

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR**

**FACULTAD DE ENFERMERIA**

**TERAPIA FISICA**

**DISERTACION DE TESIS PREVIA OBTENCION DEL TITULO DE  
LICENCIADO EN TERAPIA FISICA**

**TEMA**

**RELACION ENTRE FUNCIONALIDAD MOTRIZ Y EL EJERCICIO AL  
DERECHO A LA SALUD EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD DE UN BARRIO  
DE QUITO EN EL PERIODO DE ENERO A MAYO DEL 2012**

**ELABORADO POR:**

**JUAN PABLO CASTILLO PEREZ**

**Quito, Agosto de 2013**

## **AGRADECIMIENTO**

El presente trabajo de tesis primeramente me gustaría agradecerle a ti Dios por bendecirme para llegar hasta donde he llegado, porque hiciste realidad este sueño anhelado.

A la PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR por darme la oportunidad de estudiar y ser un profesional.

A mi directora de tesis, Dra. Tatiana Escobar por su esfuerzo y dedicación, quien con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado en mí que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis profesores durante toda mi carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a mi formación.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida estudiantil entre ellas toda mi familia a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de mi vida.

Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

## **DEDICATORIA**

### **A Dios.**

Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos, además de su infinita bondad y amor.

### **A mi madre Olga Pérez**

Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

### **A mi padre Segundo Castillo.**

Por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracterizan y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante y por su amor.

### **Mis hermanos Alba, Diego y mi sobrino Daniel Nicolás**

Por estar conmigo y apoyarme siempre, los quiero mucho.

# INDICE

<b>INDICE</b> .....	<b>4</b>
<b>1. INTRODUCCION</b> .....	<b>7</b>
<b>2. ANTECEDENTES</b> .....	<b>9</b>
<b>3. JUSTIFICACION</b> .....	<b>16</b>
<b>4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b> .....	<b>21</b>
<b>5. OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
5.1 OBJETIVO GENERAL .....	22
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	22
<b>6. MARCO DE REFERENCIA</b> .....	<b>23</b>
<b>CAPITULO I</b> .....	<b>23</b>
<b>1. PSICOMOTRICIDAD EN LA TERCERA EDAD</b> .....	<b>23</b>
1.1 NIVEL CEREBRAL .....	23
1.1.3 REGIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL .....	24
1.3 PATOLOGÍAS DEBIDAS A DETERIORO POR LOS AÑOS .....	37
1.3.1 ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES.....	40
1.3.2 ENFERMEDADES ENDOCRINÓLOGAS.....	43
1.3.3 ENFERMEDADES DEL SISTEMA ÓSEO .....	45
1.3.4 CAÍDAS .....	49
1.3.5 ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS .....	52
1.4 ERGONOMÍA EN LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD .....	65
1.4.1 CAMBIOS EN LA ANTROPOMETRÍA .....	66
1.4.2 CAMBIOS FÍSICOS RELACIONADOS CON LA EDAD .....	67
1.4.3 REORGANIZACIÓN DEL ESPACIO Y DEL MOBILIARIO.....	69
<b>CAPITULO II</b> .....	<b>72</b>
<b>2. DERECHO A LA SALUD EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD</b> .....	<b>72</b>
2.1 NIVEL CONSTITUCIONAL.....	72
2.2.1 NIVEL NACIONAL: LEY DEL ANCIANO .....	74
2.3 NIVEL LOCAL: PROGRAMA 60 Y PIQUITO.....	78
2.4 POLÍTICAS PÚBLICAS NACIONALES Y LOCALES .....	79
2.5 DERECHO COMPARADO: LEY 39/ 2006 14 DE DICIEMBRE DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, BOE, 15 DE DICIEMBRE DE 2006. ESPAÑA. ....	88
2.5.1 DISPOSICIONES GENERALES .....	88
2.5.2 PRESTACIONES Y CATÁLOGO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DEL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA .....	94
2.5.3 MEDIDAS PARA GARANTIZAR LA CALIDAD DEL SISTEMA .....	96
2.5.4 INFRACCIONES.....	97

2.6 COBERTURA DOCTRINARIA DE DESARROLLO HUMANO Y DEL ENFOQUE DE DERECHOS PARA LA PSICOMOTRICIDAD DEL ADULTO MAYOR.....	98
2.6.1 DECLARACIONES DEL MILENIO.....	99
2.6.2 PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR.....	101
2.6.3 UN CAMBIO DE PARADIGMA DEL DESARROLLO AL BUEN VIVIR.....	103
2.6.4 LA GARANTÍA DE DERECHOS COMO PRIORIDAD DE LA ESTRATEGIA DE ACUMULACIÓN Y REDISTRIBUCIÓN PARA EL BUEN VIVIR.....	105
<b>CAPITULO III.....</b>	<b>107</b>
<b>3. GENERALIDADES DE LAS PERSONAS DE LA TERCERA EDAD .....</b>	<b>107</b>
3.1. GENERALIDADES ECONÓMICAS.....	107
3.1.1 POBREZA DE INGRESOS .....	107
3.1.2 SEGURIDAD SOCIAL – LA BASE DEL BIENESTAR PERSONAL .....	108
3.1.3 CONDICIONES SOCIOECONÓMICAS.....	110
3.2 GENERALIDADES SOCIALES.....	113
3.3.1 CAMBIOS EN LAS RELACIONES SOCIALES .....	114
3.3.2 LA EDAD Y LA EXPERIENCIA INDIVIDUAL MARCAN DIFERENCIAS.....	115
3.3 GENERALIDADES FAMILIARES.....	119
3.4 GENERALIDADES PSICOLÓGICAS.....	124
3.4.1 ASPECTOS PSICOLÓGICOS DEL ADULTO MAYOR.....	125
3.4.2 ESTRATEGIAS PSICOTERAPÉUTICAS.....	131
<b>7. METODOLOGÍA .....</b>	<b>133</b>
7.1 TIPO DE ESTUDIO .....	133
<b>8. PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS.....</b>	<b>135</b>
<b>9. CONCLUSIONES.....</b>	<b>157</b>
<b>10. RECOMENDACIONES.....</b>	<b>159</b>
<b>11. BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>160</b>
<b>12. ANEXOS.....</b>	<b>164</b>

## INDICE DE GRAFICOS

HEMISFERIO IZQUIERDO.....	25
HEMISFERIO DERECHO .....	26
HEMISFERIOS CEREBRALES .....	28
DIVISION ANTERIOR .....	29
DIVISION POSTERIOR.....	29
DIVISIONES CEREBRALES .....	30
Tabla 1. Criterios DSM IV. Síndrome de demencia.....	61
Tabla 2. Escala global del deterioro de Reisberg.....	65
PERSONAS ADULTOS MAYORES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS POR GRUPOS DE EDAD (Porcentaje) .....	111
Población por tramos de edad, porcentajes respecto al total y sexo en Ecuador, 2010 .....	117
Evolución de la población adulta mayor, 1950-2050 .....	118
Pirámide 1: población por sexo y edad, 2000.....	118
Pirámide 2: población por sexo y edad, 2025.....	119
Pirámide 3: población por sexo y edad, 2050.....	119
Adultos mayores por género .....	135
Adultos Mayores por Género, según edades.....	136
Relación entre Género y Estado Civil .....	137
Adultos Mayores según Estado Civil por Edad.....	138
Adultos mayores según el tipo de familia.....	139
Adultos Mayores según dependencia económica .....	141
Adultos mayores según tipo de vivienda.....	142
Adultos mayores según el grado de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria.....	144
Adultos mayores según el grado de dependencia de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria .	146
Adultos mayores según el grado de dependencia de las AIVD por subgrupos de edades.....	148
Adultos mayores según el riesgo de dependencia.....	150
Adultos mayores según el grado de deterioro cognitivo por genero.....	151
Adultos mayores según funcionalidad familiar.....	153
Enfermedades Frecuentes y Polipatologías en los Adultos Mayores.....	155
Matriz para calcular el tamaño muestral de la investigación .....	169

## 1. INTRODUCCION

El envejecimiento es un proceso progresivo, intrínseco y universal que ocurre con el tiempo en todo ser vivo a consecuencia de la interacción genética del individuo y su medio ambiente, y desde el punto funcional se define como el conjunto de alteraciones y pérdidas funcionales que se producen en el ser humano a través del tiempo y que tienen relación directa con la calidad de vida.

Al referirse a la calidad de vida en los ancianos se debe tomar en cuenta variables tales como: la salud y las capacidades funcionales. De manera que existe una estrecha relación con la definición sobre salud que hace la Organización Mundial de la Salud (OMS) “como el estado de completo bienestar físico, psicológico, social” y el envejecimiento autónomo e independiente.

Las capacidades funcionales son un conjunto de actividades primarias, instrumentales y de avanzada que la persona realiza de manera independiente, que le permiten vivir sin precisar ayuda continua de otros. La autonomía en la realización de dichas actividades determina si un sujeto es independiente o tiene determinados grados de dependencia.

Para una mejor comprensión y aplicación del presente estudio investigativo se lo ha distribuido en tres capítulos, el lector encontrará que es indispensable mantener una autonomía de las personas de la tercera edad para poder ejercer sus derechos sin depender de terceras personas.

El derecho a la salud obliga a los Estados a generar condiciones en las cuales todos puedan vivir lo más saludablemente posible. Esas condiciones comprenden la disponibilidad garantizada de servicios de salud, condiciones de trabajo saludable y seguro, vivienda adecuada y alimentos nutritivos. El derecho a la salud no se limita al derecho a estar sano.

Así como también no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes de la salud, como el acceso al agua

limpia potable y a condiciones sanitarias adecuadas, el suministro adecuado de alimentos sanos, una nutrición adecuada, una vivienda adecuada, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente, y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

En el primer capítulo: “Psicomotricidad en la tercera edad” da a conocer las partes del cerebro, como también el sistema nervioso y cuáles son las funciones de cada una, la plasticidad neuronal como influye en las personas adultas mayores para su desenvolvimiento y por último las enfermedades más frecuentes en estas personas como las caídas, los trastornos cardiovasculares, patologías del sistema óseo, neurológicas y como pueden influir en la pérdida de autonomía y riesgo de dependencia.

El segundo capítulo: “Derecho a la salud en las personas de la tercera edad” se amplía información que se encuentra en la “Constitución de la República del Ecuador, es decir artículos concretos como la ley del anciano”<sup>1</sup> que darán a conocer que derechos tienen las personas de la tercera edad y como pueden acceder a estos. Así como también hablaremos de los programas y políticas que existen en el país para beneficio de los adultos mayores, por ultimo abordaremos un artículo de la ley española para darnos cuenta de cómo son las leyes de las personas de la tercera edad en otro país a diferencia del nuestro.

El tercer capítulo: “Generalidades de las personas de la tercera edad” habla sobre las condiciones económicas en las que viven las personas de la tercera edad, sus ingresos, si depende económicamente de sus familiares o si se encuentra asegurado al IEES .las generalidades familiares que es algo importante ya que muchos adultos mayores están bajo el cuidado de sus parientes más cercanos que son sus hijos con los cuales conviven bajo el mismo techo. También está la parte social el cómo interactúan las personas de la tercera edad con la sociedad y viceversa. Están también las generalidades psicológicas las cuales hablan sobre la conducta de los adultos mayores con el medio que los rodea.

---

<sup>1</sup> Constitución de la República del Ecuador 2008.

## 2. ANTECEDENTES

El derecho a la salud es el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

El derecho a la salud está consagrado en numerosos tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo.

El Artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales dice que, entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud, figurarán las necesarias para:

- la reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños;
- el mejoramiento de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;
- la creación de condiciones que aseguren el acceso de todos a la atención de salud.

Para aclarar y hacer operacionales las medidas arriba enumeradas, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, adoptó en 2000 una Observación general sobre el derecho a la salud.

El derecho a la salud abarca cuatro elementos:

1. **Disponibilidad.** Se deberá contar con un número suficiente de establecimientos, bienes y servicios públicos de salud, así como de programas de salud.

2. **Accesibilidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deben ser accesibles a todos dentro de la jurisdicción del Estado Parte.

- no discriminación
- accesibilidad física
- accesibilidad económica (asequibilidad)
- acceso a la información

3. **Aceptabilidad.** Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados, a la par que sensibles a los requisitos del género y el ciclo de vida

4. **Calidad.** Los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser apropiados desde el punto de vista científico y médico y ser de buena calidad.

Al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados Partes tres tipos de obligaciones, a saber:

**Respetar.** Exige abstenerse de injerirse en el disfrute del derecho a la salud.

**Proteger.** Requiere adoptar medidas para impedir que terceros (actores que no sean el Estado) interfieran en el disfrute del derecho a la salud.

**Cumplir.** Requiere adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud.

Según la Observación general mencionada, el derecho a la salud también comprende (obligaciones básicas) referentes al nivel mínimo esencial del derecho.

Aunque ese nivel no se puede determinar en abstracto porque es una tarea nacional, para guiar el proceso de establecimiento de prioridades se enumeran los siguientes elementos fundamentales: atención primaria de salud esencial; alimentación esencial mínima nutritiva; saneamiento; agua limpia potable; medicamentos esenciales.

Otra obligación básica es la de adoptar y aplicar una estrategia y un plan de acción nacionales de salud pública para hacer frente a las preocupaciones en materia de salud de toda la población; esa estrategia y ese plan deberán ser elaborados, y periódicamente revisados, sobre la base de un proceso participativo y transparente; deberán prever indicadores y bases de referencia que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados; se deberá prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

Los Estados deben adoptar medidas de conformidad con el principio de realización progresiva. Esto significa que tienen la obligación de avanzar lo más expedita y eficazmente posible, tanto por sí mismos como con la asistencia y la cooperación internacionales, hasta el máximo de los recursos de que dispongan. En este contexto, es importante establecer una distinción entre la incapacidad de un Estado Parte de cumplir sus obligaciones contraídas en virtud del derecho a la salud y la renuencia a cumplirlas.

Tomando como punto de partida la unidad funcional del ser humano, en donde no puede distinguirse lo que es corporal de lo que no lo es, y presentando al individuo como una totalidad psico-afectivo-motriz, se intenta justificar la psicomotricidad como una técnica educativa o terapéutica que tiene como referencia el desarrollo ontogenético normal. La psicomotricidad no puede reducirse exclusivamente a lo motriz, puesto que aspectos como la sensación, la relación, la comunicación, la afectividad, el lenguaje, o la integración, inciden en el proceso del desarrollo o del tratamiento psicomotor de manera importante y siempre ligada al movimiento. A partir de la técnica, del tratamiento, surge la necesidad de profundizar en todo lo que fundamenta y posibilita los procesos de evolución y cambio psicomotores.

El progresivo envejecimiento de la población y sus enfermedades asociadas. Este incremento de la población anciana conlleva un espectacular aumento de la demencia senil, enfermedad que algunos autores incluyen dentro del envejecimiento funcional, mientras que otros la engloban como si de una patología se tratase. Al hablar de envejecimiento, hay que hacer, así pues, una distinción entre lo que es el envejecimiento fisiológico y patológico.

El envejecimiento fisiológico se considera como la suma de alteraciones irreversibles experimentadas por las personas como consecuencia única y exclusiva del transcurso del tiempo, lo cual ocasiona una disminución general y progresiva de la capacidad funcional del organismo. Es decir, el paso de los años se acompaña, en ausencia de toda influencia patológica, de la aparición de determinadas alteraciones de las funciones de los órganos. En contraposición, el envejecimiento patológico se da cuando la presencia de enfermedad altera los mencionados parámetros y la capacidad de relación con el medio.

Programas de actividad física adaptados a la tercera edad, con los beneficios que ello supone para la salud y la calidad de vida de nuestros mayores, la educación física debe ir de la mano de la psicomotricidad y del juego terapéutico para lograr una mejor adaptación del anciano al mundo que le rodea. La actividad física, por sí sola, no es suficiente. Y es, precisamente, a través del movimiento como el ser humano se relaciona con el mundo que lo rodea. Es por ello por lo que el tema central es la importancia de la psicomotricidad como recurso terapéutico. Recordemos que la psicomotricidad es el desarrollo físico, psíquico e intelectual que se produce en el sujeto a través del movimiento. Cualquier sesión de psicomotricidad debe estar dirigida por un profesional formado en la materia y somos precisamente los fisioterapeutas (entre otros profesionales sanitarios como son los terapeutas ocupacionales) quienes podemos y debemos llevar a cabo este trabajo que demanda nuestra sociedad actual. A través de la fisioterapia, podemos crear los instrumentos y los ejercicios necesarios para que la actividad motriz del individuo se normalice y de este modo, pueda interactuar mejor con el medio. Entre todos los beneficios que podemos obtener gracias a la psicomotricidad, caben destacar: la promoción de la salud, el incremento de la

confianza y la seguridad, el fomento y la mejora de las relaciones sociales, la integración del esquema corporal y, en definitiva, optimizar la capacidad funcional y la autonomía del paciente.

Se han realizado los siguientes estudios sobre el derecho a la salud, así como también sobre tercera edad.

Proaño, Ana en el 2009 realizó una investigación sobre “evaluación de la capacidad de autonomía y el grado de dependencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, en un centro de experiencia del adulto mayor del distrito metropolitano de Quito, febrero a octubre del 2009”. Los objetivos planteados para este trabajo fueron: Analizar la relación entre la capacidad funcional y el grado de dependencia en la realización de la AIVD de los adultos mayores y establecer las capacidades funcionales e instrumentales que las personas de tercera edad aún conservan y cuales están menoscabadas o ya no poseen.

Los resultados que se obtuvieron es que la relación entre capacidad funcional y grado de dependencia en la realización de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria está determinada básicamente por procesos de envejecimiento (los cambios causados por el paso de los años) y de los estímulos físicos, psíquicos y sociales que recibe el adulto mayor; los cuales pueden influir positivamente (preservando la autonomía e independencia) o negativamente (generando dependencia y/o discapacidad.)

Se observó que las actividades evaluadas en las AVD y las AIVD, que plantean más problemas para los adultos mayores, son aquellas que requieren de mayor movimiento, por lo que queda claro que la movilidad es el mejor indicador de capacidad funcional general en el anciano y tomar medidas de prevención y rehabilitación de problemas relacionados con esta es fundamental para mejorar de forma considerable su calidad de vida.

Guerra Sandoval, Alexandra Elizabeth; De La Torre Freire, Juan Sebastián en el 2006. Realizaron una investigación acerca de “Asociación entre actividad física y funcionalidad en los adultos mayores usuarios del centro de atención al adulto mayor

del Girón y del grupo de la tercera edad del IESS, entre octubre del 2005 y marzo del 2006". Los objetivos de la investigación fueron: Determinar si la presencia de actividad física influye en la funcionalidad de los adultos mayores, usuarios del centro de atención al adulto mayor del Girón y del grupo de ancianos de la tercera edad del IESS. Y describir la funcionalidad y la actividad de los ancianos de dichos centros.

Los resultados que se obtuvieron de la presente investigación fueron que el 88% de los adultos mayores eran activos de estos el 86,4% fueron funcionales; el 12% restante de los adultos mayores eran inactivos, con respecto a la asociación de la variable actividad y los componentes de la funcionalidad encontramos también una asociación significativa, a excepción de las variables visión y alcoholismo cuyos resultados no fueron estadísticamente significativos.

Existe una relación no causal entre actividad física y funcionalidad estadísticamente significativa, así: a medida que aumenta el grado de actividad física que realiza el adulto mayor, aumenta el nivel de funcionalidad que este presenta.

López Montenegro, María Fernanda en el 2007 realizó un trabajo sobre "La salud como Derecho en las Políticas del Estado Ecuatoriano". Los objetivos que se planteó fueron: Relacionar salud, derechos humanos y políticas de salud del Estado Ecuatoriano y demostrar que la salud es un tema y un hecho social.

En cuanto al resultado se dio la Formulación legal de los derechos humanos que tiene una referencia a las razones que, legítimamente, puedan fundar limitaciones a los mismos. Deben interpretarse en estrecha relación con el derecho, la concepción de salud, la organización de los servicios.

Dra. Angels Soler, Vila en Barcelona en el 2006 realizó una investigación sobre "La Psicomotricidad una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores". Los objetivos de la investigación fueron: Potenciar la competencia funcional para evitar la dependencia de los demás, evitar los síndromes de desuso que con el paso de los años son, en muchas ocasiones, los causantes de la discapacidad y adaptar patrones motrices básicos para transferirlos a las actividades de la vida diaria y de autocuidado.

Los resultados que se obtuvieron de la investigación fueron que se observaron resultados positivos, con una tendencia ininterrumpida a lo largo de la implementación del programa. El programa ha permitido que los usuarios disfruten de una mayor capacidad funcional por cuanto gozan de un mayor control y dominio del cuerpo y ha aumentado la autoeficacia percibida por lo que les hace más capaces de adaptarse mejor a las situaciones, conocidas y nuevas, de la vida cotidiana.

Todo ello repercute positivamente en la autoestima, la satisfacción y el bienestar y, por tanto, en el estado general de salud.

La investigación permite reconocer científicamente el valor preventivo-educativo de los Programas Psico-Socio-Motrices ya que el tipo de intervención que proponen facilita: Envejecer sin discapacidad, elevar el nivel funcional y mantener un compromiso activo con el entorno. Y estos son los pilares en que se fundamenta el envejecimiento saludable según los acuerdos alcanzados en la II Conferencia Mundial sobre Envejecimiento (Madrid, 2002).

### 3. JUSTIFICACION

En el barrio de la Vicentina alta la clase de rehabilitación con base en la comunidad ha establecido un vínculo con personas de la tercera edad, a propósito de esta relación se quiere responder a la pregunta ¿Cómo es el ejercicio de los derechos de las personas de la tercera edad en relación a su funcionalidad motriz?, por ende se analizara instrumentos jurídicos internacionales y nacionales, el Plan Nacional de Desarrollo y políticas locales de salud de inclusión de las personas de edad avanzada. A demás se cuenta con inquietud de los mismos moradores del barrio para reforzar los espacios de participación organizada en la incidencia de la política pública.

En el nivel local hay importantes iniciativas que están establecidas y que la comunidad podría aprovecharlas de mejor manera para su beneficio

El derecho a la salud está consagrado en la Constitución de nuestro país en los siguientes artículos:

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantiza este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

ADULTO MAYOR es el término o nombre que reciben quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 65 años de edad. Por lo general, se considera que los adultos mayores, sólo por haber alcanzada este rango de edad, son los que se conocen como pertenecientes a la tercera edad, o ancianos.

Se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas. Debido a lo anterior, el gobierno y los municipios se han ocupado de crear políticas y centros especializados que se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa y partícipe de la sociedad.

El creciente interés de comprender el proceso del envejecimiento ha motivado la aparición de un campo de la salud llamada Gerontología. La cual se define como el estudio científico de los asuntos biológicos, psicológicos y sociales de la vejez.

Al igual que en otros países latinoamericanos, a los adultos mayores se los mira como una población diversa y activa, pero con una idea recurrente de que no cuentan con un rol específico en la sociedad. Es más, cuando una persona llega a la vejez se la considera erróneamente improductiva o decadente. Lo que ha dado como resultado que el sector laboral cierre las puertas a los adultos mayores, y que se acabe en el aislamiento y la inactividad, lo que afecta directamente su vida en términos de salud integral y de calidad de vida.

“En Ecuador hay 1,2 millones de adultos mayores, según una encuesta realizada por el Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos (INEC).

Un 53,4 % de ellos son mujeres, con una esperanza de vida de 78 años frente a los 72 años de vida del hombre. En cuanto al estado anímico y satisfacción en mayores de 60 años, a pesar de que el 81 % dice estar satisfecho con su vida, el 18 % asegura no sentirse "en buen estado anímico" y casi el 46 % de los encuestados vive "preocupado porque algo malo le va a suceder".

El número de mayores que vive solo es del 11 %, mientras que el resto vive acompañado. En la mitad de los casos, por su hijo.

"La salud física es apenas una parte de esta situación que en términos de salud tiene un adulto mayor. Un adulto mayor tiene muchísimas dependencias sobre su situación anímica, sobre su estado de ánimo, la compañía, el aburrimiento o el tipo de expectativas que puedan trazarse como ser humano", afirmó el INEC".

Siete de cada diez mayores solicitaron atención médica en los últimos cuatro meses, un 38 % de ellos en centros públicos.

Las enfermedades que más aquejan a los mayores de 60 años son, tantos en varones como en mujeres, los problemas de corazón y la diabetes.

Sin embargo, la osteoporosis es la dolencia más común en las mujeres con un 19,5 %.

Cuatro de cada diez mayores de 60 años no trabajan y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario.

En su mayoría no ejercen por problemas de salud, en un 49 %, por jubilación por edad, en un 23 %, o porque su familia no quiere que trabaje, en un 8 %.

Finalmente el motivo de la presente investigación en primer lugar es conocer si las personas de la tercera edad tienen conocimiento de sus derechos de salud que los amparan, así también saber si su psicomotricidad se ve mermada o si la conservan, esto con el fin de determinar si pueden desenvolverse por sí solos o necesitan ayuda para realizar actividades de la vida diaria y/o moverse.

La presente investigación tiene como objetivo, analizar la relación entre la funcionalidad motriz y el ejercicio al derecho a la salud en las personas de la tercera edad. El interés por la temática surge del contacto con Adultos Mayores, desde la experiencia de pasantías de la carrera.

Del contacto cotidiano con los Adultos Mayores y sus problemáticas, surge la inquietud por investigar las condiciones de vida de los ancianos, desde sus propias perspectivas, así como, la visión que poseen las familias.

El acercamiento a la realidad de los Adultos Mayores posibilita conocer la calidad de vida en la tercera edad, desde los aspectos que la definen, teniendo en cuenta que, el bienestar del ser humano no depende exclusivamente de un ingreso, o de la satisfacción de necesidades básicas, sino también de crecientes reivindicaciones, como la justicia, libertad, ejercicio de un pluralismo político y social, la participación activa en la toma de decisiones, el desarrollo de la propia identidad cultural y el despliegue de las potencialidades creativas de individuos y sociedades.

Los motivos por los cuales se hizo atractivo realizar un proyecto de investigación sobre la tercera edad, son variados, por lo que se puede empezar a mencionar que es una parte de la población que se encuentra "olvidada", como si la mayor parte de la gente se negara a sí misma el hecho de poder llegar a esta edad, que es etiquetada como la tercera edad, la senectud, pensionados y jubilados, cuando solamente pueden ser llamados personas mayores.

La contribución que se realiza con el siguiente trabajo a la sociedad es dar a conocer que las personas adultas mayores no están desamparadas, por más que vivan solas puesto que existe una ley en la cual se enmarcan sus derechos y beneficios y de los cuales no se cumplen por el desconocimiento por parte de las personas de la tercera edad, como de quienes son prestadores de servicios sean estos del sector público o privado.

Es por esto que en el presente proyecto se va a investigar sobre la problemática a la que se enfrentan los ancianos en nuestra sociedad y cultura, tratando de abarcar las diferentes áreas que se consideran las más importantes del ser humano como son psicológica, la social, familiar.

El aporte en el campo profesional será entrevé una incidencia de la funcionalidad motriz y el ejercicio del derecho a la salud de las personas de la tercera edad

La investigación aporta datos cualitativos y cuantitativos con los cuales se pueda realizar comparaciones sobre el trato, el cumplimiento de las leyes y el ejercicio del derecho a la salud de las personas de la tercera edad.

Se intentara plantear en este marco teórico, y de forma general, un soporte conceptual sobre la tercera edad. A continuación se ampliara los temas sobre psicomotricidad y ejercicio al derecho a la salud. Con todo ello lo que se pretende es ofrecer un marco amplio donde poder sustentar las aportaciones derivadas de nuestro estudio desde las cuales se podremos contribuir hacia una redefinición de valores y expectativas que garanticen un aumento del nivel de tolerancia social general.

## 4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la relación entre funcionalidad motriz y el ejercicio al derecho a la salud en las personas de la tercera edad?

## 5. OBJETIVOS

### 5.1 OBJETIVO GENERAL

- Relacionar la funcionalidad motriz con el ejercicio del derecho a la salud en las personas de la tercera edad.

### 5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar las variables demográficas edad, género, ocupación, estado civil de las personas de la tercera edad encuestadas.
- Determinar el grado de funcionalidad motriz de las personas de la tercera edad para el ejercicio de sus derechos.
- Caracterizar la participación en salud de las personas de la tercera edad.
- Elaborar una guía en base a la consideración sobre el movimiento necesario para el ejercicio de derechos en la tercera edad.

# 6. MARCO DE REFERENCIA

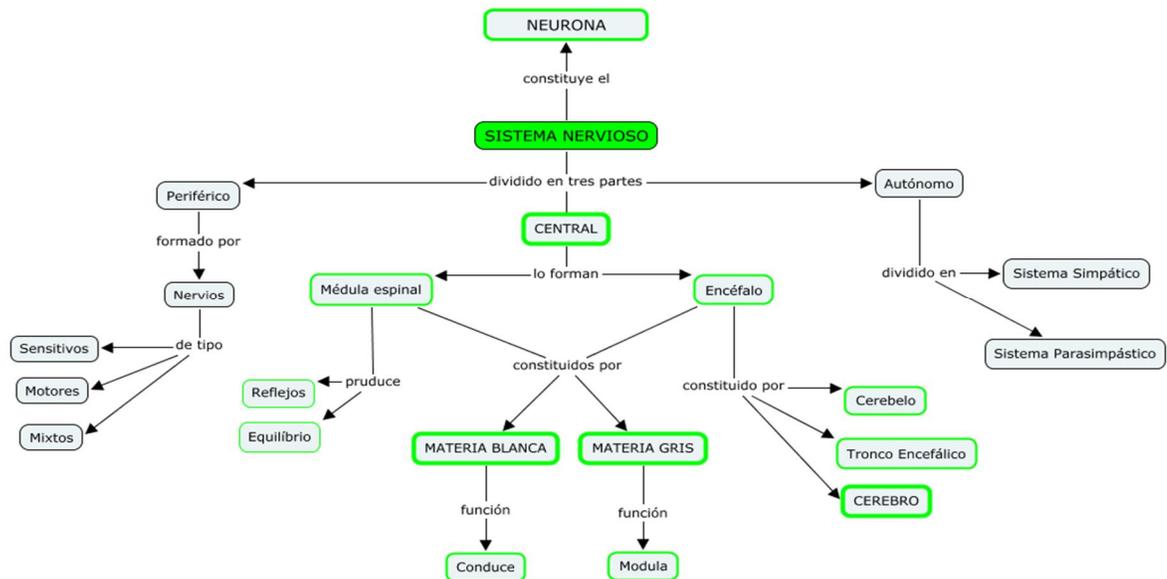
## CAPITULO I

### 1. PSICOMOTRICIDAD EN LA TERCERA EDAD

#### 1.1 NIVEL CEREBRAL

##### 1.1.2 Elementos centrales y periféricos del Sistema Nervioso

“El sistema nervioso tiene dos componentes: el sistema nervioso central, compuesto por el encéfalo y la médula espinal, y el sistema nervioso periférico, formado por grupos neuronales denominados ganglios, y nervios periféricos, situados en la médula espinal y el encéfalo. Ambos sistemas están separados anatómicamente, pero funcionan interconectados”<sup>2</sup>.



#### SISTEMA NERVIOSO 1

<sup>2</sup> Rouviere Henry. 2005. Anatomía Humana España. 11va edición. Editorial Elsevier Masson.

El sistema nervioso periférico se divide en dos elementos: somático y autónomo. La subdivisión somática proporciona al sistema nervioso central información sensorial acerca del estado muscular, de la posición de las extremidades y del medio ambiente externo al organismo. Esta subdivisión incluye a las neuronas sensoriales del ganglio de la raíz dorsal, y de los ganglios craneales que inervan la piel, los músculos y las articulaciones. Las neuronas somáticas motoras, que inervan los músculos esqueléticos, poseen axones que proyectan a la periferia. Estos axones se consideran a menudo, parte de la división somática, a pesar de que los somas de los que parten estén localizados en el sistema nervioso central.

La subdivisión autónoma es el sistema motor de las vísceras, la musculatura lisa del organismo y las glándulas exocrinas, y se denomina frecuentemente sistema nervioso motor autónomo. Consiste en tres elementos o sistemas segregados espacialmente: el sistema simpático, el sistema parasimpático y el sistema nervioso entérico. El sistema simpático participa en la respuesta del organismo al estrés, mientras que el sistema parasimpático actúa para preservar los recursos del organismo y recuperar el equilibrio propio del estado de reposo. El sistema nervioso entérico controla la función del músculo liso del tubo digestivo.

### **1.1.3 Regiones del Sistema Nervioso Central**

“Los hemisferios cerebrales son, con mucho, las regiones más grandes del encéfalo. Están compuestas por el cortex cerebral, la sustancia blanca subyacente (axones marcadamente mielinizados y células gliales), y tres agrupaciones de neuronas relacionadas funcionalmente y situadas en su profundidad, que se denominan núcleos: los ganglios basales, la formación hipocámpica y la amígdala. Los hemisferios cerebrales están divididos por un surco profundo que discurre en sentido fronto dorsal. Aunque cada hemisferio tiene funciones especializadas, ambos trabajan en asociación en lo que se refiere a funciones perceptivas, cognitivas y motoras superiores, así como también en la emoción y en la memoria.

## El hemisferio izquierdo



Figure 1HEMISFERIO IZQUIERDO

El hemisferio izquierdo es conocido como hemisferio dominante o analizador por dominar las funciones de la lectura, la escritura, la comprensión y la producción del habla, igualmente se encarga del procesamiento de las secuencias de movimientos: alcanzar, agarrar, elevar, sostener, soltar, atrapar, etc.

El hemisferio izquierdo es la parte motriz capaz de reconocer grupos de letras formando palabras, y grupos de palabras formando frases, tanto en lo que se refiere al habla, la escritura, la numeración, las matemáticas y la lógica, como a las facultades necesarias para transformar un conjunto de informaciones en palabras, gestos y pensamientos. Dependiendo de su severidad, una embolia que afecte a esta estructura puede producir pérdidas funcionales, pérdida funcional del habla y afectar destrezas motoras en el lado derecho del cuerpo. Según la teoría psicolingüística el proceso de construcción de una frase está regido por un cierto número de ideas relacionadas entre sí, pero el mecanismo que permite a la mente agrupar palabras para formar frases gramaticales no está totalmente descifrado. El hemisferio almacena conceptos que luego traduce a palabras (amor, amour, amore, love, liebe) más bien que una memoria textual.

