Paidós.
- González Aragón, J.(1988) Aprendamos a Envejecer Sanos  
México: Editorial Costa Amic 2a. edición.
- Hodkinson, H.M.(1977) Geriatría Barcelona: Editorial Marín
- Instituto Nacional de Estadística Geografía e Informática (1990)  
XI Censo General de Población y Vivienda, México.
- Iturriaga, J. J. Generalidades de Geriatría y Gerontología  
II Curso de Actualización de Grandes Problemas de Salud  
en México. Palacio Nacional de Medicina.
- Jiménez, F. y Herrero, A.(1989). Atención Geriátrica en los servicios  
sociales. Geriátrika V.5:5 p.290 - 299. México.
- Jiménez, B., Sepúlveda, T. y Trejo, J.(1990) Evaluación  
Neuropsicológica en ancianos con demencia Tesis de  
licenciatura Fac. Psicología UNAM.
- Kastenbaum, R.(1980) Vejez, Años de Plenitud México:Edit.Harla

- Lazcano, F.(1988). Programa Educativo de Salud y Autocuidado Ancianos Institucionales; Tesis de licenciatura, U.N.A.M.
- Lazcano, F. (1990). Aprendizaje y Habilidades Psicomotoras en las personas de edad avanzada.Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología Vol1:5 p.21-25.
- Lehr, U. Psicología de la senectud (1988). Barcelona:Editorial Herder
- León -Portilla, M.(1974) La filosofía Náhuatl  
Instituto de Investigaciones Históricas UNAM.México.
- Levin, S. y Kahara, N.(1974). Los procesos Psicológicos en el envejecimiento. Buenos Aires: Edit. Home.
- Medrano, G.(1990). Teorías del envejecimiento.Curso de Geriatria y gerontología. Il ciclo de actualización sobre grandes problemas de la salud en México . Palacion Nacional de Medicina.
- Mishara, B. L., Riedel R. G.(1984). El Proceso de Envejecimiento  
Madrid:Edit. Morata.
- Monedero, C. (1986). Psicología Educativa del Ciclo Vital  
Barcelona:Biblioteca Nuevo Madrid.
- Morales, F. Reporte Gerontológico de Costa Rica 1989 Gerontología Latinoamericana Año 1 Vol.1:1 .
- Mottis, J. (1985) El Dado de la Vejez y sus Seis Caras  
España:Edit. Altalena.
- Nestra, R.(1970)Nuestro propio futuro México:Editorial Euroamericana.
- Peláez, M. (1993) Los ancianos en los Estados Unidos  
Memorias de VIII Congreso Nacional de Geriatria y Gerontología
- Perlado,F. (1980). Geriatria\_Barcelona:Editorial Cientifico-Medico

- Pierrucci, A. (1989) La Vejez: Pérdida o Ganancia  
Revista Mexicana de Geriatria y Gerontología, Vol. I: 2.
- Rappaport, J. (1986). La personalidad desde los 26 años hasta la  
ancianidad México: Edit. Paidós.
- Rothschild, H. (1987) Factores de Riesgo de la Edad Avanzada  
México: La Prensa Médica Mexicana.
- Sahagún, Fray Bartolomé de (1985) Historia General de las Cosas  
de la Nueva España . México: Edit. Porrúa.
- Salazar, A. "Trámites y requisitos para la formación de la casa de día  
del club Nueva Anuencia" 3a. Convención Nacional de Instituciones  
de Asistencia Gerontológica. México.
- Salgado-Alba, M. (1990) Manual de geriatría Barcelona: Salvat  
editores.
- Salvarezza, L. (1989) Psicogeriatría México: Edit. Paidós
- Subsecretaría de educación elemental (1989) "Que es un CENDI"  
S.E.P. México.
- Trejo, E. (1989) Situación y perspectivas de la asistencia social  
a la vejez. Organó de difusión de la conferencia interamericana  
de seguridad social Mayo - agosto, 1989.
- Tyler, L. (1984) Psicología de las diferencias humanas  
Madrid: Edit. Morova.

