

UNIVERSIDAD IBEROAMERICANA

Estudios con Reconocimiento de Validez Oficial por Decreto Presidencial
del 3 de abril de 1981



“ORGANIZACIÓN DE UN CENTRO DE DÍA PARA EL ADULTO MAYOR”

ESTUDIO DE CASO

Que para obtener el grado de

MAESTRA EN ADMINISTRACIÓN

P r e s e n t a

CLAUDIA MARÍA MARTÍNEZ NÚÑEZ

Director: Mtra. Lourdes Linares Castro

Lectores: Mtro. Jorge Smeke Zwaiman

Mtra. Rocío Gutiérrez Fernández

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	5
Antecedentes	8
Sistemas de atención diurna. Perspectiva histórica	11
Estadísticas de población	15
JUSTIFICACION	21
MARCO TEORICO	24
Organización	24
Estructura	24
Planeación	24
Dirección	25
Eficacia	25
Control	26
Cultura	27
Mercadotecnia	28
Proceso de segmentación	28
Marketing mix	29
Mercado meta	29
OFERTA ACTUAL	31
PROPUESTA	33
Concepto del Negocio	33
Misión	33
Visión	33
Filosofía	33
Valores	34

Objetivos Estratégicos	34
VARIABLES CLAVE	34
Usuario Tipo	36
Estrategia de Promoción y Publicidad	37
Estrategia de Mercadotecnia	39
Organización	39
Objetivos Operativos	40
Recursos Humanos	42
Organigrama	46
Características generales del personal	47
Funciones del personal	50
Modelo de Gestión	59
INSTALACIONES	62
Horario	65
SERVICIOS	66
Servicios de supervisión y promoción de la salud	67
Servicio de Nutrición	70
Servicio de cafetería	71
Servicio de Transporte	71
Actividades recreativas y sociales	72
Talleres	74
Servicios complementarios	75
Servicio de atención familiar	77
Actividades Extraordinarias	78
Servicios opcionales.	79

OPERACIÓN DEL SERVICIO	80
Procedimientos previos al ingreso	80
Valoración	81
Procedimientos Generales	83
Asignación de Funciones y responsables	92
BIBLIOGRAFÍA	93
Sitios de Internet consultados	95
ANEXO 1 HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL	96
ANEXO 2 ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL PARA LA ABVD:	105
ANEXO 3 ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL PARA LA AIVD:	107
ANEXO 4 ÍNDICE DE BARTHEL	108
ANEXO 5 VALORACIÓN AMBIENTAL	109
ANEXO 6 ESCALA DE VALORACIÓN MENTAL:	110
ANEXO 7 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA	111
ANEXO 8 VALORACIÓN SOCIAL	113
ANEXO 9 ESCALA DE VALORACIÓN FAMILIAR	114
ANEXO 10 CONTROL DE ACTIVIDADES FÍSICAS Y FISIOTERAPIA	115
ANEXO 11 TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL	116
ANEXO 12 REGISTRO DE CONTROL DEL PACIENTE	117
ANEXO 13 SHORT PORTABLE MENTAL STATUS	118

INTRODUCCIÓN

Debido a las condiciones y tendencias a nivel mundial de aumento en la longevidad y atención a la disminución del número de hijos o fecundidad, el incremento de la población de adultos mayores y la incorporación de la mujer a la vida laboral, se encuentra un amplio mercado para los Centros de Día para el adulto mayor.

El Centro de Día para el adulto mayor ofrece servicios para el aprovechamiento del tiempo libre, la atención a la salud y la información preventiva de enfermedades en la edad adulta, que refleja beneficios directos en la recuperación de las interrelaciones del usuario y sus familiares y responden a una mejoría de la calidad de vida.

El creciente mercado de casi 1 millón de adultos mayores en la Ciudad de México y la poca atención que hoy recibe este segmento para la atención de sus necesidades hace altamente atractivo el negocio del Centro de Día (CD).

El mercado potencial que el segmento de los adultos mayores representa se puede calcular con base en índices de la esperanza de vida, que indican que aumentará de 74.0 años en 2000 a 76.6 en 2010, 79.8 en 2030 y finalmente, a 81.3 años en 2050 con una población mayoritariamente de mujeres viudas y solas.

La escasa oferta actual que existe para la atención del segmento de mercado de los adultos mayores con cierto grado de dependencia y de nivel socioeconómico C y C+ escogido para esta propuesta, aunado a los pobres servicios ofrecidos dentro del propio rubro en nuestro país, hacen que los valores y características del Centro de día que en este trabajo se presentan, resulte una excelente oportunidad para su posicionamiento.

Los programas establecidos en los Centro de Día ofrecen un respiro comprobado para la familia o cuidadores y a su vez permiten mantener a los usuarios en su casa por un tiempo mayor antes de pensar en la institucionalización, por lo que se desglosa de manera general la organización pertinente para llevar a cabo este proyecto por parte de los inversionistas interesados y de fundaciones dedicadas a la atención del sector.

El éxito de los servicios ofrecidos estará dado por el trabajo del equipo multiprofesional en la organización. La planeación, organización y dirección de los programas ofrecidos, se verá reflejado en los resultados que cada uno de los usuarios y como grupo de asistentes reporten a través de los indicadores de control establecidos de desempeño eficiente y de la satisfacción del usuario en cada una de las unidades del Centro. Algunos de los aspectos que se pueden mejorar en los Centros de día son la expansión de horarios disponibles para la atención y el proveer facilidades para la transportación de los usuarios debido a las características de la ciudad de México en donde se plantea la ubicación del Centro.

El equipo multiprofesional de un CD deberá poseer los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para cubrir las diferentes y complejas necesidades de los usuarios y sus familias. El conseguir estos propósitos depende en gran medida de las capacidades del responsable de difundir un espíritu de equipo, de conseguir que todos los miembros del personal del CD tengan la preparación suficiente para realizar su trabajo, ya sea exigiéndola desde la selección, o a través de capacitación formativa en el desempeño de su trabajo

Se hace referencia a poseer una visión holística de las necesidades de los adultos mayores y de la habilidad para observar al usuario en su contexto familiar, de tal forma que facilite la coordinación de los servicios y la aceptación de los programas para promover un estilo de vida saludable.

Es necesario informar al usuario objetivo y mercado potencial acerca de los cuidados ofrecidos en los Centros de Día, ya que hasta ahora han sido

considerados de manera peyorativa como lugares de atención social para personas con bajos recursos, mientras que cualquier adulto mayor tiene las mismas necesidades de atención en todos los sentidos

Por tanto es tarea de todos: adultos mayores, sus familiares, personal del centro y voluntarios, el hacer consciente a la sociedad de que el adulto mayor existe, y junto con él una problemática que espera y deberá ser resuelta por todos, con alternativas de solución como lo es la creación de un mayor número de Centros de Día para adultos mayores como se tiene en otros países sobretodo desarrollados.

Antecedentes

En el siglo XXI, las sociedades se enfrentan al envejecimiento de su población. Hoy una de cada diez personas es mayor de 60 años, y para el año 2050, una de cada cinco pertenecerá a la tercera edad. ⁽¹⁾

En América Latina el envejecimiento aumentó de 23.3 millones en 1980 a 42.5 millones en el año 2000 y se estima que ascenderá a 96.9 millones para el año 2025 ⁽²⁾

De acuerdo con los datos del Consejo Nacional de Población (CONAPO) en México, el total de adultos mayores de 60 años para el año 1999 fue de 6 millones, para el 2003 de 7.5 millones y se estima que para el 2020 la población de adultos mayores ascenderá a 14.5 millones. ⁽³⁾

Actualmente el 40% (2 millones aproximadamente) de las personas mayores de 65 años están distribuidas en el Distrito Federal, Estado de México, Morelos, Puebla, Querétaro, Hidalgo, y Tlaxcala. ⁽⁴⁾

El hecho de que la esperanza de vida haya aumentado de 36 años en 1930 a 74 años en 2000, tuvo como consecuencias que el tamaño de los hogares no haya tenido disminuciones más pronunciadas en los últimos años, que en su estructura etaria haya mayor proporción de adultos mayores y que se perciban ligeros aumentos en la proporción de hogares unipersonales, muchos de los cuales están conformados por personas de la tercera edad.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido el envejecimiento en actividad como “el proceso de optimizar las oportunidades para el bienestar físico, social y mental a todo lo largo de la vida, con el objeto de prolongar la esperanza de vida, la productividad y la calidad de vida en la vejez”. De acuerdo con la OMS, son cuatro los pilares del envejecimiento en actividad: el individuo, la familia y los amigos, los servicios comunitarios y el Estado. ⁽²⁾

El Plan de Acción aprobado por la Asamblea Mundial de Envejecimiento en Viena, en 1982, dictó recomendaciones que son de trascendental importancia considerar si se pretende enfrentar con dignidad este problema en el planeta. Entre ellas, son especialmente significativas de contemplar dos:

"La tendencia al encarecimiento de los sistemas de servicio social y atención sanitaria deben contrarrestarse mediante una coordinación más estrecha entre los servicios de protección social y de atención sanitaria tanto a nivel nacional como a nivel de la comunidad. Por ejemplo, deberán adoptarse medidas adecuadas para intensificar la colaboración entre el personal que trabaja en estos dos sectores y para impartirle una formación multidisciplinaria. Sin embargo, dichos servicios deberán crearse teniendo presente la función de la familia y de la comunidad, que deberán seguir constituyendo los elementos fundamentales interrelacionados de un sistema de atención bien equilibrado. Todo esto deberá realizarse sin perjuicio del mantenimiento de los cuidados médicos y sociales corrientes, destinados a las personas de la Tercera Edad".

"La atención de las personas de edad debe ir más allá del enfoque puramente patológico y debe abarcar la totalidad de su bienestar teniendo en cuenta la interdependencia de los factores físicos, mentales, sociales y ambientales. Por consiguiente, la atención sanitaria debe hacer participar a todo el sector sanitario y social así como a la familia en el mejoramiento de la calidad de vida de las personas de edad avanzada. La finalidad de los esfuerzos en materia de salud, en particular la atención sanitaria primaria como estrategia básica, debe permitir a las personas de edad llevar una vida independiente en el seno de las propias familias y la comunidad el mayor tiempo posible, en lugar de excluirlos o aislarlos de todas las actividades de la sociedad".⁽⁵⁾

Hay ciertos indicios de que el número de opciones de atención a largo plazo en América Latina y el Caribe está aumentando con igual rapidez que el envejecimiento de la población. En unos pocos países, el porcentaje de personas internadas en asilos o residencias para mayores está ya cerca de 4% y hasta 5% de la población de 60 años de edad y mayores. En los Estados Unidos, el porcentaje de personas mayores que requieren atención en hogares

especializados se ha mantenido constante en aproximadamente 5% de las personas de 65 años de edad y mayores.⁽²⁾

La mayoría de los países carecen de normas y reglamentos para vigilar la calidad de la atención. La organización del cuidado de las personas de edad rara vez incluye la coordinación de la asistencia en todos los centros y niveles.

En México, actualmente, la mayoría de las familias todavía se hacen cargo de los adultos mayores; sin embargo, cada vez es mayor la tendencia a internarlos en residencias o casas hogar ya que los cambios socioeconómicos y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo hacen cada vez más difícil que las familias puedan atender todas sus necesidades.

En nuestro país, y particularmente en la ciudad de México, la tasa de institucionalización de los mayores de 65 años es inferior a 0.5 por ciento.⁽⁶⁾ Las características de los servicios otorgados en instituciones de cuidados prolongados han sido evaluadas con resultados inquietantes. La calidad de la atención que se brinda en ellas es con frecuencia inapropiada, en particular en las instituciones con fines lucrativos. La insuficiencia de la normatividad vigente y la carencia de normas específicas así lo propician. Es clara, además, la inadecuación de los servicios ofrecidos con respecto a las necesidades de los beneficiarios en razón de insuficiencias metodológicas en la selección de los ingresos y la evaluación de sus necesidades al ingreso y a lo largo de su estancia.⁽⁷⁾ En las instituciones de cuidados prolongados en nuestro país residen en su mayoría ancianos, ya sea con incapacidad, o bien en necesidad de asistencia social. En este ámbito, 52 por ciento de las personas requiere ayuda parcial o total para las actividades básicas de la vida cotidiana. Es más común que las mujeres sean totalmente dependientes y más raro que sean independientes, a diferencia de lo que ocurre en el sexo masculino. Llama la atención que, si bien hay una tendencia a un mayor deterioro funcional a mayor edad, la proporción de los mayores de 80 años que son totalmente dependientes no es tan superior a la del grupo de menor edad como sucede en la comunidad.

En lo que concierne al origen del deterioro funcional, es frecuente la presencia de padecimientos demenciales (16.8%) de los cuales más de dos terceras partes son de sexo femenino y 58 por ciento tiene más de 80 años. La presencia del síndrome de deterioro intelectual suele ser devastadora desde el punto de vista funcional y determina una total dependencia hasta para las más elementales actividades de supervivencia. Es común que los ancianos que viven en una institución se encuentren paralizados en cama. Esto ocurre en 21.7 por ciento de los casos. Nuevamente, entre los afectados predominan los de sexo femenino (82%) y los de mayor edad (65%). En general, se trata de una población con una elevada prevalencia de deterioro funcional, que vive en instituciones con insuficientes recursos para cubrir las necesidades de los beneficiarios y con grandes carencias en cuanto a capacitación y disponibilidad de personal especializado. ⁽⁸⁾

Sistemas de atención diurna. Perspectiva histórica

La historia de los sistemas de atención diurna se remonta a unos 87 años, cuando en 1920 en Rusia se empiezan a desarrollar programas de cuidados diurnos para enfermos mentales y un poco más tarde para discapacitados psíquicos, con el objeto de ofrecer alternativas a la hospitalización.

El Reino Unido fue el pionero en la atención geriátrica integrando recursos hospitalarios y comunitarios en el Oxford Hospital, cuando en los años cincuentas, Lionel Z Couson, puso en marcha el primer centro destinado al cuidado de los ancianos, con su propio personal. ⁽⁹⁾ Los últimos datos disponibles sobre este país reportan 480 hospitales de día geriátricos en 1988 y 27,000 plazas en Centros de Día en 1991.

En Estados Unidos a finales de los años sesenta, empieza el sistema de atención diurna geriátrica a través de hospitales y centros de día. Los programas de atención para adultos nacieron como respuesta a contrarrestar los altos costos de los servicios sanitarios en residencias y la continua demanda de la comunidad que exige servicios para los adultos mayores. A

principio de los años 70's el Congreso propuso opciones de cuidados diurnos como alternativas al cuidado prolongado de los adultos. En 1981 se instituyeron los fondos para atención en los Adult Day Health Service (ADHS), y para 1995 se crearon muchos centros privados que esperan un crecimiento sólido al cubrir las necesidades de la generación de los "baby boomers". ⁽¹⁰⁾

En Estados Unidos el número de estos centros se ha incrementado considerablemente durante los últimos años, pasando de veinte a comienzos de los setenta, 1400 en 1988 y 3500 en 2007 de acuerdo a datos reportados por el National Day Care Directory. Los datos indican que en EU se atienden a 150,000 adultos mayores diariamente.

En Europa el proceso de implantación de este tipo de centros ha sido mucho más lento y conceptualmente confuso. En el Reino Unido se dio una clara delimitación entre hospitales y Centros de Día, mientras que en EU y el resto de los países europeos se han generado una gran variedad de sistemas de atención diurna cuyos programas se inclinan en unos casos a objetivos estrictamente sanitarios y de rehabilitación, y en otros muchos, a fines de carácter más psicosocial, condicionados de manera muy directa por el tipo de institución que los patrocine. El debate abierto desde mediados de los años setenta en EU, entre el predominio de lo social a lo sanitario en el diseño de programas de atención diurna, ha dado lugar a que el National Institute of Adult Daycare, NIAD haya establecido la siguiente definición en 1984:

"El cuidado diurno para adultos es un programa grupal de base comunitaria, que atiende a las necesidades de las personas mayores con discapacidad funcional a través de un plan de cuidados individualizado. Está estructurado en base a un amplio programa que ofrece una variedad de servicios de salud, sociales y de soporte, en un entorno protector durante cualquier parte del día, pero en un período de tiempo inferior a 24 horas de cuidados. Las personas que participan en un sistema de cuidados diurnos acuden durante unas horas establecidas en su plan individual de atención. Estos programas contribuyen a que sus participantes permanezcan en su entorno habitual, permitiendo a sus

familias y otros cuidadores continuar cuidando y manteniendo en el hogar a su familiar discapacitado. ⁽¹¹⁾

Los servicios de día orientados al cuidado de adultos con carácter social se refieren como Adult Day Services (ADS), mientras que los programas basados en protección a la salud se llaman Adult Day Health Service (ADHS) o Medical Day Care (MDC) programs. La diferencia generalmente depende del tipo de filosofía, médica o social, bajo el cual el programa opera y en algunos casos, se ve afectado por los recursos y servicios. Los programas que incluyen ambos componentes, sanitarios y social se definen como “Programas de grupo estructurados, basados en la comunidad y diseñados para asistir las necesidades físicas, emocionales y psicosociales de individuos limitados funcionalmente” ⁽¹⁰⁾

En México de acuerdo con la NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de servicios de asistencia social para menores y adultos mayores Centro de día es: “el establecimiento público, social o privado que proporciona alternativas a los adultos mayores para la ocupación creativa y productiva del tiempo libre mediante actividades culturales, deportivas, recreativas y de estímulo, donde se promueve tanto la dignificación de esta etapa de la vida, como la promoción y auto cuidado de la salud”. ⁽¹²⁾

Los centros de día ofrecen a los adultos mayores la oportunidad de gozar de la compañía de otros adultos mayores mientras reciben servicios sociales y de salud en un sitio que le será conocido con el tiempo, al igual que las personas que lo visitan.

Los centros de día ofrecen actividades sociales y recreativas destinadas a fomentar la autonomía, la formación, el entretenimiento y la relación con su entorno social, del mismo modo, se ofrece el servicio de comidas y algunos servicios relacionados con la salud.

Estos centros son muy útiles para las personas que no pueden quedarse en casa diariamente con su familiar de edad avanzada, y aunque cada programa

es distinto, el personal de servicio atiende a los adultos mayores hasta cinco días a la semana, varias horas al día o en casos específicos por un fin de semana.

El centro de día para personas mayores es un establecimiento de atención diurna, con una estructura funcional compensatoria del hogar y una alternativa al internamiento, con una función socio-asistencial destinada a la atención de gente mayor con discapacidades para satisfacer sus necesidades y dar apoyo psicosocial a los familiares.

Se detecta que en la actualidad los adultos mayores enfrentan graves deterioros físicos y mentales, pérdida de relaciones familiares e interpersonales, debido a que carecen tanto ellos como sus familiares de información y preparación para cuidar y proteger su entorno bio-psicosocial, lo que revela que los adultos mayores y sus familias no reciben suficiente información acerca de la vejez, de sus cambios, posibles trastornos y de las enfermedades más comunes.

Es ahora, cuando todavía las personas mayores están integradas a la familia, cuando se deben iniciar preventivamente programas sociales de mejoramiento para los adultos mayores, pues lo importante no es que se pueda vivir más años, sino con qué calidad de vida se va a vivir esa segunda mitad de la existencia.

Todavía se tiene mucho que aprender con respecto a la gente mayor para entenderlos y cuidarlos. Una buena manera de introducirse al tema es teniendo claro que el envejecimiento no es sinónimo de enfermedad, sino una etapa de la vida que para muchos resulta difícil enfrentar.