Es decir, el cerebro comprende las ideas, los conceptos y los almacena en un lenguaje no verbal, que luego traduce a un lenguaje o idioma aprendido por el individuo

mediante la cultura. Los test de inteligencia que investigan el vocabulario, la comprensión verbal, la memoria y el cálculo aritmético mental, detectan el origen de la actividad en el hemisferio izquierdo.

Este hemisferio se especializa en el lenguaje articulado, control motor del aparato fono articulador, manejo de información lógica, pensamiento proporcional, procesamiento de información en series de uno en uno, manejo de información matemática, memoria verbal, aspectos lógicos gramaticales del lenguaje, organización de la sintaxis, discriminación fonética, atención focalizada, control del tiempo, planificación, ejecución y toma de decisiones y memoria a largo plazo. Los test de inteligencia miden sobre todo la actividad de este hemisferio. Muchas de las actividades atribuidas al consciente le son propias. Gobierna principalmente la parte derecha del cuerpo. Procesa la información usando el análisis, que es el método de resolver un problema descomponiéndolo en piezas y examinando estas una por una.

#### El hemisferio derecho



Figure 2HEMISFERIO DERECHO

El hemisferio derecho gobierna tantas funciones especializadas como el izquierdo. Su forma de elaborar y procesar la información es distinta del hemisferio izquierdo. No utiliza los mecanismos convencionales para el análisis de los pensamientos que utiliza el hemisferio izquierdo.

Es un hemisferio integrador, centro de las facultades viso-espaciales no verbales, especializado en sensaciones, sentimientos, prosodia y habilidades especiales; como visuales y sonoras no del lenguaje como las artísticas y musicales.

Concibe las situaciones y las estrategias del pensamiento de una forma total. Integra varios tipos de información (sonidos, imágenes, olores, sensaciones) y los transmite como un todo. El método de elaboración utilizado por el hemisferio derecho se ajusta al tipo de respuesta inmediata que se requiere en los procesos visuales y de orientación espacial.

El lóbulo frontal derecho y el lóbulo temporal derecho parecen los encargados de ejercer las actividades especializadas no verbales del hemisferio derecho. Esto se corresponde, en muchos aspectos, con las funciones de control del habla que ejercen el lóbulo frontal y el lóbulo temporal del hemisferio izquierdo.

Los otros dos lóbulos del hemisferio derecho, el parietal y el lóbulo occipital, tienen al parecer menos funciones. Sin embargo, como resultado del estudio de pacientes con el cerebro dividido (seccionado), o con pacientes que padecen lesiones en el hemisferio izquierdo, se ha detectado un pequeño grado de comprensión verbal en el lóbulo parietal derecho, que tiene la capacidad de comprender una selección de nombres y verbos simples. Y recíprocamente, el lóbulo parietal izquierdo parece que tiene ciertas funciones espaciales limitadas.

Por lo tanto, aunque el hemisferio derecho está, sin duda, especializado, en las funciones no verbales, concretamente en las viso-espaciales, no resulta fácil discernir las diferencias entre los dos hemisferios. El hemisferio derecho está considerado de cualquier modo, como el receptor e identificador de la orientación espacial, el responsable de nuestra percepción del mundo en términos de color, forma y lugar una persona con un tumor en el lado derecho del cerebro no reconocía objetos, lugares ni personas.

Utilizando sus facultades somos capaces de situarnos y orientarnos; podemos saber por qué calle estamos caminando mirando simplemente la arquitectura de los edificios que hay a uno y otro lado de ella, esto es la forma y aspecto de las fachadas, de los tejados y de las puertas de entrada. Si vamos caminando por la calle y reconocemos un rostro, la identificación de dicho rostro también corre a cargo de la

memoria visual del hemisferio derecho. El nombre que corresponde a la persona que posee dicho rostro conocido lo proporciona, en cambio el hemisferio izquierdo.

Muchas de las actividades atribuidas al inconsciente le son propias. Procesa la información mayoritariamente usando el método de síntesis, componiendo o formando la información a partir de sus elementos, a un conjunto. Controla, además, el lado izquierdo del cuerpo humano. En este caso, una embolia puede producir pérdida funcional o afectar las destrezas motoras del lado izquierdo del cuerpo. También puede causar alteración de la atención normal a la parte izquierda del cuerpo y sus alrededores aun con el otro”<sup>3</sup>.

Este hemisferio es llamado sintetizador por enfocarse su procesamiento de información con el todo más que con las partes, en el ejemplo anterior del estacionamiento el sintetizador enfocara el procesamiento de la información en el estacionamiento como tal y no en los carros dentro de, el.

Hemisferios derecho, izquierdo:



Figure 3HEMISFERIOS CEREBRALES

### **División anterior y posterior del cerebro humano**

Si se toma un cerebro y se lo ve de lado y trazamos una línea de arriba abajo obtenemos una división (surco central) la cual permite separar el cerebro en dos lados

<sup>3</sup> Rouviere Henri. 2005. Anatomía Humana. 11va edición. Editorial Elsevier Masson.

uno anterior y otro posterior, con sus respectivos lóbulos (separaciones anatómicas en el cerebro acorde con los surcos y cisuras que se forman en él).

#### División anterior



Figure 4 DIVISION ANTERIOR

La división anterior se comprende por un solo lóbulo llamado frontal (uno en cada hemisferio). Este lóbulo recibe fibras provenientes de la corteza posterior, con el fin de llevar a cabo el procesamiento de las funciones ejecutivas (funciones cognitivas superiores) como lo son la planificación, el control, la modificación de las acciones, actos y movimientos.

#### División posterior



Figure 5 DIVISION POSTERIOR

“La división posterior se comprende por el conjunto de los lóbulos occipitales, temporales y parietales (uno en cada hemisferio). Este conjunto de lóbulos recibe fibras provenientes de los sentidos a través de la médula espinal, con el fin de llevar a cabo el

procesamiento perceptivo de la información aferente y de los aspectos receptivos del lenguaje como lo es la comprensión de la palabra escrita o hablada.

División Anterior y Posterior:



Figure 6 DIVISIONES CEREBRALES

La arquitectura del sistema nervioso, aunque compleja, sigue un conjunto de principios funcionales, organizacionales y ontogénicos relativamente sencillos. Al mismo tiempo, estos principios proporcionan un orden a los miles de detalles anatómicos del encéfalo.

El sistema nervioso central del adulto puede dividirse en siete regiones anatómicas distintas, cada una de las cuales se desarrolla a partir de un área diferente del tubo neural.

La medula espinal es la porción más caudal del sistema nervioso central. Se extiende desde la base del cráneo hasta la primera vértebra lumbar, y por lo tanto no recorre toda la luz del canal raquídeo de las vértebras. La medula espinal recibe información sensorial de la piel, las articulaciones y los músculos del tronco y las extremidades, y contiene las motoneuronas responsables tanto de los movimientos voluntarios como de los reflejos. También recibe información sensorial de órganos internos y contiene agrupaciones de neuronas que controlan muchas funciones viscerales.

La medula espinal tiene un patrón claro de segmentación que puede observarse en la especie humana en los 31 pares de nervios espinales. Los nervios espinales son nervios periféricos formados por la agrupación de las raíces dorsales y ventrales. Las raíces dorsales llevan a la medula la información sensorial procedente de los músculos, la piel y las vísceras. Las raíces ventrales portan los axones motores que inervan a los músculos, así como los axones de los sistemas simpático y parasimpático.

En la medula espinal tanto los grupos neuronales sensoriales que reciben el mensaje aferente desde la periferia, como los grupos de células motoras que controlan grupos específicos de células musculares, se hallan agrupados pero no mezclados aleatoriamente. Además de dichos grupos celulares, la medula espinal incluye rutas ascendentes a través de las cuales la información sensorial alcanza al encéfalo, y vías descendentes que llevan las órdenes motoras desde el encéfalo a las motoneuronas.

Tres de las cuatro subdivisiones siguientes del sistema nervioso central el bulbo raquídeo, la protuberancia y el mesencéfalo forman una estructura continua denominada tronco encefálico. El tronco encefálico se encuentra por encima de la medula espinal (rostral, es decir, en dirección hacia la cabeza). Recibe información sensorial de la piel y las articulaciones de la cabeza, el cuello y la cara, y contiene las motoneuronas que controlan los músculos de la cabeza y el cuello.

También recibe información de sentidos especiales como el oído, el gusto y el equilibrio. Por el tronco encefálico discurren también las vías ascendentes y descendentes que transportan información sensorial y motora desde y hasta los centros encefálicos superiores.

El bulbo raquídeo es la porción piramidal del tallo cerebral situada entre la medula espinal y el puente. La mitad inferior contiene un conducto; la porción dorsal de la mitad superior forma el piso del cuarto ventrículo.

El surco medio anterior se extiende a lo largo de la superficie ventral para terminar, en el borde pontino, en el foramen cecum. En su porción inferior, el surco medio anterior es cruzado por los haces piramidales que decusan oblicuamente. El surco medio posterior surco poco profundo que se extiende a lo largo de la mitad dorsal inferior del bulbo termina en el límite posterior del cuarto ventrículo.

El surco mediano es un surco longitudinal en la porción sagital media del cuarto ventrículo. El surco colateral anterior es un surco poco profundo de la superficie anterolateral; las fibras del nervio hipogloso emergen del bulbo en este surco. El surco colateral posterior es un surco de la cara posterolateral; la raíz bulbar del espinal y los nervios vago y glossofaríngeo emergen del bulbo en este surco

El puente de Varolio está situado apicalmente con respecto al bulbo raquídeo y se presenta como una protuberancia que parte de la superficie ventral del tronco encefálico, y contiene un gran número de neuronas que distribuyen información desde los hemisferios cerebrales al cerebelo.

El cerebelo se sitúa dorsalmente respecto al puente y al bulbo raquídeo y protruye hacia la región posterior de la cabeza, rodeando al tronco encefálico. Tiene una superficie muy plegada y se divide en varios lóbulos, cada cual con su propia función. El cerebelo recibe información motora desde el cortex cerebral, e información sobre el equilibrio desde los órganos vestibulares del oído interno. La convergencia de todas las informaciones capacita al cerebelo para coordinar la planificación, el curso temporal y el patrón de utilización de los músculos esqueléticos durante el movimiento.

El cerebelo también participa en el mantenimiento de la postura y en la coordinación de los movimientos de la cabeza y los ojos. Muchas de las funciones motoras de la protuberancia y el cerebelo están estrechamente relacionadas.

El mesencéfalo, el componente más pequeño del tallo encefálico, está situado por encima de la protuberancia. Varias regiones del mesencéfalo juegan un papel

principal en el control directo de los movimientos oculares, mientras que otras participan en el control motor de los músculos esqueléticos. El mesencéfalo es también una estación de relevo esencial para las señales auditivas y visuales.

El tálamo y el hipotálamo constituyen conjuntamente el diencefalo o cerebro intermedio, llamado así porque se sitúa entre el mesencéfalo y los hemisferios cerebrales. El tálamo procesa y distribuye casi toda la información sensorial y motora que accede al cortex cerebral. Se cree que también regula el nivel de conciencia y los aspectos emocionales de las sensaciones. El hipotálamo está situado ventralmente con respecto al tálamo y regula al sistema nervioso autónomo y a la secreción hormonal de la glándula hipófisis. El hipotálamo conecta profusamente de forma bidireccional con el tálamo, el mesencéfalo y ciertas aéreas corticales que reciben información del sistema nervioso autónomo”<sup>4</sup>.

## 1.2 Plasticidad cerebral

“El cerebro tiene una gran capacidad adaptativa para la auto modificación estructural y funcional, con el fin de adaptarse a los requerimientos del entorno permitiendo la evolución del ser humano.

El cerebro tiene la capacidad de aprender, reaprender y desarrollar funciones, reafirmando que el cortex aumenta en respuesta a un ambiente enriquecido mostrando en sus experimentos con ratones un hallazgo interesante en referencia a la edad: los ratones jóvenes aprenden más rápido y en menos tiempo que los ratones viejos se demoran en aprender, posteriormente varios investigadores hicieron pruebas en humanos donde los resultados se repitieron con la singularidad que la calidad de la información almacenada disminuyó de forma significativa en los menores de 30 años y se mantuvo de forma significativa en las personas mayores de 40 años, a pesar que

---

<sup>4</sup> Bustamante B., Jairo. 2007. Neuroanatomía funcional y clínica: atlas del sistema nervioso central. 4ta ed. Editorial Celsus.

estos últimos necesitaron de un mayor tiempo para la asimilación del nuevo conocimiento”<sup>5</sup>.

“La plasticidad cerebral no es otra cosa que la capacidad del cerebro de crear o buscar nuevas rutas o rutas alternativas de comunicación entre los centros de control de procesos específicos y sus procesos asociados dependiendo en gran medida de: la edad (la plasticidad es mayor en niños que en adultos), la magnitud y gravedad de la lesión (de existir), las lesiones previas (lesiones de neuronas), los efectos emocionales (características emocionales de la información , así como actitud), la historial de salud los aprendizajes previos y la estimulación”<sup>6</sup>.

Bajo el concepto de “edad cronológica” se dice que el proceso de envejecer comienza entre los 60 y 65 años, aunque en muchos individuos se instauran déficits funcionales claros antes de esa edad. Sin embargo, en muchas ocasiones, el declinar vital no se acompaña de un decremento objetivable en las funciones cerebrales, que permanecen intactas hasta la muerte.

Por ello es lícito pensar que los diferentes sistemas del organismo no envejecen a la misma velocidad, y que no se puede hablar de envejecimiento cerebral desde un punto de vista meramente cronológico. Es probable que un cerebro viejo sea consecuencia del deterioro de otros sistemas como el cardiovascular o endocrino, más que del propio proceso de envejecimiento cerebral.

A lo largo de la vida, el cerebro sufre una serie de modificaciones estructurales, tanto micro como macroscópicas y bioquímicas, entre las que se encuentran: descenso del peso del cerebro, disminución del volumen cerebral con aumento del tamaño de los surcos y disminución de las circunvoluciones cerebrales, atrofia y muerte neuronal, acumulo de lipofuscina, degeneración granulovacuolar y neurofibrilar, formación de

---

<sup>5</sup> Kolb, B., Mohamed, A., & Gibb, R., (2010). La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en los cerebros normales y en el dañado, Revista de Trastornos de la Comunicación. México. Ed. Medica Panamericana

<sup>6</sup> Kandel, Eric 1997. Neurociencia y Conducta; Madrid España; Pretince Hall.

placas neuríticas y deterioro de circuitos mediados por determinados neurotransmisores. A pesar de estos inequívocos cambios, un cerebro histológica y bioquímicamente viejo puede ser un cerebro funcionalmente joven. Entendiendo por envejecimiento un declinar del ser vivo, desde la perspectiva funcional, un cerebro sano no envejecería nunca.

Sin embargo, no se puede considerar al sistema nervioso como un tejido estático que va perdiendo células con el paso de los años. Es obvio que el cerebro sufre un deterioro histoquímico con la edad, pero un cerebro añoso, es decir, de menos peso, con más surcos y menos circunvoluciones, con menos neuronas y más lipofuscina, si no hay ninguna enfermedad intercurrente, debe ser un cerebro funcionalmente sano.

Este hecho, a priori paradójico, es debido a una facultad del sistema nervioso, conocida como plasticidad neuronal, que consiste en la posibilidad para generar nuevas dendritas y sinapsis por las neuronas remanentes, manteniendo así la eficiencia de circuitos neurales degenerados, e incluso haciendo posible la suplencia de disfunciones por lesiones concretas por otras áreas cerebrales remotas. Esta virtud del cerebro, que en etapas precoces de la vida puede tener consecuencias espectaculares que se mantiene, aunque en menor grado, hasta el final.

Las neuronas pueden comenzar a transmitir mensajes más lentamente que en el pasado. Los productos de desecho se pueden acumular en el tejido cerebral, a medida que las neuronas se descomponen, ocasionando la formación de estructuras llamadas placas y ovillos neurofibrilares. Un pigmento graso de color marrón (lipofuscina) también se puede acumular en el tejido nervioso”<sup>7</sup>.

---

<sup>7</sup> Françoise Ansermet & Pierre Magistretti. 2006. A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente Discusiones. Francia. Primera edición. Ed. LaMantia.

“La descomposición de los nervios puede afectar los sentidos. Se podría presentar reducción o pérdida de los reflejos o la sensibilidad, llevando a que se presenten problemas con el movimiento y la seguridad.

Asimismo, se da un descenso de la producción de neurotransmisores y de sus receptores (las llaves y cerraduras de la función cerebral y nerviosa) en todo el sistema nervioso central y en las zonas de paso de los impulsos nerviosos desde los órganos de los sentidos hacia los músculos y otros órganos.

Por todo esto se puede apreciar un enlentecimiento del pensamiento, una disminución de la memoria, de la capacidad cognitiva y de las facultades de aprendizaje que en un anciano sano no deben interferir en la realización de las actividades habituales. En caso de que sí lo hagan se deberá descartar un proceso de demencia.

También existen dificultades en la psicomotricidad por un peor control muscular y posicional, que se agravan por la pérdida de masa muscular, que acarrea problemas en la coordinación de los movimientos, no es difícil que en personas muy ancianas se presenten incluso dificultades en el control de los mecanismos de regulación autónoma, con lo que se produce un descenso de los reflejos y la aparición de problemas en el control de la tensión arterial y del equilibrio con los cambios posturales.

Todos estos cambios no son los mismos en todos los individuos, ni son uniformes en todos los sistemas de una misma persona. Así, podemos ver ancianos con sus capacidades intelectuales intactas pero con problemas en el control del movimiento, e individuos con dificultades en el aprendizaje de nuevas habilidades con una movilidad perfectamente conservada”<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Mark F. Bear, Barry Connors, Michael Paradis. 2008. *Neurociencia, la exploración del cerebro*. Tercera edición. Inglaterra. Ed. Lippincott Williams.

### 1.3 Patologías debidas a deterioro por los años

“Las enfermedades diagnosticadas durante la vejez son las mismas que puede afectar al adulto. No obstante, su frecuencia, expresión clínica y evolución las diferencian.

Con la edad se multiplican las afecciones orgánicas. Se ha demostrado que el promedio de “enfermedades” en un individuo aumenta de una manera regular: a los 35 años se sufre un promedio de una enfermedad, a los 55 años de dos, a los 75 años de tres. En el curso de la vejez existe, pues, una “polipatología”. Al término de un balance en un paciente de 80 años hospitalizado por ejemplo, a causa de un accidente cerebro vascular cerebral, se llega a la conclusión de que hay una asociación de una hipertensión arterial etc.”<sup>9</sup>

“El envejecimiento de la población humana constituye un dato incontrastable de la realidad social contemporánea, la disminución de la fecundidad y el combate a las enfermedades, y con ello el aumento en la esperanza de vida, ha propiciado un aumento nunca antes visto de las personas de la tercera edad.

Es común definir al anciano como base de un criterio cronológico y se soslayan las dimensiones psicológica y social. Si bien existen ciertos cambios somáticos y psicológicos asociados con el proceso normal del envejecimiento, por ejemplo la pérdida progresiva de memoria y de las destrezas físicas, la idea misma del envejecimiento es un prejuicio dentro de un sistema de valores que exalta a la juventud como sinónimo de éxito y buena salud física y mental”<sup>10</sup>.

“Las personas de la tercera edad están expuestas a algunas enfermedades y afecciones, algunas enfermedades son propias de la vejez y van apareciendo con la

---

<sup>9</sup> Berthaux 1981, P. Gerontología- Geriatria primera edición, Barcelona

<sup>10</sup> Sacramento Pinazo Hernandis. 2005. Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. España. Ed. Pearson Prentice Hall.

edad. En la actualidad ha habido un incremento de la población mayor en casi todos los países del mundo.

La principal característica del envejecimiento es la pérdida progresiva de la capacidad adaptativa y de reserva del organismo, en sus distintos órganos y sistemas, de esta manera la persona se hace más vulnerable ante las situaciones estresantes y por lo tanto más vulnerables a los males y enfermedades.

Es muy bien sabido que en las etapas finales de nuestra vida se presentan con mayor frecuencia las enfermedades, es muy raro encontrar un anciano que no pase por este proceso de tipo crónico.

Los estudios en la población encuentran que se encuentra enfermedad de forma objetiva en el 80-90 % de la población anciana. Los porcentajes son mucho menores si se pregunta directamente al mayor si padece algún tipo de enfermedad, dado que algunos de estos procesos crónicos de gran frecuencia en estas edades se asumen como normales o se confunden erróneamente con el propio envejecer (cataratas, artrosis, diabetes, etc.)”<sup>11</sup>

### **El corazón y los vasos sanguíneos**

“El corazón es el órgano encargado de impulsar la sangre a través de los vasos sanguíneos hacia los diferentes tejidos, con el fin de aportarles oxígeno y nutrientes suficientes y recoger el dióxido de carbono y los productos de desecho. Por tal razón, el corazón impulsa una cantidad determinada de sangre entre 60 y 80 veces por minuto. Entre los 25 y 85 años esa cantidad de sangre impulsada cae en un 30 %.

El corazón también tiene la capacidad de responder a exigencias extremas, aprovechando una reserva de sus fuerzas, lo que en condiciones normales depende en parte del número máximo de contracciones que puede llegar a producir en un minuto

---

<sup>11</sup> García López, Victoria. 2012. Enfermería del Anciano. Barcelona. Ed. Planeta.

(frecuencia cardiaca máxima). Entre los 25 y 85 años de edad se produce por lo general, una caída de la frecuencia cardiaca máxima de un 58%. Con la edad se produce además un aumento de la rigidez de las paredes de las arterias, presentado aumento en la tensión arterial y en especial de la máxima.

### **El sistema respiratorio**

A pesar que el pulmón no sufre cambios apreciables en los ancianos sanos, el tórax, es decir la caja constituida por las costillas y el esternón donde se encuentran los pulmones, disminuye su movilidad debido al aumento de la rigidez de sus articulaciones, lo que se traduce en un incremento del 20% del trabajo necesario en la inspiración, para poder vencer la resistencia generada por esas estructuras rígidas.

### **El sistema musculoesquelético:**

Los músculos equivalen aproximadamente al 40% del peso de cada persona. En los ancianos la masa muscular disminuye en forma progresiva, situación que se agrava en personas sedentarias. La fuerza muscular disminuye en un 20 % en las personas de 65 años, sin embargo, en algunos casos puede llegar al 40%. Estos cambios son llamados atrofia, y se caracterizan por cambios estructurales de las fibras musculares. En la práctica clínica se presenta como pérdida de la fuerza y la velocidad de contracción del músculo, lo que genera una disminución en la capacidad del esfuerzo y la aparición de una fatiga precoz. Dentro del proceso de envejecimiento, se encuentra la degeneración de las articulaciones, sobretodo de la columna vertebral.

En las mujeres mayores de 35 años, se produce una pérdida del 1% de la masa ósea cada año. En los hombres esa pérdida se demuestra en forma más tardía, hacia los 55 años, estando entre el 10% y el 15 % a los 70 años.

Casos como la diabetes, el sedentarismo, una ingesta inadecuada de calcio, enfermedades renales y la postración aceleran la pérdida de calcio por parte de los

huesos. Se genera así una tendencia mayor a sufrir fracturas por fragilidad ósea, constituyendo una de las mayores causas de enfermedad y muerte de los ancianos.

Los tejidos elásticos pierden su propiedad, generando una disminución en la capacidad de movimientos de las diferentes articulaciones (arco de movimiento), en especial a nivel de hombros y rodillas.

La capacidad del organismo en consumir oxígeno disminuye en forma gradual con la edad, la tolerancia a la glucosa (azúcar) disminuye predisponiendo a las personas de edad a sufrir de diabetes (exceso de azúcar en la sangre), la grasa del cuerpo aumenta, el colesterol se incrementa en la sangre, lo que predispone a la arteriosclerosis y a las enfermedades como el infarto del miocardio y la obstrucción de las arterias que irrigan el cerebro (trombosis cerebral) <sup>12</sup>.

### 1.3.1 Enfermedades Cardiovasculares

#### **Hipertensión Arterial**

“La hipertensión arterial es el aumento de la presión arterial de forma crónica. Es una enfermedad que no da síntomas durante mucho tiempo y, si no se trata, puede desencadenar complicaciones severas como un infarto de miocardio, una hemorragia o trombosis cerebral, lo que se puede evitar si se controla adecuadamente. Las primeras consecuencias de la hipertensión las sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, se hacen más gruesas y puede verse dificultado al paso de sangre a su través. Esto se conoce con el nombre de arterosclerosis.

La hipertensión arterial es uno de los trastornos más complejos con un componente genético asociado a la aparición de la enfermedad. Se han estudiado a más de 50 genes que podrían estar involucrados con la hipertensión. Aquellos

---

<sup>12</sup> Adolf Faller. 2006. Estructura y Función del Cuerpo Humano. Treceava edición. Alemania. Ed. Paidotribo.

individuos normotensos mayores de 65 años de edad tienen un riesgo de por vida aproximado de 90% de tener hipertensión arterial. Al transcurrir los años y según los aspectos de la enfermedad, el número de fibras de colágeno en las paredes arteriales aumenta, haciendo que los vasos sanguíneos se vuelvan más rígidas. Al reducirse así la elasticidad, el área seccional del vaso se reduce, creando resistencia al flujo sanguíneo y como consecuencia compensadora, se aumenta la presión arterial.

Algunos de los factores ambientales que contribuyen al desarrollo de la hipertensión arterial incluyen la obesidad, el consumo de alcohol, circunstancias de nacimiento y las profesiones estresantes. Se ha notado que en sociedades económicamente prósperas, estos factores aumentan la incidencia de hipertensión con la edad.

La presión arterial es producto del gasto cardíaco y la resistencia vascular sistémica. Por lo tanto, los factores determinantes de la presión arterial son factores que afectan al gasto cardíaco y a la fisiología y estructura de las arteriolas. Por ejemplo, el aumento de la viscosidad de la sangre tiene efectos significativos sobre el trabajo necesario para bombear una cantidad dada de sangre y puede dar lugar a un aumento persistente de la presión arterial. Las condiciones de maleabilidad de la pared de los vasos sanguíneos (componentes pulsátiles) afectan la velocidad del flujo sanguíneo, por lo que también tienen una potencial relevancia en lo que respecta a la regulación de la presión arterial.

Además, los cambios en el espesor de las paredes vasculares afectan a la amplificación de la resistencia vascular periférica en pacientes hipertensos, lo que conlleva a reflexión de ondas en dirección a la aorta y opuestas al flujo sanguíneo, aumentando la presión arterial sistólica. El volumen de sangre circulante es regulado por la sal renal y el manejo del agua, un fenómeno que juega un papel especialmente importante en la hipertensión sensible a las concentraciones de sal sanguíneas.

Los órganos cuya estructura y función se ven alterados a consecuencia de la hipertensión arterial no tratada o no controlada se denominan órganos diana e incluyen el sistema nervioso central, arterias periféricas, corazón y riñones, principalmente.

La asociación entre la presión arterial y el riesgo de cardiopatías, infarto agudo de miocardio, derrame cerebral y enfermedades renales es independiente de otros factores de riesgo. Por ejemplo, en individuos comprendidos entre las edades de 40 y 70 años de edad, cuando la presión arterial se encuentra entre 115/75 a 185/115 mmHg, cada incremento de 20 mmHg en la presión sistólica o de 10 mmHg en presión diastólica duplica el riesgo de aparición de esta patología<sup>13</sup>.

## **ARRITMIA**

“Es un trastorno de la frecuencia cardíaca (pulso) o del ritmo cardíaco, como latidos demasiado rápidos (taquicardia), demasiado lentos (bradicardia) o con un patrón irregular

Normalmente, el corazón es capaz de bombear sangre hacia el cuerpo sin trabajar más arduamente de lo necesario para ayudar a que esto suceda, el corazón tiene un sistema eléctrico que garantiza que se contraiga (comprima) de manera ordenada.

El impulso eléctrico que da la señal al corazón para contraerse comienza en el nódulo sinoauricular (también llamado nódulo sinusal o nódulo SA), que es el marcapasos natural del cuerpo.

- La señal sale del nódulo sinoauricular y viaja a través de las dos cámaras superiores (aurículas).
- Luego, la señal pasa a través de otro nódulo (el nódulo auriculoventricular) y finalmente viaja a través de las cámaras inferiores (ventrículos).

---

<sup>13</sup> García López, Victoria. 2012. Enfermería Geriátrica. Barcelona. Ed. Planeta.

Las arritmias cardiacas aparecen por alguno de estos tres motivos:

- El impulso eléctrico no se genera adecuadamente
- El impulso eléctrico se origina en un sitio erróneo.
- Los caminos para la conducción eléctrica están alterados.

Hay diferentes clasificaciones de las arritmias:

- **Por su origen**
  - Supraventriculares: se localizan por encima del Haz de His, es decir, en las aurículas o en el nodo aurículo-ventricular
  - Ventriculares: se originan en los ventrículos
- **Por su frecuencia cardiaca**
  - Rápidas o taquicardias: frecuencia superior a los 100 lpm
  - Lentas o bradicardias: frecuencia por debajo de los 60 lpm
- **Por su modo de presentación**
  - Crónicas: de carácter permanente
  - Paroxísticas: se presentan en ocasiones puntuales”<sup>14</sup>

### 1.3.2 Enfermedades Endocrinológicas

#### DIABETES

“La diabetes se caracteriza por hiperglucemia y alteraciones del metabolismo de los carbohidratos, las grasas y las proteínas que están relacionadas con deficiencias absolutas o parciales de la acción o secreción de insulina. En el caso de las personas mayores, esencialmente, se presenta la diabetes tipo II como resultado de que el

---

<sup>14</sup> Luis Raúl Lépori. 2006. Enfermedades de la Tercera Edad. España. Ed. Planeta.

organismo no produce la cantidad suficiente de insulina para metabolizar la glucosa o la que produce actúa de forma inadecuada.

Confirmar que un paciente presenta este proceso debe ser valorado a través de la analítica con la prueba oral de tolerancia a la glucosa (POTG), en la que se observa como oscilan los niveles de glucosa en sangre, en ayunas y con posterioridad (dos horas después de una carga de glucosa).

Se calcula que alrededor del 20% de las personas mayores padecen el proceso. La mayoría de los casos (el 80% aproximadamente) son diabetes tipo II.

Afecta, generalmente, al sexo femenino (60-70%) quizás por la mayor esperanza de vida en las mujeres, unido a una mayor concurrencia de factores diabetogénicos (obesidad, anticonceptivos orales, etc.).

Se detectan al menos tres factores importantes en la etiopatogénesis: factores genéticos individuales o étnicos que causan susceptibilidad; defectos en la función de las células beta del páncreas; acción disminuida de la insulina en los tejidos sensibles a la misma (resistencia a la insulina).

Los factores genéticos en la diabetes tipo II parece que actúan en fuerte interacción con la exposición a factores ambientales, tales como la actividad física reducida (la diabetes tipo II es de dos a cuatro veces mayor en las personas menos activas).

Los factores nutricionales pueden predisponer a padecer el proceso, aunque no se puede afirmar que por sí solo un alimento es diabetógeno. Sin embargo, se observa que las dietas occidentales con un alto contenido en grasas y disminución de los carbohidratos y fibra conllevan una disminución de la tolerancia a la glucosa.

Otros factores como el estrés prolongado o la ingesta de determinados fármacos (diuréticos, corticoides, etc.) dificultan, igualmente el metabolismo de la glucosa. Son,

como se puede observar, factores que aparecen de forma habitual en la población mayor. Muchos de los pacientes presentan resistencia a la insulina asociada con dislipoproteinemia, obesidad, hiperuricemia e hipertensión”<sup>15</sup>.

### 1.3.3 Enfermedades del Sistema Óseo

#### **Osteoporosis**

“La Organización Mundial de la salud (OMS) en 1994 define a la osteoporosis como un trastorno esquelético que se caracteriza por una pérdida progresiva de la densidad de la masa ósea, unida a alteraciones estructurales del propio hueso, lo que incrementa el riesgo de fracturas.

Es el trastorno metabólico del hueso más frecuente y aparece cuando el organismo no es capaz de formar suficiente masa ósea nueva o bien cuando parte de esta es reabsorbida por el cuerpo, pudiendo presentarse las dos situaciones simultáneamente.

La osteoporosis es la forma más común de enfermedad ósea y se estima que una de cada cinco mujeres mayores de 50 años presenta este tipo de alteración.

Desde el nacimiento, la masa ósea está en continuo crecimiento hasta los 30 años aproximadamente en que este crecimiento se detiene. En la década siguiente (40 años) comienza a disminuir.

En el hombre la pérdida se produce de forma gradual con el paso de los años, mientras que en la mujer el aceleramiento se produce a partir de la menopausia.

La deficiencia de estrógenos en las mujeres postmenopáusicas es el principal factor que conduce a una pérdida de hueso. Se estima una relación de cinco mujeres por un hombre. Pero no todas las mujeres en el estadio postmenopáusico desarrollan una osteoporosis, por tanto habrá que pensar en factores adicionales favorecedores de la misma.

---

<sup>15</sup> Luis Raúl Lépori. 2006. Enfermedades de la Tercera Edad. España. Ed. Planeta

Son varios los factores que influyen en la cantidad de masa ósea de las personas:

- **Factores genéticos o endógenos:**

Raza blanca o asiática.

Antecedentes familiares de osteoporosis.

- **Factores exógenos o adquiridos:**

Hábitos nutricionales (baja ingesta de calcio, ingesta excesiva de proteínas y café).

Vida sedentaria o inmovilización

Gran ingesta de alcohol

Consumo de tabaco

Determinados fármacos (corticoides, diuréticos, etc.)<sup>16</sup>.