## ANEXO 1

### Acuerdo de Participación

Es de mi conocimiento que inscribirme como participante en el Programa de Residencia Geriátrica de Día, incluye las actividades, responsabilidades, reglamentos o normas siguientes:

- 1.- Seleccionar los días regulares de asistencia. Las ausencias planeadas deben ser notificadas con un día de anticipación.
- 2.- Estar de acuerdo en que se obtenga información acerca de la condición física y social de él como participante, su familia y de otros recursos, así como de las siguientes evaluaciones: el examen físico, evaluación funcional, evaluación e historia psicosocial, historia clínica, evaluación de salud.
- 3.- La participación en las actividades señaladas en el calendario serán voluntarias.
- 4.- Si el participante no puede disfrutar de la seguridad de satisfacer sus necesidades básicas, se tratará con su familia la conveniencia de que sea referido a otro Centro que pueda ajustarse a sus necesidades.
- 5.- Si las condiciones de salud, sus limitaciones en movimientos o su condición mental pudieran poner en riesgo la salud o integridad propia o de los otros miembros y/o personal, podrá ser dado de baja temporal o definitivamente.
- 6.- El paciente no debe traer artículos de valor o innecesarios a la Residencia. Si algún artículo se pierde, el personal de la Residencia hará todos los esfuerzos necesarios para encontrarlo y devolverlo a su propietario. Sin embargo, el Centro no puede asumir responsabilidad por la pérdida de pertenencias.

Mi firma abajo indica que estoy conforme en cumplir con las actividades arriba indicadas o responsabilidades como participante de la Residencia geriátrica de Día.

Yo también entiendo que estoy en libertad de renunciar como participante en cualquier momento.

\_\_\_\_\_

Participante

Fecha

\_\_\_\_\_

Familiar o Responsable

Fecha

### **Autorización en Caso de Emergencia**

En caso de emergencia, tales como un sorpresivo estado de enfermedad, yo estoy conforme y autorizo que la Residencia Geriátrica de Día pueda enviarme al Servicio de Urgencias del Hospital más cercano a nuestra localización, para mi tratamiento.

Firma del Participante

Fecha

En caso de emergencia, tales como un sorpresivo estado de enfermedad, y yo no pueda ser avisado o localizado, yo estoy conforme y autorizo a la Residencia Geriátrica de Día para que puedan enviar o trasladar al Servicio de Urgencias del Hospital más cercano para su tratamiento.

\_\_\_\_\_

Firma del Familiar o Responsable

Fecha

ANEXO 2

Miniexamen Cognoscitivo (Lobo)

Tomado de Evaluación del estado cognitivo

Orientación

Dígame qué día es hoy

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Estación del año \_\_\_\_\_

(5)

Fijación

Repita estas palabras: **Peso-Caballo-Manzana**

(3)

(Repetirlas hasta que las aprenda y contar los intentos que hizo hasta lograrlo)

Concentración y Cálculo

Si tiene 30 pesos y me va dando de 3 en 3 ¿Cuántos le van quedando?

(5)

Repita **5-9-2** (Hasta que las aprenda y contra el número de intentos que hizo para lograrlo)

Ahora hacia atrás \_\_\_\_\_(3)

Memoria

Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? \_\_\_\_\_(3)

Lenguaje y Construcción

Mostrar un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto?

Hacer la misma operación con un reloj\_\_\_\_\_ (2)

Repita esta frase "En un trigal había cinco perros"\_\_\_\_\_ (1)

Una manzana y una pera son frutas. ¿Verdad? ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son un perro y un gato? (2)

Tome este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo\_\_\_\_\_ (3)

Lea esto y haga lo que dice: **CIERRE LO OJOS** (1)

Escriba una frase\_\_\_\_\_ (1)