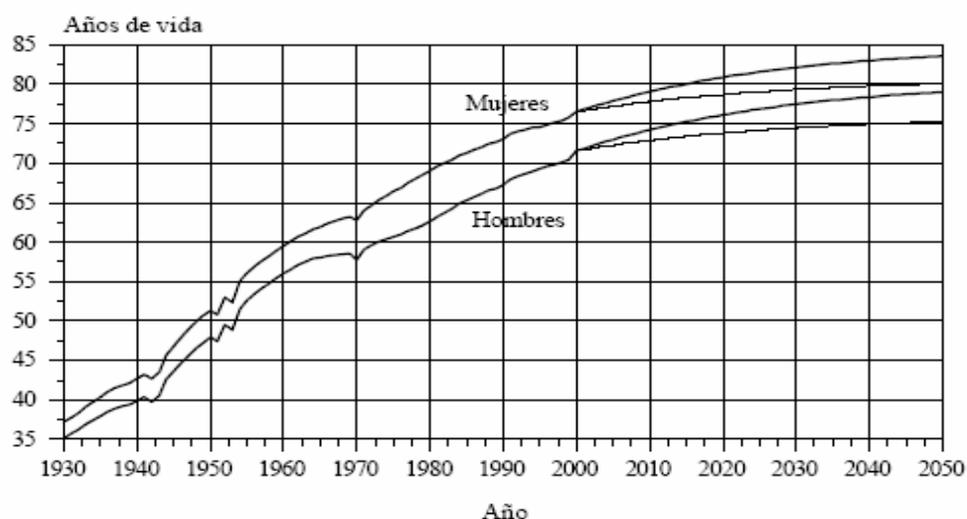
La relación tradicional de padres e hijos, que durante miles de años ha existido para atender a los mayores en casa, se vuelve cada día más difícil, en virtud de dos factores: el modelo socioeconómico actual, en el que la mayoría de los miembros de una familia tienen necesidad de trabajar fuera de casa; así como los reducidos e inadecuados espacios físicos con que cuentan los hogares.

Estadísticas de población

En México los cuidados especializados para el adulto mayor tienen apenas un incipiente desarrollo y se ha destacado la creación de clubes sociales o de entretenimiento con poco cuidado a la salud y sobretodo con el descuido de la prevención de enfermedades de los usuarios que requieren información y atención profesional para mejorar su calidad de vida. Sin embargo las estadísticas y proyecciones realizadas para los próximos años muestran una clara necesidad que requiere de atención. Se ha dicho que en México la pirámide poblacional se ha empezado a invertir. Esto se debe a la reducción del número de nacimientos, al proceso de envejecimiento de la población y al incremento de la esperanza de vida.

Se prevé que para el año 2050, los adultos mayores -es decir, las personas de más de 65 años- serán una cuarta parte del total de la población; esto es, 32 millones de personas, aproximadamente. Los adultos mayores son ahora, y seguirán siendo, un importante segmento de la población.

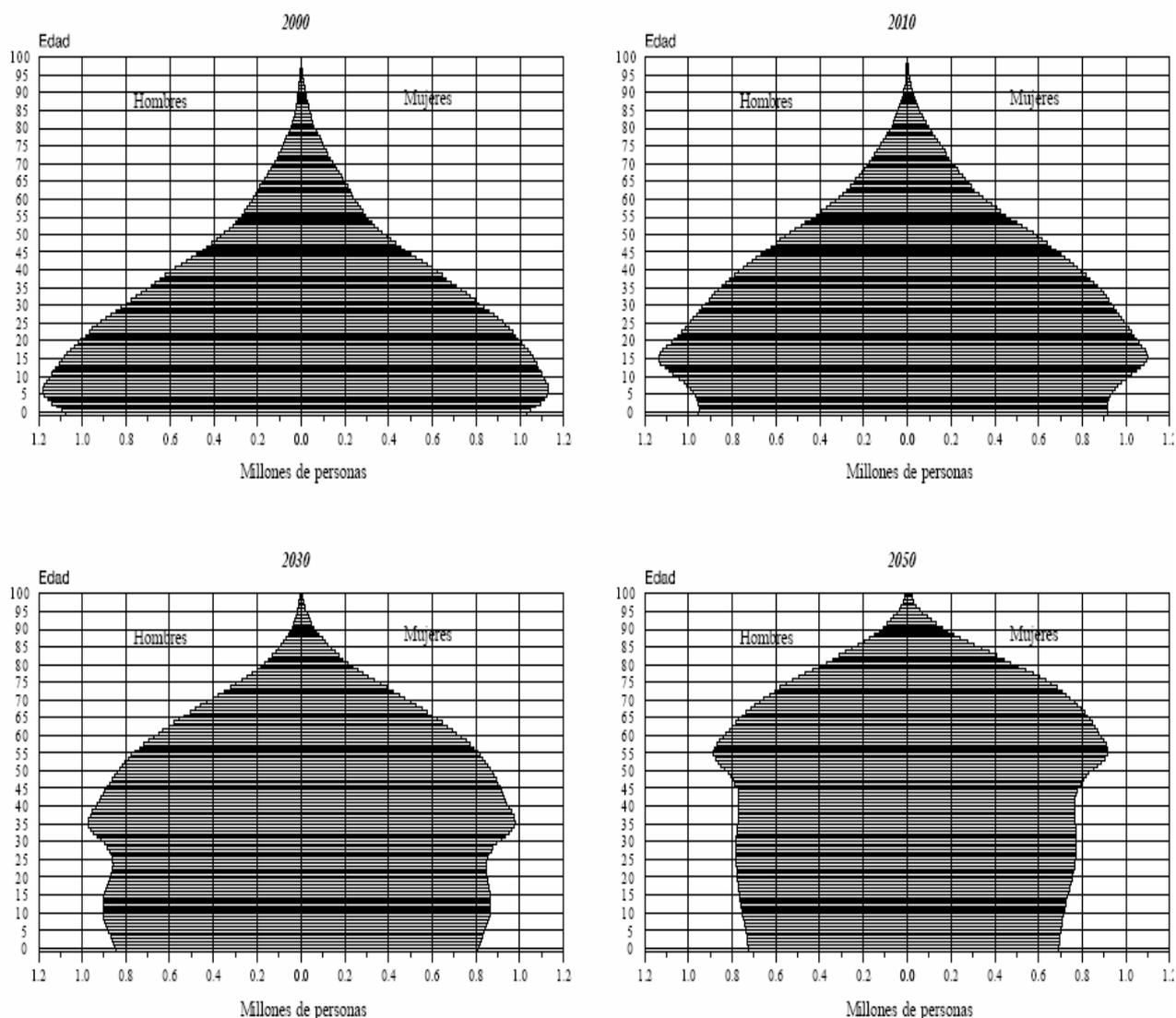
En la siguiente gráfica se observa la proyección para el año 2050 de la Esperanza de Vida al Nacimiento por Sexo en México.



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

De acuerdo con estas previsiones, las esperanzas de vida (véase la línea gruesa de la gráfica anterior) aumentaría de 74.0 años en 2000 (71.5 para hombres y 76.5 para mujeres) a 76.6 (74.2 y 79.1) en 2010, 79.8 (77.5 y 82.1) en 2030 y, finalmente, a 81.3 años (79.0 para hombres y 83.6 para mujeres) en 2050, es decir, que la vida media de los mexicanos al final del horizonte de la proyección será similar a la observada en Japón en fechas recientes (77.2 para hombres y 84.0 para mujeres en 1998), el país que registra en la actualidad el nivel de mortalidad más bajo del mundo⁽³⁾

En las siguientes gráficas se puede apreciar el panorama de la proyección nacional sobre el crecimiento y el envejecimiento de la población.



Fuente: estimaciones del Consejo Nacional de Población.

En el Distrito Federal de los 8, 605,239 habitantes, casi 770,000 son adultos mayores de 60 años lo que nos indica que existe un gran potencial de personas con las características del mercado objetivo.

En el Distrito Federal, se tienen las siguientes estadísticas relacionadas con la jornada laboral y su duración, situación que clarifica la cada vez menor disponibilidad en tiempo que tienen los adultos de la población económicamente activa para la atención de los adultos mayores.

Grupo de ocupación principal	Total	Hombres	Mujeres
Entidad	3 792 118	2 276 330	1 515 788
No trabajó la semana de referencia	3.9	3.4	4.5
Menos de 15 horas	4.1	2.9	6.0
15 a 24 horas	8.7	6.6	11.9
25 a 34 horas	7.7	5.6	10.8
35 a 39 horas	6.4	5.0	8.6
40 a 48 horas	42.2	42.1	42.4
49 a 56 horas	12.0	14.5	8.4
Más de 56 horas	14.8	19.8	7.4
No especificado	0.1	0.1	0.1

También es importante considerar los cambios en los hogares. A nivel nacional de 2, 533,304 hogares el 44% está dirigido por una persona de entre 60 y 69 años y el resto, 56.1% por una de 70 años ó más. Se infiere con ello el papel fundamental dentro de la organización familiar que guardan los adultos mayores incluso en edades avanzadas. Además en el DF del total de hogares, 8.5% son hogares unipersonales y 10% hogares no familiares, por lo que se tiene necesidades de atención cada vez mayores como los planteados en este trabajo.

En lo que respecta a la jefatura del hogar, la mayoría está dirigido por un hombre (67.1%), aunque la proporción de jefatura femenina (32.9%) es más

alta que la media nacional (20.6 en 2000), incluso es la mayor entre los diferentes grupos de edades.

Durante la vejez, la heterogeneidad y complejidad de la convivencia en el hogar merece una atención especial. En términos generales, durante la tercera edad se pueden dar cambios decisivos en el estilo de vida y en el estado emocional y anímico del adulto mayor, al experimentar cambios en la estructura familiar, ya sea por la salida de los hijos del hogar, la disolución de la pareja, el fallecimiento de alguno de los cónyuges, o la llegada de otros miembros al hogar, entre otros. Si a estos cambios se le suma el deterioro de la salud y la disminución de la actividad económica, el panorama del envejecimiento puede tornarse poco alentador. ⁽¹³⁾

Así mismo se deberá considerar el Ingreso de los usuarios, por lo que la siguiente tabla indica el ingreso familiar por nivel socioeconómico en la zona urbana de la Cd. de México, que permite a la industria mexicana de investigación contar con un criterio homogéneo para el estudio de mercados.

	Mínimo	Máximo
A/B	\$85,000.00+	
C+	\$35,000.00	\$84,999.00
C	\$11,600.00	\$34,999.00
D+	\$6,800.00	\$11,599.00
D	\$2,700.00	\$6,799.00
E	\$0.00	\$2,699.00

Fte: Tabla 4 Nivel Socioeconómico e Ingreso en: Avances AMAI: Distribución de Niveles socioeconómicos en el México Urbano ⁽¹⁴⁾

A su vez se tomará en cuenta el grado de incapacidad para la movilidad y para la ejecución de las actividades básicas de la vida cotidiana para segmentar a la población y determinar el usuario tipo. Para este fin, cuatro grupos en “desventaja funcional” o “dependencia” han sido definidos como útiles para la planificación.

1 Confinados a la cama o el sillón.

2 No confinados a cama o sillón pero con necesidad de ayuda para bañarse y/o vestirse.

3 Sin las características previas, pero que no pueden salir de casa sin la ayuda de una tercera persona.

4 Los demás.

Fuente: Colvez A. 1990 en ⁽⁸⁾

De la población mexicana estudiada en la ENSE 94 y reportada en cuanto a movilidad, es evidente que a mayor edad, mayor limitación funcional. Por ejemplo, 90 por ciento de los individuos de la franja de edad de 60 a 64 años puede salir de casa sin ayuda, en cambio, sólo 33 por ciento de los que tienen más de 90 años pueden hacerlo.

Asimismo, si sólo 0.41 por ciento de los más jóvenes (60-64 años) está paralizado en cama, esto es diez veces más frecuente (4.65%) entre los nonagenarios. El grado de dependencia para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) estimado en función de la necesidad de ayuda para bañarse, vestirse o desvestirse, llegar al inodoro, alimentarse o permanecer solo en la noche se ve con frecuencia comprometido. En cuanto a estas actividades básicas del diario vivir, por ejemplo, 0.68 por ciento de los casos no puede de ninguna manera salir de la cama y es, por ende, totalmente dependiente de una tercera persona para sobrevivir. Otro 6.13 por ciento puede moverse en su habitación, pero necesita ayuda para bañarse y vestirse lo cual todavía permite considerarlo como altamente dependiente. En promedio, 7.06 por ciento de los mayores tienen necesidad de ayuda en al menos una de las ABVD de la vida diaria y depende en consecuencia de una tercera persona para subsistir. Las actividades instrumentales (AIVD) requieren de habilidades de mayor complejidad para su ejecución. Desde este punto de vista las incapacidades son, en consecuencia, más frecuentes. Algunas actividades instrumentales como cortarse las uñas de los pies son particularmente difíciles pues ya a los 60-64 años un 18 por ciento necesita auxilio para lograrlo. Para tomar sus medicamentos y manejar dinero las frecuencias de incapacidad por edad son semejantes, casi la totalidad de los jóvenes viejos las realizan, en tanto que sólo la mitad de los más ancianos aún son capaces de hacerlo. El ejecutar

tareas domésticas, tanto ligeras (lavar trastos y barrer) como pesadas (lavar ventanas, trapear el piso o hacer la limpieza general), reviste un mayor grado de complejidad. La necesidad de ayuda para llevarlas a cabo se incrementa de forma considerable con la edad. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento, los octogenarios y 66 por ciento de los nonagenarios están incapacitadas para realizar aún las tareas domésticas más ligeras. Es muy claro que la dependencia, tanto para la ejecución de las actividades básicas como para las instrumentales, es cada vez más frecuente a mayor edad y afecta más frecuentemente en todos los casos al sexo femenino. Por lo tanto en todo momento se pretende conseguir del usuario la máxima independencia para las actividades de la vida diaria (AVD). Desde la higiene diaria a la capacidad para la marcha pasando por comer solos, vestirse o acudir o demandar la necesidad del WC. ⁽⁸⁾

JUSTIFICACION

En nuestro país no se conoce con exactitud el número de centros de atención al adulto mayor. La mayoría de los centros recreativos o de entretenimiento reconocidos por el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores (INAPAM) como Clubes de la Tercera Edad son espacios comunitarios en los que se atienden a personas de 60 años y más, quienes realizan actividades sociales, educativas, culturales, artísticas, recreativas, deportivas y productivas en talleres de manualidades, artesanías y oficios, con lo que se fomenta su organización e intervención en la solución de sus problemas, además de propiciar su permanencia en la comunidad.

Por otra parte el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) cuenta con dos Centros Nacionales Modelo de Atención, Investigación y Capacitación Gerontológica “Arturo Mundet” y “Vicente García Torres” ubicados en el Distrito Federal; y dos Casas Hogar para Ancianos “Olga Tamayo y “Los Tamayo”, una ubicada en Cuernavaca, Morelos y la otra en Oaxaca, Oaxaca. En estos Centros y Casas Hogar se brinda atención integral las 24 horas los 365 días del año con acciones como alimentación, salud, educación, alojamiento y el respeto a la integridad de los adultos mayores.

Una de las características principales de estos centros gubernamentales y otros más manejados por asociaciones de asistencia privada, es que la atención se enfoca a personas mayores con bajos recursos y con riesgos sociales extremos de abandono. Mientras que en otros países existen centros públicos y privados para todos los niveles socioeconómicos y con diferentes características de atención sobretodo en con mayor énfasis en el área de salud como ya se ha analizado en los datos comentados anteriormente.

Es rechazable plantear el Centro de Día como “guardería de ancianos” como a veces se le nombra incluso por los expertos o responsables de los servicios. Por el contrario, se trata de un servicio que debe ser altamente calificado y desarrollado por un equipo de profesionales con la formación adecuada y suficiente. En este caso un Centro de Día para Adultos Mayores es un valioso apoyo para aquellas personas que viven solos, o aquellos que cuentan con

familia pero que, debido a sus propias ocupaciones, los dejan solos la mayor parte del día, expuestos a riesgos físicos y emocionales que propician el deterioro de sus funciones físicas y mentales.

Un Centro de Día es también de gran importancia para las personas mayores que no han pensado qué hacer con su vida futura, ya que como parte de las actividades, se imparten conferencias y talleres de auto cuidado, nutrición, ejercicio; se reflexiona en torno a cómo mejorar la calidad de vida y la convivencia familiar y se orienta para que cada persona se interese más por su salud que por su enfermedad, y así se logren controlar los padecimientos crónicos que cada vez son más frecuentes y representan un alto costo para las familias y el estado.

Es por eso que en este proyecto se plantea la Organización de un Centro de día privado para el adulto mayor con la ventaja de reunir atención social, ocupacional y de prevención para la salud, de adultos de nivel socioeconómico medio y medio alto (C y C+) con el fin de mejorar la calidad de vida dentro de su entorno. Se pretende que los contenidos y materiales aquí reunidos colaboren a la organización de un programa que se vislumbra con gran vocación de futuro, con el fin de que tanto inversionistas como fundaciones de apoyo y asociaciones privadas lo tomen en cuenta para la creación de estas instituciones.

Se hace énfasis en la organización requerida en el mismo como parte del plan de negocio, al ser la parte vital para el desarrollo y funcionamiento de una organización para el cumplimiento de sus metas. En el caso de un servicio especializado se requiere el estudio e implantación de una estructura, procesos y controles adecuados que garanticen la eficacia de la organización para así cumplir con el objetivo de ofrecer apoyo tanto al adulto mayor como a sus familiares.

Un Centro de día para la atención al adulto mayor deberá contar con el personal capacitado y dedicación necesaria para la prestación de servicios a los que se compromete la organización, tomando en cuenta que la confianza

que se deposita en la atención esperada será la base del éxito de la misma organización y cumplimiento de su misión.

La organización y estructura estará dada por un estudio detallado de los usuarios a los que se va a dirigir el centro y de los programas que se van a implantar, definir qué personal se necesita y dependiendo del personal elegido se podrá llegar a un mayor o menor grado de atención y realizar unos u otros programas, de aquí que el factor humano es el recurso más importante del sistema. La diferencia fundamental entre una organización y otra estará dada por la gente.

Aquí cabe señalar los conceptos de organización, estructura, procesos y control que son necesarios y operativamente indispensables para la administración de cualquier empresa, negocio u organización, por lo que a continuación se retoman los puntos teóricos que refuerzan el enfoque de este proyecto desde el punto de vista administrativo para el logro de las metas planteadas en un Centro de Día. Es necesario mencionar que el análisis de viabilidad financiera no será asunto de este documento, sin embargo se está trabajando en ello.

MARCO TEORICO

Organización

Una organización es una unidad coordinada que consta de al menos dos personas que trabajan para lograr una meta o un conjunto de metas comunes.

(15)

Se contempla que las organizaciones deben estar preparadas para manejar las necesidades de los clientes con responsabilidad social, buena ciudadanía, administración y liderazgo responsable, por lo que en este proyecto se plantea tener en cuenta las funciones de planeación, organización, dirección, y control de acuerdo a las necesidades del usuario tipo establecidas.

La función de organización incluye todas las actividades Administrativas que traducen las actividades planeadas requeridas en una estructura de tareas y autoridad. En un sentido práctico, la función organización incluye 1) designar la responsabilidad y autoridad de cada puesto individual y 2) determinar cuáles de estos puestos serán agrupados en departamentos específicos.

Estructura

La estructura de una organización es el patrón formal de cómo son agrupadas sus personas y sus puestos. La estructura con frecuencia se ilustra por medio de un organigrama. Los procesos son actividades que dan vida al organigrama. La comunicación, toma de decisiones y el desarrollo de la organización son ejemplos de procesos dentro de organizaciones. ⁽¹³⁾

Planeación

La función de **planeación** incluye definir los fines propuestos y determinar los medios apropiados para su logro.

Misión → objetivos → protocolos + registros → Indicadores

Proceso Gestión – control



Dirección

La función de **dirección** hace que el Administrador participe en contacto cercano día a día con individuos y grupos. Aunque la planeación y la organización proporcionan lineamientos y directrices en forma de planes, descripciones de puesto, organigramas y políticas, es la gente la que hace el trabajo. La dirección incluye las interacciones diarias entre los administradores y sus subordinados

Existen tres características que el Director debería de cumplir:

Comunicación

Factor de enlace. La gente tiene que saber lo que tiene que hacer, cuándo, dónde y de qué manera.