### **Artrosis**

“Es una enfermedad provocada por la degeneración del cartílago articular y la formación de nuevas partes óseas en las superficies de las articulaciones. Afecta a casi todas las articulaciones, en especial aquellas que soportan más peso y uso (cadera, articulación cervical, codos, rodillas, etc.). Es la más frecuente e importante de todas las enfermedades articulares que afectan al anciano.

Las lesiones artrósicas son el resultado de alteraciones mecánicas y biológicas que provocan un desequilibrio entre todas las estructuras (cartílago y hueso).

Es la enfermedad más frecuente, tanto como que a partir de los 70 años se considera que todos los ancianos la tienen. Existen multitud de factores etiológicos que producen lesión mecánica en las articulaciones que dan lugar a degeneraciones en el cartílago. Las más importantes son:

---

<sup>16</sup> Jorge R. Talbot. 2001. Osteoporosis. Osteoporosis: Fisiopatología, diagnóstico, prevención y tratamiento. Colombia. Ed. Médica Panamericana.

- La edad: la prevalencia aumenta con la edad, instaurándose de forma bastante constante entre los 70-75 años.
- La obesidad, que debido a la presión sobre la articulación.
- La ocupación y actividad laboral que se realice, en concreto parece que existe una relación directa entre la artrosis de rodilla y el permanecer de pie.
- Traumatismos previos y repetidos.
- Uso excesivo de algunas articulaciones (deportistas).
- Trastornos metabólicos.
- Aunque no está demostrado que el sobrepeso precipite a la aparición de artrosis, si fluye negativamente sobre la articulación que ya presenta cambios degenerativos.

La artrosis se presenta de forma gradual, por lo que no se puede precisar cuál ha sido el momento de su inicio, y progresa lentamente. La sintomatología más frecuente es la rigidez matutina y la rigidez después de periodos de inactividad, que suele cesar pasados unos minutos.

El dolor es otro síntoma constante, que en su inicio si activa con la actividad, cesando con el reposo, pero que en estadios posteriores puede mantenerse incluso durante el reposo. Los cambios de presión atmosférica o en la temperatura ambiente, también pueden provocar artralgias.

El aspecto físico también puede cambiar, apareciendo inflamaciones en las articulaciones, generalmente más visibles en las articulaciones interfalángicas y en las rodillas.

Algo que suele estar presente en los proceso artrósicos es la pérdida de funcionalidad, manifestado por la dificultad en la movilidad articular, lo que puede ocasionar una confinación del anciano en el domicilio con el consiguiente aislamiento social.

## **Artritis Reumatoide**

Es una enfermedad crónica de naturaleza autoinmune, inflamatoria, cuyos síntomas se localizan predominantemente a nivel articular (con deformidades). Es una de las principales causas de discapacidad y va acompañada de una problemática social importante, así como un gran coste sanitario.

Como todas las enfermedades de carácter autoinmune, la causa de la enfermedad es desconocida, aunque existen muchas teorías sobre el presunto agente etiológico.

Algunos estudiosos consideran que puede ser un virus o una bacteria, pero ninguna de ellas ha sido demostrada.

Existen una serie de datos que evidencian que el sistema autoinmune está implicado:

- Alteración de los linfocitos y su funcionalidad.
- Producción espontánea de factores reumatoides.
- Se postula que el factor reumatoide activa el complemento para iniciar la respuesta inflamatoria en el tejido sinovial y otros sistemas orgánicos.
- Por todo ello, se comprueba que el sistema autoinmune está trabajando de forma anormal.

Con anterioridad a la presentación de la enfermedad pueden aparecer algunos signos, como febrícula, fatiga, anorexia, etc. Los síntomas típicos son:

- Dolor articular de características inflamatorias, articulaciones tumefactas y sensibles.
- Rigidez matutina prolongada, en tiempo superior que en la artrosis.
- La afectación articular tiende a ser simétrica, con afectación prácticamente constante de manos, muñecas e interfalanges.

- Los nódulos reumatoides subcutáneos, si se presentan, se suelen encontrar alrededor del codo y antebrazo proximal, y suelen ser asintomáticos.
- En los datos de laboratorio suelen aparecer anemia, velocidad de sedimentación elevada y factor reumatoide positivo.

El inicio de la enfermedad es insidioso y presenta síntomas leves (de carácter sistémico o articular), durante semanas o meses. El curso posterior también es variable, puede darse un curso intermitente, de forma que se podría actuar en los periodos de excitación<sup>17</sup>.

### 1.3.4 Caídas

“La caída se define como una precipitación al suelo, repentina, involuntaria e insospechada, con o sin lesión secundaria, confirmada por el individuo o un testigo.

El envejecimiento del ser humano es un proceso de hipofuncionalidad asociado a la vida y que conlleva, por tanto una serie de cambios en la función de diversos aparatos relacionados tanto con la marcha como con el equilibrio. Es preciso por ello comprender la enorme importancia de caídas en la población mayor y las secuelas como consecuencia de ellas, las cuales serán tanto más graves cuanto mayor sea la edad que presente la persona afectada.

En su origen pueden intervenir diversas patologías, aunque un alto porcentaje de ellas se deben a simples accidentes en lo que factores externos, del tipo de las barreras arquitectónicas, juegan un gran papel puesto que proyectan un importante problema asistencial, no solo por la atención sanitaria que provocan las mismas, sino también por la dependencia física y los daños psicológicos y sociales, que provocan sus secuelas. Calcular la incidencia exacta es difícil, ya que la mayoría de ellas no se registran, tal vez por no necesitar una atención sanitaria.

---

<sup>17</sup> Sociedad Española de Reumatología. 2006. Semiología de las Enfermedades Reumatológicas. Colombia. Ed. Médica Panamericana.

Las caídas no obedecen a una sola causa, sino que es siempre una patología multifactorial, en la que influyen tanto factores intrínsecos, propios del individuo, como factores extrínsecos.

#### Factores extrínsecos

- **Fármacos:** es importante tener en cuenta el efecto iatrogénico de los fármacos, los más implicados como causa de caídas por su uso frecuente son los psicofármacos (sedantes, antidepresivos, antipsicóticos, anticonvulsivos, etc.), los antihipertensivos, los hipoglucemiantes y los antivertiginosos.
- **Uso de aparatos de ayuda a la deambulación mal prescritos o mal utilizados**
- **Empleo de calzado inadecuado,** el cual debe tener una suela firme y antideslizante, y sin tacón elevado.
- **Peligros ambientales:** destacan las barreras arquitectónicas, entendiéndose por tales, aquellas barreras tope, limitaciones, obstáculos, bien sean de forma arquitectónica (casa o institución) o en los medios donde el anciano se desenvuelve (medio urbano o rural), que imposibilitan al individuo realizar normalmente las actividades de la vida diaria (AVD).

Se encuentran diferentes tipos de barreras arquitectónicas:

- **Difícil acceso,** con escaleras estrechas o escalones numerosos o muy altos.
- **Ascensores inadecuados o inexistentes.**
- **Inadecuado sistema de calefacción**
- **Techos demasiado altos.**
- **Puertas y pasillos demasiado estrechos.**
- **Desniveles en el suelo, etc.**
- **Factores intrínsecos**

## Problemas de la marcha y el equilibrio relacionados con la edad:

Aumento del desequilibrio corporal, siendo este mayor en mujeres que en hombres.

La marcha se hace menos eficiente y más irregular empeorando con el uso de calzado inadecuado y enfermedades neurológicas. La marcha en el anciano se caracteriza por pérdida de coordinación de movimientos, inestabilidad por alteración del equilibrio, disminución de la longitud del paso, aumento del polígono de sustentación, y desplazamiento del centro de gravedad por las modificaciones de la columna vertebral

Deterioro sensorial: deterioro visual que dificulta la detección de obstáculos, que puede deberse a gafas inadecuadas o sucias, cataratas, glaucoma, etc.; o al deterioro auditivo en el que se incluye vértigo y mareo.

### Alteraciones musculoesqueléticas:

- Osteoporosis.
- Artropatías.
- Fracturas no sospechadas.
- Miopatías y amiotrofias.
- Alteraciones de los pies, etc.

### Alteraciones neurológicas:

- Accidente isquémico transitorio.
- Accidente cerebro vascular residual, con trastorno de la marcha.
- Epilepsia.
- Enfermedad de Parkinson.
- Cuadros confusionales agudos.
- Alteraciones cognitivas, etc.

### Alteraciones cardiovasculares:

- Trastornos del ritmo cardiaco.

- Alteraciones tensionales.
- Miocardiopatía obstructiva.
- Estenosis aortica.
- Embolia pulmonar.
- Infarto agudo de miocardio, etc.

#### Tipos de caídas

##### Accidentes o tropezones

Suponen prácticamente el 50% de todas las caídas en la población geriátrica, disminuyendo el porcentaje por esta causa, según se avanza en edad.

##### Caídas no producidas por causas externas

En este grupo estarán aquellas caídas donde la causa que las ha producido no está clara. El sujeto que la sufre no es capaz de explicar la causa. En este grupo a su vez se distinguen:

- Caídas como consecuencia de un cambio postural, como ocurre al levantarse de la silla o de la cama.
- Caídas espontaneas, durante la marcha o estando de pie.

##### Caídas producidas por patologías

Como se ha mencionado anteriormente, diversas patologías pueden motivarlas<sup>18</sup>.

### 1.3.5 Enfermedades Neurológicas

“Las patologías aquí tratadas son algunos de los procesos que con mayor incidencia va a dar lugar a los denominados síndromes geriátricos o “gigantes de geriatría”, entendienddo como tales aquellas situaciones que llevan apareada,

---

<sup>18</sup> García López Ma. Victoria. 2012. Enfermería Geriátrica. Barcelona. Ed. Planeta.

posiblemente de forma prolongada y permanente, la necesidad de ayuda o de suplencia, para muchas de las actividades de la vida cotidiana, incluso para las más básicas; hecho que como se sabe origina una enorme carga física y emocional tanto en los ancianos como en las familias, además de convertirlas en entidades demandantes de muchos recursos socio sanitarios.

### **Accidentes Cerebrovasculares (ACV)**

Se denominan así aquellos procesos patológicos en los que se produce una interferencia en el riego sanguíneo cerebral, por la afectación de uno o más vasos cerebrales, lo que va a provocar una reducción, general o lo local del aporte sanguíneo.

El tejido cerebral se ve desprovisto de sangre y de oxígeno, sufre una isquemia, una necrosis o un infarto cerebral y se producen déficits neurológicos y/o funcionales, que puede dar lugar a una amplia sintomatología e incluso se puede llegar a producir un daño irreversible.

Los accidentes cerebro vasculares (ACV) son la tercera causa de muerte en las personas mayores, tras las cardiopatías y el cáncer, y la entidad que mayor incapacidad produce entre estos.

Las lesiones vasculares se disponen en dos grandes grupos: isquémicas y hemorrágicas.

Las lesiones isquémicas, las más frecuentes (en torno al 80%), ocurren por mecanismos como:

- Patología intrínseca de los vasos, secundaria a arteriosclerosis, que al afectar a los vasos intracraneales y extracraneales, puede producir una obstrucción o dar un lugar a un daño por embolización.
- Obstrucción de un vaso por un embolo originado en el área extracraneal, bien en la zona cardiaca, que es lo más frecuente (en este caso debido generalmente fibrilación auricular, a estenosis mitral, o como efecto secundario de un infarto de

miocardio reciente), o bien en otros vasos extracraneales, en cuyo caso la arteria carótida es uno de los orígenes más frecuentes.

- Hipoperfusión cerebral secundaria a hipotensión arterial y/o aumento de la viscosidad sanguínea.

Las lesiones hemorrágicas, el 20% restante, ocurren por rotura de un vaso dentro del espacio subaracnoideo o del parénquima cerebral.

La sintomatología va a depender de la zona que se vea afectada, ya que van a ser una consecuencia lógica de la afectación de la función que radica en la misma.

Con la idea de concretar, se debe recordar que:

Las lesiones tienen manifestaciones contralaterales, es decir, sus efectos se dejan sentir en el lado opuesto a la zona en que tuvo lugar la lesión.

Los hemisferios cerebrales son los responsables de la realización de las diferentes funciones, por eso, en términos generales, las lesiones que se localizan en el hemisferio izquierdo producen:

Dificultades para el lenguaje, de expresión y/o de recepción.

- Problemas en la percepción de la realidad, lo que les hace desarrollar una conducta cautelosa.

- Alteración de la actividad en el lado derecho de su cuerpo.

De forma generalizada, las lesiones localizadas en el hemisferio derecho dan lugar a cuadros de:

- Dificultades de relaciones espaciales.

- Problemas de percepción de la realidad, lo que lleva al desarrollo de una conducta impulsiva.

- Alteración de la actividad en el lado izquierdo de su cuerpo.

En términos generales, se puede establecer que cualquiera que sea el hemisferio afectado, los ancianos que han sufrido un accidente cerebro vascular (ACV) puede presentar las siguientes manifestaciones comunes:

- Debilidad o parálisis en el lado contrario de la lesión.
- Hemianopsia homónima, es decir ceguera de la mitad opuesta del ojo de esa zona, lo que dificulta ver el lado afectado sin girar los ojos.
- Lentitud y cansancio fácil al hacer algo.
- Labilidad y antagonismo emocional, es decir manifestar alegría mediante el llanto o tristeza mediante la risa”<sup>19</sup>.

### **Enfermedad de Parkinson**

“Descrita en 1817 por James Parkinson, la parálisis agitante, enfermedad que lleva su nombre, es un trastorno neurológico degenerativo que afecta a los núcleos pigmentados del tallo cerebral, zonas donde radican el control y la coordinación de los movimientos, así como del mantenimiento de la postura.

Aunque se desconoce su etiología, se sabe que se produce una degeneración de las células de la sustancia negra, células que contienen dopamina.

Esta degeneración celular causa un descenso en la mencionada sustancia y por tanto un desequilibrio entre la neurotransmisión dopaminérgica y la colinérgica, con el consiguiente predominio funcional de los sistemas colinérgicos, predominio que es el principal responsable de la sintomatología presentada en dicho cuadro.

Además del parkinsonismo primario, existen otras situaciones que pueden traer como consecuencia la producción de cuadros con sintomatología parkinsoniana, algunos de los cuales tienen una alta tasa de presentación entre la población anciana. Tales cuadros son:

- Los accidentes cerebrovasculares.

---

<sup>19</sup> Uribe Carlos. 2003. Fundamentos de Medicina, Neurología. Sexta edición. Colombia. Ed. Fondo editorial CIB.

- Secundarios a infecciones: pos encefalitis, SIDA, etc.
- Por traumatismos, como la encefalopatía pugilística.
- Las hipoxias cerebrales secundarias a asfixia por monóxido de carbono.
- El envenenamiento por toxinas y metales.
- El uso, generalmente prolongado y/o indiscriminado de ciertos fármacos, algunos muy frecuentes entre los ancianos como son los neurolépticos, los antieméticos, los antihipertensivos y los reguladores de la motilidad gástrica.

La posibilidad de un tratamiento etiológico y con buenas perspectivas de éxito en muchos de estos cuadros obliga a un adecuado diagnóstico diferencial.

Cuando su desarrollo es completo, el síndrome es inconfundible. La rigidez de las extremidades, que hace que el paciente aparezca como “envarado”, la falta de expresión que hace que su cara se semeje a una “mascara”, el hecho de que presente una postura “encorvada” y ese caminar tan particular le confieren una singular caracterización que lo identifica de forma inequívoca.

El proceso suele evolucionar por diferentes estadios o fases:

- Estadio I. si hay afección unilateral.
- Estadio II. Si se presenta afección bilateral sin anormalidades posturales.
- Estadios III. Si la afección es bilateral con cierto desequilibrio postural.
- Estadio IV. Si la afección es bilateral y existe desequilibrio postural.
- Estadio V. cuando hay un desarrollo grave y total de la enfermedad.

### **Temblores**

Rítmico, en reposo, que afecta a las manos pero que también puede afectar a los labios, a la lengua y a la mandíbula, que suele comenzar de forma asimétrica y que disminuye y/o desaparece con el movimiento voluntario o con el reposo absoluto.

Es su signo de presentación más frecuentemente y puede mantenerse como única manifestación de la enfermedad durante varios años.

### **Hipocinesia**

Enlentecimiento generalizado para la realización de movimientos voluntarios, lo que se traduce en una torpeza para la realización de las actividades motoras finas.

### **Acinesia**

Ausencia de movimientos involuntarios y/o espontáneos como el parpadeo, la deglución, etc., lo que le confiere una expresión característica típica con gestos faltos de naturalidad.

### **Rigidez**

Con resistencia a la movilización pasiva por otras personas y que hace que los movimientos, particularmente de flexión articular, no sean continuos, sino como a saltos. Como movimientos “a modo de rueda dentada”.

### **Alteraciones posturales**

Se produce una flexión anterior, sobre todo del tronco, pero también de las caderas y de las rodillas. Esta postura se hace más manifiesta al andar, ya que el paciente tiende a encontrar su centro de gravedad.

### **Marcha festinaste**

Andar característico que hace avanzar al paciente mediante pasos cortos, sin despegar los pies del suelo, y rápidos, sin que este pueda parar, con episodios de aceleración hacia adelante (propulsión) o hacia atrás (retropulsión), y que alternan con otros de bloqueo, que hacen que se quede como pegado al suelo.

Esta forma de andar y las alteraciones posturales le confieren una gran inestabilidad postural.

### **Voz monótona e hipófana. Disfunción del sistema nervioso autónomo**

Se manifiesta como: estreñimiento, nicturia, disfagia, hipersudoración, sialorrea, tendencia a la hipotensión, etc.

### **Otros trastornos**

Otros trastornos no motores de la enfermedad de Parkinson suelen ser los cambios de personalidad, los trastornos del sueño, el deterioro de las funciones superiores en la fase avanzada que pueden llegar incluso a desembocar en un síndrome demencial, etc.”<sup>20</sup>.

### **Demencia**

“Es un síndrome adquirido, producido por múltiples causas orgánicas, caracterizado por una reducción progresiva de diferentes funciones intelectuales, lo ocasiona, en un paciente consciente, crecientes limitaciones para su desenvolvimiento, tanto en el ámbito familiar como en el social.

Las demencias constituyen actualmente un grave problema y las previsiones epidemiológicas y demográficas para los próximos años hacen prever que el problema no solo va a seguir existiendo, sino que se va a ver enormemente agravada.

En la actualidad se conoce la existencia de más de 60 causas de demencias. Dentro de ellas, la más frecuente, aproximadamente entre el 60 y 80% de las mismas, es la enfermedad de Alzheimer. Esta es un síndrome demencial de origen desconocido para el que todavía no existe un tratamiento curativo definitivo. Para el diagnóstico clínico de la demencia se usan, generalmente, los criterios de la DSM IV y se establece que un trastorno cognitivo es una demencia cuando presenta déficits cognitivos múltiples, entre ellos, alteración de la memoria y, al menos, uno de los siguientes:

- Afasia o problemas con el lenguaje de recepción y de expresión.
- Apraxia o incapacidad para llevar a cabo movimientos coordinados
- Agnosia o incapacidad de reconocimiento, en especial de las personas

---

<sup>20</sup> Michelin, Federico. 2006. Enfermedad de Parkinson y otros trastornos relacionados. Segunda edición. Colombia. Ed. Médica Panamericana.

- Alteración de la función ejecutiva o de la planificación de la organización secuencial y de la atención.

Además, déficits cognitivos que:

- Son suficientemente intensos como para interferir significativamente en el funcionamiento laboral o social.

- Representan el deterioro de una función previa más elevada.

- No se producen exclusivamente en el curso del delirio<sup>21</sup>.

## **ENFERMEDAD DE ALZHEIMER**

“Descrita por Alois Alzheimer a principios del siglo XX, la enfermedad que lleva su nombre consiste en un deterioro intelectual irreversible, de causa orgánica, que esta ocasionado por una lesión cerebral de origen hasta ahora desconocido y que trae como consecuencia limitaciones progresivas para el desenvolvimiento de la persona en su vida cotidiana.

La determinación de la etiopatología de la enfermedad de Alzheimer (EA) es, hoy en día, una línea prioritaria de investigación, los investigadores proponen, como en otras muchas patologías, que no se trata de una única causa y que son múltiples los factores que concurren en su aparición.

La enfermedad de Alzheimer (EA) es pues considerada una demencia primaria, es decir, que tiene una causa propia, que no es efecto secundario de cualquier otra enfermedad o traumatismo físico o psicológico.

Es una demencia irreversible, es decir, que sigue un proceso involutivo y no recuperable. Y es progresiva, una vez iniciada, generalmente de forma lenta, insidiosa y larvada, va empeorando paulatinamente.

---

<sup>21</sup> Bermeo, Félix. 2004. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Segunda edición. España. Ed. Díaz de Santo.

Tiene una prevalencia del 5% en las personas mayores de 65 años y asciende a un 20% entre los mayores de 80 años, lo que hace que en este momento unas 500.000 personas estén diagnosticadas con la enfermedad de Alzheimer. Pero si, además, se tiene en consideración el carácter socio familiar de dicha patología, se puede estimar que en unos 2.000.000 de personas se ven afectadas en la actualidad, directa o indirectamente, por el mal de Alzheimer.

No todas las pérdidas de la memoria son debidas a la enfermedad de Alzheimer, ni siquiera a cualquier otra demencia, etiquetar a una persona con el diagnóstico de demencia o Alzheimer es un hecho de gran trascendencia. Por otra parte, y basándose en que los avances terapéuticos, tanto farmacológicos como no farmacológicos, son de mayor eficacia cuanto más temprano sea el diagnóstico, la exigencia de un diagnóstico lo más certero y precoz posible se ha convertido actualmente en una de las reivindicaciones que con mayor energía defienden tanto los propios afectados, como los familiares de estos y los profesionales que trabajan con ambos.

En cuanto a la formulación del diagnóstico, es preciso decir que el Alzheimer no puede ser confirmada con certeza, si no es por un estudio histopatológico cerebral, es decir, mediante una biopsia intracerebral en vida del paciente o mediante una necropsia cuando este ya haya fallecido. La agresividad del primero y la inutilidad del segundo, al menos para la persona afecta, que no para investigaciones posteriores, convierten tanto a uno como a otro en procedimientos poco usuales.

El diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer se hace por exclusión, es decir, descartando todos aquellos cuadros demenciales que, pudiendo ser, en este caso concreto no lo son. Para su diagnóstico se requiere de un reconocimiento previo de síndrome demencial (criterios DSM IV) y, posteriormente, sobre la base del tipo de trastornos que se produce, la forma en que comenzaron y como han ido evolucionando, así como basándose en la existencia a los mismos, se puede llegar a un diagnóstico del Alzheimer. La tabla 1 recoge los criterios para diagnosticar la demencia<sup>22</sup>.

---

<sup>22</sup> Fera, Marcela. 2005. Alzheimer. México. Ed. Pax México.

### CUADRO 3

Tabla 1. Criterios DSM IV. Síndrome de demencia	
Déficits cognitivos múltiples, entre ellos alteraciones de la memoria y, al menos, uno de los siguientes:	
1	Afasia: problemas con el lenguaje (de recepción y de expresión)
2	Apraxia: incapacidad para llevar a cabo movimientos intencionados, aunque no exista alteración motora o sensorial.
3	Agnosia; falta de reconocimiento, en especial de las personas.
4	Alteración de la función ejecutiva: alteración de la planificación, de la organización secuencial y de la atención.
5	Déficits cognitivos lo bastante intensos como para interferir con el funcionamiento laboral y/o social.
6	Déficits cognitivos que representan el declinar de una función previamente elevada.

Figure 7Tabla 1. Criterios DSM IV. Síndrome de demencia

Fuente: Bermeo, Félix. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia.

“Por la trascendencia que conlleva un diagnóstico de este tipo, es necesario que se realice cuanto antes un diagnóstico diferencial con la depresión, con el delirio, y con otros tipos de demencias tratables y, por tanto, potencialmente reversibles, como pueden ser las demencias toxico-metabólicas (por hipertiroidismo, déficit de B12), las infecciones (sífilis, SIDA, meningitis), las iatrogénicas, y otras demencias, como son las vasculares o multiinfartos, enfermedad de pick, etc.

#### Características fase I

- Percepción subjetiva de pérdida de memoria.

- Dificultad reiterada para recordar hechos de cierta importancia: nombres de personas muy conocidas, teléfonos habituales, etc.
- Ligera desorientación temporoespacial.
- Dificultad para nuevos aprendizajes, así como para adaptarse a nuevos entornos.
- Ligeras alteraciones en el uso del lenguaje, tanto expresión como de comprensión. Dificultad para encontrar la palabra precisa, preferencia por frases cortas o dificultad para terminar estas, uso de genéricos para nombrar a las personas o los objetos (“el chisme”, “la cosa”, etc.), utilización de frases para describir el objeto o las personas (“lo que se usa para”, etc.),
  - Estas alteraciones constituyen un inconveniente para mantener una conversación fluida, por lo que suelen aislarse.
  - Ligeras dificultades en la escritura, con producción de escritura imprecisa y generalmente empobrecida.
  - Ligeras dificultades en la praxia y las destrezas laborales, dificultades para la ejecución de tareas automatizadas, lo que va a ocasionar un rendimiento laboral extra e intradoméstico en disminución.
  - Cambios de personalidad y carácter que dificultan su trato y manejo.
  - Alteraciones en el estado de ánimo y comportamiento.

### **Característica fase II**

- Desorientación temporoespacial grave: dificultades para reconocer lugares muy habituales (riesgo de pérdidas) confusión entre el día y la noche (riesgo de salidas nocturnas), percepción errónea del espacio con dificultad para el cálculo de las distancias (riesgo de accidentes).
- Deterioro importante de memoria y dificultad para el aprendizaje de nuevas tareas perceptivo-motoras.

- Alteraciones gnósicas. Ausencia de reconocimiento de personas, caras, lugares, objetos familiares y conocidos, incluso falta de reconocimiento de la propia imagen reflejada en un espejo.
- Ausencia de asimilación de acontecimientos personales o familiares muy significativos: muerte de un hijo, boda de una nieta, etc.
- Dificultades serias para la praxia, dificultad para realizar movimientos complejos o acciones secuenciales que conduzcan a un fin, lo que dificulta enormemente la realización de las actividades básicas para la vida diaria.
- Pérdida de control sobre gestos o movimientos significativos y aprendidos con anterioridad, vagabundeo, etc.
- Empobrecimiento significativo del lenguaje con falta de palabras, reiteración de términos, confusión de palabras, creación de palabras nuevas o verborrea incoherente.
- Dificultades importantes para la escritura, el dibujo y la construcción de dibujos o figuras bi o tridimensionales.
- Disfuncionalidad y reacciones conductuales diversas: conductas de riesgo, reacciones catastróficas, agresividad, agitación, fobias, etc.
- Pérdida de actividad laboral extra e intradoméstica.
- Modificación de la sexualidad, lo cual puede provocar hiperactividad y desinhibición.
- Posibilidad de ilusiones o alucinaciones.
- Alteración frecuente del patrón del sueño.
- Aparición de incontinencia.

### **Características fase III**

- Grave afectación del lenguaje o ausencia de este.

- Grave alteración de la praxia o apraxia total para la realización de las actividades cotidianas básicas.
- Desorientación temporoespacial total con la incapacidad para el reconocimiento del propio cuerpo.
- Doble incontinencia total vesical y fecal.
- Perdida total de la memoria excepto de la afectiva.
- Graves trastornos del movimiento que van desde alteraciones graves en el equilibrio y en la marcha hasta la inmovilidad total, con el consiguiente riesgo de aparición de problemas derivados de esta.
- Perdida de reflejos, excepto de los más primarios: aprensión, succión, etc.
- Pasividad emocional y desconexión total del mundo que le rodea, aunque se da cuenta de las personas que le cuidan y le agradan los toques y las caricias.
- Frecuente alteración del patrón de descanso y sueño.

Para la valoración, se refleja en la tabla 2 la escala global de deterioro de Reisberg, instrumento muy utilizado en la práctica<sup>23</sup>.

---

<sup>23</sup> Fera Marcela. 2005. Alzheimer. México. Ed. Pax México

## CUADRO 4

Tabla 2. Escala global del deterioro de Reisberg	
Déficits cognitivos múltiples, entre ellos alteraciones de la memoria y, al menos, uno de los siguientes:	
Estadio	Características
1	-----
2	Sensación subjetiva de pérdida de memoria, pero exploración normal.
3	Dificultad en el trabajo, en el habla, al desplazarse por zonas no familiares, detectable por la familia; déficit sutil de memoria en la exploración
4	Disminución de la capacidad para viajar, contar, recordar acontecimientos actuales
5	Necesita ayuda para elegir la ropa, desorientación en tiempo o espacio; disminución del recuerdo de los nombres de los nietos.
6	Necesita supervisión para alimentarse y asearse, puede presentar incontinencia; desorientado en el tiempo, en el espacio y posiblemente para las personas.
7	Grave pérdida del habla; incontinencia y rigidez motora.

Figure 8Tabla 2. Escala global del deterioro de Reisberg

Fuente: Bermeo, Félix. 2004. Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia. Segunda edición. España. Ed. Díaz de Santo.

### 1.4 Ergonomía en las personas de la tercera edad

En la actualidad, se puede definir la ergonomía como:

- “Según la Asociación Internacional de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos científicos aplicados para que el trabajo, los

sistemas, productos y ambientes se adapten a las capacidades y limitaciones físicas y mentales de la persona”<sup>24</sup>.

- “Según la Asociación Española de Ergonomía, la ergonomía es el conjunto de conocimientos de carácter multidisciplinar aplicados para la adecuación de los productos, sistemas y entornos artificiales a las necesidades, limitaciones y características de sus usuarios, optimizando la eficacia, seguridad y bienestar<sup>25</sup>.”

“Un efecto combinado del descenso de la fecundidad y de la mortalidad que está produciendo una transición demográfica, y del aumento de la esperanza de vida, han producido un cambio de la estructura de edad de la población.

El grupo de adultos mayores ha tenido un continuo aumento de su aporte porcentual, el cual seguirá en las próximas décadas superando el 20% en el año 2025 y aproximándose al 30% hacia el 2050.

Este cambio en la demografía requiere de un cambio en el ambiente y en el diseño de productos. Los adultos mayores además conforman un segmento importante de población consumidora que demanda productos bien diseñados”<sup>26</sup>.

#### **1.4.1 Cambios en la antropometría**

“La descripción antropométrica por grupos de edad en los adultos mayores es compleja debido a que algunas personas muestran pequeños cambios en la antropometría, mientras que otros muestran variaciones muy rápidas en pocos años, por ejemplo, en la estatura debido a la postura y a la altura cada vez menor de los discos intervertebrales.

La pérdida de altura de aproximadamente 1 cm por década, comenzando de la década de los 30 años es resultado de una combinación de factores:

---

<sup>24</sup> Castillo, Juan Alberto. 2010. Ergonomía fundamentos para el desarrollo de soluciones. Primera edición. Colombia. Ed. Universidad del Rosario.

<sup>25</sup> Mondelo, Pedro. 2004. Ergonomía fundamentos. México. Ed. UPC.

<sup>26</sup> Mondelo, Pedro. 2004. Ergonomía fundamentos. México. Ed. UPC.

- Aplanamiento de los discos vertebrales.
- Adelgazamiento general de todas las articulaciones cartilaginosas que soportan peso.
- Aplanamiento o adelgazamiento de los segmentos óseos de las vértebras.
- Aumento de la forma en S de la columna vertebral en vista lateral, sobretodo de la cifosis torácica.
- Desarrollo de escoliosis, desviación lateral de la columna vertebral en vista frontal.
- Arqueamiento de las piernas y aplanamiento de los pies<sup>27</sup>.

#### 1.4.2 Cambios físicos relacionados con la edad

“Existen bastantes diferencias con respecto al estado físico de los adultos mayores, factores extrínsecos e intrínsecos contribuyen en las habilidades físicas. Los factores extrínsecos incluyen el ejercicio, la nutrición, los problemas físicos; y los factores intrínsecos incluyen la composición genética y la susceptibilidad a enfermedades. Normalmente la edad está asociada a cambios en la fuerza muscular, resistencia, flexibilidad, postura y grado de movilidad.

La disminución de la fuerza y la flexibilidad de la columna resultan en cambios posturales en los adultos mayores. La postura hacia delante de la cabeza y la cifosis reducen el área de visión hacia arriba.

La fuerza muscular de las extremidades inferiores puede disminuir sobre un 40% entre los 30 y 80 años de edad. Se cree que esta es la razón por la cual algunos adultos tienen dificultad para sentarse o pararse desde una silla, aunque esto dependerá también del diseño de la silla.

La disminución de la capacidad física ocurre en términos de fuerza y resistencia. Esta disminución se acompaña frecuentemente con dificultades para

---

<sup>27</sup> Castillo, Juan Alberto. 2010. Ergonomía fundamentos para el desarrollo de soluciones. Primera edición. Colombia. Ed. Universidad del Rosario.

mantener la estabilidad postural y una mayor vulnerabilidad hacia las lesiones agudas o acumulativas.

Diversos estudios indican que los movimientos de alcance como también las tareas manuales pueden disminuir de un 30% hasta un 90% con la edad. Esto puede deberse a varios factores que incluyen al procesamiento motor visual, el procesamiento motor central, la atención y la disminución de la fuerza y resistencia de las extremidades superiores.

Las medidas ergonómicas deben aliviar sustancialmente las dificultades para realizar tareas físicas. Entre las medidas están el uso de puestos de trabajo, herramientas, controles y procedimientos diseñados adecuadamente, y la utilización de aparatos de ayuda. Además es conveniente reorganizar las tareas en las que se pueden seguir realizando y las que pueden ser delegadas.

Algunas consideraciones de diseño para los cambios físicos relacionados con la edad son:

- Proporcionar bancos en distancias regulares para permitir a los adultos mayores descansar.
- Diseñar las entradas a los baños públicos para permitir varias formas de movilidad. Las puertas correderas automáticas o las entradas sin puertas facilitan la movilidad de adultos mayores.
- En las casas, dejar un espacio debajo del lavaplatos permite que el adulto mayor pueda trabajar en el lavaplatos en posición sentada o desde una silla de ruedas.
- Las interfaces de los aparatos electrónicos, como teléfonos o electrodomésticos deben ser fáciles y lógicas para el adulto mayor.
- La ubicación y altura de señalética debe tener en cuenta la dificultad de mirar hacia arriba debido a los cambios posturales.