Copie este dibujo

**Puntuación Total**  
**(35)**

**Breve Escala del Estado Mental****Tomado de evaluación de Salud del Anciano. Doval y Cols**

<u>Preguntas</u>	<u>Area que Pretende valorarse</u>
1.- ¿ En dónde estamos en este momento?	<i>Localización</i>
2.- ¿Cuál es su domicilio?	<i>Localización</i>
3.- ¿ Qué fecha es? ¿ Qué día del mes?	<i>Temporalidad</i>
4.- ¿ En qué mes estamos?	<i>Temporalidad</i>
5.- ¿ En qué año estamos?	<i>Temporalidad</i>
6.- ¿ Qué edad tiene usted?	<i>Memoria Reciente o Remota</i>
7.- ¿ En qué día nació?	<i>Memoria Reciente o Remota</i>
8.- ¿ En qué año nació usted?	<i>Memoria Reciente o Remota</i>
9.- ¿ Cómo se llama el Presidente de México?	<i>Memoria Información</i>
10.- ¿ Quién fue al anterior Presidente?	<i>Memoria Información Gral.</i>

Guía de Entrevista Psicológica

Tomado de Evaluación de la Salud del Anciano Doval y Cols.

**Patrones de unidad:** ¿ Podría enumerarme las actividades que usted realiza durante un día común y corriente? (Revela dato acerca del espacio vital, amigos, contactos sociales, áreas de interés).

¿ Ha notado algunos cambios importantes en sus actividades cotidianas o en sus contactos sociales?

¿ Era usted una persona de mayor actividad en épocas más tempranas de su vida?

**Imagen de sí mismo:** ¿ Podría confiarme algunos de esos sentimientos con respecto al hecho de estarse volviendo viejo?

¿ Qué piensa de su estado actual de salud?

**Satisfacciones y**

**preocupaciones:** ¿ Cuáles son las cosas que le proporcionan a usted mayor satisfacción?

¿ Cuáles son las cosas que más le preocupan?

**Cambios vitales:** ¿ Cuáles son para usted los cambios más importantes que ha experimentado a medida que se ha vuelto más viejo?

**ANEXO 5**

**Estudio Social**  
**Tomado de la Subdirección General Médica del Instituto Mexicano**  
**del**  
**Seguro social**

Nombre:

Fecha de Nacimiento:

Ocupación:

Estado Civil:

Domicilio:

Teléfono:

Responsable:

Domicilio:

Teléfono:

**Motivo del Estudio**

Datos del paciente:

Datos familiares:

Datos económicos:

Condiciones del hogar:

**Datos Complementarios**

*Diagnóstico social*

Del paciente:

De la familia:

**Plan Social**

Recomendaciones hechas en la visita:

Little Havana Activities and Nutrition Centers Adult Day Care

Intake Assessment

Client Data Base

Fecha de Admisión:

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono:

Dirección:

En caso de emergencia llamar a:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Parentesco

1.-

2.-

3.-

Información Médica

Alergias:

Placa de Tórax: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Medicamentos:

Necesidades Especiales / Problemas Médicos

Bastón ( ) Convulsiones ( ) Caídas ( )

Dieta Especial ( )

Visión: Con Anteojos: Sin Anteojos:

Puede ver escritura de impreso:

Ve obstáculos:

Puede diferenciar lo claro de lo oscuro?

No ve?

Oye Audifono Sin Audifono

Una voz normal

Una voz alta

Solamente voces altas

No oye

Duerme toda la noche

Tiene dificultades para dormir?

Está despierto la mayor parte de la noche

Se queda dormido fácilmente

Se despierta temprano

Dónde y con quién vive?