Motivación.

Es el proceso que consiste en influir en la conducta de las personas, basado en el conocimiento de los factores que ocasionan, canalizan y sostienen la conducta de una persona. Para motivar al personal, se deben detectar las necesidades y aspiraciones del personal.

Liderazgo.

Se entiende como el proceso de dirigir las actividades laborales de los miembros de un grupo y de influir en ellas. Tiene la finalidad de lograr que los empleados de una manera determinada y no coaccionada cumplan con lo esperado dentro de su función en el servicio.

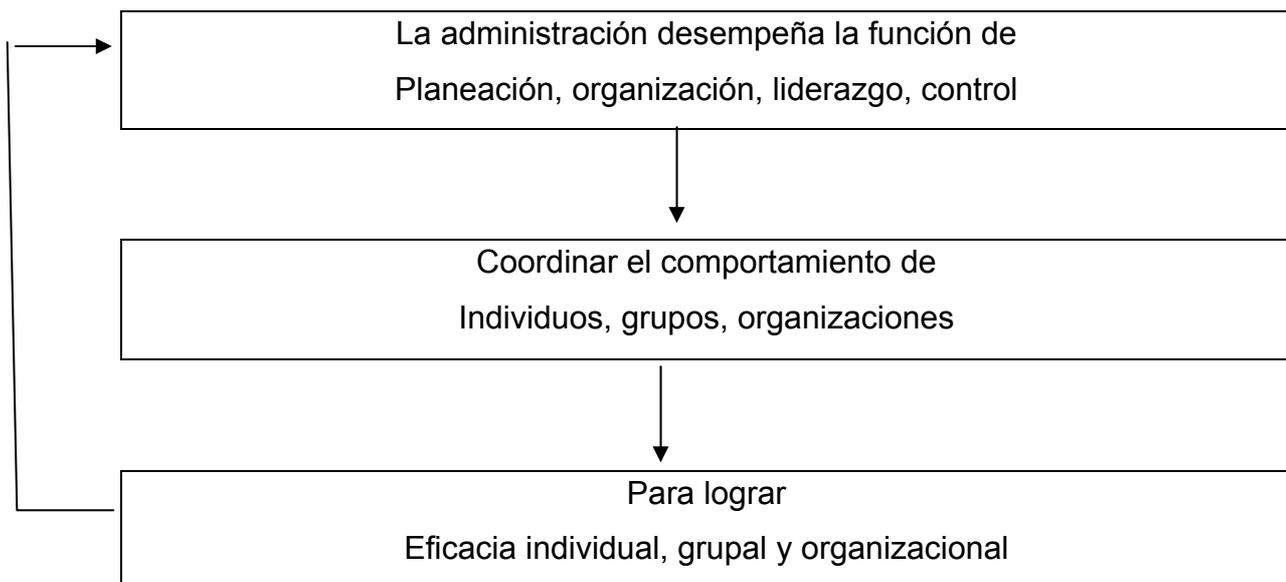
Eficacia

Para determinar si la organización se desempeña eficazmente los administradores se pueden enfocar en una o en las tres perspectivas:

- Eficacia individual.- enfatiza el desempeño de la tarea de empleados específicos o miembros de la organización. Causas. Capacidad, habilidad, conocimiento, actitud, motivación, estrés.
- Eficacia de grupo.- Sinergia de las contribuciones de todos sus miembros. Causas. Cohesión, liderazgo, estructura, estatus, funciones, normas.

- Eficacia organizacional.- Las organizaciones obtienen niveles más altos de eficacia que la suma de sus partes. El trabajo de una organización implica hacer más trabajo del que se puede hacer mediante esfuerzos individuales. Causas: Ambiente, tecnología, elecciones estratégicas, estructura, procesos, cultura.

Contribución de la Administración a la eficacia



Control

Proceso que permite garantizar que las actividades reales se ajusten a las actividades proyectadas. El control sirve a los gerentes para monitorear la eficacia de sus actividades de planificación, organización y dirección. La función de control incluye actividades que los administradores toman para asegurarse de que los resultados reales sean consistentes con los planeados. Sus funciones básicas son: detectar, evaluar e informar.

El sistema de control de gestión debe:

- Verificar: que las gestiones realizadas cumplen los objetivos y las estrategias marcadas.
- Es un instrumento para dirigir:

- Ayudar a inducir al equipo humano hacia los objetivos marcados.
- Se puede utilizar como un sistema de comunicación de la estrategia y objetivos de la empresa.
- Sirve para traducir la estrategia en términos operativos
- Como sistema de adaptación al entorno

En el presente trabajo se tomarán en cuenta cada una de estas funciones a través del desglose de actividades del personal responsable del Centro de Día, para que además de considerar las funciones propias de la profesión del personal se lleven a cabo las actividades administrativas que son consideradas para el éxito de la organización.

Cultura

El comportamiento organizacional es el campo de estudio que se sustenta en la teoría, métodos y principios de diversas disciplinas para aprender acerca de las percepciones, valores, capacidades de aprendizaje y acciones de los individuos mientras trabajan en grupos y dentro de la organización y para analizar el efecto del ambiente de la organización y sus recursos humanos, misiones, objetivos y estrategias, ⁽¹³⁾ de ahí que en esta propuesta se haga énfasis en la estructura de la organización con base **multidisciplinaria** en la que, de la manera más horizontal se tomarán decisiones para la mejor atención del usuario. Cada uno desde la finalidad de su profesión, y su función contribuirá al fin común, pero sobretodo deberá propiciar calidad de vida en el trabajo que se verá reflejado en la calidad de vida de los adultos mayores.

El patrón de suposiciones básicas utilizado por individuos y grupos para tratar con la organización y su ambiente se llama **cultura**.⁽¹³⁾ En términos directos, la cultura de la organización es su personalidad, atmósfera o “sentimiento”. La cultura de una organización define un comportamiento y vínculos apropiados, motiva individuos y gobierna la forma en que una compañía procesa la información, las relaciones internas y los valores, parte sustancial de una organización del tipo de la propuesta en los Centros de Día a nivel internacional.

Mercadotecnia

Para la planeación de cualquier oferta de servicios, se hace imprescindible elaborar un plan de mercadotecnia que incluya el estudio de mercado, de tal manera que las inversiones y objetivos empresariales cumplan con las necesidades, de los futuros clientes. Además para la planeación de un Centro de Día será preciso conocer y valorar los recursos sociales y sanitarios de los que ya se dispone en la zona, buscando en todo momento complementar y potenciar recursos y a la vez evitar duplicidad.

La Segmentación analiza la diversidad de necesidades de servicios que presenta el mercado de referencia con el objetivo de ajustar la oferta de la empresa a esa diversidad

Proceso de segmentación

Consiste en dividir el mercado de referencia en grupos de compradores (segmentos o target groups) que buscan en el servicio un mismo conjunto de atributos

Criterios de segmentación:

- En función de las ventajas buscadas en el servicio por parte del cliente.
- Según características sociodemográficas del cliente.
- Según estilos de vida (descritos en términos de actividad, intereses y opiniones).
- Según comportamiento de compra.

Para que la segmentación sea eficaz debe cumplir los siguientes **requisitos básicos**:

- Ser fáciles de identificar y de medir.
- Ser accesibles.
- Poseer un tamaño suficiente.
- Ser homogéneos.
- Ofrecer respuesta diferenciada a las acciones de marketing.

Marketing mix

“Es una filosofía empresarial orientada a conocer y a satisfacer las necesidades y los deseos, actuales y potenciales, del mercado a través de un conjunto de actividades, tanto estratégicas como operacionales, con el fin de establecer con los clientes una relación de confianza mutua, orientada al largo plazo y beneficiosa para ambas partes” ⁽¹⁶⁾

Dimensiones del marketing

Marketing estratégico	Marketing operacional
Está orientado al largo plazo	Está orientado al corto plazo
Busca oportunidades de negocio basadas en las necesidades del mercado	Actúa sobre los consumidores elegidos
Define estrategias competitivas	Emplea el marketing-mix más adecuado
Fija objetivos de crecimiento	Consigue los objetivos anuales

1. Relación de servicios
2. Política de precios
3. Estrategia de comunicación, publicidad, relaciones públicas y plan comercial

En el presente trabajo se planteó de manera estadística las posibilidades del mercado potencial para determinar el marketing mix del Centro de Día propuesto con grandes posibilidades de éxito. Aunque en cuestión de precios habrá necesidad de realizar una estrategia de penetración ya que son pocos los datos reunidos acerca de la oferta actual.

Mercado Meta

Se establece previamente a qué segmento de población se va a atender con un determinado recurso social o sanitario, cuáles son sus necesidades y características personales y sociales, cuáles son los rasgos definidores del

perfil del “usuario-tipo” de ese recurso, para establecer el diseño adecuado de los elementos materiales y personales, así como los programas y actividades adecuados, para que la atención prestada alcance los niveles de eficacia y eficiencia exigibles y aquí descritas en la propuesta.

OFERTA ACTUAL

Con la finalidad de efectuar la correcta realización del estudio para la Ciudad de México y por razones de tiempo y ausencia de datos confiables que puedan dejar en claro la situación de la competencia, se ha omitido la mención detallada de este rubro.

Es claro que existe oferta de servicios con alguna de las características propuestas dentro de un Centro de Día definido anteriormente, sin embargo, ninguno de ellos es competencia directa en cuanto al concepto de Centro de Día propuesto. Debido a esto, se recomienda ahondar mucho más con investigaciones de mercado hechas a petición de la empresa para obtener retroalimentación con valor estadístico.

- Instituciones de Asistencia Privada que son de beneficencia, existen casas hogar y también residencias diurnas. Por ejemplo: Residencia Reina Sofía y Residencia San José S.C.
- Asilos de Ancianos Públicos y Privados
- Ordenes religiosas que ofrecen asilo a personas desvalidas, en este rubro existe un reducido número. Se pueden citar algunos como: Casa Hogar para Ancianos Antiguo Hospital Concepción Béistegui y Residencia Mater.
- Clubes Deportivos Privados que han evolucionado hacia la apertura de espacios y/o actividades para sus miembros de la tercera edad. Se pueden citar al Club Israelita y al Asturiano, entre otros que ofrecen actividades de entretenimiento entre grupos restringidos.
- Clubes Sociales Públicos principalmente los del IMSS, ISSSTE, DIF, etc. que proporcionan atención a la población de escasos recursos, alojamiento, atención médica, servicios de trabajo social y servicios de terapia ocupacional.
- Organismos públicos como el INAPAM que es un organismo público descentralizado que proporciona atención, orientación, protección y estudios sobre la vejez.

- Residencias privadas para población de nivel económico alto como residencia Villazul y Villa Armónica que también ofrecen servicios de estancias diurnas para personas mayores, de apertura reciente.
- Centro de día para atención de personas con Alzheimer de la fundación Alzheimer A.C

PROPUESTA

Concepto del Negocio

Centro de Día privado que ofrece atención social, ocupacional y de salud para adultos mayores de nivel socioeconómico medio y medio alto (C y C+) a través de actividades y atención integral personalizada que contribuya a optimizar, reincorporar y estimular todo lo relacionado con la salud y actividades de la vida diaria, de acuerdo a su nivel de independencia, y a su vez promueve y mantiene las relaciones interpersonales.

Misión

Brindar atención a las necesidades personales básicas, terapéuticas y socio-culturales de personas mayores a través del servicio personalizado de un equipo multidisciplinario en geriatría, psicología, terapia ocupacional, nutrición y trabajo social que participa con responsabilidad moral y ética, trato cálido, equitativo y humano, diseñando programas de intervención a la medida, basados en las condiciones físicas, biológicas y psicológicas de los usuarios que contribuyan a mejorar su salud y superen sus expectativas y las de sus familiares para lograr su satisfacción, lealtad y permanencia en la institución.

Visión

Hacer del Centro de Día una institución privada del más alto nivel en servicio de entretenimiento y cuidado del adulto mayor, atención especializada y gran sentido humano, posicionándolo como la primera alternativa para confiar a sus seres queridos para mejorar su salud y consecuentemente su calidad de vida.

Filosofía

Institución de servicio sociosantiario para el adulto mayor donde su opinión, sus sentimientos, sus derechos, sus emociones, su espiritualidad, sus experiencias,

sus habilidades y su sabiduría, son respetadas, compartidas, vividas, escuchadas y enriquecedoras para y por la institución y todos quienes la conforman.

Valores

En el Centro de Día se pretenden promover los valores de servicio, responsabilidad, amabilidad y dignidad, paciencia, comprensión, profundo sentido humano, respeto, comunicación y honestidad tanto internamente, entre los empleados, como para los usuarios, sus familias y el entorno.

Objetivos Estratégicos

- Ser pioneros en el negocio de Centro de Día privado para la atención del adulto mayor de clase media y media alta en la ciudad de México.
- Brindar una opción de negocio a los inversionistas.
- Ser una entidad rentable superando las expectativas de usuarios y familiares a través de los servicios otorgados por parte de una organización estructurada con enfoque a la comunidad.
- Estar comprometidos con el patrimonio y la cultura del negocio en el que fortalezcan a la entidad, y al mismo tiempo busquen establecer un equipo de trabajo multidisciplinario que conforman la organización, los usuarios y familiares para lograr un negocio con beneficio para todos.
- Crear fuentes de trabajo y ser una empresa 100% mexicana que aporte un beneficio social a México.

VARIABLES CLAVE

- Precio.
- Ubicación.
- Organización y definición del modelo de gestión claro y coherente.
- Orientación al cliente.
- Diseño funcional del Centro: distribución de espacios, racionalidad de las inversiones, funcionalidad de los equipamientos.

- Relación de servicios diferenciados y adaptados al perfil del cliente buscado.
- Notoriedad e imagen de marca.

En un Centro de Día la segmentación diferenciada permitirá ofrecer a cada usuario los servicios necesarios para la satisfacción de acuerdo a sus características biológicas, psicológicas y sociales individuales.

Por tanto, es necesario recordar que la vejez es un proceso que abarca las esferas biológicas, psicológicas y sociales, las cuales tienen que verse desde diferentes puntos de vista:

Biológico

Es inevitable que con el paso del tiempo se produzca una disminución en las capacidades y resistencia física del organismo. Por ello al fomentar el auto cuidado se logra retardar dichos fenómenos.

Psicológico

La decadencia no tiene por que producirse paralelamente al envejecimiento físico, sin embargo, el individuo decae cuando deja de desarrollar actividades laborales como consecuencia de la desintegración de las relaciones sociales que permiten el ejercicio de ciertas funciones psicológicas básicas como: el auto cuidado, la memoria y la solución de problemas.

Social

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

Usuario Tipo

Los datos anteriormente proporcionados para este estudio resultan importantes para determinar el perfil del usuario que se pretende atender y se tomarán en cuenta para planear los servicios del Centro de Día. Desde el punto de vista integral, los programas de intervención se deben adaptar a las circunstancias de salud, relaciones sociales y con la comunidad, para lograr el objetivo de prevención y mejora de la calidad de vida de las personas mayores.⁽¹⁷⁾

En la Residencia Asistida de Mayores en Vigo para 2005, de un total de 56 ingresos temporales el 82.15% fueron mujeres y el 19.65% hombres, el 34% eran viudos/as, 12% casados/as, 9% soltero/a, 1% separados, más del 65% presentan moderado deterioro cognitivo, el 40% de los usuarios cuentan con ingresos económicos mensuales entre 401 a 500 euros.⁽¹⁸⁾

Así el usuario tipo referido para el Centro de Día propuesto tendrá las siguientes características sociodemográficas y nivel económico:

Edad

Personas de 65 años o mayores, con una representación de los grupos de más de ochenta años, edad promedio 75 años.

Sexo

Ambos sexos, sin embargo se sabe que en la mayoría de los estudios reportados la proporción de dos-tres mujeres por cada hombre es la que más suele darse.

Estado civil

Cualquiera

Predominan claramente las personas solas, viudas. Por otro lado, la viudez es el estado que más suele asociarse a situación de soledad.

Forma de convivencia

La inmensa mayoría convive con su familia (conyugue o hijos) o si vive solo, dispone de redes de apoyo social suficiente, lo cual es un requisito para disponer del servicio.

Grado de autonomía

En función de las características del propio servicio varían las proporciones de adultos mayores con cierto grado de discapacidad física, ancianos válidos que precisan determinadas ayudas y ancianos con patología psiquiátrica que mantengan un adecuado nivel de comunicación y contacto con el entorno. En la valoración para su ingreso se mencionan los indicadores que dan referencia a estos criterios.

Situaciones excluyentes:

Personas que padecen alto nivel de dependencia que precisen cuidados de largo término o residenciales de alojamiento fijo.

Personas que padecen enfermedades infecto-contagiosas o requieran atención sanitaria intensiva.

Personas que presentan incontinencia de esfínteres.

Personas que sufran de trastornos mentales graves que impidan la normal convivencia en el centro.

Características económicas:

Ingresos familiares mensuales de \$11,000.00 o más considerando que el gasto en alimentos y bebidas consumidas dentro y fuera del hogar más, el gasto en cuidados médicos y conservación de la salud, son alrededor del 20% de sus ingresos. ⁽¹⁴⁾

Estrategia de Promoción y Publicidad

La estrategia de promoción tendrá como propósito esencial obtener mayores ingresos derivados de la captación de las preferencias de los adultos mayores y/o sus familias.

Esto se puede conseguir provocando un cambio en la percepción del adulto mayor y su comportamiento, dando a conocer la realidad social y psicológica del

individuo al llegar a esa edad con el objeto de estimular la demanda y captación de miembros del centro.

Se tratará de crear conciencia, informando a los adultos mayores y a las familias en general de la existencia de esta nueva opción, proporcionando información sobre los servicios que se ofrecen y sus características. Una vez logrado esto se pretende generar una actitud de aceptación al concepto, la cual se traducirá en afiliaciones permanentes.

Para alcanzar estos objetivos se recurrirá a la publicidad por medio de las siguientes acciones:

- ❖ Crear conocimiento, conciencia e interés referente al concepto de centro de día para adultos mayores.
 - Anunciando la disponibilidad del nuevo servicio.
 - Informando la diferencia entre el nuevo concepto y los similares existentes.
 - Diferenciando claramente los beneficios ofrecidos.
 - Demostrando los beneficios al adquirir el servicio.

- ❖ Visitas a lugares de reunión de adultos mayores.
 - Buscar y motivar directamente a los posibles candidatos para ingresar al Centro.
 - Identificar a familias que vivan con adultos mayores con posibilidad de contratar el servicio.
 - Usar la recomendación de los servicios por parte de clientes ya existentes.

Los medios factibles para la publicidad del nuevo producto son los siguientes:

- ❖ Revistas

Es conveniente utilizar tanto revistas del sector que aunque con limitada circulación llegan directamente a la población objetivo como las enfocadas a la

Gerontología, revistas médicas, principalmente a las familias así como revistas de salud y calidad de vida.

- ❖ “Below de line”
- ❖ Correo directo.
- ❖ Trípticos de información.
- ❖ e-marketing.

Proporcionar información del Centro en lugares concurridos por la población de Adultos Mayores como Farmacias, médicos geriatras, INAPAM, oficinas de SS para cobro de pensiones, etc.

Estrategia de Mercadotecnia

Se propone adoptar como estrategia de mercadotecnia, la de diferenciación, la cual estará soportada en atributos del servicio que ofrece la organización como la calidad, el profundo sentido humano, la confiabilidad y el trato digno. Asimismo, la diferenciación estará en los servicios personalizados que se tienen de monitoreo de salud, dieta correcta, socialización, actividades ocupacionales y recreativas acordes a intereses comunes.

La estrategia inicial que se pretende es la de posicionar a la organización como la mejor alternativa dentro de la atención integral al adulto mayor en la zona suroeste de la Ciudad de México de acuerdo con las estadísticas de población que indican la presencia de un gran mercado potencial con las características del usuario propuestas.