Muchas tareas y actividades que desarrollamos a lo largo del día suponen un gasto de energía y un esfuerzo considerable; los movimientos son repetitivos y ello conduce a una automatización de dichas tareas. Ya no estamos pendientes,

como en el periodo de aprendizaje, de realizar un gesto preciso y armónico; ya no existe ese afán de perfeccionamiento. Es preciso observarse, reconocer los gestos que configuran cada movimiento y cada actividad; eliminar lo inadecuado y reaprender.

Reaprender implicaría para la persona un replanteamiento de las actividades, del por qué las hace y para qué, y sobre todo el cómo, y cuando emplee utensilios o herramientas o aparatos también él con qué o cuál. Voy a centrarme en esto último, en los aparatos y útiles, en algunas consideraciones al seleccionarlos (teniendo en cuenta que si bien las ayudas técnicas para ancianos no varían sustancialmente de aquellas para el resto de la población con discapacidad, hay ciertos problemas que surgen con más frecuencia entre nuestra población anciana y determinan la elección-selección y/o modificación de las ayudas de que disponemos normalmente)<sup>28</sup>.

### 1.4.3 Reorganización del espacio y del mobiliario

“Será conveniente una nueva distribución del espacio y del mobiliario siempre que se presenten dificultades en la deambulación, en el alcance o en los problemas de equilibrio, con el objeto de facilitar los desplazamientos; posibilitando el apoyo en unos casos (mesas o mesillas estables, sillones), eliminando los obstáculos en otros (alfombras, estanterías o muebles que sobresalen en sitios de paso) y en todos ellos proporcionando seguridad, comodidad y economizando esfuerzos.

#### **AVD Instrumentales (tareas domésticas)**

**Útiles de cocina:** tablas de cortar con ventosas o base antideslizante y con algún sistema de fijación del alimento (tope o pinchitos); soportes para los cuencos y para frascos, abrelatas eléctricos, tijeras y pinzas con resorte, cuchillos-tenedores,

---

<sup>28</sup> Castillo, Juan Alberto. 2010. Ergonomía fundamentos para el desarrollo de soluciones. Primera edición. Colombia. Ed. Universidad del Rosario.

cuchillos angulados y posicionables; baterías de cocina ligeras y con asideros grandes y bien fijos.

**De costura:** enhebradores, agujas ciegas, bastidores para soportar la labor, lupas de cuello, soportes para aguja de punto (cuando hay una sola mano útil), engrosado de agujas de ganchillo,

**De limpieza:** carritos de limpieza; limpiacristales, fregonas, escobas y recogedores con mango largo,

**De plancha:** tabla de altura regulable, no excesivamente ancha ni larga porque obliga a hacer movimientos de tronco y cintura escapular algo forzados. Si la tabla no es fija a un soporte, es mejor elegir una que no sea muy pesada (la metálica es más ligera que la de aglomerado), que sea estable y que las patas no sean un obstáculo en el caso de personas que utilizan silla de ruedas o que por cualquier causa planchan sentadas. También es importante que tenga un soporte para acomodar la plancha. La plancha ha de tener un cable largo que permita movimientos amplios y seguros; se debe elegir un modelo no muy pesado, que resulte cómodo de manejo y con señalización clara y concisa (existen modelos con señales en relieve para personas invidentes o con problemas de visión).

## **Electrodomésticos**

Mandos de los electrodomésticos: cocina, horno, lavadora, lavavajillas, de manejo y limpieza fáciles. Las instrucciones, los símbolos, la numeración, deben ser claras, precisas, grandes, SIMPLES, con contrastes de color y señales luminosas y acústicas.

Los electrodomésticos deberían estar dotados de cierres de seguridad y otras medidas de protección (antifugas de agua, gas).

(Aconsejable para deficiencias visuales y auditivas, disminución de capacidades sensoriales, olfato-tacto y de reflejos).

## **Envases**

Botes y recipientes varios (de detergente, productos de higiene personal y de alimentos) de tamaño no muy grande: se evita el exceso de peso y suelen tener un diámetro inferior, lo que facilita el agarre sin forzar las articulaciones. También se pueden usar dosificadores de pared o de mesa.

(Aconsejable cuando se presentan problemas osteoarticulares degenerativos - reumatismos, artritis, artrosis-, debilidad muscular, para evitar forzar las articulaciones y posibles deformidades de las mismas)

## **AVD Físicas (deambulaci3n, higiene personal, alimentaci3n)**

Deambulaci3n: bastones, muletas, trípodes, andadores -con o sin ruedas, de apoyo axilar o con soporte pélvico-, sillas de ruedas para asistente, auto propulsables manuales o eléctricas.

**Alimentaci3n:** manteles antideslizantes, cubiertos -angulados, de mango grueso, giratorios, alargados, cercos para plato, platos -con cerco, con el fondo inclinado, con ventosa en la base, platos-termo-, vasos con asas, vasos de entrenamiento con tapa y pipeta, o vasos con escotadura para la nariz.

**Higiene y cuidado personal:** cuidado facial y de las uñas (limas, cepillos, corta uñas con ventosa), dosificadores de jab3n y de pasta de dientes (una sola mano útil), ayudas para alcanzar a distancia o “alcanzadores” (pinzas de largo alcance, esponjas, peines y cepillos de mango largo, calzadores de zapatos, medias y calcetines)”<sup>29</sup>.

---

<sup>29</sup> Cruz, Alberto. 2006. Ergonomía Aplicada. Tercera edici3n. México. Ed. ECOE.

## CAPITULO II

### 2. DERECHO A LA SALUD EN PERSONAS DE LA TERCERA EDAD

El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social<sup>30</sup>.

#### 2.1 Nivel Constitucional

“Dentro de lo Principios Generales de la Constitución Política se hace mención a que el Estado garantiza a todas las personas, hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, el libre y eficaz ejercicio y goce de los derechos civiles, políticos, sociales y culturales enunciados en esta Constitución, en las leyes secundarias, en las declaraciones, pactos convenios, principios y más instrumentos internacionales sobre la problemática del envejecimiento.

Los derechos y garantías consagradas en esta Constitución son plenamente aplicables e invocables ante cualquier juez territorial o autoridad pública o privada.

El Estado prestará atención preferente a los programas jurídicos sociales de la tercera edad, a fin de mejorar las condiciones de vida de la población, que serán regulados en la Ley del Anciano y su Reglamentación secundaria.

El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios en los q todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades”<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Constitución Política del Ecuador 2008

“Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. Como también sancionará toda forma de discriminación.

Se adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

En cuanto a salud se refiere este es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, el trabajo, la seguridad social, que sustentan el buen vivir.

Se garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud”<sup>32</sup>.

La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional. Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones, por otro lado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias

---

<sup>32</sup> Constitución Política del Ecuador 2008.

específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal.

Se tomarán medidas de atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

Se dará protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica ejecutando políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas. Mediante el desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, para así disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

En el ámbito de salud se tendrá como finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral de las personas de la tercera edad, tanto individual como colectiva, y reconociendo la diversidad social y cultural con enfoque de género y generacional.

Para lo antes mencionado el encargado de esto será el sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; incluyendo todas las dimensiones del derecho a la salud y garantizando la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciando la participación ciudadana.

### **2.2.1 Nivel Nacional: Ley del anciano**

#### **Disposiciones Fundamentales**

“Son beneficiarias de esta ley las personas que hayan cumplido 65 años de edad, para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados

estipulados en esta Ley, únicamente con la cédula de ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros.

El objetivo fundamental de esta Ley es garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológico integral y los servicios sociales necesarios para una para una vida decorosa. El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos, fomentando y garantizando el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley<sup>33</sup>.

### **Organismos de ejecución y servicios**

Le corresponde al Ministerio de Bienestar Social la protección al anciano, para lo cual, deberá tiene previsto efectuar campañas de promoción de atención al anciano, también prestara toda asesoría permanente a las personas jubiladas o en proceso de jubilación.

Por consiguiente tendrá el deber de Impulsar programas que permitan a los ancianos desarrollar actividades ocupacionales, estimulando a las instituciones del sector privado para que efectúen igual labor. Y con el fin de que se cumpla esto se creará agrupaciones de orientadas a la protección del anciano y supervisar su funcionamiento.

Del mismo modo las instituciones del sector público y del privado darán facilidades a los ancianos que deseen participar en actividades sociales culturales, económicas, deportivas, artísticas y científicas.

Y por último pero no menos importante se hace referencia al Consejo Nacional de Salud y las facultades de Medicina de las universidades incluirán en el plan de estudios, programas docentes de geriatría y gerontología, que se ejecutarán en los hospitales gerontológicos y en las instituciones que presten asistencia médica al anciano.

---

<sup>33</sup> Ley Nacional del Anciano 2008.

## **De los servicios**

Los servicios médicos de los establecimientos públicos y privados, contarán con atención geriátrico-gerontológica para la prevención, el diagnóstico y tratamiento de las diferentes patologías de los ancianos y su funcionamiento se regirá por lo dispuesto en la presente Ley, su Reglamento y Código de la Salud.

El Ministerio de Bienestar Social, servirá como ente para la protección de los derechos económico sociales y reclamaciones legales del anciano. Los ancianos indigentes, o que carecieren de familia, o que fueren abandonados, serán ubicados en hogares para ancianos, estatales o privados, los mismos que funcionarán de conformidad a esta Ley y su Reglamento.

Entre los múltiples beneficios que tienen las personas mayores de 65 años, es que gozarán la exoneración del 50% de las tarifas de transporte aéreo, terrestre, marítimo y fluvial, y de las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales, el único requisito para obtener tal rebaja bastará presentar la cédula de ciudadanía o el carné de jubilado o pensionista del Seguro Social Ecuatoriano.

“Se exonera el 50% del valor del consumo de los servicios de un medidor de energía eléctrica, de un medidor de agua potable, el exceso de éstos límites pagarán las tarifas normales y, el 50% de la tarifa básica residencial de un teléfono de propiedad del beneficiario en su domicilio.

Para tal rebaja bastará presentar la cédula de ciudadanía o el carné de jubilado y pensionista del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, datos que deberán ser debidamente verificados por las empresas que prestan estos servicios, así también se exonera el 50% del valor de consumo que causare el uso de los servicios de los medidores de energía eléctrica, de agua potable y de la tarifa de teléfono a las instituciones sin fines de lucro que den atención a las personas de la Tercera Edad como: asilos, albergues, comedores e instituciones gerontológicas.

En cuanto a medicamentos necesarios para el tratamiento especializado, geriátrico y gerontológico, que no se produjeran en el país, podrán importarlos, libres del pago de impuestos y de derechos arancelarios, por las instituciones dedicadas al cuidado de los ancianos, previa autorización de los Ministerios de Bienestar Social y Salud.

### **Infracciones y Sanciones**

Se considerarán infracciones en contra del anciano, las siguientes:

- a) El abandono que hagan las personas que legalmente están obligadas a protegerlo y cuidarlo.
- b) Los malos tratos dados por familiares o particulares.
- c) La falta e inoportuna atención por parte de las instituciones públicas o privadas previstas en la Ley.
- d) La agresión de palabra o de obra, efectuado por familiares o por terceras personas.
- e) La falta de cuidado personal por parte de sus familiares o personas a cuyo cargo se hallen, tanto en la vivienda, la alimentación, subsistencia diaria, asistencia médica, como en su seguridad.
- f) ) El desacato, la negativa, negligencia o retardo en que incurran los funcionarios públicos, representantes legales o propietarios de centros médicos, en la prestación de servicios a personas de la Tercera Edad, especialmente a lo dispuesto en el artículo 14 de la presente Ley.
- g) El incumplimiento por parte de los empresarios de transporte aéreo o terrestre, de empresas artísticas, centros deportivos, recreacionales o culturales, en dar cumplimiento a las rebajas previstas en esta Ley”.<sup>34</sup>

---

<sup>34</sup> Constitución de la República del Ecuador

## 2.3 Nivel Local: Programa 60 y Piquito

El objetivo primordial de este programa es Promover la realización humana y la salud integral de las Personas Adultas Mayores que habitan en el Distrito Metropolitano de Quito y procurar que de manera progresiva, las personas de 60 años y más accedan a servicios de calidad, de calidez y eficaces.

El programa prioriza la participación comunitaria, el fomento de la corresponsabilidad ciudadana, la solidaridad, reciprocidad, la rendición de cuentas, y la transparencia; busca la Transformación de la oferta de servicios existente en el Municipio hacia un sistema integral, a fin de contribuir a la consolidación del Buen vivir, el Quito que queremos y el programa de Ciudad incluyente, educadora y saludable.

El programa está enfocado a la dignificación de la vida y a la inclusión de las personas adultas mayores, potenciando la salud, desde una concepción integral, centrándose en la relación de la persona con su entorno, sea este, la familia, ambiente, barrio, comunidad, sociedad, reconocer requerimientos específicos basados en la edad, en las limitaciones y en otras condiciones, sin dejar de considerar a la persona en su integralidad.

Además, reconoce y recupera la dinámica organizativa que existente a nivel comunitario de las personas adultas mayores. Fomenta la corresponsabilidad de todos y todas a la vez que potencia las redes sociales y comunitarias.

### **Prestaciones complementarias**

- a) “Evaluación de salud y derivación a servicios públicos.
- b) Fomento de alimentación saludable y valoración nutricional.
- c) Atención emergente y activación de la red pública de salud.
- d) Capacitación a las familias en prevención de daños agudos y cuidado de patologías crónicas como también prevención de violencia y maltrato
- e) Promoción y difusión de derechos y servicios

f) Apoyo a la socialización e integración comunitaria aborda como necesidades el entendimiento, la participación el ocio y la creatividad, poniendo mayor énfasis en el hacer.

g) Accesibilidad a otros servicios de promoción de salud: activación mental, activación física para mejoramiento de la calidad de vida.

h) Difusión de derechos y servicios y apoyo a la inclusión social integral

Definición participativa de un plan preliminar local para contribuir a la inclusión social integral”.<sup>35</sup>

## 2.4 Políticas Públicas Nacionales y Locales

“La Constitución de la República del Ecuador dice, las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

Asimismo , dispone que el Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

El Estado tomará medidas en el desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social, así mismo programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales”<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, programa 60 y piquito.

<sup>36</sup> Constitución de la República del Ecuador 2008.

La coordinación con las direcciones de los diferentes seguros especializados y las direcciones provinciales para el desarrollo de los planes y programas de interés común; como también la supervisión y control de los programas operativos anuales del servicio para la tercera edad, también se establece como una de las responsabilidades de las Unidades Provinciales de Salud Individual y Familiar, la difusión y ejecución de los programas de asistencia a la tercera edad.

Los servicios de la tercera edad deben garantizar a los pensionistas adultos mayores, atención gerontológica y servicios de programas adecuados de recreación, la protección de salud a los afiliados y pensionistas es responsabilidad de la Dirección del Seguro General de Salud Individual y Familiar, este consta de una partida presupuestaria que contiene las asignaciones para los programas operativos anuales del servicio social de la tercera edad para su difusión y ejecución.

Se creara la Comisión Nacional de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que se encargará de la dirección, planificación y supervisión a nivel nacional de los programas de atención al adulto mayor, a fin de dar cumplimiento a los derechos fundamentales consagrados en la Constitución de la República del Ecuador, y en la ley, referentes al derecho de las personas de la tercera edad o adultos mayores, a tener asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral en salud y en servicios, así como una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física, emocional y mental.

El control de estos programas estará a cargo de la Comisión Nacional de la Tercera Edad, que es la encargada de planificar, conocer, desarrollar y apoyar los programas diseñados para los jubilados, determinándose entre sus atribuciones y funciones el incluir programas y proyectos en sus planes operativos orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud de los adultos mayores, para preservar y mejorar su condición física, mental y emocional; así como de los servicios sociales de recreación, ocupacionales, artísticos y culturales, fomentando además el desarrollo de actividades de turismo local y nacional, a fin de propiciar la integración social y relaciones interpersonales.

“Las políticas a favor de las personas de la tercera edad implementadas para personas adultas mayores, que está a cargo del MIES, es una política con enfoque de derechos, incluyente y que considera al envejecimiento como un proceso activo, digno y seguro. Esta se desarrolla en base a tres temas:

Protección y Ampliación de Capacidades.- En este ámbito, se plantean tres objetivos:

1) crear modelos de atención alternativos para personas adultas mayores, que promuevan la autonomía y la atención a personas en situación de dependencia.

2) Conseguir un envejecimiento con seguridad.

3) Fomentar la seguridad pública y la integración familiar (erradicación de la violencia intrafamiliar).

Entre las estrategias de atención están los modelos que promueven y fomenta la inclusión del adulto mayor en la familia y sociedad, como centros de atención integral diurna; la atención domiciliaria y residencias que ofrecen espacio de hospedaje, principalmente para adultos mayores sin referencia familiar. De igual manera se propone la aplicación del Programa de erradicación de la mendicidad; y el fomento de la estrategia nutricional y alimentaria para el adulto mayor, a través del Programa Aliméntate Ecuador.

Inclusión Económica.- La atención e inclusión de personas adultas mayores y la de sus familias en proyectos productivos apoyados por el MIES y otras instituciones públicas.

Organización y Ciudadanía.- Se busca fortalecer el asociativismo, con organizaciones de personas adultas mayores y redes sociales; así como se pretende conformar redes institucionales para su atención. Esta estrategia, además, incluye la

cedulación y registro (en coordinación con el Registro Civil) de las personas adultas mayores”<sup>37</sup>.

“En el año 2011, el MIES desarrolló un propuesta de política pública del Adulto Mayor, la construcción de esta política se dio con la participación activa de adultos mayores en algunas provincias del país, esta nueva versión de la política se encuentra enmarcada en el Plan Nacional de Desarrollo orientada a garantizar el ejercicio pleno de sus derechos, integrándolos plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural del país, a través de su participación y empoderamiento; que junto al Estado, sociedad civil y la familia, permita acceder a una vida justa, equitativa y digna. La Política procurará que las personas adultas mayores apoyen y defiendan su integridad y bienestar físico, psicológico, emocional y espiritual.

Para ello se promoverá el desarrollo de sus potencialidades a nivel individual, grupal y comunitario a fin de que puedan tomar sus propias decisiones, sea cuales fueren sus visiones y opciones de vida y, siempre que no amenacen los derechos e intereses legítimos de otros grupos de edad; de este modo, lograr su empoderamiento, compromiso y participación plena en la ejecución de las acciones que se realicen en su beneficio.

Ello implica que esta Política incumbe también a la familia, la comunidad, al entorno social y la naturaleza, abarcando así con mayor amplitud todos los aspectos que influyen en la vida de estas personas. Otro de los valores que guía esta Política es el reconocimiento y respeto a la diversidad de las personas, factor clave para la convivencia humana, lo cual conlleva la solidaridad y rechazo a la discriminación existente al interior de su grupo y en otros grupos de edad- por razones de discapacidad, cultura, sexo, estado civil, estatus socioeconómico, opiniones políticas, etnia, orientación sexual o ideas religiosas”<sup>38</sup>.

En el Ecuador se ejecutan programas de erradicación de la discriminación a los adultos mayores, acceso a servicios de salud y jubilación. Sobre este último, el

---

<sup>37</sup> Información obtenida de página web: <http://www.slideshare.net/Adriemilia/presentación-mies>, diapositivas N° 32 y 33.

<sup>38</sup> MIES. Propuesta de política pública para Adultos Mayores. 2011.

programa de jubilación no contributiva se orienta a atender a la población adulta mayor que no está cubierta por ningún tipo de seguridad social puesto que es la mayoría de la población adulta mayor del país, y el programa de jubilación contributiva que tiene una cobertura del a un bajo porcentaje de la población mencionada.

Esta propuesta de política pública se encuentra en revisión por las autoridades del MIES. Se espera que en los próximos meses forme parte del marco normativo del Ministerio y del país.

#### Programa de Atención Integral Gerontológica.

El Programa de Atención Integral Gerontológica está orientado a posicionar al adulto mayor como un sujeto que forma parte de la sociedad y que requiere una atención diferenciada pero a la vez incluyente. Se realizan varios proyectos de atención entre los que se señalan

“El objetivo de este proyecto es conformar una red de servicios de atención integral al adulto mayor, que desarrolle modelos de atención con servicios gerontológicos, que satisfagan los requerimientos de salud, nutrición, recreación, ocupación, promoción, defensa y restitución de derechos de esta población. Se prevé, para poner en marcha este proyecto, la construcción y funcionamiento de 15 centros de atención gerontológica en el período 2011-2014”.<sup>39</sup>

#### Proyecto de atención integral a las personas adultas mayores

Este proyecto se basa principalmente en la cofinanciación de servicios gerontológicos para la atención directa a personas adultas mayores. En el 2007 la mayoría de servicios cofinanciados fueron residencias de adultos mayores o los conocidos “Asilos”, con el pasar los años se fue orientando a la apertura de servicios de atención diurna y familiar. A continuación se detallan los servicios que se presta a través de estos centros gerontológicos:

---

<sup>39</sup> Información obtenida de la página web oficial del MIES –Ministerio de Inclusión Económica y Social: <http://www.mies.gov.ec/index.php/gestion/temporales/atencion-integral-gerontologica>.

**Atención nutricional:** diagnóstico; plan de manejo; preparación de dietas diferenciadas.

**Atención de salud:** coordinación con el Ministerio de Salud Pública para el diagnóstico de salud de esta población y el tratamiento respectivo. Este servicio incluye el apoyo en la consecución de la medicina.

**Terapias y recreación:** rehabilitación, terapia ocupacional, ejercitación de la memoria, interacción social, actividades lúdicas y socio-culturales, deporte de bajo impacto, intercambio de experiencias.

Residencia: para las personas sin referente familiar y que requieren ser hospedadas en el centro.

**Cuidado directo:** atención y cuidado especialmente a las personas adultas mayores que acuden diariamente a un centro gerontológico y que se hospedan en el mismo.

Capacitación a las personas que atienden a los adultos mayores y a los mismos adultos mayores.

Apoyo en la conformación y/o fortalecimiento de organizaciones de adultos mayores.

Espacios de interacción social, conocimiento y defensa de sus derechos y participación en los espacios públicos para la generación de veedurías sociales o planificación de las acciones a implementarse en el trabajo con adultos mayores.

Propuesta Preliminar de Estándares de Calidad de Atención para las diferentes modalidades de atención a Adultos Mayores con enfoque de Derechos se da en el año 2011 la Dirección Nacional de Atención Integral Gerontológica, desarrolló una propuesta preliminar de Estándares de Calidad de Atención para Adultos Mayores en las diferentes modalidades.

El documento se encuentra en revisión institucional, de manera que puedan ser aplicados como norma a nivel de las diferentes modalidades de atención a adultos

mayores. Los estándares propuestos incluyen criterios de calidad con enfoque de derechos y protección a personas adultas mayores. Estos estándares fortalecerán las acciones que realiza el MIES, de manera permanente en la entrega de permiso de funcionamiento a los centros de atención gerontológica.

Capacitación Gerontológica en el área gerontológica dirigida para técnicos, líderes de las organizaciones, profesionales, cuidadores y administradores de centros para la atención de personas adultas mayores; estas acciones han apoyado al fortalecimiento de los servicios de atención gerontológica.

En general las Direcciones Provinciales de gerontología, ejecutan acciones alineadas a los programas nacionales liderados por la Dirección Nacional de Gerontología, se encuentran entre estas acciones las siguientes:

- Trabajo con Gobiernos Autónomos Descentralizados y otros actores para la implementación de proyectos dirigidos a adultos mayores.
- Ejecución y monitoreo de proyectos financiados y cofinanciados por la Dirección de Gerontología del MIES con componentes de salud, protección social, recreación, rehabilitación, y nutrición.
- Proyectos de protección directa a adultos mayores a través de Centros de atención diaria y residencial, que ejecuten acciones de rehabilitación, atención psicológica, física y emocional de los adultos mayores.
- Campañas de erradicación de la mendicidad.
- Jornadas de capacitación a adultos mayores.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a través del Programa del Adulto Mayor, ofrece talleres de terapia ocupacional, socio-recreativas y de integración, orientados a la promoción, prevención y cuidado integral de la salud de los adultos mayores. El programa realiza actividades en todas las provincias del Ecuador y está destinado a los jubilados del IESS. Estas actividades son coordinadas por ellos

mismos, en asociación o no, junto con los funcionarios de las unidades médicas del IESS.

“Antes de iniciar su participación en cualquier programa, se invita al jubilado a realizarse una evaluación de su salud; ésta permite determinar qué tipo de actividad es la más conveniente, según su caso. Todo jubilado que se encuentre interesado en participar en este programa debe acudir a los centros o unidades de atención ambulatoria más cercanos a su domicilio”<sup>40</sup>. “Las actividades planificadas para la población adulta mayor se encuentran divididas en cinco ámbitos de acción, detallados a continuación:

1. Salud Física y Mental del Adulto Mayor (Gimnasia, talleres de medicina alternativa, terapia física, cocina saludable).

2. Educación y Capacitación Gerontológica (Conferencias, cursos, Seminarios, Pasantías)

3. Ocupación del Tiempo Libre (Talleres de motivación, considerando la cosmovisión de los diferentes grupos)

4. Integración y participación (Turismo, Actividades sociales, culturales y recreativas)

5. Creación de Redes (Fomento de participación de organizaciones de jubilados, propiciar convenios interinstitucionales)”<sup>41</sup>.

“El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, como autoridad sanitaria, ejerce la rectoría, regulación, planificación, gestión, coordinación y control de la salud pública ecuatoriana a través de la vigilancia y control sanitario, atención integral a personas, promoción y prevención, investigación, desarrollo de la ciencia y tecnología,

---

<sup>40</sup> Información obtenida de la página web oficial del IESS –Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social: <http://www.iess.gob.ec/site.php?content=2070-programas-del-adulto-mayor>

<sup>41</sup> MIES DNI ANALISIS SITUACIONAL DEL CUMPLIMIENTO DE LOS DERECHOS DE LOS ADULTOS MAYORES EN EL ECUADOR y la sociedad civil como corresponsable. 2012.

articulación de los actores del sistema, con el fin de garantizar el derecho del pueblo ecuatoriano a la salud<sup>42</sup>.

El Ministerio de Salud ha elaborado y promulgado los siguientes instrumentos técnicos normativos, que sustentan el quehacer de todo el personal multidisciplinario que atiende a este grupo poblacional:

- Políticas de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor;
- Programa Nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor;
- Guías Clínicas Geronto-geriátricas de Atención Primaria de Salud;
- Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de los y las Adultas Mayores.

Plan de Acción Interinstitucional para Personas Adultas Mayores tiene la meta de potenciar el trabajo colectivo y comprometido de las personas e instituciones que trabajan con y para las personas adultas mayores; de igual manera adaptar el sistema socio-sanitario a las necesidades de la población adulta mayor, a fin de contribuir a la independencia funcional y autonomía mental de esta población con la participación de la familia y la sociedad en general. El Plan ha sido elaborado bajo los principios del Plan Nacional del Buen Vivir, Derechos Humanos y la Política de atención a las personas adultas mayores tanto en salud como en Inclusión Social y Seguridad.

En este Plan se tiene cuatro estrategias:

1. Salud y Bienestar de las personas mayores en la política pública.
2. Adaptación del sistema de salud y social a las necesidades y condiciones de la población adulta mayor.
3. Formación y educación continua en servicios del recurso humano.
4. Monitoreo, evaluación e investigación.

---

<sup>42</sup> Información obtenida de la página web oficial del MSP –Ministerio de Salud Pública: <http://www.msp.gov.ec/>

El Ministerio de Salud Pública del Ecuador, dictó las “Políticas Integrales de Salud para el Adulto Mayor”, lo cual constituyó un hito en el área de la salud. Esta declaración de políticas del MSP se tradujo en el “Programa de Atención Integral a las personas Adultas Mayores” que está estructurado en tres sub-programas<sup>43</sup>:

- Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor.
- Subprograma de Atención al Adulto Mayor en Hospitales.
- Subprograma de Atención al Adulto Mayor en Instituciones Sociales.

El Subprograma de Atención Comunitaria al Adulto Mayor tiene como objetivo promocionar la salud, mejorar la calidad de vida y reducir la carga de la enfermedad crónica y la discapacidad.

El Subprograma de Atención al Adulto Mayor en Hospitales es un instrumento que facilita y orienta la atención a toda persona mayor de 65 años, en todos los servicios hospitalarios del Sistema Nacional de Salud; y, el Subprograma de Atención al Adulto Mayor en Instituciones Sociales tiene un abordaje multidisciplinario e intersectorial, donde se evidencia la corresponsabilidad.

Por lo tanto, cada Programa de Salud es un instrumento para poner en práctica las políticas de salud a través de la planeación, ejecución y evaluación de acciones de promoción, prevención, tratamiento y recuperación de la salud.

**2.5 Derecho comparado: Ley 39/ 2006 14 de diciembre de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, BOE, 15 de diciembre de 2006. España.**

### **2.5.1 Disposiciones generales**

“La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal constituye uno de los principales retos de la política social de los

---

<sup>43</sup> Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento –SABE I ECUADOR 2009-2010, p.189.

países desarrollados. El reto no es otro que atender las necesidades de aquellas personas que, por encontrarse en situación de especial vulnerabilidad, requieren apoyos para desarrollar las actividades esenciales de la vida diaria, alcanzar una mayor autonomía personal y poder ejercer plenamente sus derechos de ciudadanía.

Se tiene que configurar un sistema integrado que aborde desde la perspectiva de globalidad del fenómeno de la dependencia en la que se recoja la definición de dependencia, la situación actual de su cobertura, los retos previstos y las posibles alternativas para su protección.

El reconocimiento de los derechos de las personas en situación de dependencia ha sido puesto de relieve y decisiones de organizaciones internacionales, como la Organización Mundial de la Salud, el Consejo de Europa y la Unión Europea decidieron tres criterios que debían regir las políticas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo de los sistemas que se implanten<sup>44</sup>.

Los cambios demográficos y sociales están produciendo un incremento progresivo de la población en situación de dependencia. Por una parte, es necesario considerar el importante crecimiento de la población de las conclusiones del Informe de la Subcomisión sobre el estudio de la situación actual de la discapacidad, y configurar un sistema integral de la dependencia desde una perspectiva global con la participación activa de toda la sociedad más de 65 años, que se ha duplicado en los últimos 30 años, a ello hay que añadir el fenómeno demográfico denominado envejecimiento del envejecimiento, es decir, el aumento del colectivo de población con edad superior a 80 años, que se ha duplicado en solo veinte años.

Ambas cuestiones conforman una nueva realidad de la población mayor que conlleva problemas de dependencia en las últimas etapas de la vida para un colectivo de personas cada vez más amplio. Así mismo, se pone de manifiesto la clara correlación existente entre la edad y las situaciones de discapacidad, como muestra el

---

<sup>44</sup> DERECHO COMPARADO: LEY 39/ 2006 14 DE DICIEMBRE DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, BOE, 15 DE DICIEMBRE DE 2006. ESPAÑA.

hecho de que más del 32% de las personas mayores de 65 años tengan algún tipo de discapacidad, mientras que este porcentaje se reduce a un 5% para el resto de la población.

La presente Ley regula las condiciones básicas de promoción de la autonomía personal y de atención a las personas en situación de dependencia mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas.

El cual tiene por finalidad principal la garantía de las condiciones básicas y la previsión de los niveles de protección a que se refiere la presente ley para la colaboración y participación de las Administraciones Públicas y para optimizar los recursos públicos y privados disponibles. De este modo, configura un derecho que se fundamenta en los principios de universalidad, equidad y accesibilidad, desarrollando un modelo de atención integral al ciudadano, al que se reconoce como beneficiario su participación en el Sistema y que administrativamente se organiza en tres niveles.

Se establece un nivel mínimo de protección, definido y garantizado financieramente por la Administración General del Estado. Como un segundo nivel de protección, la Ley contempla un régimen de cooperación y financiación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas mediante convenios para el desarrollo y aplicación de las demás prestaciones y servicios que se contemplan en la Ley. Finalmente, las Comunidades Autónomas podrán desarrollar, si así lo estiman oportuno, un tercer nivel adicional de protección a los ciudadanos de forma equitativa a todos los ciudadanos en situación de dependencia.

Se regulará las medidas para asegurar la calidad y la eficacia del Sistema, con elaboración de planes de calidad y sistemas de evaluación, y con especial atención a la formación y cualificación de profesionales y cuidadores.

Por último, se regulan las normas sobre infracciones y sanciones vinculadas a las condiciones básicas de garantía de los derechos de los ciudadanos en situación de dependencia.

La situación de dependencia se clasificará en los Siguietes grados:

Grado I. Dependencia moderada: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Grado II. Dependencia severa: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, pero no quiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.

Grado III. Gran dependencia: cuando la persona necesita ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.

Cada uno de los grados de dependencia establecidos en el apartado anterior se clasificará en dos niveles, en función de la autonomía de las personas y de la intensidad del cuidado que requiere.

### Objetivo de la Ley

La presente Ley tiene por objeto regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, en los términos establecidos en las leyes, mediante la creación de un Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, con la colaboración y participación de todas las Administraciones Públicas y la garantía por la Administración General del Estado de un contenido mínimo común de derechos para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del Estado español.

### Definiciones

“Autonomía: la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria.

Dependencia: el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal”<sup>45</sup>.

Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD): las tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas.

Necesidades de apoyo para la autonomía personal: las que requieren las personas que tienen discapacidad intelectual o mental para hacer efectivo un grado satisfactorio de autonomía personal en el seno de la comunidad.

Cuidados no profesionales: la atención prestada a personas en situación de dependencia en su domicilio, por personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada.

Cuidados profesionales: los prestados por una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro.

Asistencia personal: servicio prestado por un asistente personal que realiza o colabora en tareas de la vida cotidiana de una persona en situación de dependencia,

---

<sup>45</sup> DERECHO COMPARADO: LEY 39/ 2006 14 DE DICIEMBRE DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, BOE, 15 DE DICIEMBRE DE 2006. ESPAÑA.

de cara a fomentar su vida independiente, promoviendo y potenciando su autonomía personal.