Vive solo

Vive con la familia

Vive con amigos

Cuál es su ocupación

Nivel de educación

Apariencia

Condición Mental

Bien orientada            Si            No            Porqué

Tiempo

Espacio

Persona

Sabe el paciente su número telefónico

Conducta Apropiaada            Si            No            Porqué

Hiperactiva            Ansiosa            Desorganizada

Fuma

Cuántos cigarros fuma al día

Fecha en que dejó de fumar

Nunca fumó

Tiene toda su dentadura

Algunos dientes

Dientes postizos

Superior Completa

Inferior Completa

Parcial. Explique

Nutrición

Dieta Regular

**Actividades**

Sin ayuda

Con ayuda de una persona

Con ayuda de una persona y un aparato

Bañarse

Vestirse

Alimentarse

Caminar

Subir escaleras

**Funciones de la Vejiga**

Continencia

Incontinencia

Menos de una vez a la

semana

Más de una vez a la semana

De noche

De día

**Deposición**

Continencia \_\_\_\_\_ Incontinencia

Menos de una vez a la semana

Más de una vez a la semana

**Signos Vitales**

Altura

Peso

Temperatura

Pulso

Respiración

Presión Arterial

**Neurológico**

Dolor de Cabeza

Parestesia

Mareos

Convulsiones

Problemas Ambulatorios

Alteración en la Sensación

Otro

Ninguno

**Cardiovascular**

Dolor en el pecho

Palpitaciones

Cianosis

Edema

Adormecimiento

Otro

Ninguno

### Gastrointestinal

Dolor-Sensibilidad

Vómitos

Diarrea

Estreñimiento

Dificultad al tragar

Cambio de peso

Constipado

Sangrado

Otro

Ninguno

### Respiración

Dolor

Tos

Falta de aire

Otro

Ninguno

### Genitourinario

Dolor, quemazón, picazón

Frecuencia

Poliuria

Nicturia

Oliguria

Sangrado

Goteo

Secreción

Ninguno

Condición de la Piel

Abrasiones

Escaras

Golpes

Laceraciones

Erupciones

Cicatrices

Ulceras

Otro

Ninguno

Tintineo en el oído

Sensibilidad a la luz

Visión borrosa

Diplopia

Voz ronca

Otro

Movimiento Conjunto

Dentro de límites normales:

Si

No. Describir la limitación en los movimientos, dolor, inestabilidad u otros:

**ANEXO 7**

**Escala Blesod de Demencia**

**Tomado de Evaluación del Estado Cognitivo**

**Actividades de la vida diaria**

- |  |   |
|--|---|
| 1.- Incapaz de hacer las tareas de la casa             | 1 |
| 2.- Incapaz de manejar pequeñas cantidades de dinero   | 1 |
| 3.- Incapaz de recordar listas, por ejemplo de compras |   |
| 4.- Incapaz de orientarse en interiores                | 1 |
| 5.- Incapaz de orientarse en calles conocidas          | 1 |
| 6.- Incapaz de interpretar el entorno                  | 1 |
| 7.- Incapaz de recordar hechos recientes               | 1 |
| 8.- Tendencia a rememorar el pasado                    | 1 |

**Hábitos**

- |   |   |
|---|---|
| 9.- Comer.                                  |   |
| - Sólidos desaliñadamente, sólo con cuchara | 1 |
| - Sólidos simples, por ejemplo galletas     | 2 |
| - Tienen que darle la comida                | 3 |

- 10.- Vestirse**
- A veces se equivoca, por ejemplo con los botones 1
  - Errores de la secuencia con frecuencia se le olvida algo 2
  - Incapaz de vestirse 3
- 11.- Control de Esfínteres**
- Incontinencia urinaria ocasional 1
  - Incontinencia urinaria frecuente 2
  - Doble Incontinencia 3

**Personalidad y Conducta**

- 12.- Aumento del retraimiento 1**
- 13.- Aumento del Egocentrismo 1**
- 14.- Pérdida del interés por los sentimientos de otros 1**
- 15.- Afectividad embotada 1**
- 16.- Habilidad emocional 1**
- 17.- Hilaridad en situaciones inadecuadas 1**
- 18.- Disminución de la respuesta emocional 1**
- 19.- Conducta sexual inapropiada (Reciente aparición) 1**
- 20.- Abandona de las aficiones habituales 1**
- 21.- Pérdida de iniciativa o apatía progresiva 1**
- 22.- Hiperactividad no justificada 1**

Puntuación posible: 0-28

**Programa de Entrenamiento en Habilidades de Memoria.**

**Tomado de Fernando - Ballesteros 1992**

**Primera sesión .-** Tiene el propósito de proporcionar a los participantes un primer acercamiento a los objetivos del curso, así como al contenido de las sesiones y la forma en que éstas serán llevadas a cabo. También se debate el funcionamiento de la memoria en la vejez y las principales quejas que los ancianos informan tener. Por último se realiza una exposición sobre los estereotipos negativos en torno al funcionamiento de la memoria en la vejez, con el fin de fomentar una actitud favorable de los ancianos hacia el programa.