Organización

El primer paso es crear la empresa o entidad. Se solicita el permiso de apertura a la delegación y la autorización administrativa. Para ello se debe dar de alta la empresa Centro de Día ante notario, Hacienda y en el Seguro Social así como dar aviso al INAPAM, en este organismo se ofrece asesoría legal y técnica. En el registro consta el nombre de la entidad, el ámbito de actuación, la capacidad del

establecimiento y los servicios que ofrece. Se han de comunicar al registro los cambios de situación, estructura, datos de la entidad y remitir una relación de precios de los servicios, el último trimestre de cada año.

Posteriormente la selección de ubicación y realizar un proyecto técnico de adecuación del local con la solicitud previa de los correspondientes permisos de obras a la delegación. Los requisitos técnicos que han de reunir los centros de día se regulan mediante las siguientes Normas:

- NOM-167-SSA1-1997, Para la prestación de Servicios de Asistencia Social para Menores y Adultos Mayores
- NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud.

Establecer los objetivos de la organización alineados al cumplimiento de la misión.

Objetivos Operativos

- 1. Conseguir el nivel de calidad óptimo, de acuerdo con las expectativas que cada usuario tiene del servicio. Averiguar, de forma individual y lo más concreta posible.**

El criterio de calidad se basa en conseguir cubrir las expectativas que cada usuario se hace del servicio. Las expectativas hacia el servicio del Centro de Día se basan en la información que el cliente o su familia han recibido a través de distintos canales. Normalmente este servicio no es muy conocido, al menos en detalle, por lo que es básico informar adecuadamente al usuario y su familia con el fin de evitar expectativas erróneas.

Al acudir a solicitar información, ya sea el mismo usuario o su familia, se les informará sobre los servicios que pueden disponer en el centro, cuales se incluyen

en el precio base y de aquellos que resultan opcionales y que suponen un costo extra, de la normativa interna del centro, de los horarios. Los datos de esta encuesta servirán para tenerlos en cuenta a la hora de introducir cambios en el método de trabajo o diseñar instrumentos para el control de calidad.

2. Establecer, de forma periódica, métodos de control del nivel de calidad, teniendo como nivel mínimo el cumplir con las expectativas de cada usuario.

Es importante que estos controles se efectúen de forma más o menos periódica para evitar desviaciones en la línea de servicio que se ha trazado.

3. Contemplar las vertientes biológicas, psicológicas y sociales de cada usuario y establecer un plan de actuación.

Este apartado se refiere principalmente a la vertiente asistencial terapéutica hacia el usuario. Cada uno de los aspectos de la persona: biológico, psicológico y social está desarrollado con objetivos más específicos que se contemplan en la descripción de los servicios y programas de intervención.

4. Crear un equipo de trabajo multidisciplinario en el que participen los profesionales que están en contacto con el usuario y sus familiares.

El equipo multidisciplinario es la unidad básica e imprescindible para el funcionamiento del centro. Está formado por todos los profesionales que están en contacto con el usuario como son el médico, psicóloga, nutrióloga, el fisioterapeuta, el animador, el trabajador social y siempre que sea posible la familia. La única forma de proporcionar una atención integral a cada persona, es mediante la participación de un gran número de profesionales que apliquen las técnicas que, en cada caso, se consideren adecuadas.

Se establecerán reuniones de forma periódica donde participarán todos los miembros del equipo que actúan con el usuario y donde se tendrán en cuenta las opiniones de todos y cada uno de ellos para detectar y resolver problemas que afectan a cada usuario a través de un consejo de usuarios representantes.

No hay que olvidar que el usuario sólo está en el centro un número concreto de horas y que después regresa a su domicilio, donde su familia convive con él, por lo que su participación en el proyecto es de vital importancia.

5. Establecer una estrecha colaboración con la familia a la hora de aconsejar sobre la adaptación de cada vivienda a las necesidades de cada usuario.

Es evidente que, debido a la discapacidad física y/o psíquica que suelen padecer los usuarios, se hace imprescindible una adaptación de su domicilio habitual.

El personal del establecimiento puede asesorar a las familias sobre el acondicionamiento más adecuado en cada caso.

Recursos Humanos

Al plantearnos los recursos humanos para un CD se debe tener en cuenta no solo los aspectos cuantitativos, sino también aspectos cualitativos. Estas dos propuestas son de difícil respuesta, si se pretende realizar de una forma concreta, meditada y valorando globalmente las posibles implicaciones que las respuestas puedan tener, y más concretamente sus consecuencias posteriores. Muchas veces al decidir un tipo de profesional u otros o el número de algunos de ellos, puede condicionar el funcionamiento del centro, la calidad de la asistencia prestada y la posibilidad de atender o no algunos tipos de usuarios.

Antes de estudiar la plantilla de personal, los responsables de la organización se deben definir las características del centro, conocer las facilidades de la

instalación que tiene, la tipología de los usuarios a tratar, la zona geográfica y sociológica en la que se ubica el centro y los recursos materiales con los que se cuenta. Una vez analizadas estas variables es cuando se debe tomar la decisión.

De manera general, se puede afirmar que el personal de un centro de día contará con la capacidad y dedicación necesarias para la realización de servicios y prestaciones que se comprometan a ofrecer a sus usuarios.

Actualmente, distintos grupos de investigación han pretendido crear sistemas eficientes de asignación de profesionales y horas de dedicación por día para Centros de servicios socio sanitarios. En España existe una amplia normativa en la que dependiendo del número de plazas de los CD, se asignan profesionales y horas de dedicación (Plan Gerontológico de Euskadi, Circular sobre Servicios de Estancias Diurnas del IMSERSO). En otros ámbitos parten de la tipología del usuario, creando grupos de individuos con diferentes grados de atención y, según los grupos y su número, se asignan los profesionales y las horas de dedicación por día (Generalitat de Cataluña).⁽¹⁹⁾

Una estimación inicial de personal para cubrir un servicio de día asistido para 25 a 30 adultos mayores debería de incluir:⁽²⁰⁾

Categoría	Nº de Personas
Director	1
Área socio sanitaria	
Responsable de área	1
Médico geriatra	1
Enfermera	1
Fisioterapeuta	1
Terapeuta ocupacional	1
Trabajador Social	1
Nutrióloga	1

Cuidador-gerocultor	5
Área de administración y servicios generales	
Responsable de área	1
Auxiliar Administrativo	1
Encargado de almacén	1
Personal de limpieza	2
Personal de vigilancia	1
Total	19

Se hace énfasis en el ratio de cuidador/usuario siendo que la indicación general de diversos estudios considera óptimo un ratio máximo de un cuidador por cada cinco Adultos mayores y el mínimo de un cuidador por cada 10 participantes para el logro de la satisfacción de sus necesidades.⁽²¹⁾

La figura del director, responsable del centro que además de ser el responsable laboral de los auxiliares, coordina la acción de los diferentes profesionales y se responsabiliza del correcto funcionamiento del centro. Si esta figura es un trabajador social cubrirá asimismo el trabajo propiamente social e igualmente puede ser el médico que participe de estas funciones.

Por otra parte para la cobertura mínima de la programación se requieren cinco auxiliares de enfermería o cuidadores a jornada completa.

Puesto que se trata de un centro de día de concepción mixta, el trabajo de enfermería tendrá un componente importante preventivo, y lo realizará una enfermera con asistencia en jornada de cuatro horas diarias.

El fisioterapeuta acudirá uno o dos días a la semana, a fin de instaurar ejercicios específicos indicados en los programas para adultos sanos y técnicas de rehabilitación de mantenimiento a los incapacitados.

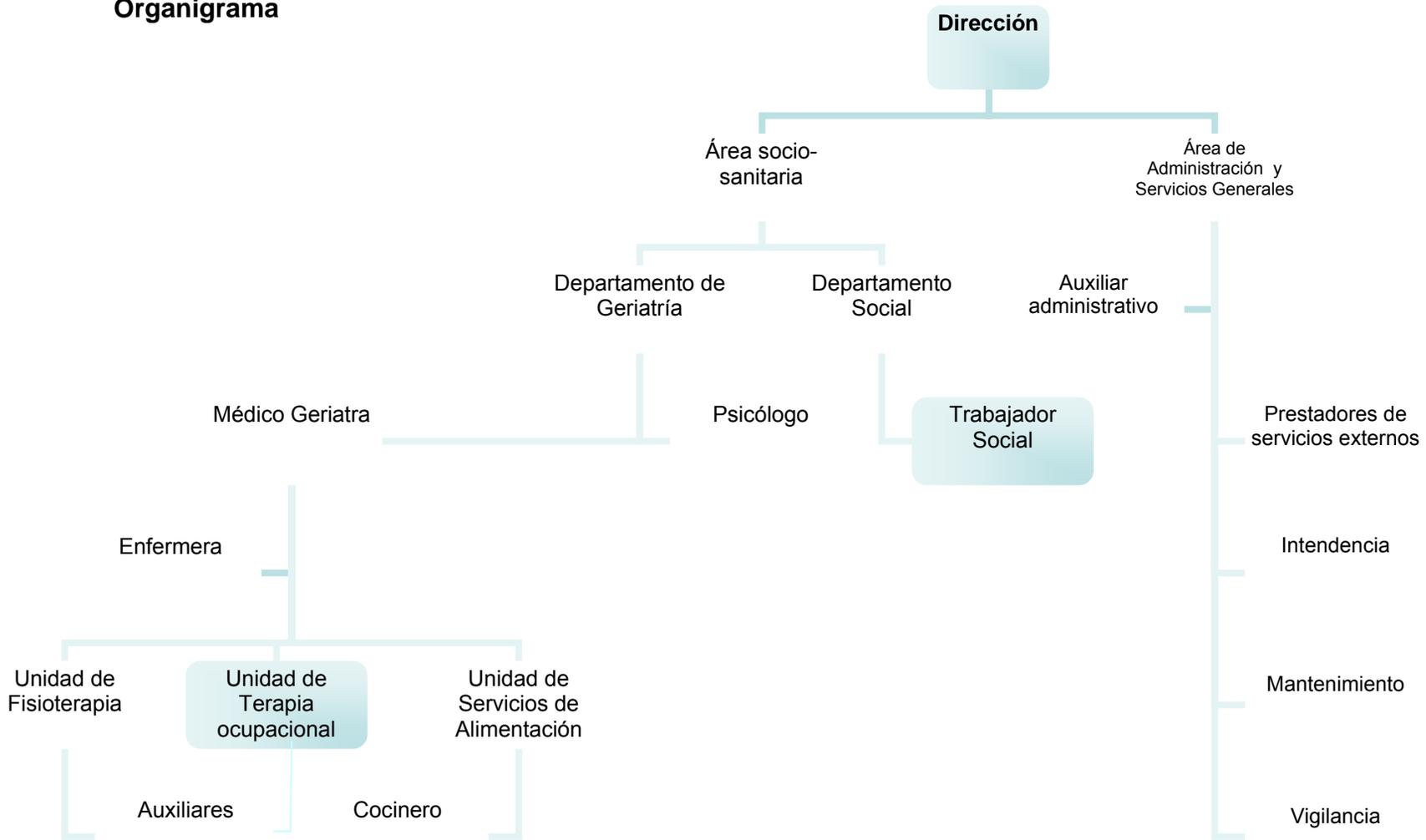
El terapeuta ocupacional instaurará las técnicas de su especialidad, encaminadas a conseguir la independencia del anciano. Su dedicación también será a tiempo parcial.

El médico llevará a cabo actuaciones de medicina preventiva, y atenderá las eventualidades clínicas acaecidas durante la estancia del anciano en el centro.

Un vigilante y dos limpiadores a tiempo completo.

En el siguiente organigrama se observa de una forma gráfica la estructura del Centro de Día propuesto en este trabajo. Es necesario considerar el cumplimiento de los objetivos del servicio de acuerdo con las necesidades del usuario establecidas, por lo tanto estas consideraciones pueden variar de un lugar a otro y lo que se requiere en una organización de este tipo mínimo deberá cumplir con la normatividad que existe hasta el momento en nuestro país. ⁽¹²⁾

Organigrama



Características Generales del personal

Las personas que realizan su trabajo en los campos sanitario y social requieren una personalidad madura y una gran capacidad para superar situaciones problemáticas, a veces dramáticas, que la atención diaria plantea en ocasiones, también deben obviar y olvidar excesos verbales, e incluso físicos, que puedan darse en el trato continuado con sujetos con déficit en sus capacidades físicas o mentales.

Para ello es necesaria una gran capacidad de auto motivación, de tolerancia, de profesionalismo, de respeto, de cariño y de sentido del humor. Esto se olvida, en ocasiones, por algún profesional de atención directa, lo que obliga a los responsables a motivar y estimular a estas personas menos integradas en su quehacer diario y hacerles participar de los objetivos y finalidades del centro en que desempeñan su profesión.

El conseguir estos propósitos depende en gran medida de las capacidades del responsable de difundir un espíritu de equipo, de conseguir que todos los miembros del personal del CD tengan la preparación suficiente para realizar su trabajo, ya sea exigiéndola desde la selección, o a través de capacitación formativa en el desempeño de su trabajo. No debe olvidarse tampoco que estas exigencias y características personales de los individuos que trabajan en el CD avalan la necesidad de que estén suficientemente remunerados de acuerdo a la ley.

El equipo Multiprofesional estará formado por aquellos profesionales imprescindibles para el desarrollo de las labores fundamentales de valoración, aceptación, seguimiento y decisión de atención a los usuarios del centro. Se parte de la realización del trabajo desde una perspectiva interdisciplinar, la cual obliga a superar el simple trabajo individual, intercambiando constantemente los objetivos y decisiones y dando soluciones a los problemas de forma compartida. Más vale a

veces, una solución menos buena pero consensuada que una buena solución pero impuesta, ya que la imposición mata la motivación.

Existen una serie de variables que influyen en el funcionamiento del Equipo Multiprofesional. Estas variables pueden ser tanto de tipo individual como social, el conocerlas va a permitir analizarlas y crear los sistemas apropiados para contrarrestarlas, y de esa forma intentar que no influya en el trabajo del centro.

Principalmente puede hablarse de:

1. Vivencias personales y forma de integrarse en los grupos.
2. Preparación académica y profesional
3. Experiencia profesional previa.
4. Rol de cada miembro en el equipo y forma personal de asumir el mismo
5. Status diferenciales en el equipo
6. Responsabilidades en el equipo y capacidad para ejercer influencia sobre el resto de los individuos del equipo
7. Coordinación del equipo y formas en que se realiza esta coordinación.

El equipo puede definirse como el conjunto de personas que interactúan entre sí, realizan un trabajo que influye en el trabajo de todos los demás y su trabajo es influido por el del resto, y dirigen todos los esfuerzos hacia un objetivo común.

Para que el equipo Multiprofesional funcione es necesario querer, saber y poder trabajar en equipo, Es decir, implica creer en el trabajo de equipo y respetar a sus integrantes, requiere un buen nivel técnico, formación según necesidades, reparto de roles, y precisa de un suficiente apoyo administrativo y de infraestructura.

Características que debe cumplir un equipo de Centro de día para su funcionamiento óptimo ⁽²⁰⁾:

- Objetivos comunes aceptados y conocidos por todos
- Tolerancia, respeto y sentido del humor

- Coordinador/a capacitado/a ecuánime, resolutivo/a y que proporcione estímulo al equipo.
- Motivación y ayuda a los miembros menos integrados
- Reparto de responsabilidades
- Sentimiento de responsabilidad de cada miembro con respecto a su labor y al resultado global.
- Necesidad de auto evaluación y continua corrección.
- Adaptación al cambio.
- Aprovechamiento de las cualidades individuales de cada componente para lograr cohesión.

El conseguir que se cumplan estas características, el que cada uno de los miembros del equipo asuma sus funciones propias del puesto y el compartir los intereses comunes, es lo que va a hacer que el Equipo Multiprofesional funcione de una forma óptima y eficiente.

Equipo Multiprofesional:

- Director puede ser cualquiera de los profesionales miembros del equipo
- Médico- Responsable área socio sanitaria
- Nutriólogo/a
- Psicólogo/a
- Trabajador/a social
- Terapeuta ocupacional
- Fisioterapeuta

Personal básico

Todo CD debe intentar contar con los profesionales indicados a continuación, que junto con el equipo multiprofesional, ya sea mediante una relación laboral fija, o bien una relación por prestación de servicio, se encargarán de la administración y asistencia del centro. Asimismo el tiempo empleado por cada profesional va a depender, como se ha referido anteriormente, del tipo de centro, de los usuarios y

de los programas implantados, pudiendo variar ese tiempo desde algunas horas de atención semanal a jornadas de trabajo a tiempo completo.

- Responsable del área administrativa - Administrador
- Enfermero/a
- Animador/a sociocultural o cuidador
- Cocinero/a
- Personal de limpieza
- Conductor

Personal Externo

- Podólogo/a
- Peluquero/a
- Personal de mantenimiento, limpieza y vigilancia

Funciones del personal

Director General

Profesional del estudio psicológico y social del adulto mayor, Gerontólogo, psicólogo u otro profesional comprometido con el fin común de la atención que se ofrece en el centro.

1. Liderar el trabajo del equipo multiprofesional. Coordinar las reuniones periódicas donde se estudian periódicamente las actividades del centro en beneficio de los usuarios, y se valora la consecución de los objetivos planteados.
2. Hacerse responsable del correcto funcionamiento del centro a través de los procedimientos de evaluación y cumplimiento de indicadores.
3. Elaborar y desarrollar el programa de acción.
4. Realizar actividades de planeación, programación y control del centro
5. Tomar decisiones consensuadas.
6. Gestionar el centro

7. Realizar acciones de vinculación con instituciones afines.
8. Coordinar proyectos de investigación afines a los objetivos del centro.

Responsable del área socio sanitaria

Médico - Geriatra

1. Hacer el reconocimiento médico a cada nuevo usuario y rellenar la correspondiente historia médica y certificaciones profesionales, donde constarán las indicaciones del tipo de atención más acorde, la rehabilitación necesaria y el tratamiento a seguir si hace falta.
2. Atender las necesidades asistenciales de los usuarios. Hacer los exámenes médicos, diagnósticos, prescribir los tratamientos más acordes en cada caso para llevar a cabo las terapias preventivas, asistenciales y de rehabilitación de los diagnósticos clínicos y funcionales de los usuarios del centro.
3. Dirigir el programa de movilización y rehabilitación de los usuarios, fijando en equipo los programas a desarrollar de forma individual y en grupo. Hacer el seguimiento y evaluar los programas conjuntamente con el equipo formado por todas las personas que intervienen.
4. Asistir al personal destinado al centro en casos de necesidad y urgencia. Como máximo responsable de su departamento médico, en el caso de que el centro no pueda tratar debidamente a los usuarios, derivarlos a un centro hospitalario o de salud.
5. Participar en la comisión de supervisión y seguimiento del usuario en cuanto a las necesidades asistenciales y de vida diaria de los usuarios y en colaboración con el Equipo multiprofesional de acuerdo con la situación física de la persona, los objetivos planteados y las características del centro.
6. Participar en el programa de actualización a equipo multiprofesional en el área de salud
7. Impartir pláticas de prevención de enfermedades propias de la edad de los usuarios dirigido a los familiares.

8. En general, todas aquellas actividades no especificadas que se le pidan de acuerdo con su titulación y profesión.

Nutriólogo/a

A pesar de que las características del profesional de la nutriología pueden ser muy específicas y en general en la literatura consultada y organización mundial de los centros de día no se reconoció su participación activa como parte del equipo multiprofesional, en el presente trabajo se incluye como un profesional indispensable para contribuir en el cuidado de la salud y prevención de las enfermedades de los usuarios y vigilancia del servicio de alimentación, que ha estado a cargo de los médicos y jefes de cocina en conjunto.