Esta Ley se basa en los siguientes principios:

a) El carácter público de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

b) La universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, y la atención a las personas en situación de dependencia de forma integral e integrada.

c) La personalización de la atención, teniendo en cuenta de manera especial la situación de quienes requieren de mayor acción positiva como consecuencia de tener mayor grado de discriminación o menor igualdad de oportunidades, precisar que las personas en situación de dependencia puedan llevar una vida con el mayor grado de autonomía posible.

d) La permanencia de las personas en situación de dependencia, siempre que sea posible, en el entorno en el que desarrollan su vida, y la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia.

e) La inclusión de la perspectiva de género, teniendo en cuenta las distintas necesidades de mujeres y hombres, así mismo las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente.

Derechos y obligaciones de las personas en situación de dependencia.

Las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en esta Ley, en los términos establecidos en la misma. Asimismo, las personas en situación de dependencia disfrutarán de todos los derechos establecidos en la legislación vigente.

Titulares de derechos.

Son titulares de los derechos establecidos en la presente Ley los españoles que cumplan los siguientes requisitos:

a) Encontrarse en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos.

b) Para los menores de 3 años se estará a lo dispuesto en la disposición adicional decimotercera.

c) Residir en territorio español y haberlo hecho durante cinco años, de los cuales dos deberán ser inmediatamente anteriores a la fecha de presentación de la solicitud

Las personas que, reuniendo los requisitos anteriores, carezcan de la nacionalidad española se regirán por lo establecido en la ley, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en los tratados internacionales y en los convenios que se establezcan con el país de origen.

### **2.5.2 Prestaciones y Catálogo de servicios de atención del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia**

La atención a las personas en situación de dependencia y la promoción de su autonomía personal deberán orientarse a la consecución de una mejor calidad de vida y autonomía personal, en un marco de efectiva igualdad de oportunidades, de acuerdo con los siguientes objetivos:

a) Facilitar una existencia autónoma en su medio habitual, todo el tiempo que desee y sea posible.

b) Proporcionar un trato digno en todos los ámbitos de su vida personal, familiar y social, facilitando su incorporación activa en la vida de la comunidad.

Prestaciones de atención a la dependencia

1. Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas e irán destinadas, por una parte, a la promoción de la autonomía personal y, por otra, a atender las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria.

2. El beneficiario podrá, excepcionalmente, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención.

3. La prioridad en el acceso a los servicios vendrá determinada por el grado y nivel de dependencia y, a igual grado y nivel, por la capacidad económica del solicitante.

#### Catálogo de servicios

El Catálogo de servicios comprende los servicios sociales de promoción de la autonomía personal y de atención a la dependencia, en los términos que se especifican:

a) Los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y los de promoción de la autonomía personal.

b) Servicio de Teleasistencia.

c) Servicio de Ayuda a domicilio:

- Atención de las necesidades del hogar.

- Cuidados personales.

d) Servicio de Centro de Día y de Noche:

- Centro de Día para mayores.

- Centro de Día para menores de 65 años.

- Centro de Día de atención especializada.

-Centro de Noche.

e) Servicio de Atención Residencial:

-Residencia de personas mayores en situación de dependencia.

-Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.

Servicios de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a Cuidado tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

### **2.5.3 Medidas para garantizar la calidad del Sistema**

Calidad en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia fomentará la calidad de la atención a la dependencia con el fin de asegurar la eficacia de las prestaciones y servicios sin perjuicio de las competencias de cada una de las Comunidades Autónomas y de la Administración General del Estado, se establecerán, en el ámbito del Consejo Territorial, la fijación de criterios comunes de acreditación de centros y planes de calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dentro del marco general de calidad de la Administración General del Estado.

Se tendrá en cuenta criterios de calidad y seguridad para los centros y servicios como también indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del Sistema y principios de no discriminación y accesibilidad.

Servicios de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a Cuidado tiene por finalidad prevenir la aparición o el agravamiento de enfermedades o discapacidades y de sus secuelas, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud, de actuaciones de promoción de condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y personas con discapacidad y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos. Con este fin, el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las Situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores.

#### **2.5.4 Infracciones**

a) “Dificultar o impedir el ejercicio de cualquiera de los derechos reconocidos en esta Ley.

b) Obstruir la acción de los servicios de inspección.

c) Negar el suministro de información o proporcionar datos falsos.

d) Aplicar las prestaciones económicas a finalidades distintas a aquellas para las que se otorgan, y recibir ayudas, en especie o económicas, incompatibles con las prestaciones establecidas en la presente Ley.

e) Incumplir las normas relativas a la autorización de apertura y funcionamiento y de acreditación de centros de servicios de atención a personas en situación de dependencia.

f) Tratar discriminatoriamente a las personas en situación de dependencia.

g) Violar la dignidad de las personas en situación de dependencia, generar daños y situaciones de riesgo para la integridad física o psíquica”<sup>46</sup>.

## **2.6 Cobertura doctrinaria de desarrollo humano y del enfoque de derechos para la psicomotricidad del adulto mayor**

El desarrollo humano es un proceso por el cual se amplían las oportunidades del ser humano y su nivel de bienestar. El propósito básico del desarrollo consiste en ampliar las opciones que la gente tiene para llevar las vidas que valoran. Las oportunidades básicas del desarrollo humano son: disfrutar una vida prolongada y saludable; estar alfabetizado y poseer conocimientos; tener los recursos necesarios para lograr un nivel de vida decente; y, participar en la vida de la comunidad. Si no se poseen estas oportunidades básicas muchas otras son negadas.

Basado también en el enfoque de capacidades se ha propuesto el concepto de pobreza humana que tiene una significación opuesta al de desarrollo humano. La pobreza humana es un fenómeno multidimensional definido como la insatisfacción o privación de las capacidades básicas, es decir, la imposibilidad de vivir una vida mínimamente decente.

Esta definición comprende, además de la insatisfacción de una o más necesidades humanas básicas, la carencia de oportunidades para satisfacerlas. Las capacidades básicas no se refieren únicamente a aquellas que son materiales, como el estar bien alimentado, tener buena salud, tener vestido o vivienda, sino también a

---

<sup>46</sup> DERECHO COMPARADO: LEY 39/ 2006 14 DE DICIEMBRE DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA, BOE, 15 DE DICIEMBRE DE 2006. ESPAÑA.

aquellas no materiales como la libertad, la dignidad, el respeto a uno mismo y a los demás, la participación libre en la construcción de la sociedad y las oportunidades para llevar una vida larga, sana y creativa.

En este sentido, la pobreza de capacidades, definida como pobreza humana se refiere a la negación de las oportunidades y opciones básicas para el desarrollo humano, mientras el desarrollo humano entraña la ampliación de las capacidades, la pobreza humana implica su privación.

### **2.6.1 Declaraciones del Milenio**

#### Valores y principios

“Reconocer que, además de las responsabilidades que todos tenemos respecto de nuestras sociedades, nos incumbe la responsabilidad colectiva de respetar y defender los principios de la dignidad humana, la igualdad y la equidad en el plano mundial. En nuestra calidad de dirigentes, tenemos, pues, un deber que cumplir respecto de todos los habitantes del planeta, en especial los más vulnerables niños adultos mayores, personas con discapacidad, y en especial a los niños a los que pertenece el futuro.

Valores fundamentales son esenciales para las relaciones internacionales en el siglo XXI:

- La libertad: Los hombres y las mujeres tienen derecho a vivir su vida y a criar a sus hijos con dignidad y libres del hambre y del temor a la violencia, la opresión o la injusticia. La mejor forma de garantizar esos derechos es contar con gobiernos democráticos y participativos basados en la voluntad popular.

- La igualdad: No debe negarse a ninguna persona ni a ninguna nación la posibilidad de beneficiarse del desarrollo. Debe garantizarse la igualdad de derechos y oportunidades de hombres y mujeres.

- La solidaridad: Los problemas mundiales deben abordarse de manera tal que los costos y las cargas se distribuyan con justicia, conforme a los principios fundamentales de la equidad y la justicia social. Los que sufren, o los que menos se benefician, merecen la ayuda de los más beneficiados.

- La tolerancia: Los seres humanos se deben respetar mutuamente, en toda su diversidad de creencias, culturas e idiomas. No se deben temer ni reprimir las diferencias dentro de las sociedades ni entre éstas; antes bien, deben apreciarse como preciados bienes de la humanidad. Se debe promover activamente una cultura de paz y diálogo entre todas las civilizaciones.

- Responsabilidad común: La responsabilidad de la gestión del desarrollo económico y social en el mundo, lo mismo que en lo que hace a las amenazas que pesan sobre la paz y la seguridad internacionales, debe ser compartida por las naciones del mundo y ejercerse multilateralmente. Por ser la organización más universal y más representativa de todo el mundo, las Naciones Unidas deben desempeñar un papel central a ese respecto<sup>47</sup>.

No se debe escatimar esfuerzo alguno por promover la democracia y fortalecer el respeto de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales internacionalmente reconocidos, incluido el derecho al desarrollo.

Respetar y hacer valer plenamente la Declaración Universal de Derechos Humanos así como hacer un mayor esfuerzo por lograr la plena protección y promoción de los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de todas las personas en todos nuestros países.

---

<sup>47</sup> Información tomada de la página de las Naciones Unidas; Declaraciones del Milenio <http://www.un.org>

Otro punto importante es el aumentar en todos nuestros países la capacidad de aplicar los principios y las prácticas de la democracia y del respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos de las minorías.

### **2.6.2 Plan Nacional para el Buen Vivir**

“El Plan Nacional de Desarrollo es el instrumento al que se sujetarán las políticas, programas y proyectos públicos; la programación y ejecución del presupuesto del Estado; y la inversión y la asignación de los recursos públicos; y coordinar las competencias exclusivas entre el Estado central y los gobiernos autónomos descentralizados. Su observancia será de carácter obligatorio para el sector público e indicativo para los demás sectores.

Revolución social, para que, a través de una política social articulada a una política económica incluyente y movilizadora, el Estado garantice los derechos fundamentales. Esta política integral, coherente e integradora es la que ofrece las oportunidades para la inserción socioeconómica y, a la vez, para fortalecer las capacidades de las personas, comunidades, pueblos, nacionalidades y grupos de atención prioritaria, con el fin de que ejerzan libremente sus derechos.

El Buen Vivir se construye también desde la igualdad y la justicia social, y desde el reconocimiento, la valoración y el diálogo de los pueblos y de sus culturas, saberes y modos de vida”<sup>48</sup>.

Se entiende por Buen Vivir: a la satisfacción de las necesidades, la consecución de una calidad de vida y muerte dignas, el amar y ser amado, y el florecimiento saludable de todos y todas, en paz y armonía con la naturaleza y la prolongación indefinida de las culturas humanas.

---

<sup>48</sup> Plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador 2010-2013

El Buen Vivir nos obliga a reconstruir lo público para reconocernos, comprendernos y valorarnos unos a otros entre diversos pero iguales a fin de que prospere la posibilidad de reciprocidad y mutuo reconocimiento, y con ello posibilitar la autorrealización y la construcción de un porvenir social compartido.

A su vez, propone desafíos que se pueden sintetizar en:

- Construir una sociedad que reconozca la unidad en la diversidad.
- Reconocer al ser humano como ser gregario que desea vivir en sociedad.
- Promover la igualdad, la integración y la cohesión social como pauta de convivencia.
- Garantizar progresivamente los derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas.
- Inclusión, protección social solidaria y garantía de derechos en el marco del Estado constitucional de derechos y justicia.

Con estos fundamentos, el Plan en lo concreto propone una lógica de planificación a partir de objetivos nacionales para el Buen Vivir, los mismos que ya fueron planteados en el Plan Nacional de Desarrollo 2007-2010 y que ahora son actualizados bajo parámetros que se relacionan con el desempeño de las metas nacionales, con las distintas propuestas de acción pública sectorial y territorial, y principalmente con la necesidad de concretar los desafíos derivados del nuevo marco constitucional.

“En consecuencia, los objetivos actualizados del Plan Nacional para el Buen Vivir son:

**Objetivo 1.** Auspiciar la igualdad, cohesión e integración social y territorial en la diversidad.

**Objetivo 2.** Mejorar las capacidades y potencialidades de la ciudadanía.

**Objetivo 3.** Mejorar la calidad de vida de la población.

**Objetivo 4.** Garantizar los derechos de la naturaleza y promover un ambiente sano y sustentable.

**Objetivo 5.** Garantizar el trabajo estable, justo y digno en su diversidad de formas.

**Objetivo 6.** Garantizar la vigencia de los derechos y la justicia.

Este Plan no es concebido como la suma de partes y elementos dispersos. Tiene una mirada integradora, basada en un enfoque de derechos que va más allá de la entrada sectorialista tradicional, y tiene como ejes la sostenibilidad ambiental y las equidades generacional, intercultural, territorial y de género<sup>49</sup>.

### **2.6.3 Un Cambio de Paradigma del Desarrollo al Buen Vivir**

El desarrollo humano, enfatizan en la calidad de vida como un proceso de ampliación de oportunidades y expansión de capacidades humanas, orientado a satisfacer necesidades de diversa índole, como subsistencia, afecto, entendimiento, participación, libertad, identidad, creación, etc.

La calidad de vida se define por poder contar con una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y acceder a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente. El énfasis radica en lo que las personas pueden hacer y ser más de lo que pueden tener. Desde esta perspectiva, se parte de las potencialidades de la gente, de su forma de pensar, de sus necesidades, sus valores culturales y sus formas de organización.

---

<sup>49</sup> Plan Nacional del Buen Vivir. Ecuador 2010-2013

Sin embargo, la satisfacción de necesidades y la expansión de capacidades humanas actuales no deben hipotecar el futuro; por eso, se habla de desarrollo sostenible. Las formas de producción y los hábitos de consumo deben procurar la conservación y recuperación del ambiente, buscando la armonía entre el ser humano y la naturaleza.

El desarrollo sostenible es inviable sin el respeto a la diversidad histórica y cultural como base para forjar la necesaria unidad de los pueblos. Conlleva, como elemento fundamental, la igualdad de derechos y oportunidades entre las mujeres y los hombres de las comunidades, entre pueblos y nacionalidades, entre niños, niñas, jóvenes, adultos y adultos mayores.

Se trata de reconocer que no podemos defender nuestra vida sin defender la de los demás, y que todos juntos debemos asegurar que cada persona y cada comunidad pueda efectivamente elegir la vida que desea vivir y que al mismo tiempo aseguremos el ejercicio de todos los derechos de cada uno de los miembros de la sociedad. Para esto debemos concebir al ser humano no como un simple consumidor sino como un portador de derechos y responsabilidades hacia los otros.

El cumplimiento de derechos universales y la potenciación de las capacidades humanas se da mediante el libre desarrollo de todos y todas es la condición para el libre desarrollo de cada uno. Por tal razón, la meta debe ser la expansión de las capacidades de todos los individuos para que puedan elegir autónomamente, de manera individual o asociada, sus objetivos.

Asimismo, la atención no debe estar puesta exclusivamente sobre el acceso al bien mínimo, a tener lo elemental. El verdadero objetivo es el desarrollo de capacidades fundamentales y la afirmación de identidades que constituyen al ser el referente debe ser la vida digna y no la mera supervivencia.

Para que los individuos ejerzan sus capacidades y potencialidades, es necesaria una distribución igualitaria de las condiciones de vida, dado que sólo si se dispone de los recursos necesarios podrán realizarse los proyectos individuales.

El objetivo debe ser entonces la garantía de los derechos de las y los ciudadanos y, con ello, la corresponsabilidad que tienen en el cumplimiento de los deberes para con los otros, sus comunidades y la sociedad en su totalidad. Si el objetivo son los derechos, las políticas no pueden ser selectivas sino universales, por lo cual, el objetivo en la producción y distribución de bienes públicos debe ser la ampliación de las coberturas y la mejora de la calidad de las prestaciones.

#### **2.6.4 La garantía de derechos como prioridad de la estrategia de acumulación y redistribución para el Buen Vivir**

La garantía de derechos adquiere relevancia gracias a las cualidades que caracterizan al Estado ecuatoriano, consagradas en la Constitución de la República. El reconocimiento, promoción, garantía de los derechos constitucionalmente establecidos son su finalidad y la democracia el escenario privilegiado. Esto significa el derecho a tener derechos, siendo una obligación del Estado, reconocer en cada persona, pueblo y nacionalidad su titularidad y la posibilidad de decidir sobre sus propios destinos y de definir los mecanismos de cohesión para que dichas decisiones construyan un proyecto colectivo.

La norma constitucional es el instrumento por excelencia de la garantía de derechos, pues determina el contenido de la ley, consagra garantías para su ejercicio, y establece los límites al ejercicio de la autoridad y la estructura del poder; y es de directa aplicación por cualquier persona, autoridad o juez.

El Estado constitucional de derechos y justicia se fortalecerá en la medida que se desarrollen los mecanismos de garantías constitucionales, en especial a través de la aplicación efectiva del carácter de justiciabilidad de los derechos. El sistema judicial es garante de todos los derechos del Buen Vivir.

Desde las distintas instancias públicas es necesario asegurar el derecho de ciudadanos y ciudadanas a conocer y exigir el ejercicio de sus derechos. En tal sentido es necesario implementar programas de difusión, información y formación que fortalezcan las capacidades de la ciudadanía con respecto a los mecanismos administrativos y judiciales que pueden aplicar para exigir el cumplimiento de derechos y la reparación respectiva si estos han sido vulnerados.

Mejorar la calidad de vida de la población de vida alude directamente al Buen Vivir de las personas, pues se vincula con la creación de condiciones para satisfacer sus necesidades materiales, psicológicas, sociales y ecológicas.

Dicho de otra manera, tiene que ver con el fortalecimiento de las capacidades y potencialidades de los individuos y de las colectividades, en su afán por satisfacer sus necesidades y construir un proyecto de vida común.

Se propone, por tanto, acciones públicas, con un enfoque intersectorial y de derechos, que se concretan a través de sistemas de protección y prestación de servicios integrales e integrados.

En estos sistemas, los aspectos sociales, económicos, ambientales y culturales se articulan con el objetivo de garantizar los derechos del Buen Vivir, con énfasis en los grupos de atención prioritaria, los pueblos y nacionalidades.

## CAPITULO III

### 3. Generalidades de las personas de la tercera edad

#### 3.1. Generalidades Económicas

Los ingresos insuficientes y precaria situación vital, estas dos puntos tienen un influencia directa en la transformación estructural del envejecimiento son características, que resaltan también dos peligros especialmente graves que amenazan e imposibilitan un envejecimiento digno a muchas personas, y que desde el punto de vista de las políticas de desarrollo se describe como pobreza.

Ahora se entiende por pobreza a la situación vital en la que la existe una inadecuada dotación tanto de bienes materiales como de recursos y posibilidades de participación social. La seguridad social puede proteger de forma adecuada a las personas de la tercera edad y así dar una vida digna frente a una situación de pobreza.

##### 3.1.1 Pobreza de ingresos

La pobreza de ingresos se refiere a la escasez de dotación de recursos materiales, esencialmente económicos. Una persona es absolutamente o extremadamente pobre cuando no dispone ni siquiera de lo necesario para sobrevivir (necesidades básicas fisiológicas) en forma de alimento, ropa, techo y atención sanitaria, de modo que a largo plazo corre peligro de morir de hambre, de congelación o como consecuencia de alguna enfermedad curable.

“Por otra parte, una persona es relativamente pobre cuando puede garantizar medianamente su mera supervivencia pero con respecto a la situación de su sociedad o su país dispone claramente de recursos por debajo del nivel habitual, es decir, que permanece muy por debajo del promedio de ingresos. La mayoría de países definen su propio mínimo existencial sociocultural que, se sitúa por lo general en el 60% del

promedio de los ingresos per cápita ponderados (ingresos medios equivalentes). Las personas cuyos ingresos materiales se sitúan por debajo de este mínimo son consideradas relativamente pobres. A las personas que se encuentran sólo ligeramente por encima de este mínimo (entre el 60% y el 75% del promedio de los ingresos per cápita ponderados) se las considera cercanas a o amenazadas por la pobreza. En ocasiones, esta situación es denominada bienestar precario; este bienestar es precario porque a pesar de estar situado por encima del nivel (relativo) de pobreza, a largo plazo raramente está protegido de la pobreza; es decir, que con una pequeña crisis el afectado puede caer en la pobreza relativa o incluso absoluta”<sup>50</sup>.

### **3.1.2 Seguridad social – La base del bienestar personal**

Tanto la pobreza de ingresos como de la situación vital ponen en peligro una vida digna de un ser humano e impiden el bienestar personal. Éste no comienza en la experimentación de la felicidad completa, sino en la experimentación de la libertad elemental, la autonomía, la alegría de vivir, la confianza y la seguridad.

La seguridad es un estado en el que los hombres están libres de situaciones que amenazan su existencia y libres de preocupaciones materiales, libres de temores que les paralicen, temores por sí mismos y por su propio reconocimiento y dignidad; un estado en el que las personas se sienten protegidas frente a violaciones graves de su integridad física y psíquica debidas a enfermedades o a situaciones de violencia; pero también un estado en el que las personas pueden configurar por sí mismas su presente y mirar con optimismo hacia el futuro. La seguridad proporciona a todos y cada uno una sensación de tranquilidad y confianza, de “calma y recogimiento”, de elemental importancia para una vida acertada y digna.

“Los sistemas de seguridad social estatales no pueden garantizar de ningún modo la seguridad personal en este sentido tan amplio. Pero sí pueden proteger frente a los riesgos más importantes para la vida de una persona como son la enfermedad, el

---

<sup>50</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; [inec@inec.gob.ec](mailto:inec@inec.gob.ec)

desempleo, la miseria social o el no poder ganarse el sustento por sí misma en la tercera edad colaborando en un esfuerzo comunitario. El modo en que cada uno de los países configura sus sistemas de seguridad social, sea como sistemas de seguros financiados por cotizaciones o como sistemas de previsión financiados mediante impuestos, es algo secundario; lo que es decisivo es que estos sistemas puedan garantizar a la población la protección en todas sus fases vitales frente a los riesgos vitales más amenazantes y, sobre todo, frente a la pobreza en todas sus facetas, independientemente de si las personas hayan podido o no hacerse beneficiarios de su seguridad social previamente mediante su propio esfuerzo.

El objetivo de la seguridad social es la base fiable para el bienestar personal de cada individuo. No garantiza el bienestar por sí mismo. Éste sólo puede conseguirse mediante un modo de vida independiente y auto responsable cuya tarea, cuya oportunidad y cuyas acciones están en manos de cada uno. Pero la seguridad social sí puede establecer una base imprescindible que posibilite estas tareas.

Por ello, desde hace tiempo, los objetivos de los sistemas de seguridad social no son sólo el evitar la exclusión socioeconómica, por ejemplo debido a la pobreza o a enfermedades crónicas o que amenacen la existencia. Los sistemas de seguridad social tienen también como misión conseguir de la forma más amplia posible la inclusión sociocultural del individuo en su respectiva comunidad estatal fomentando aquellos recursos y aquellas competencias que puedan prevenir de forma efectiva situaciones amenazantes o que conduzcan a la pobreza.

En la mayoría de los países que son conscientes de esta misión de conseguir un estado de bienestar, los seguros sociales se han convertido en un amplio sistema de prestaciones económicas y de organismos de previsión y servicios sociales que no sólo actúa cuando aparecen situaciones que amenazan la existencia o situaciones de inmediata necesidad, sino que desde el principio asegura y fomenta una situación vital

suficiente tanto en los ingresos, como en el aprovisionamiento y en el aspecto sociocultural”<sup>51</sup>.

Puesto que las condiciones esenciales de la seguridad social ofrecen la posibilidad de llevar una vida acertada y digna, el acceso a ellas es un derecho humano con una tradición, por cierto, a menudo tan olvidado como larga. Por otra parte, son el medio de garantizar los derechos humanos elementales como son una vida libre y auto determinada, la participación social, política y cultural, así como la integración en la vida laboral y económica.

Aun cuando ya existen distintas tradiciones y posibilidades de configuración de los sistemas de seguridad social en cada uno de los países, también tiene que ser posible analizar en qué medida estos sistemas respetan y garantizan los respectivos derechos humanos. Los derechos humanos pueden clasificarse en tres grupos: derechos de libertad, derechos de participación política y derechos básicos socioeconómicos.

Es interesante observar que estos tres grupos coinciden con los principios básicos de la doctrina social cristiana y católica: con los principios sociales de la personalidad, de la solidaridad y subsidiaridad, de la justicia y, finalmente, también de la sostenibilidad. Por ello son adecuados para juzgar y regular la estructura de los sistemas de seguridad social desde un punto de vista ético-social.

### **3.1.3 Condiciones socioeconómicas**

“De acuerdo a la información censal (INEC. Censo de Población y Vivienda 2010), las condiciones socioeconómicas en las que viven los adultos mayores en nuestro país son, en su mayoría, deficitarias. Se estima que el 57,4%, correspondiente a 537.421 personas, se encuentra en condiciones de pobreza y extrema pobreza.

---

<sup>51</sup> Información tomada de la página del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; [www.iess.gov.ec](http://www.iess.gov.ec)

**PERSONAS ADULTOS MAYORES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS  
INSATISFECHAS POR GRUPOS DE EDAD (Porcentaje)**

CARACTERÍSTICAS		Adultos mayores	Adultos mayores	Adultos mayores	Adultos mayores	TOTAL
		65 a 69	70 a 74	75 a 79	80 años y mas	
		Años	Años	años		
HOMBRE	Pobreza	34,6	34,6	33,5	32,0	33,8
	Extrema	23,4	25,7	26,6	28,2	25,6
	Pobreza					
MUJER	Pobreza	33,2	31,6	30,6	29,5	31,2
	Extrema pobreza	22,9	24,8	26,0	25,7	24,6
AREA URBANA	Extrema pobreza	11,1	11,6	11,5	11,3	11,3
AREA RURAL	Pobreza	43,8	42,1	39,9	37,0	41,2
	Extrema pobreza	40,0	43,0	45,6	48,2	43,6
NACIONAL	Extrema pobreza	23,1	25,2	26,3	26,8	25,0

Figure 9 PERSONAS ADULTOS MAYORES SEGÚN NECESIDADES BÁSICAS INSATISFECHAS POR GRUPOS DE EDAD (Porcentaje)

Fuente: INEC. Censo de Población y Vivienda 2010.

Elaboración: Coordinación de Gestión del Conocimiento MIES

El cuadro señala las condiciones de las personas adultas mayores por área y género. Los datos permiten observar que la condición de pobreza es significativamente mayor en el área rural, donde 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza<sup>52</sup>.

“La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que, con el

<sup>52</sup> Información tomada del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; [www.inec.gob.ec](http://www.inec.gob.ec)

envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición.

Según estudios realizados, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo (Encuesta ENEMDUR). Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte.

Una particularidad de nuestro país, que cobró fuerza con la crisis económica de 1999-2000 y el consecuente éxodo masivo de adultos jóvenes fuera del país o hacia otras regiones, es un importante número de personas adultas mayores que tienen en sus hogares y bajo su cuidado, a nietos con padres ausentes (probablemente emigrantes): 6% en 2001 y 5% en 2010.

Se estima que la población económicamente activa (PEA) de personas adultas mayores en el Ecuador permanece constante en los últimos años, mientras que la tasa de desempleo muestra una disminución importante., las características de ocupación de las personas adultas mayores indicaba que 56% de esta población obtenía ingresos económicos por cuenta propia, 25% refería estar en condiciones de asalariados, 7% en calidad de patronos, 10% realizaba oficios con familiares sin remuneración y 2,1% estaba en el servicio doméstico.

El ingreso promedio proveniente del trabajo de las personas adultas mayores indica que los hombres reciben un salario promedio de \$300 mensuales, mientras que en las mujeres es de \$210”.<sup>53</sup>

---

<sup>53</sup> <http://www.mies.gob.ec/>

## 3.2 Generalidades sociales

Envejecer bien es el ideal de todos, pero una vejez positiva solo puede ser el resultado de una vida enmarcada en los parámetros que encierra el bienestar social.

El proceso del envejecimiento tiene lugar en el contexto social. Sí bien las limitaciones sociales y personales de los últimos años podrían limitar o modificar el comportamiento social también presentan nuevas oportunidades y experiencias sociales, gratificantes para las personas de edad.

El comportamiento social al igual que la juventud, se ve influido por dos factores importantes, las características personales del individuo y apoyos sociales disponibles.

Los abuelos son muy útiles en la sociedad, dan amor, apoyo sin perder mucho a cambio, dan consejos y también mucha sabiduría a los jóvenes, lo cual beneficia tanto a quien da como al que recibe. Muchas personas sienten la necesidad de dejar algo cuando mueren; también sienten la necesidad de dejar los conocimientos adquiridos a lo largo de su vida y aconsejan y guían a los jóvenes, proceso que con frecuencia se denomina "HACERSE VIEJO".

Ser abuelo en una manera de satisfacer estas necesidades y mantenerse en contacto con las nuevas generaciones, las amistades son especialmente importantes en estos años.

Las relaciones familiares con frecuencia remarcan la dependencia y la atención., los amigos son fuente alegría; tener una persona a la cual le cuente todos sus anhelos, preocupaciones, etc.

Aquellos cuya dignidad es formada por otros, cuidan más de sí mismos y tienen mejor salud, los ancianos pueden enfrentar los retos normales de la edad adulta con menos problemas.

### 3.3.1 Cambios en las Relaciones Sociales

La pérdida del empleo y del ingreso regular, supone un cambio serio para el hombre anciano, que se ve precipitado por el ansia y rapidez importante en nuestro actual sistema, industrial.

La vejez crea generalmente un problema, económico, pocos son los asalariados que pueden sostener una familia y ahorrar al mismo tiempo dinero que garantice su propio mantenimiento en la ancianidad

Con demasiada frecuencia los hijos, ya adultos tienen bastante con mantener a sus propias familias para poder cuidar de sus padres ancianos.

El contexto social como condicionante de los roles de la población en general, tiene sobre los adultos mayores en un contexto social concreto actuar como determinantes de los roles que este grupo desempeñara dentro del mismo.

Esta idea colectiva del papel que cada persona tiene que reproducir en su contexto puede actuar en sentido positivo si es un grupo reconocido y valorado socialmente. Sin embargo, si la consideración social parte de la limitación, si no garantiza la individualidad, si lo que predomina son las pérdidas, si la capacidad de intervención social no está reconocida, es evidente que este grupo de población “en este caso concreto las personas mayores” reproduce, en su mayoría, el papel limitante y pasivo que, a priori, se les ha asignado.

Esta valoración colectiva de lo que son o pueden ser las personas mayores tiene consecuencias relevantes. Desde el contexto social se proyecta un modelo social, político, de servicios, etc., que difícilmente se puede cambiar y en él es bastante complejo establecer estrategias que permitan producir acciones diferentes de las que están establecidas en ese imaginario social.

Para el propio grupo de mayores es mucho más fácil reproducir lo que se espera de ellos que tener que hacer confrontaciones continuas: ir construyendo de forma permanente su propio rol, demandar sistemáticamente que no se quiere desarrollar ese papel. Por otro lado, a veces, es incluso gratificante, ya que las demandas están perfectamente justificadas desde el rol pasivo que se les ha asignado.

Es frecuente encontrar grupos e posibles demandantes de servicios y ayudas que están totalmente contextualizados en el marco social en el que se les ha ubicado.

### **3.3.2 La edad y la experiencia individual marcan diferencias**

“Hasta hace muy poco, el grupo de población mayor se ha identificado con un grupo con características comunes que igualaban a las personas. Esto es un gran error. Desde todas vertientes o dimensiones desde las que se pueda observar o analizar a la persona, se llega a la conclusión de que la experiencia individual que cada sujeto ha desarrollado a lo largo de su vida le hace ser cada vez más diferente de otros sujetos.

Acontecimientos históricos y vivencia colectivas como la guerra o las posguerra; situaciones de paro o emigración; acontecimientos biográficos de carácter personal, como vivencias familiares; la pérdida del cónyuge; el cambiar de contexto geográfico (rural-urbano) hacen que los sujetos desarrollen procesos cognitivos, destrezas, habilidades y sensibilidades específicas en función de los acontecimientos históricos y personales que más hayan marcado sus vidas.

Estos procesos explicativos y de variadas respuestas de supervivencia a los acontecimientos de carácter individual o grupal (cohortes generacionales) hacen del colectivo de mayores un grupo de gran diversidad. Una diversidad relacionada con las demandas que explicitan, con las prioridades de sus necesidades, con la percepción del momento actual en función de su escala de valores que están sustentados en

vivencias muy concretas y que les permiten vivir con una explicación lógica su propia vida”<sup>54</sup>.

Además, es importante destacar que la llamada tercera edad, etapa de la vejez o ancianidad, en cuanto a años de vida, supone actualmente una tercera parte de la vida de los individuos. Este intervalo de edad tan amplio nunca puede identificar características homogéneas entre las personas que forman parte de ese grupo.

Existen varias generaciones dentro del mismo, lo que hace que sea imposible desarrollar políticas, programas, proyectos, etc., si previamente no se ha diferenciado perfectamente el perfil de población al que van dirigidos dentro del propio colectivo de mayores.

Es necesario tomar conciencia de que, desde el primer intervalo de edad (60-65 a 75 años) hasta el último (más de 99 años), las capacidades, de las demandas, la participación social, etc., son totalmente diferentes.

Desde otros colectivos poblacionales, a nadie se le ocurriría establecer programas homogéneos para un grupo de jóvenes de alrededor de 18 años y para un grupo de adultos de alrededor de 30-35 años.

Tomar conciencia de esta diversidad supone un reto importante tanto para el propio colectivo de personas mayores como para los profesionales que desarrollan su actividad con esta población.

Desde la perspectiva profesional es esencial el contexto histórico y geográfico en el que se ubican las personas mayores. Un desconocimiento de este aspecto imposibilita una adecuada oferta de servicios profesionales.

---

<sup>54</sup> Aranguren, José. 2004; La Ancianidad, nueva etapa creadora. Chile. Ed. Edimurtra.