**Segunda y Tercera sesión.-**Tiene como tema principal el papel que la atención juega en el funcionamiento de la memoria, así como la importancia de la misma en la evaluación de acciones de nuestra vida diaria. Los ejercicios que se realizan en estas dos sesiones se encaminan a que los sujetos recuperen el control que ejercen sobre las acciones de carácter habitual. Esto es, romper la cadena de acciones que se realizan automáticamente y traspasarlas a un plano conciente. Par conseguir este objetivo, en primer lugar se discute sobre los peligros que la rutina y la automatización que nuestras acciones pueden provocar, al alejar de nosotros el control voluntario que ejercemos sobre ellas. Así mismo se realizan diferentes ejercicios para corregir déficits causados por problemas derivados de una inadecuada atención. Mediante estas técnicas se intenta conseguir que el sujeto sea más conciente de la información que llega a través de sus sentidos, rompiendo la cadena comportamientos

automáticos, lapsus de memoria y conseguir que se preste una atención más selectiva a su comportamiento y a la información que recibe.

**Cuarta sesión.-** Promueve y entrena a los participantes en el uso de ayudas externas a través de otras personas, objetos y de propias acciones, estos recursos permiten retener información más o menos difícil de recordar. Los principales tipos de ayudas externas son tres:

- 1).- Las personas que conviven con el anciano.
- 2).- Los objetos (calendarios, agendas) que pueden servir de almacén de lo que se quiere recordar.
- 3).- Ciertas acciones, que por sí solas pueden ayudar a una buena ejecución de la memoria (no demorar una acción impide su olvido).

En esta sesión se realiza en primer lugar, una presentación de los distintos tipos de ayudas externas existentes; en segundo lugar, los sujetos discuten acerca de cómo pueden utilizarlos en su vida diaria y finalmente, practican el uso de algunas ayudas externas.

También se incluye en esta sesión un módulo para que los participantes en el programa de entrenamiento en habilidades de memoria aprendan a reforzarse así mismo por los éxitos en el funcionamiento de su memoria y mantengan un autoregistro diario de éxitos.

**Quinta sesión.-** Se introduce el concepto y práctica de las ayudas de memoria interna que están basadas en la imaginación y la asociación que los participantes tienen para presentarse escenas, acontecimientos, palabras, etc. por lo que se entrena a los participantes en el empleo imágenes visuales como base previa al uso de las distintas estrategias mnésicas. Se empieza por entrenar la capacidad que tienen los

participantes para presentarse lugares y objetos, comenzando por la sala donde se realizan las sesiones, debiendo primero observar minuciosamente todos los detalles de la misma, para posteriormente, con los ojos cerrados, descubrirla en todos sus detalles. Para lograr el empleo de escenas visuales, se les instruye para que evoquen la sala en que se encuentran con el máximo de nitidez y vivacidad. Una vez comprendido el concepto imagen e imaginación a través de este primer ejercicio, se comienza el entrenamiento en la técnica de pares asociados, debiendo el participante recordar de una lista de pares de palabras asociadas, uno de los elementos cuando se le nombra el otro elemento del par. Los pasos para lograr un buen aprendizaje de pares asociados son: a) transformar las dos palabras con imágenes, por separado, que contengan el máximo de detalles; b) formar una nueva imagen con las dos anteriores, y c) la imagen formada debe tener originalidad.

**Sexta sesión.-** Es una ampliación de la anterior, realizándose nuevos ejercicios de imágenes visuales, basadas en los Pares Asociados, y demostrando su utilidad en la vida real.

**Septima sesión.-** Tiene por objeto entrenar a los sujetos en el Método de Loci.

**Octava sesión.-** Se centra en el entrenamiento de los participantes en las estrategias de Categorización y Agrupamiento que consisten en una reducción de la información, facilitando el almacenamiento de la misma.