1. Administrar el servicio de alimentación.
2. Evaluar el estado de nutrición de cada paciente
3. Elaborar la dieta correcta para cada paciente
4. Elaborar los menús cíclicos acorde a las necesidades de los usuarios
5. Supervisar la preparación de alimentos
6. Proporcionar orientación alimentaria a usuarios y familiares
7. En general, todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con su profesión.

Trabajador social

Planear y organizar el trabajo social del centro mediante una adecuada programación de objetivos y racionalización del trabajo, Realizar aquellos estudios encaminados a investigar los aspectos sociales relativos a los usuarios.

Como son:

- Elaborar el estudio socioeconómico de ingreso.
- Seguimiento del caso en relación con el núcleo familiar para propiciar su reintegración social.
- Apoyar la referencia a unidades de atención médica.

- Apoyar trámites legales y administrativos.
 - Apoyar las actividades recreativas y culturales.
 - Gestionar descuentos y concesiones.
1. Ejecutar las actividades administrativas y realizar los informes sociales de los usuarios y los que le sean pedidos por la dirección del centro, facilitar información sobre los recursos propios, ajenos y efectuar la valoración de su situación personal, familiar y social.
 2. Realizar los tratamientos sociales mediante el servicio social de cada caso y de grupo a todos los usuarios.
 3. Fomentar la integración y participación de los usuarios en la vida del centro y de su entorno.
 4. Coordinar los grupos de trabajo y actividades de animación sociocultural
 5. Participar con el equipo multiprofesional y del departamento médico en la elaboración de las orientaciones o de la atención que requieren los usuarios y sus familiares.
 6. Realizar las gestiones necesarias para la resolución de problemas sociales que afecten a los usuarios, principalmente con las entidades y las instituciones locales.
 7. En general, todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con su profesión.

Fisioterapeuta

1. Realizar los tratamientos y técnicas de rehabilitación que se prescriban.
2. Participar con el equipo multiprofesional del centro para la realización de pruebas o valoraciones relacionadas con su especialidad profesional.
3. Dar seguimiento y evaluar la aplicación del tratamiento que realice.
4. Conocer, evaluar, informar y cambiar, en su caso, la aplicación del tratamiento de su especialidad cuando proceda.

5. Conocer los recursos propios de su especialidad en el ámbito territorial.
6. Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los afectados e instituciones.
7. Asesorar a los profesionales que lo necesiten sobre pautas de movilizaciones y tratamientos en los que tengan incidencia las técnicas fisioterapéuticas.
8. Promover y mantener las capacidades físicas del usuario como la resistencia al esfuerzo, la fuerza y la movilidad articular, mediante el diseño de sesiones de actividad física adaptadas a las características de los usuarios.
9. Asistir a las sesiones del departamento médico y equipo multiprofesional para la revisión, el seguimiento y la evaluación de tratamientos.
10. En general, todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con su profesión.

Psicólogo/a

1. Colaborar en la evaluación previa al ingreso del nuevo usuario y su familia.
2. Valorar los problemas psicológicos, estrés y capacidad de afrontamiento y manejo que tiene el cuidador o cuidadores ante las situaciones difíciles que pueden presentarse en el cuidado del adulto mayor.
3. Evaluar de manera precisa y minuciosa el nivel de funcionamiento del anciano en el momento de ingreso.
4. Integrar la información procedente del resto de los profesionales que componen el equipo multidisciplinar con su propia información.
5. Atender a los usuarios con comportamientos difíciles o problemáticos bien por exceso (agresión) o por defecto (inactividad).
6. Evaluar el medio familiar (estado emocional del cuidador principal en la familia, cargas psicosociales, capacidad y estilos de afrontamiento de la familia ante situaciones derivadas del cuidador, recursos adicionales de cuidado, calidad de la relación cuidador-persona, etc.)

7. Brindar estimulación intelectual y social de ancianos con deterioro cognitivo no relacionado a demencia por parte del personal de atención directa.
8. Ofrecer psicoterapia breve de apoyo ante un nuevo usuario con una baja expectativa de funcionamiento por no haber accedido al centro de forma completamente voluntaria
9. Participar en el programa de orientación a la realidad de nuevos usuarios con confusión cognitiva.
10. Realizar intervenciones clínicas ante problemas puntuales, recomendaciones para familiares que participen en un programa psicosocial.

Responsable del área administrativa

Es el trabajador que actúa a las órdenes de los órganos directivos del centro y tiene a su cargo un servicio determinado dentro del cual, con iniciativa y responsabilidad, con o sin otros trabajadores a sus órdenes.

1. Realizar las actividades de cálculos, estudios y demás controles presupuestarios.
2. Proporcionar toda la estructura material necesaria para que funcione el centro.
3. Conjuntrar las estadísticas para la evaluación del servicio.
4. Realizar cálculos de nóminas de salarios, sueldos u operaciones análogas necesarias para el control de recursos humano
5. Apoyar en todas las actividades administrativas y requerimientos solicitados por el director.

Enfermera

1. Ofrecer cuidados individualizados para cada usuario.
2. Apoyar al médico en la atención de los usuarios en necesidades generales de la salud, preparando el material y medicamentos que sean utilizados.

3. Preparar y administrar los medicamentos según las prescripciones facultativas, específicamente los tratamientos.
4. Tomar la presión sanguínea, el pulso y la temperatura para el control periódico de patologías crónicas.
5. Ordenar las historias clínicas y anotar los datos relacionados con la propia función que deba figurar.
6. Atender las necesidades sanitarias que tenga el personal que trabaja en el centro y sea de su competencia.
7. Colaborar con la fisioterapeuta en las actividades de rehabilitación, acuerdo con el nivel de calificación que sean compatibles con su titulación.
8. Llevar el control de análisis clínicos, exámenes externos como apoyo al diagnóstico médico indicado.
9. Vigilar y tener cuidado de la ejecución de las actividades de tipo físico prescritas por el médico, observando las incidencias que puedan presentarse durante su realización.
10. Participar en las sesiones informativas para familiares.
11. En general todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que sean pedidas y que tengan relación con lo anterior.

Animador/a socio-cultural o Terapeuta ocupacional

1. Controlar el riesgo de deterioro de las capacidades de relación social a través de las actividades del plan general del centro.
2. Realizar actividades auxiliares de psicomotricidad lenguaje, dinámica y rehabilitación personal y social a los usuarios.
3. Colaborar en el seguimiento o la evaluación del proceso recuperador o asistencial de los residentes del centro.
4. Controlar el riesgo de deterioro de las capacidades cognitivas.
5. Elaborar y dar seguimiento al programa de actividades recreativas y de estimulación para mantener o mejorar las capacidades creativas y de relación de cada usuario.

6. Elaborar y organizar las salidas programadas, actividades al aire libre y celebraciones realizadas en el centro.
7. Estimular las habilidades manuales y coordinativas de los usuarios.
8. Anotar en los registros de cada usuario toda incidencia que pueda haber así como los resultados de los procedimientos propuestos en las valoraciones periódicas.
9. Colaborar en las materias de su competencia en los programas que se realicen de formación e información a las familias de los usuarios y a las instituciones.
10. En general, todas aquellas actividades no especificadas anteriormente que le sean pedidas y que tengan relación con su profesión.

Gerocultor/a, Auxiliar de clínica en geriatría o Cuidador

Es el responsable de la Asistencia especializada para el desenvolvimiento de las actividades básicas de la vida diaria como la higiene diaria, curas básicas, vestido y alimentación. Debe estar capacitado para esta función y disponer de algún tipo de titulación como trabajador social, auxiliar de geriatría, auxiliar de clínica o agente socio-sanitario. Sus tareas son las siguientes:

1. Ofrecer apoyo para mantener la higiene personal del usuario.
2. Administrar la medicación oral.
3. Administrar la alimentación en caso de que el usuario sea incapaz de hacerlo por si mismo.
4. Controlar los ritmos de evacuación de cada usuario y acompañarlos al WC en los horarios acordados en los procesos de reeducación de esfínteres.
5. Realizar el control de los signos o síntomas que puedan experimentar los pacientes avisando a la enfermería del centro.
6. Acompañar a los usuarios en las salidas, paseos, gestiones, excursiones, juegos, celebraciones y tiempo libre en general que puedan efectuarse en el centro. Colaborar con el equipo de profesionales, en orden a

proporcionar la autonomía personal del usuario y su inserción en la vida social.

7. Anotar en los registros de cada usuario toda incidencia que pueda haber, así como los resultados de los procedimientos propuestos en las valoraciones periódicas.
8. Procurar complementar el trabajo asistencial, educativo y formativo que reciban de los profesionales respectivos.
9. En general todas aquellas actividades que no habiéndose especificado antes le sean encomendadas, que estén incluidas en el ejercicio de su profesión y preparación técnica y que tengan relación con lo señalado anteriormente.

Cocinera

1. Elaborar el menú diario bajo supervisión de la nutrióloga
2. Realizar las adaptaciones necesarias a los platillos para las dietas especiales o modificadas solicitadas por la nutrióloga.
3. Elaborar el recetario base
4. Preparar los alimentos de acuerdo a las recetas estandarizadas.
5. Aplicar las buenas prácticas de higiene en la preparación de los alimentos.
6. Supervisar el servicio a tiempo de las comidas
7. Mantener las condiciones sanitarias de las instalaciones de cocina.

Personal de limpieza

1. Realizar la limpieza general del Centro de acuerdo al programa establecido en cada área (empresa externa).

Auxiliar administrativo

Personal con perfil de secretaria que se encarga de apoyar en la administración del Centro.

Modelo de Gestión

Además del trabajo técnico, desarrollado por los profesionales, que se realiza en un CD, también se deben considerar los procedimientos de gestión administrativa que permite regularizar y facilitar la permanencia de la persona mayor en el centro, así como ser el vehículo transmisor de toda la información administrativa y en parte técnica, que el propio centro genera, como son la función del director, responsables y trabajo del equipo multidisciplinario que participarán en la toma de decisiones.

Desde el primer contacto con el usuario, el Director inicia el proceso del servicio atendiendo a sus necesidades y delegando las funciones correspondientes al equipo profesional del Centro.

Etapas del proceso

- Tramites al ingreso del usuario

Comunicación con el usuario y familia:

Ofrecer información de los útiles de aseo, ropa, documentos que tiene que llevar al centro.

Concertar cita para realizar el período de adaptación.

Elección del medio de transporte: información al usuario y a la familia.

Información al resto de profesionales del Centro de Día.

Registro del ingreso de la persona.

- Reuniones

Reuniones: interinstitucionales del Equipo multiprofesional, de valoración de solicitudes, de programación y seguimiento.

Citación de los componentes.

Elaborar acta de la reunión.

- Comunicaciones externas

Relación comunitaria

Comunicación a profesionales con implicación en el Centro de Día: ingreso, evolución, cese, etc.

Actuaciones conjuntas en el funcionamiento y organización del centro.

Contacto con otros recursos

Difusión del Centro de Día a la comunidad: elaboración y remisión de material de divulgación.

- Comunicaciones internas

Relación con la entidad titular del centro

Información relativa al Centro de Día: objetivos, perfil de usuario, etc.

Información relativa a los usuarios: población atendida, solicitudes recibidas, datos demográficos, programas, etc.

Evolución y necesidades del recurso.

- Relación con los voluntarios

Organización del voluntariado en el Centro de Día

Formación del voluntariado

Control de la actividad del voluntariado

Información de los programas

- Contacto con las familias

Atención al ingreso del usuario y dentro del programa de atención familiar.

Cuadro de mando

Actividad asistencial

Media de plazas ocupadas = estancias realizadas/días de funcionamiento del centro.

Grado de ocupación = estancias realizadas/estancias máximas.

Índice de rotación = número de nuevos usuarios / plazas ocupadas.

Indicadores de personal

Número de personal equivalente = equivalencia del conjunto de personal en jornada completa

Media personal = personal equivalente por equivalencia anual de número de días trabajados por cada persona

Ratio personal/usuario = media de persona/media de plazas ocupadas

Índice de rotación del personal = numero de bajas/media personal

Índice de absentismo = horas de absentismo/horas totales de personal contratado

Índice de horas de formación= horas de formación/horas totales de personal contratado

Indicadores de servicios generales

Referidos por programa asistencial en el apartado de procedimientos generales.

Indicadores económicos

En el presente trabajo no se hará referencia al logro de dichos indicadores, sin embargo es necesario contemplarlos como parte de los objetivos a alcanzar por la dirección del centro y todo el personal.

Costo/usuario = gastos totales/plazas ocupadas

Media costo salarial = gastos totales de personal /media personal

Costo por comida = gastos totales de comida (materia prima + personal)/ número equivalente de comidas

Evaluación del servicio

Atención de quejas y sugerencias de usuarios y familiares, con garantía de que sean tomadas en cuenta para su solución, vigilancia y seguimiento; Promoción de la participación de la familia y la comunidad en el proceso de atención de los usuarios. Esto se logrará a través de la implementación de un sistema de calidad a través de recopilación de información con encuestas para la satisfacción del usuario y seguimiento por parte del Equipo Multiprofesional para implementar un Plan de mejora continua.

Accreditación por organismos internacionales

En los Estados Unidos y Canadá la Commission on Accreditation of Rehabilitation Facilities, CARF, es una empresa internacional, independiente, sin fines de lucro, que acredita a proveedores y redes de servicios humanos en las áreas de rehabilitación médica, servicios comunitarios y de empleo, así como servicios de salud de comportamiento, niños y jóvenes y envejecimiento y tiene un programa específico de acreditación para Servicios diurnos para adultos mayores ADS. Los servicios de acreditación son proporcionados en toda la familia de organizaciones CARF, la cual incluye CARF Internacional, CARF Canadá y CARF – CCAC.

Los estándares representan el pensamiento actual y futuro con respecto a la calidad. Las organizaciones que han participado en una encuesta de acreditación muestran:

- Un grado más alto de calidad interna,
- Mayor participación en los servicios que reciben las personas atendidas,
- Más cohesión entre los miembros del personal a todos los niveles dentro de la organización, y
- Un estatus realzado de los servicios encuestados dentro de la comunidad.

A través de la acreditación se asegura al público usuario el compromiso de mejora continua en la calidad de los servicios y el enfoque al cliente que tiene la organización para la satisfacción total de las necesidades a través de los servicios ofrecidos. ⁽²²⁾ www.carf.org

INSTALACIONES

Todo establecimiento debe dar cumplimiento a las disposiciones emitidas por el Programa Nacional de Protección Civil, en función a los riesgos a los que están principalmente expuestos (incendios, sismos, inundaciones, entre otros) y a la Norma Oficial Mexicana NOM-001-SSA2-1993 Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional

de Salud, ⁽²³⁾ que a su vez se especifican en la NOM-167-SSA1-1997, Para la Prestación de Servicios de Asistencia Social Para Menores y Adultos Mayores Punto 8, con el objeto de que los adultos mayores cuenten con los espacios requeridos que les permita llevar una vida digna, segura y productiva.

El Centro de Día se encontrará instalado en una superficie no menor a 500 m² de construcción en una sola planta para facilitar el desplazamiento de los adultos mayores dentro del mismo, así como medidas para su seguridad: pisos antiderrapantes, rampas, pasamanos, puertas amplias, espacios iluminados, de acuerdo a la normatividad.

A continuación se menciona cuales son las áreas propuestas para el centro y cual es la importancia de la presencia de cada una de ellas, en función a los servicios que se ofrecen:

De los espacios importantes del centro son las **áreas verdes**, dotadas con mesas, sillas y mecedoras, con un entorno natural. Se produce un ambiente de tranquilidad y seguridad a los adultos mayores al estar en pleno contacto con la naturaleza. En esta área se brinda la oportunidad de esparcimiento en donde se tienen ciertas actividades al aire libre.

Salón de actos: donde se desarrollan obras de teatro, bailes, actuaciones cómicas, guiñol, asambleas y reuniones informativas de diferentes características por mencionar las más importantes. Así mismo se desarrollan diariamente sesiones de estimulación durante hora y media.

Sala de lectura: Como su nombre lo indica esta zona está indicada para que el adulto mayor mantenga un enlace con el mundo que lo rodea a través de diversos diarios y revistas que pueden leer.

Además debe contar con una biblioteca en la que el residente puede disfrutar de lecturas. Esta sala es de gran utilidad para las lecturas dirigidas por los propios usuarios.

Sala de televisión: Se concibe como una prolongación de la anterior. Se incluyen aparatos electrónicos para televisión, video y películas

En él **área de juegos** se cuenta con mesas, sillas y sillones de descanso adaptados a las necesidades de los adultos mayores, amplia colección de juegos de mesa.

El **comedor** es decorado con un ambiente familiar con capacidad para 50 comensales.

Cocina semi-industrial equipada con alacena, equipo de refrigeración y congelación, estufa de 4 quemadores, horno Clima Plus Combi de Rational, campana de extracción, horno de microondas, mesa caliente y línea fría, área de 3 tarjas para lavado y desinfección de utensilios, lavavajillas, área de lavado de manos y tarja para lavado y desinfección de frutas y verduras.

Los **baños** cuentan con sanitarios altos y espaciosos, en donde los pasamanos sirven de apoyo para el adulto mayor.

El **consultorio médico** está equipado con material de curación y con medicamentos de uso común, mobiliario y equipo de enfermería, al igual que una cama o mesa exploratoria donde se realizan las evaluaciones médicas o psicológicas.

- a) Botiquín de primeros auxilios.
- b) Estetoscopio biauricular.
- c) Esfigmomanómetro.
- d) Estuche de diagnóstico con oftalmoscopio.

e) Aspirador.

También cuenta con un armario con divisiones, en donde se guardan y señalan los medicamentos de cada uno de los adultos mayores, si es que los requieren. Esta área cuenta con una pizarra donde se especifica diariamente el nombre de los usuarios con indicaciones personales.

En el **área de terapia física y de ejercicios** cuenta con mobiliario y equipo de rehabilitación, ayudando a mejorar la movilidad de los adultos mayores para mantener su estado de independencia física.

Sala de terapia ocupacional: en la que se realizan un conjunto de actividades (gerontogimnasia, mecanoterapia, terapia de orientación, talleres) con los que se pretende mantener el desenvolvimiento de la capacidad funcional para conseguir mayor grado de independencia en las AVD y en la reorientación de intereses recreativos e integración social de los usuarios.

Oficinas generales y de recepción Oficinas administrativas montadas con escritorios, computadora, teléfono, archiveros y demás equipo para mantener y dar seguimiento a la documentación generada de cada usuario.

Horario

El horario de servicios del Centro depende de las necesidades que presente tanto el adulto mayor como el familiar o cuidador. Se recomienda un horario de mañana y tarde que comprenda el desayuno y/o merienda y la comida.

En la mayoría de los CD lo importante es cubrir los horarios de jornada de trabajo sobretodo de los familiares o cuidadores del adulto mayor. Se ha encontrado que uno de los indicadores de éxito en la operación del centro es contar con horarios más temprano y más tarde que el horario de trabajo normal de los familiares. ⁽²⁴⁾

Factores a considerar para determinar horario y días de operación:

- Horarios requeridos por los familiares o cuidadores que trabajan
- Intercambio de horas
- Tomar en cuenta periodos vacacionales
- Días de la semana trabajados por los familiares
- Interés de los familiares en servicios por las tardes o fines de semana.

De aquí que se recomienda un horario de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 7:00 p.m.

Horario de los programas

El horario de las diferentes actividades debe planificarse de forma adecuada, tomando en cuenta la diversidad de programas, el número de usuarios en función de las necesidades detectadas y valoradas por el Equipo multiprofesional.

Dos o más actividades podrán coincidir siempre y cuando sean dirigidas por diferentes profesionales y destinadas a distintos tipos de usuarios.