### CUADRO 5

#### Población por tramos de edad, porcentajes respecto al total y sexo en Ecuador 2010

Tramos de edad	Miles	% respecto al total de la población	Sexo			
			Hombres		Mujeres	
			Miles	%	Miles	%
<b>Total</b>	13.774	100%	6.896	50,1%	6.878	49,9%
<b>65 y más</b>	917	6,7%	426	46,5%	491	53,5%
<b>60 y más</b>	1.301	9,4%	613	47,1%	688	52,9%
<b>60-69</b>	688	5,0%	333	48,4%	355	51,6%
<b>70-79</b>	417	3,0%	195	46,8%	222	53,2%
<b>80 y más</b>	196	1,4%	85	43,4%	111	56,6%

Figure 10 Población por tramos de edad, porcentajes respecto al total y sexo en Ecuador, 2010

**Fuente:** Naciones Unidas. Proyecciones Mundiales de Población 2010.

## CUADRO 6

### Evolución de la población adulta mayor, 1950-2050

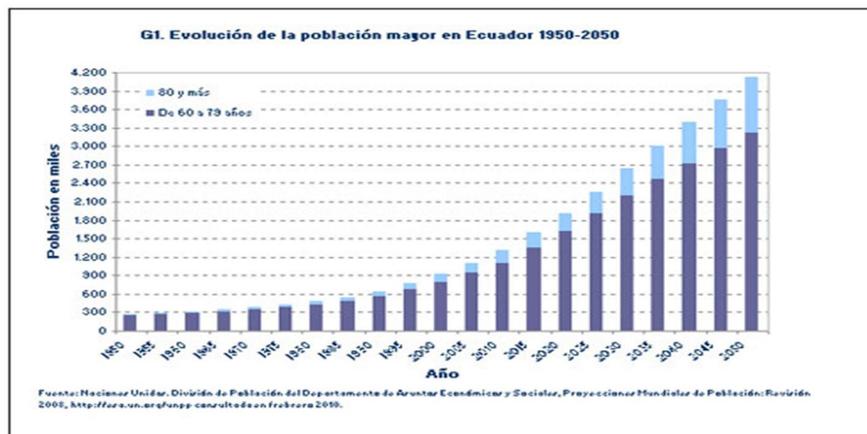


Figure 11 Evolución de la población adulta mayor, 1950-2050

Fuente: Naciones Unidas. Proyecciones Mundiales de Población: Revisión 2010.

## CUADRO 7

### Pirámides de población

#### Pirámide 1: población por sexo y edad, 2000

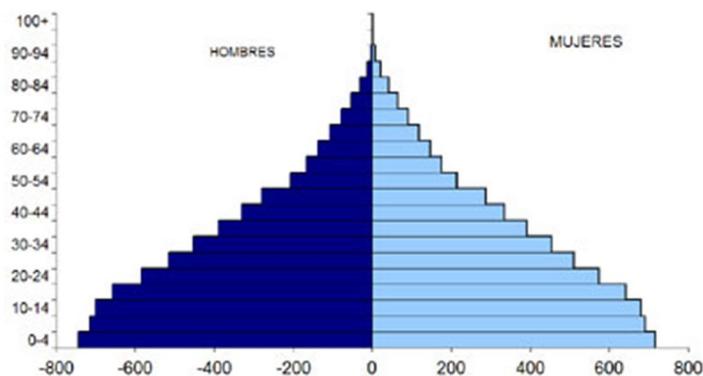


Figure 12 Pirámide 1: población por sexo y edad, 2000

## Pirámide 2: población por sexo y edad, 2025

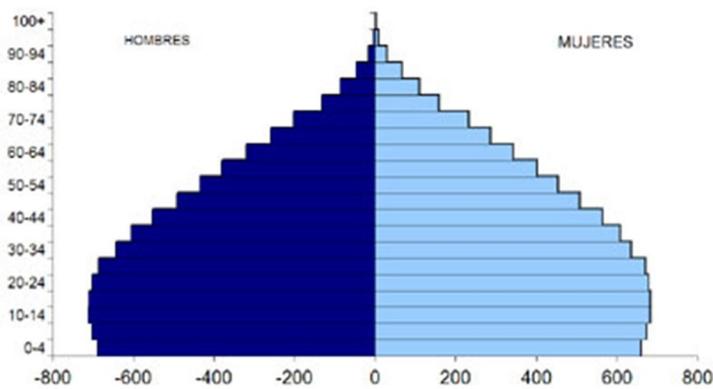


Figure 13 Pirámide 2: población por sexo y edad, 2025

## Pirámide 3: población por sexo y edad, 2050

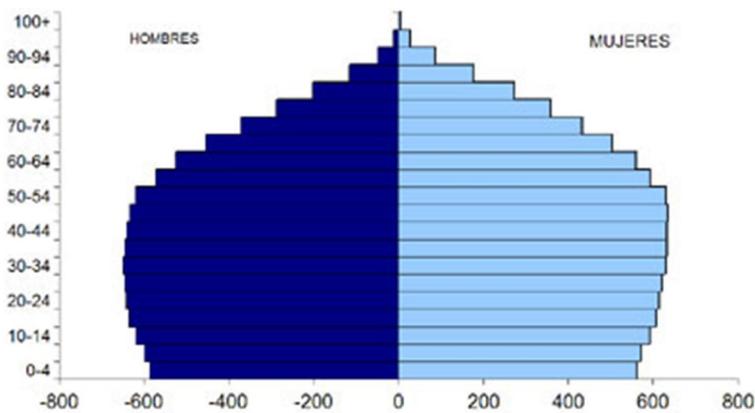


Figure 14 Pirámide 3: población por sexo y edad, 2050

**Fuente:** Naciones Unidas. División de Población del Departamento de Asuntos Económicos y Sociales (DESA). Proyecciones Mundiales de Población: 2010

### 3.3 Generalidades familiares

La familia, según la Declaración Universal de los Derechos Humanos, es el elemento natural y fundamental de la sociedad. La familia constituye la red básica de relaciones sociales, en su máxima expresión cultural y emocional. Los lazos principales que definen una familia, son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del

establecimiento reconocido como el matrimonio. Y vínculos de consanguinidad como la filiación entre padres e hijos”<sup>55</sup>

A través de la historia del hombre, la familia ha pasado por diferentes cambios de acuerdo a las circunstancias de la época en cuanto a su estructura y funcionamiento.

Hace tan sólo 3 décadas, lo normal era no dejar a los padres solos, sino acogerlos y protegerlos en su familia. Lamentablemente, resulta muy complicado trabajar en la calle, atender a los hijos y hacerse cargo de los progenitores, cuando entran en avanzada edad; sin embargo, hay recursos que se pueden utilizar para poder compatibilizar su vida con el cuidado de sus seres queridos más longevos. Es inevitable que la familia deba velar por el bienestar de cada uno de sus miembros, incluyendo el bienestar integral del Adulto Mayor.

“La familia es el principal recurso para mitigar la soledad, para aportar seguridad, para socializar, evitando el aislamiento y fortaleciendo un envejecimiento activo, seguro y saludable. En resumen, el Adulto Mayor es un activo social al que no podemos renunciar.

La familia juega un papel fundamental con relación al Adulto Mayor en la parte afectiva. Los Adultos mayores en la mayoría de veces se sienten aislados o utilizados por sus mismos familiares, en la manera que no les permiten tener sus propios espacios, ya que los limitan a realizar tareas de tipo domesticas como cuidar los nietos, hacer mandados entre otras. Logrando así, que estas personas pierdan su autoestima y cada vez se valoren de manera negativa ante los demás, porque se sienten frustrados ante lo que prefieren hacer en realidad y no les permiten realizar”<sup>56</sup>.

---

<sup>55</sup> Información tomada de la página de las Naciones Unidas; Derechos Humanos; [www.un.org](http://www.un.org)

<sup>56</sup> Rodríguez Nuria; 2006. Manual de Sociología Gerontológica; Barcelona; ed. Universitat de Barcelona.

Es importante tener en cuenta que no es la etapa de la vejez la causante de que las personas se vuelvan dependientes, sino que es la sociedad y principalmente la familia, en la mayoría de los casos, que hacen con su manera de proceder ante los Adultos Mayores que estos se conviertan en seres inactivos ya que siempre los miran con lastima y sobre todo con una perspectiva asistencialista, cuando estas personas tiene tanto potencial para aportar a la generación de hoy en día.

En la etapa final de la vida, la familia representa para los adultos mayores el ámbito protector en el que se refugian y del que esperan recibir auxilio, compañía, asistencia y cariño, depositando mayor expectativa en sus hijos y nietos que en sus pares. Cuando esta premisa no se cumple provoca en la mayoría de los casos situaciones de depresión, angustia y sentimientos de soledad y abandono.

Para los adultos mayores cuando la salud comienza a escasear también se produce un cambio en el desempeño de sus roles sociales y familiares, aquí es mucho más fuerte el sentimiento de aislamiento social cuando no hay un soporte familiar que lo contenga. Los roles que pudo haber desempeñado en organizaciones sociales, comunitarias o religiosas no son suficientes para reemplazar el entorno familiar.

Uno de los integrantes de la familia de los adultos mayores que adquiere gran importancia en esta etapa son los hermanos, es frecuente que se renueven relaciones, sobre todo cuando los hijos ya han partido del hogar paterno. Los hermanos son piezas claves en el mantenimiento de la identidad histórica, con ellos se comparten intereses y memoranzas de viejos tiempos.

Aun cuando la relación con los hermanos no haya sido muy cercana, en esta época se acentúan el sentimiento de responsabilidad familiar entre ellos, actúan como apoyos emocionales mutuos.

Es fundamental mantener y fortalece el vínculo familiar en esta etapa de la vida de las personas, porque de alguna manera es como la recompensa que se recibe por las infinitas donaciones que se tuvo que realizar durante toda su vida.

La familia funciona como un sistema, formado por un conjunto de unidades interrelacionadas con una características que son: la globalidad, la homeostasis, que es un sistema abierto (en continuo cambio), con una estructura y dinámica propias, con una reglas y roles establecidos, formado por unos subsistemas, con sus fronteras o límites y con una adaptabilidad y comunicación propias, en donde cada uno de sus integrantes interactúa como un microgrupo con un entorno familiar donde existen factores biológicos, psicológicos y sociales de alta relevancia en el desarrollo del estado de salud o de enfermedad.

“No existe un único tipo de familia, pudiendo cumplir todos ellos sus funciones en mayor o menor medida. Entre las más habituales están:

-familia extensa: varias generaciones de la misma familia conviven en el mismo domicilio.

-familia nuclear: formada por la pareja y los hijos. Esta puede ser nuclear sola o con agregado (habitualmente un abuelo) y completa o incompleta (con un solo padre/madre).

-otros tipos: personas solteras o sin familia, equivalentes familiares, etc.”<sup>57</sup>.

Crisis de cuidado y dependencia: una situación especialmente crítica ocurre cuando los padres no pueden cuidarse por sí mismos y precisan del cuidado de los hijos. Esto supone un cambio estructural muy importante, como veremos más adelante, no sólo para los hijos, con sus propias familia nuclear y sistema de convivencia que deben readaptarse, sino también para el anciano/s que pierden su independencia física y su sistema de normas y costumbres, y se ven en la tesitura de entrar en un sistema que ya no es el suyo, con esos “viejos desconocidos” que son ahora sus hijos.

---

<sup>57</sup> Fraiz, Teresa; 2001; La tercera Edad y la Familia. Cuba.

La resolución de esta crisis de dependencia va a requerir de una aceptación realista de las fuerzas y limitaciones y la habilidad para ser dependiente por parte del anciano. Será necesario también que el hijo adulto tenga la habilidad para aceptar el papel del cuidador y, al mismo tiempo, seguir siendo hijo. El objetivo debería ser llegar a un tipo de relación de ayuda que se ha dado en llamar madurez filial, que define un proceso en el cual ambos, padres e hijos, han de aprender a colaborar.

Teniendo en cuenta estas situaciones críticas y desde un punto de vista psicopatológico relacional, con la expresión tercera edad nos referiremos a aquella fase de la vida en la que el individuo percibe y afronta, solo o en pareja, la reducción progresiva de sus competencias, capacidades y salud, de sus posibilidades de moverse y de elegir, características sobre las que se articulan los diversos pasos de la vejez. Dichos pasos se suceden con diferentes grados de intensidad y con diferente potencial residual de adaptación (propio de cada individuo y de su sistema), en un contexto además en el que a menudo se replantean viejas y nuevas formas de dependencia del otro y de los otros.

Esta fase tiene cabida en el contexto sociofamiliar en el que los cambios acaecidos en la sociedad en general y en la estructura familiar en particular durante este último siglo han modificado y siguen modificando la situación de las personas ancianas. Pese a estas transformaciones, si las relaciones familiares se mantienen estrechas y cálidas, si se conservan y cuidan las amistades y si las actividades sustitutivas y de ocio son efectivas, la concurrencia de algún tipo de deterioro se tolerará mucho mejor.

En esta fase de la vida, tanto los familiares como las relaciones de amistad son fundamentales para mantener la autoestima. Así, se ha asociado el que la persona anciana mantenga unos niveles de interacción social y actividad altos con una menor mortalidad. El rol de abuelo, por ejemplo, en lo que conlleva de cuidado y relación con los nietos, supone también para el anciano una oportunidad para ampliar y enriquecer

determinados aspectos de su personalidad que anteriormente no había tenido oportunidad de desarrollar, con la consiguiente satisfacción mutua.

### 3.4 Generalidades psicológicas

A través de la vida en el desarrollo de la personalidad de todo individuo, surgen una serie de cambios que proporcionarán características especiales en el funcionamiento psíquico de cada una de las etapas que pasará. Tenemos entonces que el adulto mayor, que presenta rasgos específicos de acuerdo a ciertas condiciones biológicas, psicológicas y sociales, podrá ser comprendido utilizando como instrumento nuestro saber psicológico.

“Los cambios biológicos y sociales, en interacción con la propia personalidad del individuo, perfilarán la transición hacia el establecimiento de un nuevo equilibrio; situación que consideramos con un proceso dinámico y de adaptación de éste. Como en otras etapas claves de su vida, la persona requerirá desarrollar un nuevo sistema defensivo, eficaz para el mantenimiento de su integridad psíquica.

Esto, no permite observar que, resulta imposible intentar comprender los aspectos psicológicos de adulto mayor, si lo hacemos tomando a la persona aislada de su contexto social, con el que existe una constante interacción.

En cuanto a los aspectos psicológicos, sería más correcto tratarlos como psicosociales. La autopercepción que tiene la persona de su dependencia formaría parte de esta dimensión. Aunque no se puede olvidar que esa autopercepción está condicionada, en gran medida, por las variables sociales que está actuando.

En esta dimensión lo que se observa es un sentimiento de soledad, que viene determinado por variables endógenas. El sujeto se vive como incapaz de generar

nuevas respuestas humanas que le ayuden a mantener una vida personal y social activa”<sup>58</sup>.

La comunicación presenta pérdidas en calidad y cantidad, los mensajes de sentimiento de pérdidas son significativos, así como el sentimiento de no tener capacidad para enfrentarse a la situación de dependencia. Es habitual hacer un análisis comparativo de situaciones anteriores respecto a lo que existe en la actualidad. Este análisis siempre está impregnado de las carencias o pérdidas que percibe en el momento actual.

De una forma operativa, la interacción de las tres dimensiones se identifica en la respuesta funcional del sujeto en su cotidianidad. Esta respuesta funcional se puede concretar en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y en la capacidad para realizar las AIVD. Para que el sujeto realice este tipo de actividades tiene que poner en marcha mecanismos personales que incluyan la dimensión física, social y psicológica, así como estar en un entorno social óptimo, donde la red de apoyo y los recursos colectivos sean de calidad y en cantidad suficiente.

La psicología del envejecimiento se caracteriza por los cambios conductuales que se relacionan con las influencias ambientales que influyen y se reflejan positiva o negativamente en los adultos mayores. Cada persona mayor es un individuo al cual cada experiencia vital y cada modificación en su entorno ejercen un efecto sobre ella.

### **3.4.1 Aspectos psicológicos del adulto mayor**

Pérdida de la autoestima:

“Muchos adultos llegan a la edad de la jubilación y aún se sienten en plenitud para la realización de sus trabajos.

---

<sup>58</sup> Altarriba Xavier. 1992. Gerontología: Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer. España.

Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo. Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres de casa, etc. Aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a los 65-70 años sienten, sin embargo, que su mente está lúcida y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación y otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. En una palabra, es decir, que ya no le necesitan, que prescindan de él o ella.

Muchos adultos llegan a la edad de la jubilación y aún se sienten en plenitud para la realización de sus trabajos. Frecuentemente nos encontramos con personas de edad avanzada que están plenamente en forma, totalmente vigentes, lúcidas, llenas de iniciativas y planes de trabajo.

Muchos hombres y mujeres científicos, literatos, escritores, investigadores, políticos, hombres de campo, mujeres de casa, etc. Aunque ven disminuidas sus potencialidades físicas al llegar a los 65-70 años sienten, sin embargo, que su mente está lúcida y sus ganas de hacer buenas cosas permanecen inalteradas. A pesar de que ellos se ven bien, la sociedad les dice por medio de la jubilación y otras señales, que ya deben dejar el puesto a gente más joven y nueva, y que deben retirarse. En una palabra, es decir, que ya no le necesitan, que prescindan de él o ella.

Una de las primeras necesidades de todo ser humano es la de sentirse aceptado, querido, acogido, útil y capaz, reconocido, digno, perteneciente a algo y a alguien, todos ellos sentimientos en los que se basa la autoestima. Por lo tanto no puede haber autoestima en el individuo si éste percibe que los demás prescindan de él. La autorrealización y que consiste en el desarrollo integral de las posibilidades personales. Autoestima consiste en las actitudes del individuo que éste mantiene hacia sí mismo. Cuando éstas son positivas hablamos de buen nivel o alto nivel de autoestima. Al nombrar la palabra actitudes ya hemos incluido el mundo de los afectos

y sentimientos y no de los conocimientos, pues los componentes de la actitud encierran gran variedad de elementos psíquicos. Un buen nivel de autoestima es garantía de que la persona podrá hacer frente con dignidad a importantes contrariedades de la vida y no decaerá su ánimo fácilmente.

La persona mayor que se siente bien, saludable y con fuerzas y se le dice que ya se puede prescindir de ella, es muy probable que influyamos en el deterioro de su autoestima y sienta que se piensa que ya no puede aportar nada a pesar de ella sentirse bien y capaz.

Después de todo, la autoestima, insertada en el sistema actitudinal de la personalidad es un todo muy complejo. Todo el valor afectivo-emotivo que ella encierra no se limita a sólo afectos anímicos sino que proyecta sus múltiples consecuencias también hacia lo físico como hacia lo somático.

Los nuevos estudios indican que las emociones positivas y negativas influyen en la salud más de lo que se suponía hace algunos años y que si no tenemos un desarrollo óptimo afectivo no se desarrolla la inteligencia (Existe una relación directa entre el afecto y el desarrollo cerebral, intelectual). El ser humano actúa y toma decisiones no tan sólo por su intelecto sino por la calidad e intensidad de los sentimientos que le embargan en ese momento (pérdida del trabajo, de los compañeros de éste más jóvenes pero que ya no lo frecuentan, pérdida de amigos y seres queridos que van muriendo, pérdida de estatus, etc.)

Los Parámetros y valores culturales actuales favorecen poco la autoestima del Adulto Mayor. La ideología físicobiologista siempre imagina la vida en términos de comienzo, plenitud y decadencia. Esta ideología debe ser superada: la afectividad y la razón no decaen al ritmo de la decadencia biológica sino que crecen y se fortalecen en el adulto mayor saludable hasta el último día de su vida. Por eso la organización Mundial de la Salud define al adulto mayor como aquel individuo cuyo estado de salud

se considera, no en términos de déficit, sino de mantenimiento de capacidades funcionales.

Por otro lado es importante recordar que las células cerebrales se envejecen más lentamente que las otras del organismo si se les mantiene activas por lo que es bueno aprender una gimnasia intelectual.

Pérdida del significado o sentido de la vida:

Eric Erickson nos enseña que la personalidad y el desarrollo se hallan siempre en proyecto y que nunca termina de crecer, considera a la última etapa de la vida como la de integración versus la desesperación. La integridad vista como la disposición a defender la dignidad del propio estilo de vida contra la amenaza física y económica. Alcanzar la integridad consiste en haber logrado un especial estado del espíritu que es la aceptación de la realidad de uno mismo y de la propia vida, resultante del abandono de ilusiones. Sin embargo quienes siguen acariciándolos sin ser realistas desarrollan los sentimientos de fracaso, frustración y decepción de uno mismo que resultan inevitablemente en un sentimiento de desesperación.

Se dice que el vacío existencial es la neurosis masiva de nuestro tiempo, ella se produce en el propio ser. La propia existencia carece de significación. Esto puede desencadenar una serie de síntomas depresivos. Esto le sucede con más facilidad al adulto mayor. Uno podría preguntarse. ¿Qué es primero, la depresión o la pérdida del sentido de la vida? Esto no se aprecia en adultos mayores mentalmente activos. Ellos son también capaces de enfrentarse a la muerte con más serenidad que aquellos quienes perciben que su vida carece de sentido.

Pérdida de la facilidad de adaptación:

Al llegar a una mayor edad la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos

interés. En realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas evolutivas del individuo.

A esta edad el problema se agudiza pues viene sazonado de otros tintes de marginación social. Por eso el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación: son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias.

Así puede parecer como persona algo rígida, chapada a la antigua, aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma en la que la persona quisiera o considera que sería lo justo. La agresividad, la fácil irritabilidad (verbal o gesticular) que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.

La aflicción o tristeza por una pérdida:

Esta clase de dolor es una respuesta normal y saludable a diferentes tipos de pérdidas. Una puede ser la de la pareja de tantos años, o de la salud, o del trabajo. Para calmarla, la persona tiene que aceptar los términos finales de esta pérdida. Para ello se pasa por diferentes estadios: Shock o confusión por sorpresa desagradable o confusión, negación, enojo o molestia por el abandono, amargura, fingimiento de haber vuelto a la normalidad, enfrentamiento a la realidad depresión, sin esperanza, culpa, hasta que va pasando.

Es aconsejable hablar de esto con otras personas, seguir con sus actividades acostumbradas dentro de lo posible, dormir bien, evitar el alcohol, tabaco o drogas, no tomar decisiones importantes de inmediato y pedir ayuda psicológica si se necesita.

Insomnio

Es muy común en las personas mayores de 65 años pues los patrones de sueño cambian al envejecer.

Las causas pueden ser físicas, ambientales o de comportamiento (ruido, comer tarde en la noche, dormir durante el día, etc.), ingerir cafeína, alcohol, nicotina, algunos antidepresivos, medicinas estimulantes, horario de las medicinas, mentales como ansiedad o depresión; estrés como problemas familiares, financieros, de salud. El insomnio puede ser tratado eficazmente.

### Estrés

Es causado por el instinto del cuerpo de defenderse a sí mismo. Es bueno en emergencias pero puede causar síntomas físicos si perdura por mucho tiempo. Se puede presentar en la edad avanzada ante la inminencia de la jubilación, problemas familiares, problemas financieros. Se puede aprender el manejo adecuado del estrés.

### Pérdida de la Memoria

La edad va asociada a la pérdida normal de la memoria. (Perder un objeto, no recordar nombres, fechas, o las cosas por las que había ido a la tienda, una cita, etc.). Otra muestra puede ser la charla repetitiva sobre un solo tema, una y otra y otra vez. La pérdida de memoria asociada a un deterioro leve de las funciones mentales es más delicada pues corren un alto riesgo a la enfermedad de Alzheimer. También se puede dar una pérdida anormal de la memoria. Se caracteriza por problemas como la desorientación, incapacidad de recordar hechos muy recientes, y confusión. Puede ser el desarrollo de una demencia. Es necesario un buen diagnóstico diferencial pues también algunos medicamentos u otros trastornos pueden ocasionar estos síntomas. Un diagnóstico oportuno permite un tratamiento temprano.

Hemos visto aspectos negativos de esta edad, y sobre todo los sentimientos derivados de la autopercepción que el individuo tiene de sí mismo al llegar la edad de su retiro y jubilación. Pero no todos los cambios de esta edad son negativos, o los que lo son no siempre obedecen a "problemas de la edad"; también existen aspectos positivos.

Uno de los aspectos positivos más importantes de la tercera edad es la capacidad de estabilidad y continuidad, cualidad que proporciona al anciano la aureola de persona digna de confianza, capaz de recibir confidencias y de entregar consejos sabios. Por eso, el anciano, al llegar a esta edad de la última etapa de su vida, sabe sustituir o compensar las pérdidas y defectos, por las ganancias y ventajas; se acomoda y adapta a las carencias, pero de ninguna manera renuncia a las conquistas, como veremos en seguida<sup>59</sup>.

### 3.4.2 Estrategias Psicoterapéuticas

La aplicación de estas estrategias debe aportar no solo a los adultos mayores, sino también a sus familias, para reconocer formas de autoayuda que permita mejorar su calidad de vida.

Profesionales coinciden que los objetivos que se persigan con estas técnicas deben contribuir en primera instancia destacar:

- La capacidad de reconocer y evaluar los cambios en el estado de ánimo del adulto mayor para lograr un equilibrio de estos.
- Un mayor autoconocimiento de modo que potencialicen aquellos estados más placenteros y disminuir los que les desagrade.
- Reivindicar el concepto de Adulto Mayor o Vejez.
- Promover cambios de estilos de vida, hábitos y costumbres, favoreciendo la salud del anciano.

---

<sup>59</sup> Altarriba Xavier. 1992. Gerontología: Aspectos biopsicosociales del proceso de envejecer. España.

- Estimular la participación familiar en la identificación y búsqueda de soluciones a los problemas del adulto mayor.
- Desaprender los prejuicios, mitos e ideas erróneas acerca de la vejez que están instalados en el imaginario social.
- Discutir la información para una mejor comprensión del proceso de envejecimiento, de los cambios y transformaciones que ello implica.
- Motivar para uso adecuado del tiempo libre con la realización de actividades intelectuales, recreativas, sociales y de aprendizaje que tengan como fin el esparcimiento y socialización.

## 7. Metodología

### 7.1 Tipo de Estudio

La metodología que se utiliza en esta investigación es una metodología descriptiva pues el investigador se enfocará en establecer la relación entre psicomotricidad y el derecho a la salud, se realizara una encuesta a las personas que participen en esta evaluación, Es de tipo transversal, pues la recolección de datos se dará en un tiempo determinado, de enero a mayo del 2012, es decir se hará un corte en el tiempo donde el investigador recolectará y analizará datos.

Según el enfoque, la presente investigación busca recolectar información cualitativa, que permitan reconstruir la realidad sobre el tema planteado. Es importante además realizar un análisis cuantitativo, pues éste nos permite analizar los datos obtenidos desde el punto de vista numérico, a fin establecer estadísticamente y así determinar las limitaciones y oportunidades de las personas adultas mayores para el ejercicio al derecho a la salud.

El universo serán todos los adultos mayores que viven en el barrio de la Vicentina de la ciudad de Quito.

La muestra será de 175 personas adultas mayores jóvenes del barrio la Vicentina comprendidos entre 60 a 70 años. Se llega a este número de personas mediante una fórmula estadística de tamaño muestra que consiste en el total de la población a estudiar, pero si la población es infinita se deja este campo en blanco, la variable con la que se puede contar para que el trabajo sea casi exacto es la variable de confianza es decir el investigador pone el porcentaje con el que quiere que quiere que el trabajo salga con un error mínimo.

La matriz que se utilizó para el calcula de la población a investigar se encuentra en anexos.

Las fuentes de información serán primarias puesto que serán las personas de la tercera edad las que proporcionaran la información para el presente trabajo, también se utilizarán fuentes de información secundarias que es la aplicación de una encuesta a las personas de la tercera edad del barrio de La Vicentina Alta, así mismo utilizaremos bibliografía para desarrollar el trabajo y ampliar el contenido de la investigación.

La técnica a utilizarse será observacional y un cuestionario que desarrolle la relación entre la variable y el indicador mediante preguntas abiertas y cerradas a la población a investigar la realizara el investigador, se llevara a cabo en la casa d cada una directamente con las personas involucradas.

El instrumento será una guía de observación de la cual se obtendrán los datos que queremos obtener para el presente trabajo de investigación.

## 8. PRESENTACION Y ANALISIS DE DATOS

A continuación se presentan los datos o resultados obtenidos de la aplicación del instrumento.

**GRAFICO No 1**  
**Adultos mayores por género**

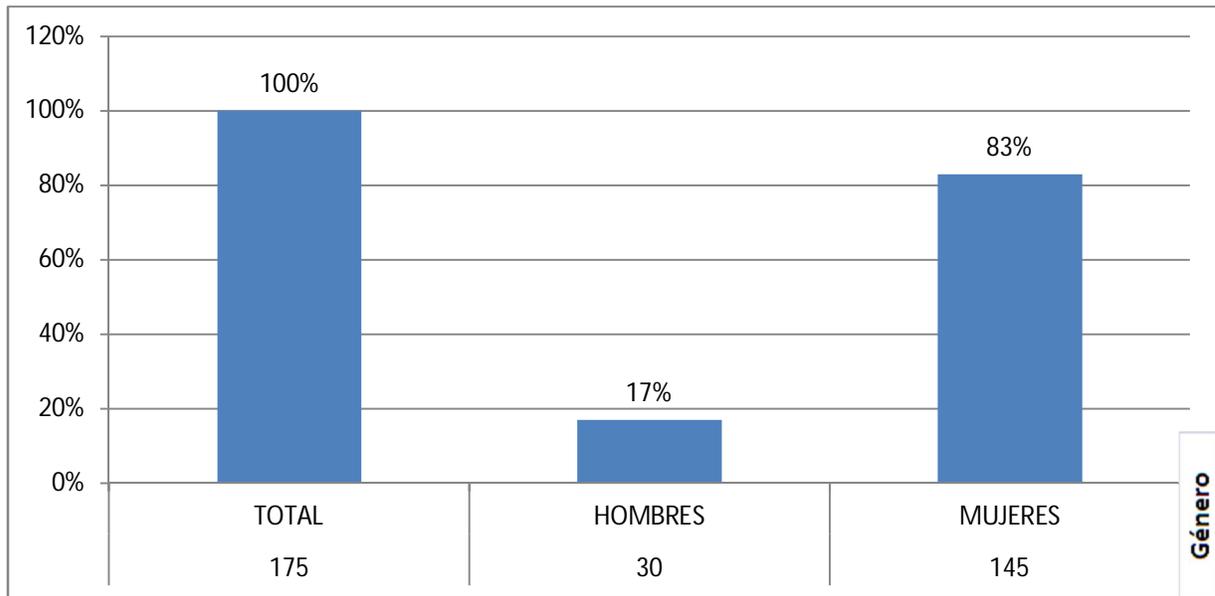


Figure 15 Adultos mayores por género

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Se consideró como universo de esta investigación a hombres y mujeres a partir de los 65 años; edad que oficialmente se la conoce como “adulto mayor” con 175 sujetos siendo 30 hombres con el 17% y 145 mujeres con el 83%.

## GRAFICO No 2

### Adultos Mayores por Género, según edades

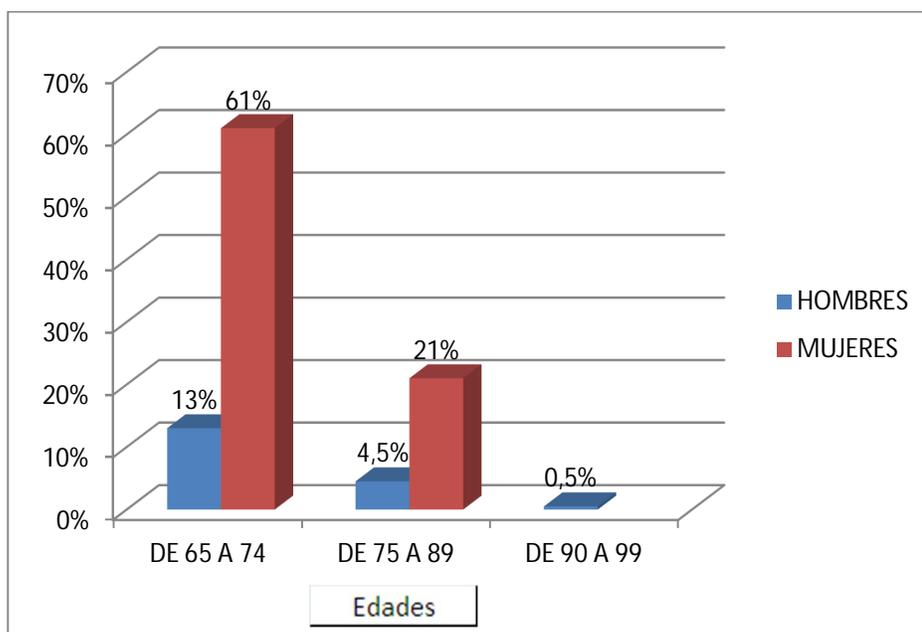


Figure 16 Adultos Mayores por Género, según edades

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Los adultos mayores entre los 65 a 74 años son mujeres que corresponde al 61%, y hombres 13%; adultos mayores entre 75 a 89 años mujeres 21% y hombres 4,5% mientras que el 1% son longevos comprendidos entre 90 a 99 años y es mujer, entonces, los resultados plantean una analogía: a mayor edad menor el número de personas en este rango de edad, tal vez porque se relaciona edad avanzada (seniles – longevos) con el deterioro funcional que este tipo de ancianos serían menos capaces para salir de sus hogares, siendo así, la pérdida funcional cobra importancia cuando empieza el declive gradual por el aumento de la edad.

Surge el enigma de que grado de dependencia y discapacidad van a sufrir los ancianos si todos los subgrupos de edades envejecen en su interior lo que significa que

en un futuro cercano los adultos mayores de 70 y 80 años aumentarán en número, implicando mayor demanda de asistencia sanitaria y gasto social.