**Novena y Decima sesión.-** Consiste en el entrenamiento en el Recuerdo de Nombres con dos fases. En primer lugar, el sujeto debe estar seguro de recordar el nombre. Se instruye para que escuche atentamente durante la presentación y también para que en el caso de que no consiguiera recordarlo, pregunte éste y lo repita en voz alta.

En segundo lugar, los sujetos deben de concentrarse en los rasgos de las personas cuyo nombre han de recordar. basandose en la idea de que todas las personas son diferentes entre sí en determinados rasgos faciales; La tarea consiste en concentrarse y estudiar los rasgos de la persona.

La novena sesión se dedica a la exploración de estas dos fases en que se divide la técnica del recuerdo de nombres, así como a la realización de ejercicios prácticos mediante el uso de fotografías.

En la última sesión, los sujetos participan en una situación real en la que estén presentes otras personas y cuyos nombres deben ser aprendidos por cada sujeto mediante la aplicación de las sucesivas fases de que consta el procedimiento para el recuerdo de nombres.

## **Material requerido para la Residencia Diurna**

### **Material para Manualidades**

- Pirógrafos
- Chaquira
- Naylon
- Lentejuela
- Alambre
- Pinzas

### **Material para Carpintería**

- Martillos
- Cepillos
- Berbiquies
- Desarmadores
- Lijas
- Clavos
- Maderas varias
- Brochas de distintos tamaños
- Pintura
- Pinceles
- Tornillos
- Tuercas
- Tachuelas

### **Material de Papelería**

- Plumas
- Lapicés
- Libretas
- Hojas blancas
- Hojas de memorándums
- Tijeras para papel

- Borrador
- Gises
- Rotafolio
- Hojas para Rotafolios
- Chiches
- Marcadores de varios colores
- Plumones
- Dymo
- Cinta Dymo
- Cinta para máquina de escribir
- Correctores
- Ficheros
- Fichas
- Engrapadora
- Grapas
- Broches "Abaco"
- Perforadora
- Resistol 850
- Cartulinas
- Papel lustre
- Sacapuntas
- Gomas
- Maskintape
- Diurex
- Clips
- Floders
- Separadores de archivo
- Clips
- Carpetas para guardar documentos
- Góser metálico

**Material para Corte y Confección y Tejido (Actividades Manuales)**

- Dos máquinas de coser
- Tijeras para tela
- Reglas "T"

- Hilos
- Agujas para mano y máquina de coser
- Costureros
- Alfileres
- 10 dedos
- Aros para bordar
- 1 juego de agujas para tejer

**Material para Juegos de Mesa**

- Juegos de dominó
- Juegos de rompecabezas
- Maratón
- Lotería
- Damas chinas e inglesas
- Juego del 1
- Ajedrez
- Barajas españolas
- Serpientes y escaleras
- Juego de la Oca
- Balón de Voleyball
- Red de voleyball
- 20 pelotas de esponja medianas
- 1 Juego de boliche
- Una canasta portátil de baquetball
- 1 Balón de basquetball

**RESIDENCIA GERIATRICA DE DIA  
S O L I C I T U D**

Ficha de identificación del solicitante.

Nombre \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Datos del responsable:

Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar y fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio particular: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Domicilio oficina: \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Ocupación: \_\_\_\_\_

Parentesco con el(la) solicitante \_\_\_\_\_

Vivienda:

Vive en casa o departamento: \_\_\_\_\_ piso \_\_\_\_\_

De quién es la casa en la que vive \_\_\_\_\_

Cuántas recámaras tiene \_\_\_\_\_

Cuántas personas la habitan \_\_\_\_\_

Qué parentesco tiene el solicitante con los cohabitantes \_\_\_\_\_

Economía:

A cuánto ascienden los ingresos familiares \_\_\_\_\_

Quiénes son las personas que aportan económicamente \_\_\_\_\_

Cuántos familiares o amigos cercanos tiene \_\_\_\_\_

De qué edades aproximadamente son \_\_\_\_\_

Qué tan frecuentemente lo (la) visitan, o los visita \_\_\_\_\_