Por lo tanto la planificación horaria se hará en función de:

- Los programas que se realicen
- Los profesionales con los que se cuente
- Las salas donde se ejecuten
- Tomando en cuenta la experiencia recogida en los CD activos

SERVICIOS

Para brindar una atención más personalizada al adulto mayor y lograr una mejor compenetración con el resto de los participantes y/o el personal del centro, es necesario que se cuente con una capacidad en las instalaciones para un promedio de **30 personas**. En la literatura consultada se reportan promedios de atención de 20 personas/ día. ⁽²⁴⁾

Servicios de supervisión y promoción de la salud

La atención médica que se proporciona al adulto mayor debe estar sustentada en principios científicos, éticos y sociales; comprende actividades preventivas, curativas y de rehabilitación, que se llevan a cabo por el Equipo Multiprofesional.

Las actividades preventivas comprenderán las acciones siguientes:

- Educación y promoción de la salud del adulto mayor.
- Fomento de una cultura de dignificación del adulto mayor, que implica la difusión de preceptos gerontológicos que permitan conocer y comprender el proceso de envejecimiento.
- Detección oportuna de factores de riesgo y enfermedades, para prevenir secuelas discapacitantes y mantener la funcionalidad y autonomía del individuo, entre las cuales se encuentran:
 - a. Hipertensión arterial.
 - b. Diabetes mellitus.
 - c. Enfermedad del sistema músculo esquelético.
 - d. Aterosclerosis.
 - e. Malnutrición.
 - f. Cáncer.
 - g. Otras enfermedades cardiovasculares.
 - h. Depresión.
 - i. Enfermedades respiratorias.
 - j. Enfermedades visuales.
 - k. Enfermedades auditivas.
 - l. Enfermedades estomatológicas.
 - m. Enfermedades dermatológicas.

El médico geriatra y la enfermera dan seguimiento a los problemas de salud que se presentan y se encargan de la administración de los medicamentos.

Así mismo, se realizan visitas al centro por parte de médicos especialistas, podólogo, odontogeriatra y oftalmólogo así como la concertación del servicio de laboratorio clínico y ambulancia, en caso de requerirlo.

En el centro cada participante, además de contar con su papelería administrativa, cuenta con una ficha de identificación individual, donde diariamente se hacen observaciones significativas sobre su desarrollo dentro del centro. Esta información sirve como referencia para el médico tratante y para brindar información al familiar del adulto mayor.

1. Es necesario diseñar y aplicar programas orientados a la atención integral del adulto mayor con acciones relativas a:
2. Orientación nutricional.
3. Prevención de enfermedad periodontal.
4. Prevención de alteraciones psicoafectivas.
5. Prevención de caídas y accidentes.
6. Prevención de adicciones.
7. Prevención de hábitos nocivos para la salud.
8. Fomento de la actividad física.

Las actividades curativas se llevarán a cabo mediante las siguientes acciones:

- 1) Valoración clínica del caso y elaboración de la nota correspondiente.
- 2) Apertura del expediente clínico.
- 3) Elaboración de la historia clínica.
- 4) Estudio psicosocial.
- 5) Estudios de laboratorio y gabinete.

Elaboración del diagnóstico, evaluación funcional, pronóstico y tratamiento.

- 6) Referencia, en su caso, a una unidad de atención médica para su manejo.

Terapia Física y Ejercicio

Se implementa un programa continuo de ejercicios básicos para todos los adultos mayores y, previa autorización médica, se ofrece el servicio de terapia de rehabilitación física individual según se requiera. Es así como los adultos mayores que acuden al centro activan y ejercitan la mayor parte de su cuerpo.

Rehabilitación integral.

Las actividades de rehabilitación se desarrollarán de acuerdo a las necesidades particulares de los usuarios, con la participación interdisciplinaria de los trabajadores de la salud, la familia y la comunidad en general, en la esfera cognoscitiva, afectiva y psicomotora.

Para el diseño, ejecución, seguimiento y evaluación de los programas de rehabilitación física, psicológica, ocupacional, de entrenamiento laboral, culturales y recreativas, se incluyen las siguientes actividades:

Coordinación psicomotriz, gruesa y fina.

Prevención y atención de deformidades físicas.

Mantenimiento de la conciencia de su esquema corporal.

Mantenimiento de la conciencia de espacio.

Funcionalidad de sus sentidos

Tratamientos más utilizados:

1. Cinesiterapia pasiva y activa
2. Reeduación de marcha

- Paralelas
- Rampas y escalera
- Marcha con ayuda

3. Potenciación MMSS y MMII

- Mecanoterapia
- Poleo terapia
- Auto pasivos
- Bicicleta

4. Equilibrio

- Bipedestación

5. Termoterapia y crioterapia

6. Fototerapia

7. Fisioterapia respiratoria

8. Otros

Servicio de Nutrición

Tomando en cuenta las indicaciones de la NOM-167 punto 5.7.1.2 La alimentación que se proporcione al adulto mayor debe contar con el aporte calórico y nutrimentos necesarios de acuerdo al estado de salud del usuario y ser controlado a través de un examen nutricional cada seis meses como mínimo.

Por lo tanto la Nutrióloga realiza la evaluación del estado de nutrición de cada usuario al ingreso y a partir de los grupos con necesidades específicas, se diseñan y prescriben los diferentes planes de alimentación. Además tomará en cuenta factores fisiológicos que contemplan limitaciones físicas en: encías, dentadura y reducción de los sentidos del gusto y el olfato. Por eso los menús se elaboran teniendo en cuenta una atractiva presentación, con la apropiada mezcla de texturas, colores y sabores.

Proceso de la atención del Área Nutricional.

1. Realizar la Evaluación del Estado nutricional al momento del ingreso para determinar los requerimientos actuales e implementar un plan de alimentación adecuado para mantener o mejorar su integridad física.
2. Determinar los planes a seguir en los que se incluyen estudios de laboratorio, dietas especiales y manejo terapéutico farmacológico, etc.
3. Mantener un vínculo estrecho con los familiares y responsables del centro; para que tengan conocimiento del estado de salud de sus habitantes y las acciones que se implementan en todos los ámbitos de la salud.
4. Monitorear el estado metabólico de la asimilación nutricional constante, para determinar cuando es necesario utilizar otras variantes de alimentación.
5. Participar en las reuniones con el Equipo multidisciplinario para discutir los casos clínicos de los pacientes y las acciones que se implementan en materia nutricional.
6. Actualizar información de manera constante.

Servicio de cafetería

La cafetería para los familiares es un servicio adicional que se ofrece con el fin de fomentar y conservar las relaciones familiares. Para este servicio se solicita al familiar que informe con un día de anticipación al centro que participará en la comida con su familiar para realizar las adaptaciones necesarias. Incluso se puede plantear la preparación de alimentos para llevar en caso de ser requerido por los familiares.

Servicio de Transporte

Este servicio se puede tener subcontratado con una empresa externa especializada en transporte de personal para ofrecerlo a quienes así lo deseen o requieran. Dicho transporte es manejado por personal altamente capacitado en el traslado de adultos mayores y que además están preparados para atender los problemas que se pueden presentar.

Para hacer uso de este servicio, el familiar del adulto mayor se pone de acuerdo con el administrador en donde se determina los días de uso del transporte.

Es así como la empresa identifica la ubicación de las personas que requieren transportación y elabora una ruta que permite que los usuarios del servicio no permanezcan más de 1hrs a bordo del vehículo para evitar cualquier incomodidad en los pasajeros.⁽²¹⁾

Actividades recreativas y sociales

Objetivos

- Conseguir su participación mediante un estímulo previo que buscará la acción más acertada para el anciano.
- Lograr una interacción e integración en el centro, incluyendo al usuario en grupos con características afines sin menoscabo de sus capacidades personales.
- Elevar o por lo menos mantener un enlace con el mundo que los rodea y además fortalecer y acrecentar su cultura.
- Potenciar su autoestima
- Mejorar y desenvolver sus capacidades residuales en función del máximo aprovechamiento del ocio y del tiempo libre.
- Promover la colaboración y apoyo de los familiares en el desenvolvimiento de cualquier actividad que se realice.
- Procurar la apertura del centro al exterior mediante actividades conjuntas y de divulgación pública

Crear cauces para que el personal y familiares opinen y ofrezcan ideas sobre el tema.

Las actividades que se ofrecen para los usuarios son las recreativas y ocupacionales elegidas por ellos mismos, así como otras contempladas en el área de salud, nutrición, educación, cultura y deporte.

Las actividades programadas por el equipo de estimulación socio-terapéutica para cada año se pueden clasificar en función de la periodicidad en:

Actividades diarias

Actividades semanales

Actividades mensuales

Actividades extraordinarias

Estas a su vez de acuerdo a la especificación y guía requerida se dividen en: libres o dirigidas.

Actividades diarias

Libres

Caminatas. El caminar es el más antiguo y saludable de todos los ejercicios, fácil de realizar, efectivo y agradable.

Actividades de salón. Se cuenta con gran variedad de juegos de mesa, como cartas, ajedrez, lotería, monopoly, etc. El personal del centro anima a los adultos mayores a participar en cualquiera de las actividades propuestas obteniendo los siguientes beneficios: mejorar la capacidad para recordar, memorizar, divertirse y mejorar la autoestima. Se realizan por las tardes después de la comida.

Lecturas libres.

Todos los usuarios que lo deseen pueden tener acceso a la prensa y a los libros de la biblioteca de la cual es responsable el jefe de terapia ocupacional y el usuario designado por el consejo.

Dirigidas

Lecturas

Todos los usuarios tienen acceso a lecturas y comentarios en grupos sobre artículos de actualidad. Los usuarios podrán participar en lecturas comentadas de

lunes a viernes entre las 10:30 y las 13:30 hrs. Estas actividades se llevan a cabo en la sala de terapia ocupacional.

Gerontogimnasia

Como parte primordial de un programa de rehabilitación motriz activa se combina el ejercicio físico, terapia de orientación en la realidad y terapia de comunicación e integración social, ocupando el tiempo libre de los usuarios. Esta actividad está pautada por el médico y está coordinada por la terapeuta ocupacional y apoyada con los auxiliares. La primera sesión se realiza de 10:30 a 11:15hrs y la segunda en dos grupos uno de 11:30 a 12:15 y el otro de 12:30 a 13:15 hrs.

Talleres

Pintura

Cestería

Costura

Comunicación

Estos talleres formarán parte de las actividades pautadas por la terapeuta ocupacional para determinados tratamientos. Son actividades que mejoran la autoestima de la persona y la hacen ver y valorar su autosuficiencia.

Se le ofrece al usuario la posibilidad de elegir entre varios trabajos. De esta manera se tienen parámetros para verificar los avances, el mejoramiento o cualquier información que sea útil en la ponderación de los participantes. Estas actividades ayudan a prevenir y corregir a tiempo cualquier efecto degenerativo o alteración que se presente en su salud.

Se realizan todos los días entre las 10:00 y las 13:00 hrs. en el salón adyacente de terapia ocupacional.

Servicios complementarios

Actividades semanales

- ❖ Jardinería
- ❖ Servicio bancario
- ❖ Servicio religioso
- ❖ Conferencias
- ❖ Bingo
- ❖ Comercio informal

La jardinería: Se Ha demostrado ser el equivalente a caminar. Es por eso que el centro puede contar con pequeños invernaderos o huertos caseros para las personas que les gusta esta actividad.

Servicio bancario

Resulta de mucha utilidad contar con la atención personalizada de un asesor del banco que proporciona los servicios inherentes de la entidad bancaria al menos una vez a la semana, con el fin de que los usuarios realicen transacciones sin la necesidad de desplazarse.

Servicios religiosos

Debido a que ciertas personas desean practicar y vivir su religión, siendo ésta una motivación muy grande para ellos, se ofrece consejería espiritual par quien así lo desea y se tiene una pequeña área de capilla.

Conferencias y Eventos especiales

Dentro del centro también se incluye la participación de los familiares en eventos informativos: conferencias de diversos temas, talleres de educación para la salud y eventos de convivencia con los adultos mayores y el personal operativo.

El Equipo multiprofesional estudiará los temas que pueden ser de interés para los usuarios (salud, envejecimiento, patologías más frecuentes y su prevención,

atención al adulto mayor en los diferentes aspectos, pensiones, etc.) y se encargará de buscar al profesional dentro o fuera del centro que pueda impartir las conferencias sobre el tema dentro del programa de educación sanitaria del departamento de geriatría o del social organizado por el responsable.

Los objetivos son:

Mejorar el conocimiento del proceso de envejecimiento entre los usuarios y familiares

Dar a conocer a nuestro entorno las actividades de cuidados de las personas mayores que se desenvuelven en el centro.

Ofrecer una alternativa de animación socio-cultural a los usuarios.

Dirigidas a:

Usuarios, trabajadores, familiares, visitas y personas interesadas

Lugar y horario:

Viernes o martes de 12:30 a 13:30 hrs. en el salón de actos.

Ejemplo de charlas:

- Deporte en los ancianos
- Menús adaptados
- Pequeñas heridas, traumatismos y quemaduras
- Oído y vejez
- Tratamiento fisioterápico de fractura de cadera
- Programas de psicoestimulación
- Influencia de la música en las actividades de fisioterapia
- Artrosis
- Higiene y aseo personal
- La relación del anciano con la familia, amigos, y los jóvenes
- Programa de adaptación al ingreso de una residencia
- Incontinencia urinaria

- Necesidades nutritivas del anciano
- Las alteraciones de la memoria
- La cadena alimenticia en la residencia
- Servicio social para personas mayores en los centros
- La depresión en el anciano
- Abusos y malos tratos a las personas mayores

Bingo

Se programa para el viernes

Los responsables del mismo será uno de los usuarios, la terapeuta ocupacional y el auxiliar, procurando el apoyo y colaboración de los familiares.

Comercio informal

Es uno de los servicio que el CD tiene concertado con el exterior

Se sitúa en el salón general los martes cada quince días de 11:00 a 13:00 hrs. Donde todos los usuarios pueden adquirir aquellas prendas de vestido, calzado, complementos de perfumería y otros que necesiten.

El objeto principal es que el usuario tenga la oportunidad de hacer aquellas compras que requiere y le estimulen y que debido a sus discapacidades no puede realizar en el exterior.

Servicio de atención familiar

Pensando en los familiares de los adultos mayores, dentro del centro se ofrecen y promueven grupos de apoyo, ya que al reunirse los familiares de personas con características comunes se tiene la oportunidad de compartir información y soluciones prácticas para los problemas.

Estos grupos les dan a los familiares y al personal del centro, la oportunidad de dar y recibir ánimo, comprensión, y apoyo emocional; el sólo hecho de saber que

hay otras personas que sienten lo mismo que uno, es el mayor beneficio que se obtiene.

Así mismo se ofrece consulta terapéutica grupal con una consejera profesional, considerándola de utilidad para: ayudar a desechar sentimientos de enojo, frustración, culpabilidad, pesadumbre, conflicto con el empleo, u otras obligaciones familiares que giran alrededor del adulto mayor.

Excursiones largas

Se pretende realizar una excursión larga al mes.

Actividades Extraordinarias

Son las actividades que se realizan de forma esporádica y casi siempre incluidas en algún programa de fiestas.

- ❖ Juegos de exterior
- ❖ Encuentros con otros centros
- ❖ Encuentros gastronómicos
- ❖ Exposición de manualidades de terapia ocupacional
- ❖ Actividades con proyección exterior
- ❖ Actuaciones de exterior: teatro, coro, bandas de música
- ❖ Fiestas
- ❖ Concursos de baile

Estas actividades tanto físicas como sociales, no sólo mejoran el estado físico de los adultos mayores, sino que también interviene en las relaciones humanas. Producen una gran motivación por cuidar el cuerpo, favorece la expresión de los sentimientos, mejora el control espacial, amplía la red social y mejora la comunicación.

Servicios opcionales.

Son aquellos servicios que tienen un costo extraordinario no incluido en la tarifa básica del centro de día. Pueden ser prescritos por la dirección asistencial del centro y son de uso voluntario del usuario.

➤ *Podólogo:*

Este servicio es impartido por un profesional para el cuidado de las afecciones y deformidades de los pies y se programará a petición de la familia, usuario, médico del centro o médico de cabecera. El usuario abona el precio del servicio por sesión.

➤ *Odontogeriatra*

El sistema es el mismo que el anterior. Se tratan las afecciones y necesidades de la boca.

➤ *Peluquería o estilista*

Atención de la imagen personal mediante el corte y arreglo del cabello y/o barba y bigote.

Talleres extras

Calendarización

Horario	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
8-11hrs	Tai Chi Chuan		Tai Chi Chuan		Tai Chi Chuan
10-12hrs	Danza Regional		Danza Regional		
10:30- 13:30hrs		Dibujo y Pintura		Dibujo y Pintura	
12-14 hrs.	Baile de salón		Baile de salón		Baile de salón
15-18hrs	Guitarra			Guitarra	

OPERACIÓN DEL SERVICIO

Procedimientos previos al ingreso

➤ Tramitación de solicitudes:

Registro de solicitudes

Comprobación de los documentos adjuntos a la solicitud

Petición de documentos faltantes

Concertación de cita para la valoración (usuario y familia)

Valoración por el equipo multiprofesional (médico, trabajador social, terapeuta ocupacional, nutrióloga, psicóloga, fisioterapeuta)

Reunión de valoración

Decisión por parte del equipo multiprofesional de la calificación de APTO/NO APTO.

➤ En el caso de APTO

Documentar la solicitud

Levantar acta de acuerdo del Equipo multiprofesional con la calificación de APTO

Comunicación al interesado y a la familia o cuidador principal de la decisión (en el caso de no existir plazas, comunicar su inclusión en lista de reserva)

Archivar la solicitud y documentación

➤ En el caso de NO APTO

Levantar el acta del acuerdo del Equipo Multiprofesional con la calificación NO APTO

Comunicación al interesado y familia o cuidador principal de la decisión adoptada.

Archivar la solicitud y documentación.

Valoración

Se efectúa por el médico con el objeto de conocer y registrar el estado de salud física y funcional del solicitante de tal forma que se determinen las necesidades de asistencia en el centro para la persona solicitante. Se llenará la historia clínica junto con la valoración psicológica (Anexo 1)

Valoración de salud física

- Antecedentes personales significativos: diagnósticos y sus fechas.
- Intervenciones quirúrgicas y fechas.
- Patologías actuales: Diagnósticos y tratamiento actual
- Alergias conocidas
- Hábitos tóxicos
- Control de esfínteres
- Adaptaciones técnicas: si usa bastón, muletas, andador, silla de ruedas.
- Sentidos: Se pregunta sobre agudeza visual, auditiva y el uso o la necesidad de los aparatos de ayuda.

Valoración funcional

Intenta conocer por medio de escalas de evaluación validadas las posibles dependencias del Adulto mayor para las AVD básicas (ABVD) e instrumentales (AIVD) La escala propuesta para utilizar es el índice de KATZ (Anexo 2) y el de Lawton y Brody (anexo 3) que además de ser fácil de utilizar permiten un seguimiento de la evolución del usuario

- Capacidad para las Actividades de la Vida Diaria. Al ingreso se efectuará el índice de Barthel (Anexo 4). Este índice está basado en una escala de 0 a 100 puntos que representa de peor a mejor estado respectivamente. Se considera una persona con discapacidad leve si el índice es de 60 puntos o más. Este test explora las AVD, lo aplica el psicólogo, puede responder el usuario, su familia o su cuidador más próximo, requiere un tiempo aproximado de 3 a 6 minutos para su realización, está basado en juicios y observación y no es sensible a pequeños cambios ni detecta pequeñas discapacidades.

Se realiza una vez al mes.

- A la familia también se le aplica el test de valoración ambiental (Anexo5) a la hora del ingreso con el fin de valorar las condiciones de la vivienda habitual, especialmente si nuestro cliente es capaz de caminar y presenta discapacidades cognitivas o signos de demencia. Esta lista es muy útil para detectar y eliminar

discapacidades y elementos que supongan una amenaza para la integridad física de la persona mayor.

Valoración de salud psíquica

Se deben valorar dos aspectos importantes del estado psicológico del adulto mayor: el estado cognitivo y el afectivo de la persona.