### GRAFICO No 3

#### Relación entre Género y Estado Civil

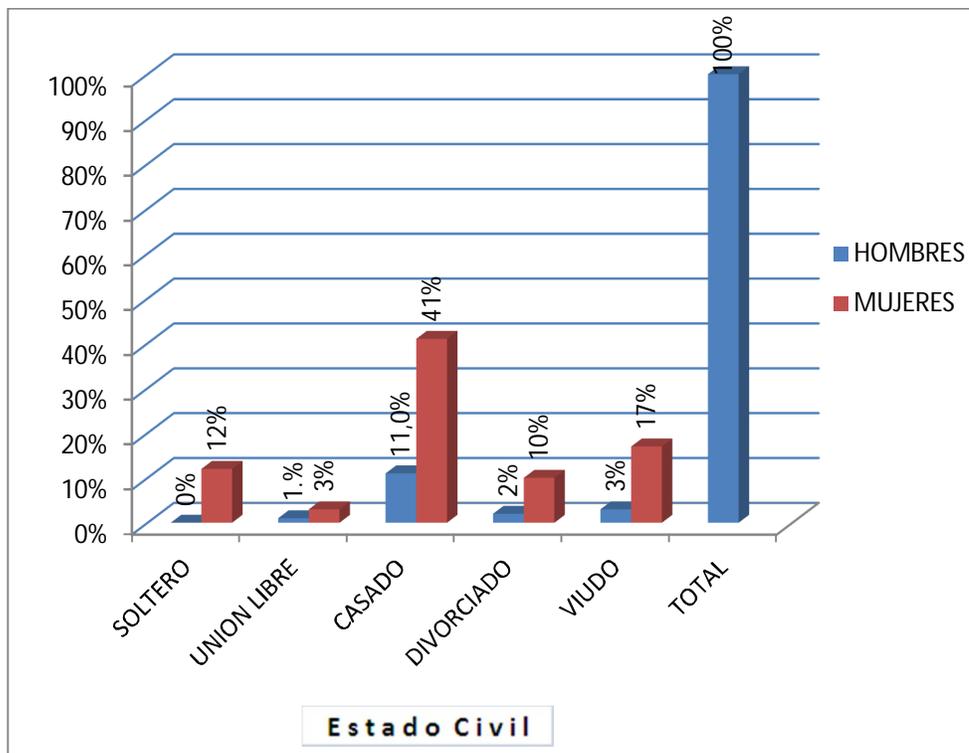


Figure 17 Relación entre Género y Estado Civil

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

El gráfico muestra los porcentajes más altos en las categorías de casados con 52% y en unión libre con 4% es decir que 6 de cada diez adultos mayores son casados o en unión libre y que de 2 de cada diez adultos mayores son viudos con un 20%.

En general se considera que los adultos mayores en situación conyugal tienen mayor sobrevivencia, ya que constituye un factor de protección por supuesto si la funcionalidad familiar es adecuada o por el contrario de riesgo si es inversa.

Como se mencionó en párrafos anteriores el predominio es femenino en todas las cifras es así que el 41% de mujeres son casadas. Situación que sugiere el rol de las mujeres en su ámbito familiar.

#### GRAFICO No 4

#### Adultos Mayores según Estado Civil por Edad

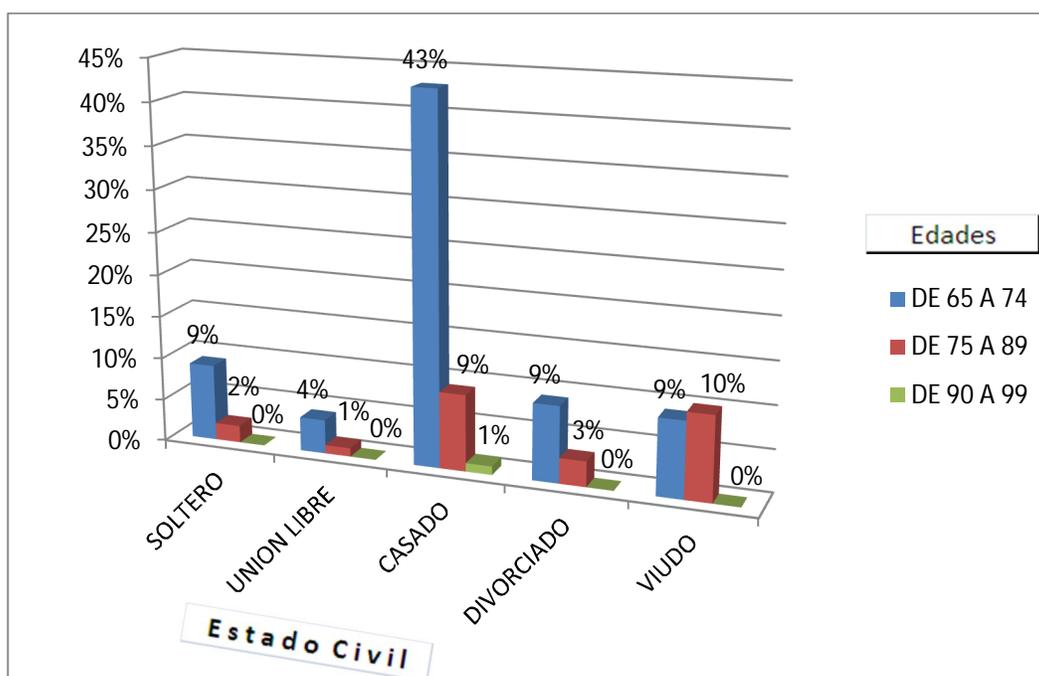


Figure 18 Adultos Mayores según Estado Civil por Edad

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Existe una característica común en los datos relacionados a la edad y al estado civil; de los sujetos pertenecientes al estudio el 43% de los adultos mayores entre los 65 a 74 años son casados, en este periodo de la vida se considera a las personas

todavía “jóvenes” pero a medida que aumenta el rango de edad el estado civil va cambiando a viudos.

Los viudos se encuentran en mayor porcentaje entre los ancianos de 75 a 89 años con un 11%. Existe un valor similar entre los ancianos solteros y divorciados cada uno de ellos con un 9%. A los adultos mayores viudos, solteros, divorciados se los considera en una situación menos favorable ya que estos contarían con menos apoyo económico y afectivo que los que están casados.

### GRAFICO No 5

#### Adultos mayores según el tipo de familia

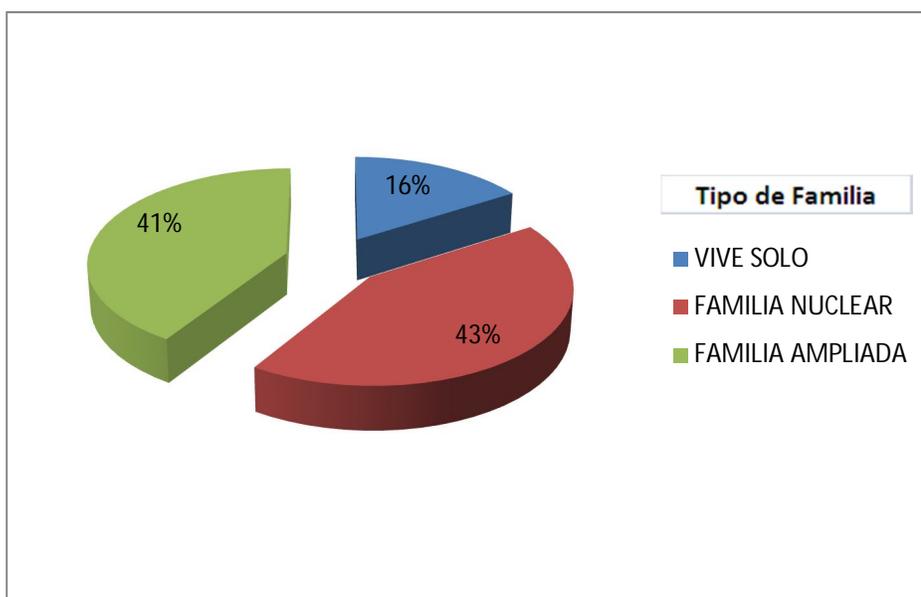


Figure 19Adultos mayores según el tipo de familia

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

En esta etapa de la vida el núcleo familiar cambia como parte del ciclo vital familiar y social ya sea por viudez o por que los hijos han formado sus propios hogares,

comúnmente los adultos mayores viven con sus cónyuges, solo o se incorporan al hogar de alguno de sus hijos.

Esta situación se demuestra ya que la familia ampliada tiene un 41%; la familiar nuclear tiene un 43%, sin embargo el 16% de adultos mayores viven solos porcentaje que va en aumento. La soledad se asocia con riesgo de salud y por ende con una mayor demanda de atención socio sanitario sin embargo la mayoría se hallan acompañados.

“Generalmente los ancianos que son divorciadas, separadas o viudas forman parte de la familia ampliada incrementándose el número de miembros en el hogar en consecuencia hay una mayor carga económica, según datos del INEC muestran que en el Ecuador el 20,9% de hogares tienen adultos mayores formando parte de las familias extensas”<sup>60</sup>.

En muchas ocasiones la mujer adulta mayor que pasa a formar parte de los hogares extensos busca una alternativa a la contribución financiera familiar al prestar servicios de cuidado de los nietos adquiriendo el rol de crianza, tarea que no suele ser remunerada.

---

<sup>60</sup> Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; [inec@inec.gob.ec](mailto:inec@inec.gob.ec)

## GRAFICO No 6

### Adultos Mayores según dependencia económica

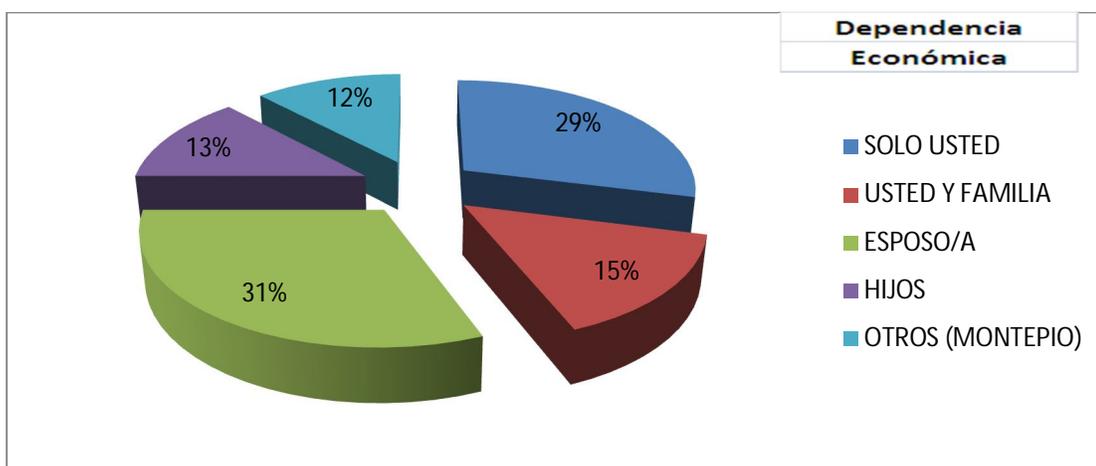


Figure 20Adultos Mayores según dependencia económica

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

La población adulta mayor usualmente recibe un ingreso y/o depende económicamente de su propio trabajo o inversión, de pensiones por jubilados, de sus familias y algunas son beneficiarias del montepío.

En Ecuador se considera a los ancianos ocupados a aquellos que tienen empleos asalariados e informales, podemos observar que el 29% de adultos mayores dependen de su propia economía para subsistir, es un grupo considerable dentro de la dependencia económica, un 15% mantiene una economía compartida con la familia, es decir ayuda con los gastos del hogar puesto que vive en dependencia de la familia, así mismo vemos que un 31% depende económicamente de la ayuda del esposo generalmente, pero este ingreso podría resultar insuficiente frente a las necesidades individuales y de salud que ellas presenta ya que las mujeres por el hecho de tener y haber tenido participación económica activa inferior en su rol familiar y social (dedicadas a los quehaceres domésticos.), tenemos también un 13% de personas adultas mayores que dependen de sus hijos para poder subsistir dignamente, y por

ultimo un 12% que económicamente dependen de ingresos de otras fuentes como lo es el montepío.

“Según la encuesta sobre las condiciones de vida indica que cuatro de cada diez adultos mayores de la ciudad de Quito no están afiliados o cubiertos por un seguro además existe una diferencia marcada entre hombres y mujeres en una relación de 3 a 1; situación que disminuye el acceso de las personas mayores a la salud y a las pensiones por jubilación, pero en el caso de las viudas el 12% se benefician de la pensión asistencial (montepío).

En el país el 62.1% y en Quito el 60.2% de adultos mayores se declaró económicamente inactivo, dado el hecho que la sobrevivida a partir de los 65 años ha aumentado en 18 y 20 años para hombres y mujeres respectivamente es natural que ellos deseen estar o continuar insertos en el mercado laboral; situación que los motiva a buscar capacitación en los centros ocupacionales para generar un ingreso económico y mejorar en algo sus condiciones de vida”<sup>61</sup>.

Tratadas las condiciones de dependencia económica que tiene la población adulta mayor más el bajo nivel educativo, la poca cobertura de las pensiones por jubilación, las dificultades para continuar en el mercado laboral dan como efecto adultos mayores pobres en una situación de inequidad y desventaja.

---

<sup>61</sup> CEPAL/CELADE. Mencionado en el Estudio de Protección Social de la Tercera Edad 2007. Ecuador

## GRAFICO No7

### Adultos mayores según tipo de vivienda

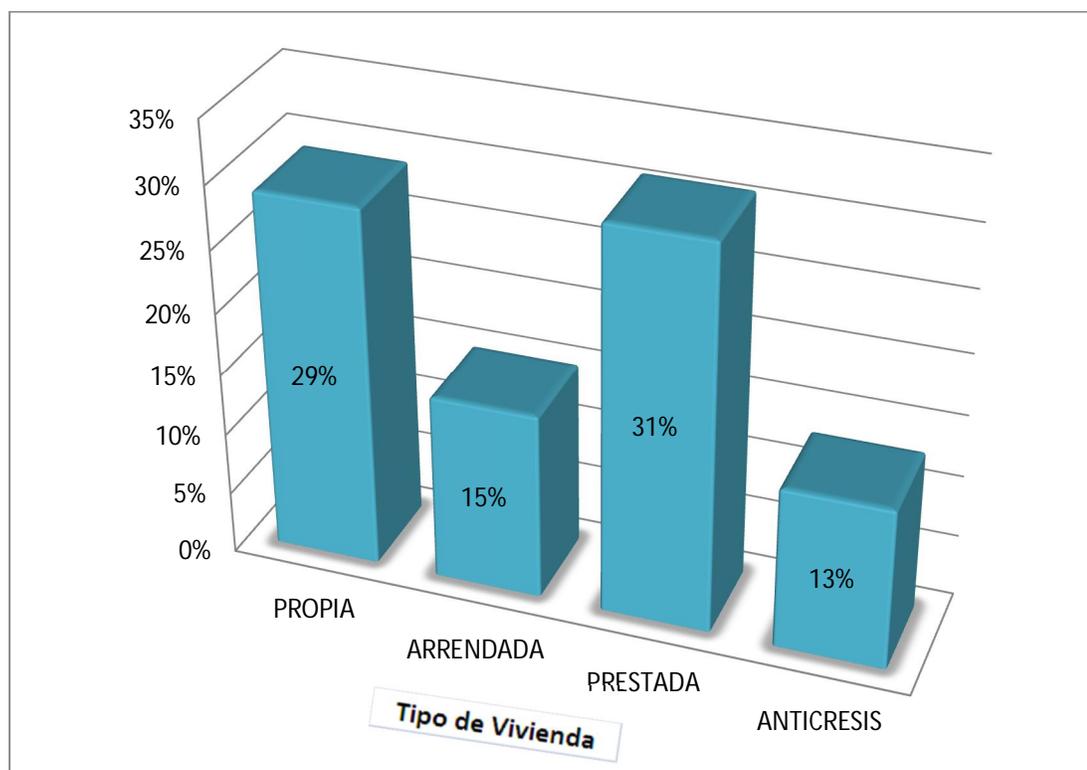


Figure 21Adultos mayores según tipo de vivienda

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Un medidor de las condiciones materiales de vida de las personas es el tipo de vivienda que ocupan o poseen y de los servicios con que estas cuentan. “los valores en el país revelan que el 80% de adultos mayores son propietarios de sus viviendas, pero se debe considerar las características de las mismas; de allí el 20% de adultos mayores residen en casas con carencias en su estructura y falta de servicios según las necesidades de este grupo poblacional.

Se observa que el 71% de ancianos son propietarios de sus casas, el 19% arrienda una vivienda, el 8% sus hijos les prestan una habitación y un 2% viven en residencias anticresis. Pese al alto porcentaje de ancianos que tienen vivienda propia,

cabe enfatizar que adquirirlas les ha costado años de trabajo, esfuerzo, ahorros, privaciones y aun así no significa que dichas residencias estén adecuadas a los requerimientos de su edad a las tareas que realicen sin tropezarse con barreras arquitectónicas.

### GRAFICO No 8

#### Adultos mayores según el grado de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria

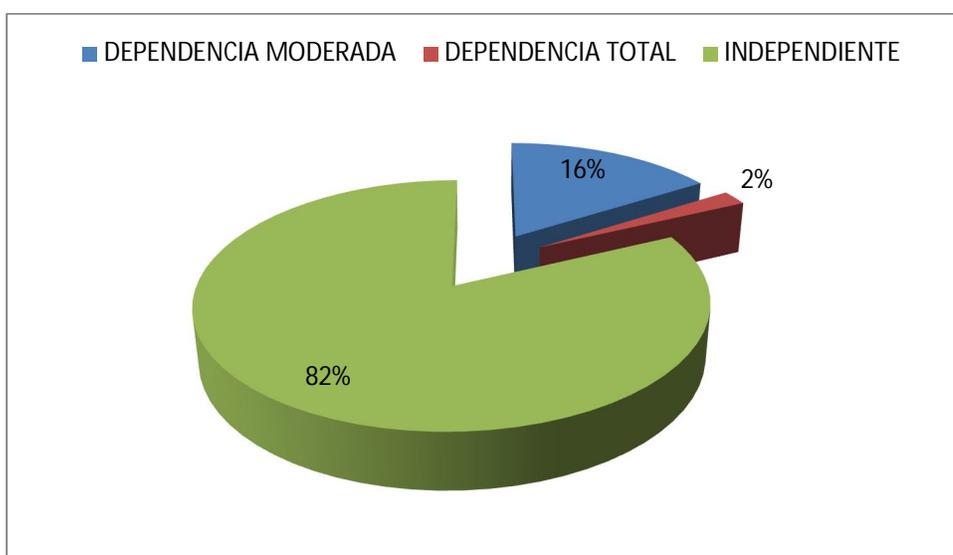


Figure 22Adultos mayores según el grado de dependencia en las Actividades de la Vida Diaria

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Las actividades de la vida diaria (AVD) que constituyen el nivel más bajo de funcionamiento humano y son consideradas como aquellas imprescindibles para vivir relacionados con el autocuidado tales como: comer, bañarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, traslado, deambulaci3n,

La mayor parte de adultos mayores es decir el 82% conservan sus capacidades funcionales desenvolviéndose de forma independiente en las actividades

básicas de la vida diaria. El envejecimiento saludable tiene como fundamento mantener a los adultos mayores independientes y activos es decir en plena capacidad y funcionalidad dentro del núcleo familiar y de su comunidad.

La población con dependencia moderada (16%) tiene dificultades para desenvolverse por sí solos y precisan de cierta ayuda de otra persona para realizar las actividades como ir al retrete, deambular, subir y bajar escaleras debido a los cambios ocasionados por el envejecimiento como son la pérdida de la estabilidad y el balanceo al andar, además de las alteraciones sensoriales disminuyendo el riesgo de dependencia, sino se toman medidas preventivas y de asistencia necesarias. Dentro de este grupo existe una persona longeva.

Los ancianos con dependencia total (2%) dependen totalmente de otra persona para realizar las actividades estas personas presentan problemas musculoesqueléticos relacionados con artritis reumatoide estas afecciones son las principales causas de inmovilidad en el adulto mayor y generan complicaciones como pérdida de actividades de esparcimiento, de relaciones sociales y de autocuidado, así como un alto riesgo de depresión por el aislamiento.

Existe una persona longeva que tiene una dependencia moderada en la realización de las AVD, pero hay muchos que van a conformar este grupo de edad en los próximos años,

En nuestro país no existen estudios relacionados a la evaluación de las actividades de la vida diaria; sin embargo, De la Torre, S. (2007) en su tesis sobre la importancia de la actividad física en la Tercera Edad aplicada en el Centro Diurno El Jirón del D.M.Q. realiza la valoración de la Movilidad Física y relaciona los resultados con la importancia de la actividad física en el retraso del deterioro funcional y el mantenimiento de la independencia y la autonomía en la Vejez. Además concuerda con la Sociedad Andaluza de Salud al proponer la aplicación de Test (Barthel, Lawton, Barber, Goldberg, APGAR familiar entre otros), que permitan evaluar de forma integral a la población geriátrica que asiste a este tipo de centros.

## GRAFICO No 9

### Adultos mayores según el grado de dependencia de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

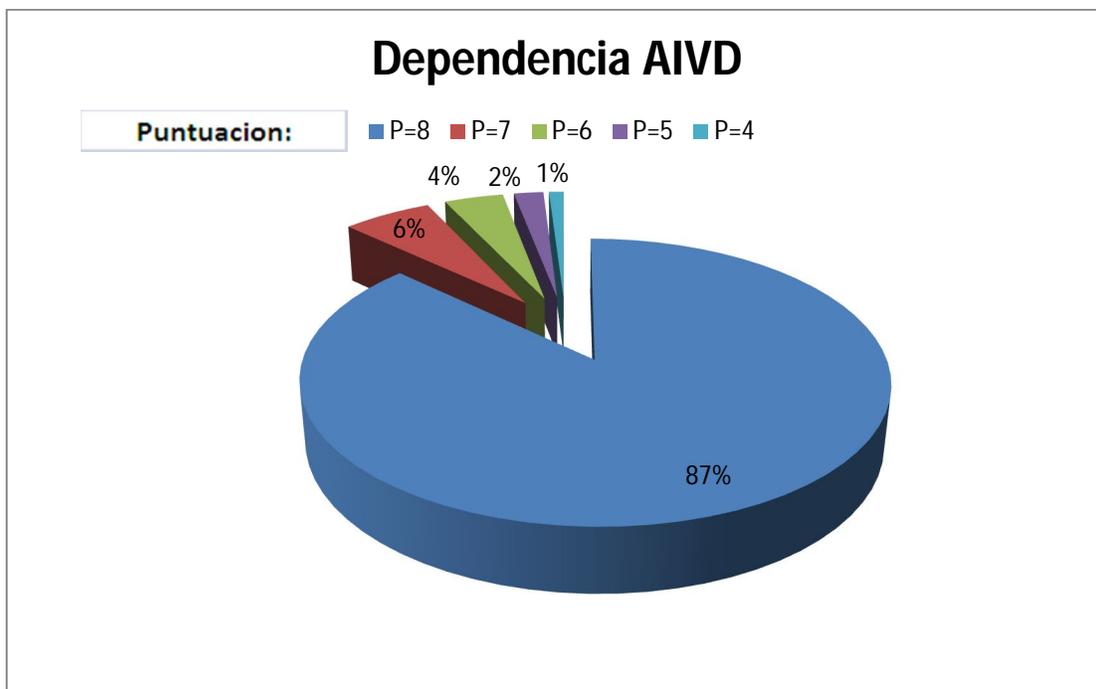


Figure 23Adultos mayores según el grado de dependencia de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Al medir la capacidad de realización de las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) relacionados al uso del teléfono, ir de compras, preparación de la comida, cuidado de la casa, lavado de la ropa, uso del transporte, responsabilidad de la medicación, manejo del dinero, y cuyo rango de evaluación va de 0 (máxima dependencia) a 8 (independencia total).

En general el 87% de ancianos tienen una puntuación de 8 siendo independientes en la realización de las AIVD como por ejemplo cocina, puede realizar un tejido, danza, teatro, manualidades, actividades recreativas como gimnasia, paseos, juegos de mesa complementan con otras en el fomento y prevención de la salud de los

adultos mayores desarrollando sus destrezas y habilidades, además de que ellos tienen la posibilidad de compartir, producir, aprender y recrear junto con otros.

El 6% de los adultos mayores obtuvo una puntuación de 7 es decir que aún puede realizar las actividades instrumentales de la vida diaria de una manera independiente, mientras que un 4% de las personas encuestadas obtuvo una puntuación de 6 lo que significa que pueden realizar actividades instrumentales pero con la ayuda o supervisión de otra persona, un 2% obtuvo la puntuación de 5 que significa que pueden realizar ciertas actividades instrumentales pero necesitan de otra personas para realizar las actividades, y por ultimo un 1% de los adultos mayores encuestados tiene una total dependencia de otra persona para que realice estas actividades

Los adultos mayores sujetos al presente trabajo investigativo en su conjunto y entre ellos tuvieron puntuación igual o menor al 5 (el 3% puntuación relacionada a la edad avanzada y a problemas motores), manifestaron que tienen muchas dificultades al realizar tareas como el arreglo de la casa y la movilización cuando usan el transporte público debido a los problemas causados por las limitaciones físicas, motoras y sensoriales que se producen entre ellos la falta de consideración por parte de los profesionales del transporte y de la comunidad.

“En tal virtud la realización de las AIVD requiere una adecuada funcionalidad física, psíquica, y social. Física ya que estas actividades tienen un componente sensomotor con la integración sensorial de conciencia, pensamiento y destreza; neuromuscular como el reflejo, tono, fuerza, resistencia; motor en la coordinación gruesa, fina, tolerancia a la actividad. Psíquica en la capacidad de orientación tiempo, espacio, persona, aprendizaje, memoria, atención, comprensión de la realidad, lenguaje, comunicación. Y social que tiene que ver con la capacidad de relacionarse con los otros así como con la integración social y cultural”<sup>62</sup>.

---

<sup>62</sup> Quiroz, C., Gonzales, A. & Rangel, C (2009) Estudio sobre Actividades de la Vida Diaria de los Adultos Mayores aplicado en el Instituto de Seguridad Social de México

Todas estas actividades parecen simples pero funcionalmente son complejas y determinan la autonomía o la dependencia del individuo y el deterioro o la pérdida de estas destrezas disminuye su calidad de vida de los adultos mayores.

### GRAFICO No 10

#### Adultos mayores según el grado de dependencia de las AIVD por subgrupos de edades

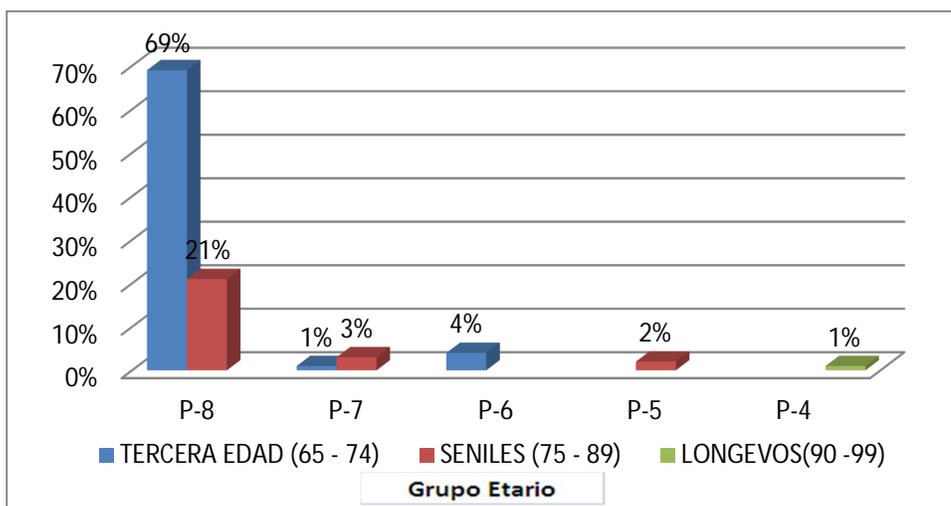


Figure 24Adultos mayores según el grado de dependencia de las AIVD por subgrupos de edades

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Los resultados indican que entre los factores relacionados a un mayor grado de dependencia y deterioro de la capacidad funcional para la realización de las actividades diarias está en primer lugar la edad.

El incremento de las tasas de envejecimiento poblacional se debe a factores sociodemográficos (disminución de la mortalidad y aumento de la esperanza de vida; la disminución de natalidad), ello implica también el aumento de las necesidades de recursos médicos y sociales; el subgrupo dentro de los adultos mayores que más crece es el de 80 años a más. La persona que tiene una puntuación de 4 en la escala de

Lawton es longeva (edad comprendida entre los 90 a 99 años), una puntuación de 5 el 1% conformado por seniles (74 a 89 años). Lo que evidencia un mayor deterioro funcional a medida que la edad aumenta, con un mayor grado de dependencia necesitando ayuda en la realización de las AIVD.

Sin embargo, el 90% de adultos mayores tienen una puntuación de 8 es decir, son independientes en la realización de las AIVD quienes están comprendidos en las edades de 65 a 74 años con el 69% y de 74 a 89 años con el 21%.

Los datos relacionados al total de cada grupo de edad muestran que con la puntuación de 8 los adultos mayores comprendidos entre los 65 a 74 años fueron el 93% de 129 personas, entre 75 a 89 años el 82% de 45 adultos y ningún longevo obtuvo esta puntuación.

Entonces se empieza a detectar un ligero grado de dependencia en la realización de las AIVD a partir de los 75 años por las puntuaciones resultantes entre 7 a 5 y se puede clasificar al adulto mayor como anciano frágil y vulnerable a partir de esta edad ya que en general este grupo sufre: una o varias enfermedades, tiene problemas como la polifarmacia, trastornos cognitivos, afectivos y de movilización, a esto se le suma la pobreza y el poco o inadecuado soporte social.

## GRAFICO No 11

### Adultos mayores según el riesgo de dependencia

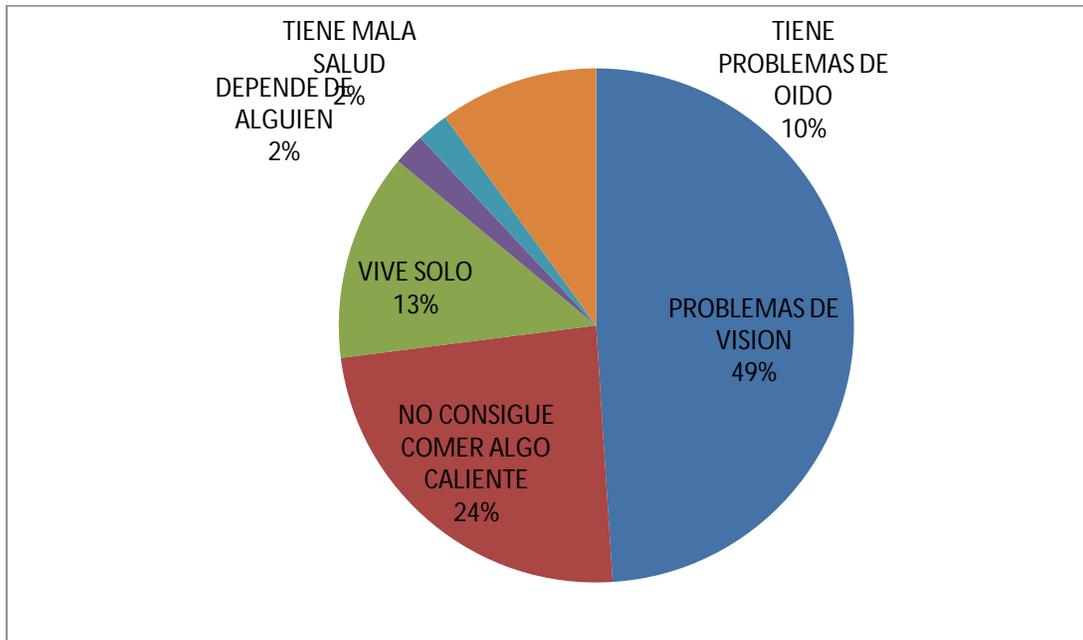


Figure 25Adultos mayores según el riesgo de dependencia

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Existen criterios socio-demográficos que clasifican al adulto mayor como un sujeto con riesgo de dependencia, la Escala de Barber (que consta de 9 ítems con respuesta verdadero – falso, cada respuesta afirmativa puntúa 1, una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia) está destinada a medir el compromiso en la autonomía del adulto mayor en necesidades de autocuidado (depende o le falta alguien para realizar sus necesidades diarias-AVD), asistencia (vive solo) y salud (tiene mala salud, problemas de visión, oído, la enfermedad le impide salir de casa, ha estado hospitalizado este año). Test de Barber en Anexos

Es necesario hacer hincapié que la pérdida de la visión y audición son causas importantes de incapacidad generando un alto grado de dependencia. A través de esta

escala se determinó que la pérdida de la funcionalidad auditiva y visual es la que más afecta a este grupo poblacional en un 59%.

En el Ecuador el porcentaje de la población adulta mayor que presenta discapacidad para ver es el 35,9%; para mover el cuerpo el 21.4%; sordos el 13,7%; alguna enfermedad psiquiátrica el 2,1%.

El 13% de ancianos viven solos, la falta de soporte familiar y social puede exponer a los adultos mayores a sufrir accidentes, independientemente de que tengan una vejez “normal o saludable”, lo que genera un alto riesgo de discapacidad o dependencia, entonces vivir acompañado implica cierto grado de control y asistencia.

Pero quienes dijeron depender de alguien para realizar sus necesidades diarias (2%) coinciden con aquellos que tuvieron problemas en la realización de las AVD y las AIVD.

Es importante señalar que el 24% de personas no refirieron ninguna situación de riesgo.

### GRAFICO No 12

#### Adultos mayores según el grado de deterioro cognitivo por genero

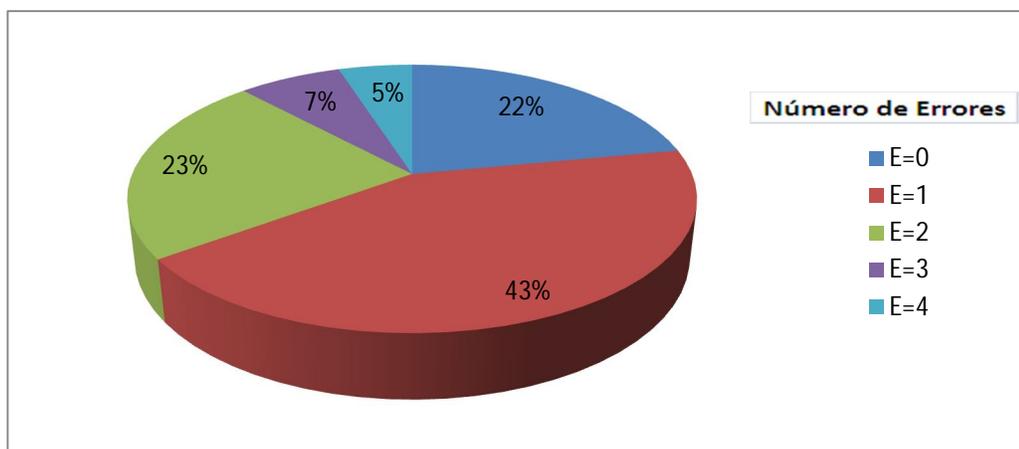


Figure 26Adultos mayores según el grado de deterioro cognitivo por genero

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

La letra (E) Significa Número de Errores

Punto de corte 4 o más errores. A partir de esta puntuación sospecha de deterioro cognitivo

El test de Pfeiffer (que consta de 10 ítems, cada error puntúa 1 y un total de 4 a más sugiere deterioro cognitivo) ayuda a determinar la sospecha de deterioro cognitivo, valorando el estado de la memoria (a corto y largo plazo), orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo, la habilidad constructiva y habilidades sensorio-perceptivas; con preguntas tales como: ¿Qué día es hoy (día, mes, año)?; ¿Qué día de la semana es hoy?; ¿Dónde estamos ahora?; ¿Cuál es su número de teléfono?; ¿Cuántos años tiene?; ¿Cuál es la fecha de su nacimiento (día, mes, año)?; ¿Quién es ahora el presidente de la República?; ¿Quién fue el anterior presidente de la República?; ¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?; vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar a 0.

En esta población el 22% de adultos mayores no tuvo errores en las preguntas aplicadas, el 43% obtuvo un error, relacionados al cuestionario sobre “¿Cuál fue el presidente anterior?”, el 23% tuvo dos errores en la pregunta anterior y sobre la fecha actual específicamente en el día (destinada a evaluar la memoria a corto plazo). Tres errores con un 7% más la consulta sobre su número telefónico. Y quienes presentaron el punto de corte (4 errores) corresponden al 5%, que afecta a una población minoritaria adicionando a las cuestiones anteriores las respuestas de cálculo, los apellidos de la madre y/o la fecha de nacimiento especialmente en el día o mes.

Se puede denotar con el test aplicado que durante el proceso de envejecimiento se producen cambios en el sistema nervioso central, muchos de ellos se relacionan con las funciones cognitivas, específicamente con la memoria, ya que es frecuente escuchar que los adultos mayores se olvidan de nombres, números de teléfonos, personas, cosas que tenían por hacer; para lo cual existen ejercicios útiles para mejorar y retrasar el nivel cognitivo de los adultos mayores.

Los resultados también podrían explicarse al relacionarlos con el nivel educativo, sin olvidar que en la mayoría de adultos mayores encuestados apenas completo la instrucción primaria pudiendo ser esta situación un limitante para la aplicación del test.

Se puede determinar también que el deterioro cognitivo es inversamente proporcional al nivel educativo, es decir que entre los sujetos con escolaridad nula o baja puede haber mayor grado de deterioro cognitivo, de allí la necesidad de tomar medidas preventivas y de mejoramiento funcional para minimizar dicho deterioro tomando en consideración que el 74% de los adultos mayores están entre los 65 a 74 años.

### GRAFICO No 13

#### Adultos mayores según funcionalidad familiar

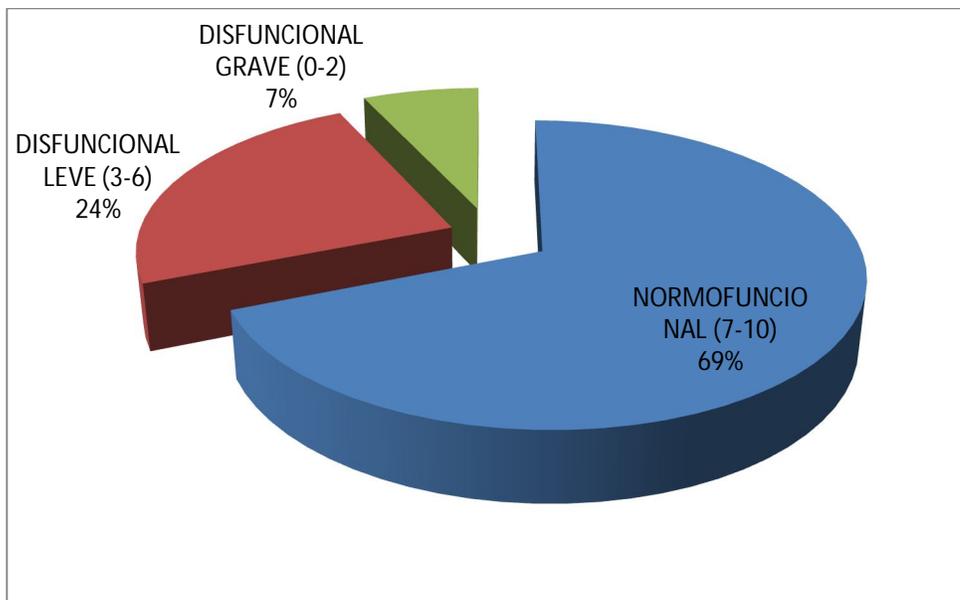


Figure 27Adultos mayores según funcionalidad familiar

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Es un cuestionario que consta de 5 ítems destinados a valorar la percepción del sujeto sobre la función familiar. Los puntos de corte son: normofuncional (7-10);

disfuncional leve (0-2); disfuncional grave (3-6). Las preguntas del cuestionario son: ¿está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?; ¿conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?; ¿las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?; ¿está satisfecho con el tiempo que usted su familia pasan juntos?; ¿siente que su familia le quiere? Las interrogantes se evalúan por grados de subjetividad en los siguientes niveles: casi nunca, a veces, y casi siempre.

En relación a la función familiar el 69% es normofuncional sintiéndose satisfechos con la ayuda, el tiempo, la comunicación y el afecto que reciben en sus familias casi siempre. El 24% con una disfuncionalidad leve y un 7% con una disfuncionalidad grave. Estos datos son importantes para detectar situación de abuso, violencia, maltrato, abandono, o cansancio del cuidador.

Con el test aplicado se puede ver que la familia generalmente cumple el rol de custodio, sin embargo a medida que el anciano sea más autónomo y pueda continuar realizando sin problemas sus actividades básicas e instrumentales será menor la asistencia que requiera por parte de su familia.

## GRAFICO No 14

### Enfermedades Frecuentes y Polipatologías en los Adultos Mayores

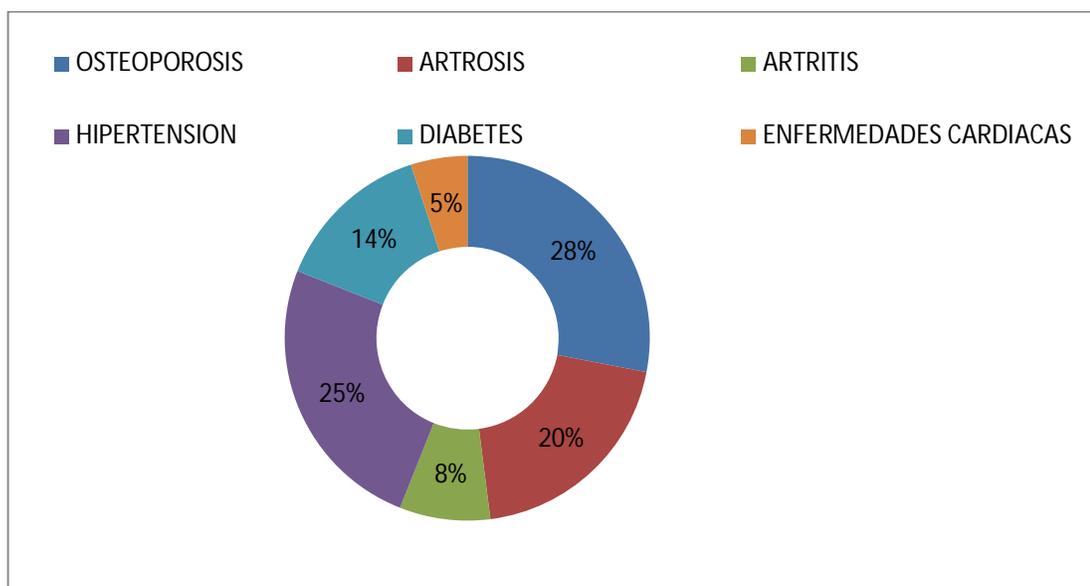


Figure 28 Enfermedades Frecuentes y Polipatologías en los Adultos Mayores

Fuente: Cuestionario aplicado en el Barrio La Vicentina

Elaborado por: Juan Pablo Castillo

Se puede precisar que las enfermedades crónicas degenerativas son las de mayor incidencia que claramente se asocian con el proceso de envejecimiento como las del sistema musculoesquelético: la osteoporosis con el 28%, artrosis con el 20%, artritis el 8%, enfermedades del sistema circulatorio como hipertensión arterial el 25%, Diabetes Mellitus el 14%, y enfermedades cardíacas con el 5%.

Las patologías predominantes coinciden con las causas de morbilidad a nivel nacional en donde la primera corresponde a problemas relacionados con los sistemas cardíaco y circulatorio como la hipertensión y Diabetes Mellitus en Ecuador con el 17.9%.

Los problemas ligados al sistema musculoesquelético como la osteoporosis y la artrosis representan en los ancianos un 47%, estas afecciones consideradas como factores intrínsecos para el riesgo de caídas, traumas y pérdida de la autonomía en el

adulto mayor. En el país los traumatismos como; fractura de fémur, traumatismo intercraneal, fractura de pierna e inclusive tobillo, de brazo, mano y muñeca constituyen 7,5% de la epidemiología en esta etapa de la vida.

## 9. CONCLUSIONES

Al finalizar el presente trabajo de investigación se puede concluir que:

9.1 La relación entre funcionalidad motriz y el ejercicio al derecho a la salud está determinada por la capacidad funcional y el grado de dependencia que tiene el adulto mayor, y también por el proceso de envejecimiento, el cual puede influir positivamente preservando su autonomía e independencia.

9.2 Se observó que las actividades evaluadas en las Actividades de la Vida Diaria (AVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) que un 2% de las personas con dependencia tienen mayor inconveniente para realizar las actividades con mayor movimiento, con lo que queda claro que la movilidad es el mejor indicador de capacidad funcional.

9.3 Al caracterizar a los adultos mayores según la edad y género: el 74% son de 65 a 74 años, 25.5% de 75 a 89 años, y de 90 a 100 años un 0,5%. En todos los casos los rangos de edades la presencia femenina es mayor con un promedio del 82.5%, El género masculino constituye el 17,5%.

9.4 Entre los factores de riesgo que se identificaron para que las personas inmersas en esta investigación y que pueden influir en el ejercicio al derecho a la salud y que generan dependencia están problemas visuales, las enfermedades crónicas degenerativas (especialmente las musculoesqueléticas y cardiovasculares), el deterioro cognitivo, los problemas socioeconómicos.

9.5 Como se ha observado en la investigación la mayoría de adultos mayores conservan su autonomía e independencia para la realización sus actividades y de ejercer libremente los derechos que la ley ampara en la constitución de la República del Ecuador.

9.6 Se ha constatado que el adecuado uso del tiempo libre y la recreación previenen los problemas de salud en los adultos mayores además retrasa y minimiza la pérdida de las capacidades funcionales físicas, psicológicas y cognitivas.

9.7 Se puede concluir que el Terapeuta Físico puede ayudar en el trabajo con personas de la tercera edad ya que sería de gran ayuda en la minimización de la dependencia y el deterioro funcional mediante la promoción de estilos de vida saludables y prevención de la dependencia funcional por medio de actividades participativas, motivacionales, físicas, cognitivas todo esto con el apoyo social, comunitario y familiar.

## 10. RECOMENDACIONES

10.1 Incluir dentro de los programas de atención de salud integral un mínimo de servicios dentro de todos los niveles de salud (rehabilitación, nutrición, psicología, entre otros). Con el objetivo de que se garantice el derecho de los adultos mayores al acceso a todos los niveles de salud.

10.2 Promover espacios interculturales e intergeneracionales en las que las personas de la tercera edad sean los portavoces de valores, inquietudes, denuncias, experiencias, con el fin de fortalecer este grupo etario y mejorar el autoestima de los adultos mayores, incentivando el respeto hacia los mismo haciendo que la sociedad sea más inclusiva y solidaria con ellos.

10.3 Motivar la creación de una cultura y conciencia del envejecimiento digno, donde la vejez se convierta en una etapa en la que los adultos mayores descubren nuevas oportunidades, potencialicen capacidades y se conserven las ya adquiridas.

10.4 Diseñar un programa destinado para los adultos mayores con el objetivo de mejorar las condiciones de vida del sexo masculino creando espacios saludables y seguros.

10.5 Diseñar un programa el cual socialice las leyes, derechos beneficios que tienen los adultos mayores con el objetivo de que puedan ejercer sus derechos y sobre todo los derechos a la salud que están amparados en la Constitución de la República del Ecuador.

## 11. BIBLIOGRAFIA

- P. Berthaux, J. P. Aquino Barcelona. Gerontología. Geriatria, España: Toray-Masson.
- Ecuador. Ministerio de Salud Pública. Guías clínicas geronto – geriátricas de atención primaria de salud para el adulto mayor. Quito, Ecuador, MSP 2008.
- Abric, Max, Dotte Paul; Gestos y activación para las personas mayores: ergomotricidad y atención gerontológica. Barcelona, España: Masson 2003.
- Millán Calenti, José Carlos; Principios de geriatría y gerontología. Madrid, España, Editorial McGraw-Hill 2006.
- Salgado Alba, Alberto, Francisco Guillen, Isidro Rupérez; Manual de geriatría. Barcelona España. Editorial Masson 2002.
- Comisión Nacional de Derechos Humanos; Seminario Salud y Derechos Humanos. Memoria; México 2007.
- Fernández Juárez, Gerardo; Salud, interculturalidad y derechos: claves para la reconstrucción del sumak kawxay – buen vivir. Quito, Ecuador: Ministerio de Salud Pública, 2010.
- Baquerizo freile, Julieta; Situación de la tercera edad en el Ecuador. Ministerio de Bienestar Social. Quito, 2008.
- José Francisco González Martínez; Armando Pichardo Fuster; Lorenzo García. Geriatria México, México: McGraw-Hill 2009.
- Buendía, José. Gerontología y salud: perspectivas actuales. Madrid España, 2009.
- Sánchez Salgado, Carmen Delia. Gerontología social. Buenos Aires, Argentina 2007.
- Claver Martin, MD. Aspectos psicológicos del envejecimiento. Barcelona 2002.
- Huenchuan, S. Diferencias sociales en la vejez. Aproximaciones conceptuales y teóricas, Santiago de Chile 2003.

- Abramovich, Víctor. Una aproximación al enfoque de derechos en las estrategias y políticas de desarrollo, Santiago de Chile 2006
- MIES – DNI. Derechos Humanos de las Personas Adultas Mayores. 2012.
- MIES. Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores, 2012.
- MIES. Plan de Acción Interinstitucional para personas adultas mayores, Incluye Envejecimiento Activo y Saludable Ecuador 2011-2013.
- MIES. Propuesta de política pública para Adultos Mayores. Ecuador 2011.
- SEMPLADES. Plan Nacional Estratégico Gerontológico Ecuador 2007 – 2011.
- Montorio, Cerrato Ignacio, Pérez Rojo Gema. La Psicomotricidad Una propuesta eficaz para la dinamización corporal de las personas mayores. Barcelona 2006.
- CONSTITUCIÓN DE LA REPÚBLICA DEL ECUADOR. 2008.
- CEPAL/CELADE Estudio sobre la Protección Social en Ecuador. MIES 2007.
- Instituto de Estadísticas y Censos. Análisis Sociodemográfico. Ecuador 2008.
- Rouviere Henry, Anatomía Humana; España 2005.
- Bustamante B., Jairo; Neuroanatomía funcional y clínica: atlas del sistema nervioso central; Barcelona 2007.
- Kolb, B., Mohamed, A., & Gibb, R.; La búsqueda de los factores que subyacen a la plasticidad cerebral en los cerebro normal y en el dañado, Revista de Trastornos de la Comunicación. México 2010.
- Kandel, Eric; Neurociencia y Conducta; Madrid España 1997.
- Françoise Ansermet & Pierre Magistretti; A cada cual su cerebro. Plasticidad neuronal e inconsciente Discusiones. Francia 2006.
- Mark F. Bear, Barry Connors, Michael Paradis; Neurociencia, la exploración del cerebro 2008.

- Sacramento Pinazo Hernandis; Gerontología. Actualización, innovación y propuestas. España 2005.
- Adolf Faller; Estructura y Función del Cuerpo Humano; Alemania 2006
- Luis Raúl Lépori; Enfermedades de la Tercera Edad. España 2006.
- R. Talbot; Osteoporosis. Osteoporosis: Fisiopatología, diagnóstico, prevención y tratamiento; Colombia 2001.
- Sociedad Española de Reumatología; Semiología de las Enfermedades Reumatológicas. Colombia 2006.
- Uribe Carlos; Fundamentos de Medicina, Neurología; Colombia 2003.
- Micheli, Federico; Enfermedad de Parkinson y otros trastornos relacionados; Colombia 2006.
- Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, programa 60 y piquito.
- Bermeo, Félix; Aspectos familiares y sociales del paciente con demencia; España 2004.
- Feria, Marcela; Alzheimer; México 2005.
- Castillo, Juan Alberto; Ergonomía fundamentos para el desarrollo de soluciones; Colombia 2010.
- Mondelo, Pedro; Ergonomía fundamentos; México 2004.
- Cruz, Alberto; Ergonomía Aplicada; México 2006.

### **EN LINEA**

- MIES Plan Nacional del Buen Vivir  
<http://www.senplades.gob.ec/web/18607/plan-nacional-para-el-buen-vivir>.  
12/octubre/2012 [www accurauhd.com/doc\\_escalas.html](http://www accurauhd.com/doc_escalas.html)
- Arecon, A “Escalas de Valoracion Funcional en Adultos Mayores”. En línea 03/2009. 25/agosto/2012.
- Baldini, M. “Valoración de la Condición Física Funcional del Adulto mayor”. En línea 12/2006 25/agosto/2012. [www.efdeportes.com/efd103/condic](http://www.efdeportes.com/efd103/condic)

- Huechuan, S. & Morlachetti, A. “Derechos Sociales y Envejecimiento”. En línea 12/07 1/octubre/2012
- Organización Mundial de la Salud OMS. En línea 2009 3/octubre/2012 <http://www.who.int/es/>
- Trigas, M. “Valoración Funcional del Anciano”. [www.meiga.info/escalas/VALORACIONFUNCIONALDELANCIANO](http://www.meiga.info/escalas/VALORACIONFUNCIONALDELANCIANO) En línea 2008. 12/agosto/2012.
- Asociación Internacional de Ergonomía. [www.iea.cc](http://www.iea.cc) En línea 2012 18/febrero/2012
- Asociación Española de Ergonomía. [www.ergonomos.es](http://www.ergonomos.es) En línea 2008 18/febrero/2012.
- Naciones Unidas; Declaraciones del milenio [www.un.org](http://www.un.org) En línea 2000. 19/agosto/2011

## 12. ANEXOS

En la Sección de Principios Generales de la Constitución Política del Estado, inclúyase los siguientes artículos enumerados

El Estado garantiza a todas las personas, hombres y mujeres mayores de 60 años de edad, el libre y eficaz ejercicio y goce de los derechos civiles, políticos, sociales y culturales enunciados en esta Constitución, en las leyes secundarias, en las declaraciones, pactos convenios, principios y más instrumentos internacionales sobre la problemática del envejecimiento.

Los derechos y garantías consagradas en esta Constitución son plenamente aplicables e invocables ante cualquier juez territorial o autoridad pública o privada.

El Estado prestará atención preferente a los programas jurídicos sociales de la tercera edad, a fin de mejorar las condiciones de vida de la población, que serán regulados en la Ley del Anciano y su Reglamentación secundaria.

Art. 11.- El ejercicio de los derechos se regirá por los siguientes principios:

Todas las personas son iguales y gozaran de los mismos derechos, deberes y oportunidades.

Nadie podrá ser discriminado por razones de etnia, lugar de nacimiento, edad, sexo, identidad de género, identidad cultural, estado civil, idioma, religión, ideología, filiación política, pasado judicial, condición socio-económica, condición migratoria, orientación sexual, estado de salud, portar VIH, discapacidad, diferencia física; ni por cualquier otra distinción, personal o colectiva, temporal o permanente, que tenga por objeto o resultado menoscabar o anular el reconocimiento, goce o ejercicio de los derechos. La ley sancionará toda forma de discriminación.

El Estado adoptará medidas de acción afirmativa que promuevan la igualdad real en favor de los titulares de derechos que se encuentren en situación de desigualdad.

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional”.

De tal manera, que el Gobierno tiene la obligación de cuidar la salud del pueblo ecuatoriano, obligación que solo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptados, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena manifestación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar.

Es menester señalar que la Conferencia Internacional sobre la atención primaria de salud, patrocinada por la OMS y el Fondo de las Naciones Unidas para el Cáncer, en la reunión celebrada en Alma-Ata (URSS), del 06 al 12 de septiembre de 1978, manifestó que la atención primaria de salud, en resumen es:

9 Un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país.

10 Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas.

11 Comprende al menos las siguientes actividades: la educación, la promoción del suministro de alimentos, un abastecimiento adecuado de agua potable y un saneamiento básico, la asistencia materno infantil, la inmunización contra las enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales y el suministro de medicamentos esenciales.

12 Que debe tener en cuenta la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones, etc.

13 Es necesaria la participación de la comunidad y del individuo en la atención primaria de salud.

14 Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente.

15 Se debe tener en cuenta el personal de salud, esto es médicos, enfermeras, comadronas, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional.

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas.

En particular, el Estado tomará medidas de:

1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos. Se crearán centros de acogida para albergar a quienes no puedan ser atendidos por sus familiares o quienes carezcan de un lugar donde residir de forma permanente.

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental.

La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.

Art. 358.- El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359.- El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

## Matriz para calcular el tamaño muestral de la investigación

<b>ESTIMAR UNA PROPORCIÓN</b>	
<b>Total de la población (N)</b> (Si la población es infinita, dejar la casilla en blanco)	
<b>Nivel de confianza o seguridad (1-<math>\alpha</math>)</b>	95%
<b>Precision (d)</b>	7%
<b>Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)</b> (Si no tenemos dicha información $p=0.5$ que maximiza el tamaño muestral)	50%
<b>TAMAÑO MUESTRAL (n)</b>	175
<b>EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS</b>	
<b>Proporción esperada de pérdidas (R)</b>	
<b>MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS</b>	

*Beatriz López Calviño*

*Salvador Pita Fernandez*

*Sonia Pértega Díaz*

*Teresa Seoane Pillado*

*Unidad de epidemiología clínica y bioestadística*

para calcular el tamaño muestral de la investigación

### Test de Barber- Medio urbano

#### Instrucciones para el profesional:

**Población diana:** Población anciana. Se trata de una escala **autoadministrada** para población urbana. Consta de 9 ítems con respuesta dicotómica Verdadero – Falso. Cada respuesta afirmativa puntúa 1. Una puntuación total de 1 o más sugiere riesgo de dependencia.

Ítems	Respuesta	Valor de la respuesta
¿Vive sólo/a?	SI	1
	NO	0
¿Le falta alguien que le pueda ayudar si lo necesita?	SI	1
	NO	0
¿Depende de alguien para sus necesidades diarias?	SI	1
	NO	0
¿Hay días en que no consigue comer algo caliente?	SI	1
	NO	0
¿No puede salir de casa por alguna enfermedad?	SI	1
	NO	0
¿Tiene mala salud?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de visión?	SI	1
	NO	0
¿Tiene problemas de oído?	SI	1
	NO	0
¿Ha estado hospitalizado este último año?	SI	1
	NO	0
<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b>		

Resultado de la puntuación	Resultado del test
0	No sugiere riesgo de dependencia
1 ó más	Sugiere riesgo de dependencia

#### Bibliografía

- > Larizgoitia A, Larizgoitia I. Adaptación en nuestro medio de una encuesta para la detección de ancianos con riesgo de dependencia. Rev Gerontol, 1996; 6: 224-31.
- > Martín-Lesende I, Rodríguez-Andrés C. Utilidad del cuestionario de Barber para seleccionar a personas de 75 años o más con riesgo de hospitalización institucionalización o muerte. Rev Esp Gerontol Geriatr 2005; 40(6): 335 – 44.

## ANEXO I. ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL

### Escala de valoración física de Cruz Roja

#### GRADO

0. Se vale por sí mismo
1. Realiza los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad
2. Alguna dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con ayuda de un bastón o similar
3. Grave dificultad para los actos de la vida diaria. Deambula con dificultad ayudado por una persona. Incontinencia ocasional
4. Necesita ayuda para casi todas las actividades de la vida diaria. Incontinencia habitual
5. Inmovilizado en cama o sillón. Dependiente total. Necesita cuidados continuados de enfermería

### Escala de actividades de la vida diaria: Katz

#### INDEPENDIENTE

##### 1. Lavarse

No recibe ayuda. Entra y sale solo de la bañera (cuando la bañera es un lugar habitual de bañarse)

Recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (espalda, piernas)

##### 2. Vestirse

Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda

Sólo necesita que le aten los zapatos

#### DEPENDIENTE

Recibe ayuda para más de un parte del cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño

Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela, o permanece sin vestirse del todo

Escala de actividades de la vida diaria: Katz

**INDEPENDIENTE**

**3. Ir al retrete**

Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o silla de ruedas).

Si usa orinal de noche, lo vacía por la mañana)

**4. Movilizarse**

Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda

(aunque use bastón o andador)

**5. Continencia**

Controla completamente ambos esfínteres

**6. Alimentarse**

Come sin ayuda

Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan

**DEPENDIENTE**

Necesita ayuda para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche

No va al retrete

Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse

No se levanta de la cama

incontinencia ocasional

Necesita supervisión, sonda vesical o es incontinente

Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o IV

**VALORACIÓN**

1. Independiente en todas las actividades
2. Independiente en todas menos en una de ellas
3. Independiente en todas menos 1 y otra cualquiera
4. Independiente en todas menos 1, 2 y otra cualquiera
5. Independiente en todas menos 1, 2, 3 y otra cualquiera
6. Independiente en todas menos 1, 2, 3, 4 y otra cualquiera
7. Dependiente en todas las actividades

Escala de valoración física de Barthel

**ALIMENTACIÓN**

- 10 **Independiente.** Capaz de usar cualquier instrumento. Come en un tiempo razonable
- 5 **Ayuda.** Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, etc.
- 0 **Dependiente**

**BAÑO**

- 5 **Independiente.** Se lava completo en ducha o baño, o se aplica la esponja por todo el cuerpo. Entra y sale del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente
- 0 **Dependiente**

**VESTIDO**

- 10 **Independiente.** Se viste, se desnuda y se ajusta la ropa. Se ata los zapatos. Se pone braguero o corsé, si es preciso
- 5 **Ayuda.** Necesita ayuda, pero al menos la mitad de las tareas las realiza en un tiempo razonable
- 0 **Dependiente**

**ASEO PERSONAL**

- 5 **Independiente.** Se lava la cara, las manos, los dientes, etc. Se afeita y maneja el enchufe, si usa máquina eléctrica
- 0 **Dependiente**

**DEPOSICIÓN**

- 10 **Contiene.** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita enemas o supositorios, se arregla por sí solo
- 5 **Incontinencia ocasional.** Presenta episodios ocasionales de incontinencia o necesita ayuda para usar enemas o supositorios
- 0 **Incontinente**

**MICCIÓN**

- 10 **Continente.** No presenta episodios de incontinencia. Si necesita sonda o colector, atiende a su cuidado solo
- 5 **Incontinencia ocasional.** Presenta episodios ocasionales. Necesita ayuda en el uso de sonda o colector
- 0 **Incontinente**

Escala de valoración física de Barthel (continuación)

**USO DEL RETRETE**

- 10 **Independiente.** Usa el retrete, bacinilla o cuña. Se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use barras de apoyo). Se limpia y se quita y pone la ropa sin ayuda
- 5 **Ayuda.** Necesita ayuda para mantener el equilibrio, limpiarse y ponerse o quitarse la ropa
- 0 **Dependiente**

**TRASLADO SILLÓN-CAMA**

- 15 **Independiente.** No necesita ninguna ayuda. Si usa silla de ruedas, lo hace independientemente
- 10 **Mínima ayuda.** Necesita una mínima ayuda o supervisión
- 5 **Gran ayuda.** Es capaz de sentarse, pero necesita mucha asistencia para el traslado
- 0 **Dependiente**

**DEAMBULACIÓN**

- 15 **Independiente.** Puede caminar independientemente al menos 50 metros, aunque se ayude de bastón, muletas, prótesis o andador sin ruedas
- 10 **Ayuda.** Puede caminar al menos 50 metros pero necesita ayuda o supervisión
- 5 **Independiente en la silla de ruedas.** Propulsa su silla de ruedas, al menos 50 metros
- 0 **Dependiente**

**ESCALONES**

- 10 **Independiente.** Es capaz de subir o bajar escaleras sin ayuda o supervisión, aunque use instrumentos de ayuda como muletas o bastones o se apoye en la barandilla
- 5 **Ayuda.** Necesita ayuda física o supervisión
- 0 **Dependiente**

Escala de valoración física de Norton para evaluar los riesgos de lesiones por presión

---

**ESTADO FÍSICO GENERAL**

---

Bueno	4
Regular	3
Malo	2
Muy malo	1

---

**ESTADO MENTAL**

---

Alerta	4
Apático	3
Confuso	2
Estuporoso	1

---

**ACTIVIDAD**

---

Ambulante	4
Deambula con ayuda	3
Silla de ruedas siempre	2
Encamado	1

---

**MOVILIDAD**

---

Plena	4
Algo limitada	3
Muy limitada	2
Nula	1

---

**INCONTINENCIA**

---

No presenta	4
Ocasional	3
Vesical	2
Doble	1

---

Puntuación entre 4 y 20. Riesgo de úlcera por decúbito con < 14 puntos. < 12 puntos implica alto riesgo

Escala de Lawton

**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 usa el teléfono .....

**COMPRAS**

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

**PREPARACIÓN DE LA COMIDA**

- Organiza, prepara y sirve las comidas por si 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 .....

**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 .....
- Hace 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 .....

Escala de Lawton (continuación)

**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 .....

**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 .....

**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 .....

**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, etc. ....
- Incapaz de manejar dinero .....

0 = Totalmente dependiente

8 = Independiente

## ANEXO II. ESCALAS DE VALORACIÓN MENTAL

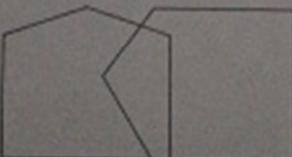
### Cuestionario abreviado sobre el estado mental (SPMSQ). PFEIFFER

1. ¿Cuál es la fecha de hoy? .....  
(día) (mes) (año)
2. ¿Qué día de la semana es hoy? .....
3. ¿Cuál es el nombre de este sitio? .....
4. ¿Cuál es su número de teléfono? .....
- 4a. (Sólo si tiene teléfono) ¿Cuáles son sus señas? .....
5. ¿Qué edad tiene? .....
6. ¿Dónde ha nacido? .....
7. ¿Cómo se llama el Presidente del Gobierno? .....
8. ¿Cómo se llamaba el anterior Presidente del Gobierno? .....
9. Dígame el primer apellido de su madre.....
10. Restar de tres en tres desde 20 .....

Cada error suma un punto. 5 o más puntos sugieren deterioro cognitivo.

Mini examen cognostivo de Lobo

Paciente..... Edad.....  
 Ocupación ..... Escolaridad..... Examinado por..... Fecha.....

ORIENTACIÓN	PUNTOS
"Dígame el día..... Fecha..... Mes..... Estación..... Año....."	..... (5)
"Dígame el hospital (o el lugar) ..... Planta..... Ciudad..... Prov..... Nación....."	..... (5)
<b>FIJACIÓN</b>	
"Repita estas tres palabras: peseta-caballo-manzana" (Repetirlas hasta que las aprenda)	..... (3)
<b>CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO</b>	
"Si tiene 30 euros y me va dando de 3 en 3. ¿Cuántos le van quedando?"	..... (5)
"Repita estos números: 5-9-2" (hasta que los aprenda) "Ahora hacia atrás"	..... (3)
<b>MEMORIA</b>	
"¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?"	..... (3)
<b>LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN</b>	
Mostrar un bolígrafo. "¿Qué es esto?" Repetirlo con el reloj	..... (2)
Repita esta frase: "¿En un trigal había cinco perros?"	..... (1)
"Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad? ¿Qué son el rojo y el verde?"	..... (2)
"¿Qué son un perro y un gato?"	..... (2)
"Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad 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)
	..... (1)
<b>Puntuación TOTAL</b>	..... (35)

Un punto por cada respuesta correcta.

## Escala de incapacidad psíquica de Cruz Roja

### GRADO

0. Totalmente normal
1. Ligera desorientación en el tiempo. Se puede mantener correctamente una conversación
2. Desorientación en tiempo. Olvidos ocasionales. Trastornos del carácter. Incontinencia ocasional
3. Desorientación. No puede mantener una conversación lógica. Confunde a las personas. Trastornos del humor. Frecuente incontinencia
4. Desorientación. Claras alteraciones mentales. Incontinencia habitual
5. Vida vegetativa con o sin agresividad. Incontinencia total