El primero de ellos abarca el conocimiento y la identificación de los cambios normales del envejecimiento, estado de confusión y la demencia. Se propone la utilización del Mini-Mental State Examination de Folstein en la versión española, validada por Lobo. (Anexo 6)

En la valoración del estado afectivo se considera la depresión y la ansiedad, mediante interrogatorio. Ya inserto en el Centro se realizará la valoración de la depresión mediante la Geriatric Depression Scale de Yesavage (Anexo 7)

Debe elaborarse un documento en el que se refleje el diagnóstico y la decisión final sobre la atención o no del solicitante.

Valoración social

El objetivo es establecer la relación entre el adulto mayor y el entorno o estructura social que le rodea. Es difícil de valorar ya que no existe una escala que abarque todos los medios sociales. El trabajador social decide sobre los datos necesarios, dependiendo de la población demandante, y de la situación geográfica y sociológica del Centro de Día. Se debe prestar atención a los siguientes aspectos:

- Relaciones sociales: valora las relaciones familiares, vecinales y sociales. Frecuencia y calidad de dichas relaciones.
- Actividades sociales que el sujeto realiza: aficiones, viajes, paseos.
- Recursos con los que cuenta: ingresos, gastos, renta disponible.
- Soporte social: redes de apoyo, prestaciones sociales que recibe o ha recibido.

Con todo lo anterior el trabajador social debe realizar el diagnóstico social y hacer su propuesta de atención dejando registro. Se propone utilizar la guía modificada de valoración social del Royal College of Physicians of London, British Geriatrics Society (Anexo 8), así como la escala de valoración familiar del family APGAR (Anexo 9).

Procedimientos Generales

Programa de Atención a la salud

Este servicio básico integra el conjunto de prestaciones de tipo médico preventivas dirigidas a mejorar la salud y el bienestar de los usuarios y abarca desde la valoración geriátrica, el diagnóstico y el tratamiento.

Objetivos

Conseguir un 100% de cobertura de historias clínicas de los usuarios del CD

Aumentar, de forma coordinada con su médico de cabecera, la cobertura asistencial.

Disminuir las complicaciones de las patologías preexistentes.

Disminuir el número de secuelas por los distintos procesos.

Disminuir la automedicación.

Aumentar el número de personas controladas adecuadamente.

Aumentar el número de personas inmunizadas.

Disminuir el número de ingresos hospitalarios.

Aumentar el número de personas con hábitos saludables.

Evaluación

Para realizar la evaluación del programa se proponen los siguientes indicadores.

1. Índice de deterioro físico

Nº de usuarios con incapacidad física leve

_____ X 100

Nº total de usuarios

2. Índice de deterioro cognitivo

Nº de usuarios con incapacidad psíquica leve

$$\frac{\text{Nº de usuarios con incapacidad psíquica leve}}{\text{Nº total de usuarios}} \times 100$$

3. Índice de morbilidad

Nº de cuadros patológicos nuevos

$$\frac{\text{Nº de cuadros patológicos nuevos}}{\text{Nº de cuadros patológicos al ingreso}} \times 100$$

4. Índice de hospitalización

Nº de ingresos hospital

$$\frac{\text{Nº de ingresos hospital}}{\text{Nº total de usuarios}} \times 100$$

5. Índice de consultas

Nº total de consultas/mes

$$\frac{\text{Nº total de consultas/mes}}{\text{Nº total de usuarios}} \times 100$$

6. Índice de cuidados de enfermería

Nº total de curas/mes

$$\frac{\text{Nº total de curas/mes}}{\text{Nº total de usuarios}} \times 100$$

7. Índice de medicación

$$\frac{\text{Nº total de fármacos tomados/mes}}{\text{Nº total de usuarios}} \times 100$$

Programa de alimentación y nutrición

Es el programa que intenta satisfacer las necesidades diarias de alimentación y los cuidados nutricios de los usuarios, de una forma controlada y basada en criterios científicos.

Objetivos

Disminuir los hábitos dietéticos inapropiados para la salud en general e individualmente para cada paciente según sus patologías.

Mejorar la educación en nutrición del usuario del CD y de su familia.

Aumentar el número de personas que llevan un plan estructurado de alimentación.

Disminuir los casos de disfunciones nutricias de los usuarios del CD.

Evaluación

Indicadores mensuales

1.

$$\frac{\text{Nº de comidas}}{\text{Nº total de usuarios}} \times 100$$

2.

$$\frac{\text{Nº dietas}}{\text{Nº total de usuarios}} \times 100$$

3.

Nº dietas especiales

	<hr/> N° total de usuarios	X 100
4.	N° personas con aumento de peso <hr/> N° total de usuarios	X 100
5.	N° personas con disminución de peso <hr/> N° total de usuarios	X 100
6.	N° alteraciones del índice glucémico en diabéticos <hr/> N° total de usuarios	X 100
7.	N° entrevistas familiares <hr/> N° total de usuarios	X 100

Programa de atención en fisioterapia y rehabilitación

El Médico realizará la indicación de atención y cuidados de fisioterapia y rehabilitación menor que cada usuario precisa.

La Fisioterapeuta que realiza la atención individualizada anotará las actividades realizadas y días de realización en el modelo impreso (Anexo 10)

Objetivos

Desarrollar, mejorar y rehabilitar el esquema espacial, corporal y temporal de la persona

Conservar y desarrollar la movilidad

Lograr una mejor utilización del espacio

Establecer relaciones con el medio y con el grupo que le rodea

Cuidados de ayudas técnicas y ortoprótesis

El médico realizará la prescripción de ayudas técnicas y ortoprótesis que precise cada usuario.

La terapeuta ocupacional realizará la adaptación de ayuda técnica y entrenamiento de personal o del usuario para la utilización y cuidados. Registro en historia clínica del usuario (Anexo 11)

Cuidados de la piel, nutrición, esfínteres y movilidad

Prescripción médica y nutricional (registro en historia clínica)

El servicio de enfermería es el responsable de prestar los cuidados directamente o a través de las auxiliares de enfermería. Registro en la hoja de control de ingesta, excretas, medicación y ocio/paseos para la supervisión y archivo de la enfermera. (Anexo 12)

Programa de atención psicológica

La psicóloga realizará la valoración con el equipo multidisciplinar, con base en la misma, realizará la intervención individual o grupal directa con el apoyo de otros profesionales, registro diario de asistencia, duración y actividades, asimismo registrará la valoración hecha en la historia del usuario.

Programa de atención y cuidados sociales

El Trabajador social realizará la valoración que precisa, un plan de intervención social, las entrevistas y valoraciones de seguimiento que considere, de carácter periódico, dejando constancia de datos y tipo de intervención en la historia del usuario (historia social).

Objetivos

Propiciar un proceso normalizado de admisión e integración del usuario en la vida del centro.

Favorecer la participación y colaboración de la familia.

Favorecer la coordinación con instituciones proveedoras de dispositivos complementarios y concurrentes al Centro de Día.(ONG, asociaciones, servicios sociales)

Promover la participación de la acción voluntaria organizada tanto en el centro como en el domicilio del usuario.

Evaluación

1.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ de ingresos/mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios}} \times 100$$

2.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ bajas primer mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de usuarios}} \times 100$$

3.

$$\frac{\text{N}^\circ \text{ bajas nuevos ingresos/mes}}{\text{N}^\circ \text{ total de nuevos ingresos/mes}} \times 100$$

4. Grado de satisfacción referido por usuario/familia en el primer mes

5. Opinión valorativa del reto del equipo multiprofesional y personal del centro sobre nivel de integración.

6.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ de voluntarios participantes/mes}}{\text{N}^{\circ} \text{ horas/mes dedicaci3n voluntaria}} \times 100$$

7.

$$\frac{\text{N}^{\circ} \text{ asociaciones voluntariado/comunidad}}{\text{N}^{\circ} \text{ acuerdos de colaboraci3n pactados}} \times 100$$

Programa de terapia ocupacional

Incluye programas de mejora de AVD, de terapia recreativa, de terapia funcional, de ergoterapia y laborterapia, de psicomotricidad y cognitiva.

Objetivos

Mantener las funciones f3sicas, ps3quicas y sociales, por lo tanto la independencia y la autonom3a.

Mejorar las actividades b3sicas de AVD: movilidad, aseo personal, vestido, alimentaci3n.

Despu3s de la valoraci3n, el m3dico realizar3 la prescripci3n individualizada de atenci3n en terapia ocupacional mediante modelo impreso (Anexo 10). Para que el usuario pueda ser atendido en la unidad de terapia ocupacional.

La terapeuta ocupacional dejar3 constancia escrita de las actividades de atenci3n prestadas. As3 mismo se registrar3 en la historia del residente

Evaluaci3n

Se utilizar3n para el seguimiento recomendado cada tres meses, las mismas escalas que para la valoraci3n:

En ABVD la escala de Barthel (Anexo 4)

Para el estado mental de todos los usuarios se les pasará el cuestionario abreviado sobre el estado mental SPMSQ de Pfeiffer. (Anexo 13)

La satisfacción de los usuarios y la voluntad de permanecer en el centro son los índices de un buen desarrollo del programa.

Ejemplo de un día tipo:

Hay muchos elementos diarios que son comunes con el programa general, pero se remarcarán los específicos de la terapia cognitiva. ⁽¹⁶⁾

HORARIO

8:30 – 10:00 hrs. Recepción – Reorientación

Se inicia al llegar el usuario al centro. Se le informa del día, características de ese día, época del año, dónde se encuentra, a qué ha venido, lo que hará durante el día.

Desayuno

Se hace mucho hincapié en los hábitos higiénicos alimenticios y de conducta. Se intentará hacer el desayuno tipo autoservicio para fomentar la autonomía. Se contará con el apoyo de las cuidadoras y personal de cocina para recoger el servicio de desayuno por turnos y ayudar a otros usuarios que no pueden desayunar solos.

10:00 – 10:30 hrs. Buenos días

Se mantendrá el interés por su entorno social (informar después de desayunar sobre los acontecimientos más importantes, de las fiestas, de los cumpleaños de los demás, de días claves) y personal (sus cumpleaños y los de los familiares, sus aniversarios, etc.)

11:00 – 12:00 hrs. Actividades físicas

Gerontogimnasia dirigida con movimientos suaves y lentos de coordinación o caminatas cortas libres.

12:00 – 13:00 hrs. Terapia individual

Se realizará sobretodo laborterapia, trabajos manuales: arcilla, pintar con los dedos, dibujar, tejer o hacer punto, pintura artística, etc.

13:00 – 15:00 hrs. Aseo, comida y descanso

15:00 – 16:00 hrs. Sobremesa

Se realizan actividades de discusión libre, conversación en grupos, música terapia, reminiscencia.

- ❖ Música terapia. Es una técnica muy interesante en la que se utiliza la música como medio de comunicación, ya sea con la escucha o tocando instrumentos sencillos y cantando en grupo. Se fomenta el ritmo y la colaboración.
- ❖ Reminiscencia. Se trata de evocar sucesos almacenados en la memoria, comunicándolos y elaborándolos en la realidad actual.
- ❖ Noticiero. Se intenta que el usuario permanezca integrado en el contexto social. Para ello se verá el noticiero comentando las noticias y valorando el grado de participación y atención.

16:00 – 18:00 hrs. Ludoterapia

Mientras se espera al transporte y al ir perdiendo elementos del grupo, se realizan juegos en grupos más reducidos y con atención más individualizada.

18:00 hrs. Despedida

Hay que hacer mucho hincapié en los hábitos sociales. Se procederá como el grupo general.

Material mínimo que hace falta para terapia: rompecabezas figuras humanas, colores, figuras geométricas, fotos de objetos cotidianos, periódico.

Asignación de Funciones y responsables

Función/actividad	Responsable
Facilitar el acceso a la información en lo relativo a la solicitud de plazas y características del servicio	Auxiliar de administración Trabajador social Director del centro
Comunicar al cliente la inclusión en lista, concertar fecha de ingreso, dar recomendaciones sobre los productos que debe aportar el cliente para la prestación del servicio.	Trabajador social
Asignación de plan de alimentación y seguimiento del estado de nutrición.	Nutrióloga, enfermera
Consentimiento informado	Médico
Autorización para facturación de gastos y estancias	Trabajador social
Atención farmacológica	Médico-prescripción Enfermera o auxiliar de enfermería
Atención psico - gerontológica	Psicóloga, auxiliar
Atención fisioterapia	Fisioterapeuta, auxiliar
Atención Social-recreativa	Terapeuta ocupacional, auxiliar, trabajador social

BIBLIOGRAFÍA

1. Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Madrid, 8 al 12 de abril 2002. Publicación de las Naciones Unidas
Número de venta: S.02.IV.4
2. 26.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 54.a Sesión del Comité Regional OPS-MMS. Washington, D.C., EUA, 23-27 de septiembre de 2002. .La Salud y el Envejecimiento. Tema 4.8 del orden del día provisional CSP26/13 (Esp.)10 julio 2002
3. Proyecciones de la población de México 2005-2050 CONAPO, SEGOB, México
4. Estadísticas del Censo 2000 INEGI
5. Informe de la Primera Asamblea Mundial sobre el envejecimiento, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982 (publicaciones de las Naciones Unidas
Número de venta S82.I.16 Cáp. VI Secc. A
6. *Gutiérrez Robledo, Reyes G. et al.(1996) Evaluación de instituciones de cuidados prolongados para ancianos en el D. F. Una visión crítica. En: Salud Pública Méx., 1996, 38(6):487-495.*
7. Gutiérrez Robledo L. (1989). Diagnóstico funcional en el anciano institucionalizado: adecuando los recursos a las necesidades. En: *Rev Soc Mex Ger* 1(2):30-41.(1990) *Perspectivas para el desarrollo de la Geriatría en México*, Salud Pública México, 32(6):693-701.
8. Gutiérrez Robledo, L. La salud del anciano en México y la nueva epidemiología del envejecimiento. *En La situación demográfica de México*, 2004 CONAPO
9. Padula, H (1981), Toward a useful definition of adult day care. En *Hospital progress*, N° 3, Págs. 42-45
10. Lucas J, Rosato et al. Adult Day Health Services: A Review of the Literature Rutgers Center for State Health Policy, August 2002
11. National Institute on Adult Daycare (1991): Why adult daycare [Brochure] Washington, D.C
12. NOM-167-SSA1-1997, Par la Prestación de Servicios de Asistencia Social Para Menores y Adultos Mayores.

13. Daniel Vega Macías “Arreglos residenciales de los adultos mayores”. En La situación demográfica de México, 2004 CONAPO p.43.
14. López Romo, Heriberto. Nivel Socioeconómico e Ingreso en “Avances AMAI: Distribución de Niveles socioeconómicos en el México Urbano” 2005 www.amai.org.
15. Gibson, Ivancevich, et. Al. Organizaciones, Comportamientos, estructura, procesos. 12 ed. Ed. Mc. Graw Hill. México, 2006 pg- 5
16. Carlo María Gallucci. Profesor catedrático del Departamento de Dirección de Marketing. Director ejecutivo de la Unidad de Programas Universitarios. Nombrado En “Como rentabilizar una Residencia” Seminario. Santiago de Compostela, España, Octubre 2006. por Jordi Villajosana Crusells. EuroGabinet Formación y Fundación UPC.
17. Yanguas, J.J. y Leturia, F.J. (1995): “Metodología de intervención con familias de personas ancianas institucionalizadas: una propuesta” En AVV: Las personas mayores de Jaén: IMSERSO- Universidad Internacional de Andalucía: Págs. 365-382
18. Residencia Asistida de Mayores, Vigo: Memoria 2005. Ed. Soserco. Vigo, España. 73pp
19. Trinidad T Diego. Recursos Humanos. En Centros de Día para personas Mayores dependientes. Guía Práctica. IMSERSO, España, 1999 375 pp.
20. Rodríguez R, Pilar. Residencias para Personas Mayores. Manual de orientación. Ed. Médica Panamericana. 2a ed. España, 1999. 456 pp.
21. O’Keeffe and Siebenaler Kristin. Adult Day Services: A key community service for older adults. RTI International, U. S Department of Health and Human Services. July 2006
22. Hartle Marilyn , and Jensen La Donna. “Planning and creating successful Adult Day services and other home an Community-based services” NADSA-AAHSA
23. NOM-001-SSA2-1993, Que establece los Requisitos Arquitectónicos para Facilitar el Acceso, Tránsito y Permanencia de los Discapacitados a los Establecimientos de Atención Médica del Sistema Nacional de Salud
24. Organización Mundial de la Salud. Milbank Memorial Fund. Programa sobre Envejecimiento y Salud. *Hacia un consenso internacional sobre*

los programas de cuidados de larga duración para las personas mayores. OMS y Milbank Memorial Fund, 2000

25. Zarit Steven, Gaugler Joseph and Jarrot Shannon. Useful services for families: Research findings and directions. En *International Journal of Geriatric Psychiatry*. 14, 165-181 (1999)

Sitios de Internet consultados

<http://www.carf.org>

<http://www.inforesidencias.com>

<http://www.revista.consumer.es/web/es/20021001/actualidad/>

ANEXO 1 HISTORIA CLÍNICA INTEGRAL

DATOS DE FILIACIÓN

- Nombre:
- Apellidos:
- Nacimiento Fecha:
- N° Identificación:
- Fecha Alta:
- Fecha Baja:

- Edad: E. Civil: Casado, Soltero Viudo desde
- Profesión:
- Educación:
- Vivienda habitual:
- Seguro Médico:
- Cuidador Primario:
Dirección:
Teléfono:

VALORACIÓN GERIÁTRICA

- ABVD (1.Katz):
- AIVD (Lawton):
- MEC (Lobo):
- GDS:
- IF** (Cruz Roja):
- IP** (Cruz Roja):

EVALUACIÓN GENERAL DE PROBLEMAS

- 1.-
- 2.-
- 3.-
- 4.-
- 5.-
- 6.-
- 7.-
- 8.-
- 9.-
- 10.-

MARCADORES DE FRAGILIDAD

- 80a.
- Hospitalización reciente.
- Incontinencia.
- Inmovilización.
- Úlceras por decúbito.
- Caídas recientes.
- Demencia.
- Depresión.
- Enfermedad terminal.
- Deshidratación.
- Desnutrición.

OBSERVACIONES:

ANTECEDENTES PERSONALES

Enfermedades padecidas:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artrosis | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardiaca |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Fiebre reumática |
| <input type="checkbox"/> Diabetes tipo I/ II | <input type="checkbox"/> EPOC |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Infecciones respiratorias |
| <input type="checkbox"/> Arteriosclerosis | <input type="checkbox"/> Cardiopatía isquémica: |
| <input type="checkbox"/> HTA | |
| <input type="checkbox"/> Neoplasias: | <input type="checkbox"/> ACV |
| <input type="checkbox"/> Anemia: | <input type="checkbox"/> Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Hiperlipidemias: | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal | <input type="checkbox"/> Epilepsia |
| <input type="checkbox"/> Alteraciones próstata: | Otras: |
| <input type="checkbox"/> Ulcus péptico | |

Antecedentes ginecológicos y obstétricos:

- G/A/V:
- Menarquia:
- Menopausia:

Hospitalizaciones previas:

Intervenciones quirúrgicas:

Traumatismos:

Caídas previas:

Transfusiones:

Hábitos tóxicos

Alergias medicamentosas:

Vacunas

ANTECEDENTES FAMILIARES:

ANAMNESIS POR SÍNTOMAS:

GENERALES:

Aspecto general deteriorado

Anorexia

Fatiga

Sed

Otros:

Deshidratación

Pérdida de peso

Prurito

Ictericia

GASTROINTESTINALES:

Náuseas

Vómitos

Disfagia

Pirosis

Polifagia

Dolor abdominal

Diarrea

Estreñimiento

Hemorragias digestivas:

Polidipsia

GENITOURINARIOS:

Disuria

Nicturia

Poliuria

Polaquiuria

Incontinencia

Prurito genital

Dolor genital

Otros:

CARDIORRESPIRATORIOS:

- Dolor torácico
- Tos
- Expectorcación
- Disnea

Hemoptisis

Hipo

Otros:

LOCOMOTORES:

- Dolor articulaciones: ...
- Dolor espalda
- Inmovilidad

Otros:

CEREBRALES

- Ansiedad
- Tristeza
- Alteraciones del lenguaje
- Parálisis
- Parestesias
- Convulsiones
- Cefalea
- Caídas
- Insomnio

Otros:

ESTADO NUTRICIONAL:

- ingesta inadecuada .
- Demencia
- Anorexia
- Mal estado de la boca
- Alcoholismo

Pérdida de peso (> 10% en < 6 sem.)

Circunferencia media del brazo: cm.

	<i>Mujeres</i>	<i>Hombres</i>
<i>P 50 (normal)</i>	26.5	26
<i>P25 (leve)</i>	24.5	23.5
<i>P10 (moderada)</i>	23	21
<i>P5 (severa)</i>	22	21

Déficit bioquímico:

- Proteínas totales
- Albúmina
- Transferían
- Colesterol
- Hierro
- Ac. Fólico
- Vit. B₁₂

EXPLORACIÓN

- TA (decúbito) (bipedestación)
- FC (decúbito) (bipedestación) Hipotensión ortostática
- FR:
- T.a:
- Peso:
- Talla:

ESTADO GENERAL

- Desorientación temporo espacial

- Estado de conciencia:

Alerta

Obnubilación

Estupor

Coma

- Coloración:

Normal

Ictericia

Cianosis

Pigmentaciones

Eritemas

Otros: ...

- CABEZA

Asimetrías

Otros: ...

Tumores

Cicatrices

Dolor en senos paranasales

Arterias temporales: ...

- OJOS:

Entropion

Sequedad ocular

Otros: ...

Ectropion

Conjuntivitis

Exoftalmos

Blefaritis

Miosis

Nistagmo

Ptoxis palpebral

Movimientos oculares: ...

- OÍDOS:

Tapón cerumen

Eczema CAE

Otros: ...

Perforación timpánica

Forúnculo CAE

Otomicosis

Otitis J" (1 edia

- BOCA:

Alt. dentición D

Candidiasis oral

Otros: ...

Prótesis

Estomatitis

Periodontitis

Xerostomía

Úlceras

Región sublingual

- CUELLO:

Amplitud de movimientos: ...

Otros: ...

Ganglios: ...

PVY: ...

Tiroides: ...

Soplos: ...

- TÓRAX:

AC: Disnea:grado:
Esputo
Deformidades columna
Percusión apof. espinosas
Mamas:

AP: Surcos Submamario Otros:

- ABDOMEN:

Cicatrices	Ascitis
Distensión abdominal	Dolor a palp.
Timpanismo	Peritonismo
Megalias:	Ruidos hidroaéreos alt
Masas:	Globo vesical

- GENITOURINARIO:

Inflamación	
Micosis	
Prolapso uterino	Prolapso rectal
Flujo vaginal	Hemorroides: Ext. - Int.
Úlceras genitales	Tacto rectal: Crecimiento prostático Impactación fecal

- LOCOMOTOR:

Amplitud mov. articulares:	Otros:
Contracturas:	
Atrofias musculares:	
Insuf. vascular periférica	
Úlceras EE.II.:	
Pulsos arto EE.II.:	
Femoral	Tibial
Popliteo	Pedio

- Pies:

Dolor	Micosis	
Deformación	Úlceras	
Hiperqueratosis	Uñas distróficas	
Maceración	Onicomycosis	Otros:

- PIEL:

Heridas:

Úlceras: Presión (grado I-IV):
Vasculares
Hiperqueratosis: Seborreica
Actínica

- SISTEMA NERVIOSO

Pares craneales y reflejos pupilares:

Reflejos osteotendinosos:

Sensibilidad:

Fuerza muscular:

Fuerza muscular en EE.II.: Flexores plantares
Abductores de la cadera
Extensores de la cadera

Marcha y equilibrio:

(Timed get up and go)

Movimientos anormales:

Afasia:

**ANEXO 2 ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL PARA LA ABVD:
(NDICE DE KATZ (1963):**

LAVADO

No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo, si ésta es su forma habitual de bañarse).

Recibe ayuda en la limpieza de sólo una parte de su cuerpo. (Ej. Espalda o piernas).

Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo o ayuda al entrar y salir de la bañera.

VESTIDO

Coge la ropa y se viste completamente sin ayuda.

Sin ayuda, excepto para atarse los zapatos.

Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece parcialmente vestido.

USO DEL RETRETE

Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas). Puede usar orinal o bacinilla por la noche, vaciándolo por la mañana.

Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal.

No va al retrete.

MOVILIZACIÓN

Entra y sale de la cama. Se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador).

Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta de la silla con ayuda.

No se levanta de la cama.

CONTINENCIA

Controla completamente ambos esfínteres.

Incontinencia ocasional.

Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente.

ALIMENTACIÓN

Sin ayuda.

Ayuda sólo para cortar la carne o untar el pan.

Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.

Independiente.

Dependiente.

VALORACIÓN

- A) INDEPENDIENTE EN TODAS LAS FUNCIONES.
 - B) INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO EN UNA DE ELLAS.
 - C) INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO Y OTRA MÁS.
 - D) INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO Y OTRA MÁS.
 - E) INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO y OTRA MÁS.
 - F) INDEPENDIENTE EN TODAS, SALVO LAVADO, VESTIDO, USO DEL INODORO, MOVILIZACIÓN y OTRA MÁS.
 - G) DEPENDIENTE EN LAS SEISFUNCIONES.
- OTRAS. DEPENDIENTE AI MENOS EN DOS FUNCIONES. PERO NO CLASIFICABLE COMO C, D, E o F.

**ANEXO 3 ESCALA DE VALORACIÓN FUNCIONAL PARA LA AIVD:
(INDICE DE LAWTON y BRODY (1969):**

CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO

- Utiliza el teléfono por iniciativa propia
- Es capaz de marcar bien algunos números familiares
- Es capaz de contestar al teléfono, pero no de marcar
- No utiliza el teléfono

1
1
1
0

COMPRAS

- Realiza todas las compras necesarias independientemente
- Realiza independientemente pequeñas compras
- Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra
- Totalmente incapaz de comprar

1
0
0
0

PREPARACIÓN DE LA COMIDA

- Organiza, prepara y sirve las comidas por sí solo adecuadamente
- Prepara adecuadamente las comidas, si se le proporcionan los ingredientes
- Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada
- Necesita que le preparen y sirvan las comidas

1
0
0
0

CUIDADO DE LA CASA

- Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados)
- Realiza tareas ligeras, tales como lavar los platos o hacer las camas
- Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza
- Necesita ayuda en todas las labores de la casa
- No participa en ninguna labor de la casa

1
1
1
1
0

LAVADO DE LA ROPA

- Lava por sí solo toda su ropa
- Lava por sí solo pequeñas prendas
- Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro

1
1
0

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE

- Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche
- Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte
- Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona
- Utiliza el taxi o automóvil sólo con ayuda de otros
- No viaja en absoluto

1
1
0
0

RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN

- Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta
- Toma su medicación si la dosis es preparada previamente
- No es capaz de administrarse su medicación

1
0
0

MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS

- Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo
- Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras, bancos
- Incapaz de manejar dinero

1
1
0

ANEXO 4 ÍNDICE DE BARTHEL

Anotar, con la ayuda del cuidador principal, cuál es la situación personal del paciente, respecto a estas 10 preguntas de actividad básica de la vida diaria.

ITEM	ACTIVIDAD BÁSICA DE LA VIDA DIARIA	PUNTOS
Comer	Totalmente independiente	10
	Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	Dependiente	0
Lavarse	Independiente: Entra y sale solo del baño	5
	Dependiente	0
Vestirse	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	Necesita ayuda	5
	Dependiente	0
Arreglarse	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	Dependiente	0
Deposiciones	Continente	10
	Ocasionalmente, algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	Incontinente	0
Micción	Continente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24hrs, necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	Incontinente	0
Usar el WC	Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	Dependiente	0
Trasladarse	Independiente para ir del sillón a la cama	15
	Mínima ayuda física o supervisión	10
	Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	Dependiente	0
Deambular	Independiente, camina solo 50 m	15
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	10
	Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	Dependiente	0
Escalones	Independiente para subir y bajar escaleras	10
	Necesita ayuda física o supervisión	5
	Dependiente	0
TOTAL		

* Micción y deposición: valorar la semana previa.

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en caso de ir con silla de ruedas).

Resultado: < 20 dependiente total.

20-35 dependiente grave.

40-55 dependiente moderado.

≥60 dependiente leve.

100 = independiente.

ANEXO 5 VALORACIÓN AMBIENTAL

- FUERADECASA:

Escalones peligrosos.

Carencia de pasamanos.

Ausencia de marcas adecuadas para reconocer la casa.

Iluminación inadecuada para entrar de noche.

Localización del vecino más próximo:

- DENTRO:

Iluminación inadecuada.

Suelos resbaladizos.

Alfombrillas deslizantes.

Cables sueltos.

Muebles de esquinas salientes.

Interruptores inaccesibles.

Sillas, mesas inestables.

Ausencia de reposa brazos.

Calefacción fría.

Olores significativos: orina, alcohol: ...

- COCINA:

Armarios, estantes demasiado altos.

Gas, dificultad para ver el dial.

- BAÑO:

Bañera con suelo resbaladizo.

Necesidad de elevar y almohadillar la taza.

Necesidad de doble pasamanos para el retrete.

Necesidad de silla de baño, asideros, ducha de teléfono.

Puerta con cerrojo imposible de abrir desde fuera.

- DORMITORIO:

La cama no está arreglada.

La cabecera de la cama precisa elevación.

Cama demasiado baja (45 cm. suelo-colchón).

Evidencia de incontinencia.

No hay orinal.

Andador no utilizado.

- ESCALERAS:

Altura excesiva de los peldaños.

Ausencia de pasamanos.

Excesiva pendiente.

**ANEXO 6 ESCALA DE VALORACIÓN MENTAL:
MINIEXAMEN COGNOSCITIVO (LOBO.1979)**

Nombre:

Fecha:

ORIENTACIÓN

- Dígame: el día Fecha Mes Estación Año 5
- Dígame el Hospital(o lugar) Planta Ciudad Provincia País 5

FIJACIÓN

- Repita estas tres palabras: Peso - Caballo -Manzana
(Repetirlas hasta que las aprenda) 3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

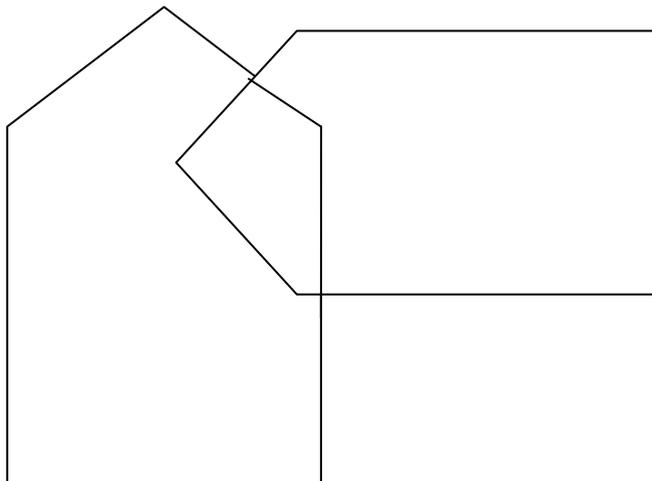
- Si tiene 30 pesos. y me va dando de 3 en 3, ¿cuántos le van quedando? 5
(asignar 1 pto. por cada respuesta correcta)
- Repita estos números hacia atrás: 5 -9 -2 3

MEMORIA

- ¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? 3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

- Mostrar un bolígrafo: ¿Qué es esto? 1
- Repetirlo con un reloj de pulsera 1
- Repetir esta frase: "En un tragal había cinco perros" 1
- Si una manzana y una pera son frutas, ¿qué son el rojo y el verde? 2
- ¿Y un perro y un gato? 2
- Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa 3
- "lea esto y haga lo que dice: "CIERRE LOS OJOS" 1
- Escriba una frase 1
- Copie este dibujo: 1



ANEXO 7 ESCALA DE DEPRESIÓN GERIATRICA

Brink y Yesavage, 1982. Adaptación de Pérez Almeida y otros, 1990.

PREGUNTAS	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida en general?	0	1
2. ¿Ha perdido muchas de sus actividades y aficiones?	1	0
3. ¿Siente su vida vacía?	1	0
4. ¿Se aburre a menudo?	1	0
5. ¿Tiene esperanza en el futuro?	0	1
6. ¿Está preocupado por pensamientos que no puede quitarse de la cabeza?	1	0
7. ¿Se encuentra alegre?	0	1
8. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
9. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
10. ¿Se siente a menudo desamparado?	1	0
11. ¿Se encuentra con frecuencia inquieto o nervioso?	1	0
12. ¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?	1	0
13. ¿Se preocupa con frecuencia del futuro?	1	0
14. ¿Le parece que tiene más problemas de memoria que los demás?	1	0
15. ¿Cree que es estupendo estar vivo?	0	1
16. ¿Se siente a menudo desanimado y triste?	1	0
17. ¿Se siente inútil actualmente?	1	0
18. ¿Le preocupa mucho el pasado?	1	0
19. ¿Le parece que la vida es apasionante?	0	1
20. ¿Le cuesta mucho esfuerzo empezar nuevos proyectos?	1	0
21. ¿Se siente lleno de alegría?	0	1
22. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
23. ¿Cree que la mayoría de la gente está mejor que usted?	1	0
24. ¿Suele preocuparse por pequeñeces?	1	0
25. ¿Siente ganas de llorar a menudo?	1	0
26. ¿Tiene dificultades para concentrarse?	1	0
27. ¿Le gusta levantarse por las mañanas?	0	1

28. ¿Procura evitar las relaciones sociales?	1	0
29. ¿Le resulta fácil tomar decisiones?	0	1
30. ¿Cree que su mente está tan clara como antes?	0	1

ANEXO 8 VALORACIÓN SOCIAL

Royal College of Physicians of London, British Geriatrics Society (modificado)

*** RELACIONES Y ACTIVIDADES:**

- ¿Con quién vive?
- ¿Realiza algún tipo de actividad recreativa, cultural, etc.?
- ¿Ha tenido que dejar alguna actividad especialmente importante debido a la incapacidad para realizarla?
- ¿Tiene contacto con familiares, amigos, vecinos? ¿Con qué frecuencia?
- ¿Pertenece a algún club de ancianos, asociación religiosa, etc.?

*** SOPORTE:**

- Tiene alguna dificultad en:
 - Movilidad en su domicilio.
 - Cuidado de su domicilio.
 - Salir fuera de su domicilio.
- ¿Quién es la principal persona que le ayuda?
- ¿Tienes a persona algún problema de salud?
- ¿Viene alguien a su domicilio para ayudarle?
 - Profesionales: enfermeras, auxiliares.
 - Vecinos, amigos, familiares.
- ¿Tiene usted suficiente ayuda?

*** RECURSOS:**

- ¿Cómo es el domicilio donde vive?
- ¿Tiene algún tipo de adaptación para sus necesidades?
- ¿Recibe ingresos económicos suficientes?

ANEXO 9 ESCALA DE VALORACIÓN FAMILIAR

Family APGAR (Kane, Kane, 1993).

- Cuidador principal:
- Cuidador capaz:
 - O Físicamente.
 - O Intelectualmente.
 - O Emocionalmente.
 - O Deprimido.

- Datos de fallo en los cuidados al anciano:

* Si presenta soledad o posibles problemas familiares realizar el siguiente test:

Respuestas: - Casi siempre:	2
- A veces:	1
- Casi nunca:	0

ADAPTACIÓN: Estoy satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando algo me preocupa.	2	1	0
ASOCIACIÓN: estoy satisfecho con el modo en que mi familia discute cuestiones de interés común y comparte conmigo la resolución de los Problemas.	2	1	0
CRECIMIENTO: Encuentro que mi familia acepta mis deseos de iniciar nuevas actividades y realizar cambios en mi estilo de vida.	2	1	0
AFECTO: Estoy satisfecho con el modo en que mi familia expresa su afecto y responde a mis sentimientos de ira, tristeza y amor.	2	1	0
RESOLUCIÓN: Estoy satisfecho con la manera en que mi familia y yo compartimos el tiempo juntos.	2	1	0

TOTAL

Puntuación:

- 10-7 Pts.: Familia muy funcional
- 4-6 Pts.: Disfunción moderada
- 0-3 Pts.: Familia muy disfuncional

ANEXO 10 CONTROL DE ACTIVIDADES FÍSICAS Y FISIOTERAPIA

Nombre:

Fecha:

Funciones a rehabilitar

1. Deambulaci3n	SI	NO
2. Potenciaci3n muscular	MM SS	MM II
3. Prevenir o corregir deformaciones de los miembros	SI	NO
4. Programas espec3ficos		
▪ Demencia senil	SI	NO
▪ Incontinencias	SI	NO
▪ Psicopat3as	SI	NO
▪ Integraci3n social	SI	NO

ANEXO 11 TRATAMIENTO EN TERAPIA OCUPACIONAL

Nombre. Edad

Patología principal

Otras patologías

Funciones a rehabilitar:

1. Movimientos amplios de miembros superiores
2. Movimientos finos de mano (control temblor)
3. Actividades de vida diaria
4. Comunicación
5. Programas específicos
 - Demencia senil
 - Incontinencia
 - Programas psicofísicos
 - Integración social
 - Gerontogimnasia

Terapias:

Del lenguaje, servicios de foniatra y logopedia

Terapia ocupacional

Terapia física

Psicoterapia

Rehabilitación respiratoria

Terapia recreativa

ANEXO 12 REGISTRO DE CONTROL DEL PACIENTE

Nombre

Ingesta,

Medicación (almuerzo, comida, merienda, cena)

Diuresis

Deposición (mañana, tarde)

Ocio/paseo

**ANEXO 13 SHORT PORTABLE MENTAL STATUS
QUESTIONNAIRE O SPMSQ DE PFEIFFER (1975)**

	PUNTOS	FECHAS
¿Qué día es hoy (mes/día/año)?	1	
¿Qué día de la semana es hoy?	1	
¿Dónde estamos ahora (lugar o edificio)?	1	
¿Cuál es su número de teléfono o cuál es su dirección? (si no tiene teléfono)	1	
¿Cuántos años tiene?	1	
¿En qué día, mes y año nació?	1	
¿Cómo se llama el presidente de la República Mexicana?	1	
¿Quién el presidente antes del actual?	1	
¿Cómo se llamaba (o se llama) su madre?	1	
¿Si a 20 le restamos 3 quedan? ¿Y si le restamos 3?	1	
Total de aciertos:		
Total de ERRORES		

Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria.
Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores.

Puntuación normal: 0- 2 errores.

Deterioro cognitivo leve: 3 - 4 errores.

Deterioro cognitivo moderado (patológico): 5 - 7 errores.

Deterioro cognitivo importante: 8 - 10 errores.

Sensibilidad 6:8%.Especificidad 9:6%.

Falsos positivos: pacientes psiquiátricos o analfabetos.

Falsos negativos: pacientes con Parkinson.

Nota: el SPMSQ de Pfeiffer (10 ítems) es un test de detección de deterioro cognitivo de aplicación muy rápida (5 minutos) que valora 4 parámetros: memoria a corto y largo plazo, orientación, información sobre hechos cotidianos y capacidad de cálculo. Ésta es una versión traducida y validada al castellano en una muestra muy seleccionada. Se introduce una corrección según el nivel de escolaridad del individuo. Podría estar indicado cuando se dispone de poco tiempo y se trate de población muy anciana y/o analfabeta y/o con limitación sensorial.