



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR**

**“APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA  
MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES”  
COMUNIDADES LOS SAUCES- APUCA - TUNZHÚN DE LA PARROQUIA DE JIMA,  
PERIODO SEPTIEMBRE 2008- ABRIL 2009.**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN  
PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

**Autora: Dra. Lucy Matailo Montenegro.**  
**Director: Dr. Jose Sola.**

**Cuenca - Ecuador**  
**2009**

## **DEDICATORIA**

A mi esposo y a mi hijo Matías, seres maravillosos, que con tanto amor han compartido las tristezas y las risas de este camino.  
A mi mama por ser el pilar fundamental en la consolidación de mi carrera y de mi vida entera.

**Lucy**

## **AGRADECIMIENTO:**

A Matías y Agustín, gracias por el amor, la paciencia y por el tiempo compartido.

A mi mami Zoila, con ejemplo me demostró, que para salir adelante no existe limites.

A mis hermanos Patricio, Cecilia, Gladys y a toda mi familia, por el apoyo incondicional.

A mis profesores Ritha, Pepe, Pedro que me ayudan a ser mejor profesional y mejor persona.

Y a mis compañeros en especial a Diana, por la amistad que me brindaron, que Dios les bendiga siempre.

**¡Gracias!**

## **RESPONSABILIDAD**

Todos los criterios y opiniones vertidos en este trabajo son de exclusiva responsabilidad de la autora.

**Dra. Lucy Matailo Montenegro.**

## ÍNDICE:

DEDICATORIA	2
AGRADECIMIENTO	3
RESPONSABILIDAD	4
INDICE	5
RESUMEN	7
INTRODUCCIÓN	9
<b>CAPITULO 1</b>	11
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
JUSTIFICACIÓN	13
<b>CAPITULO 2</b>	15
MARCO TEÓRICO	15
GENERALIDADES	15
FUNDAMENTO LEGAL	19
ANCIANO Y FAMILIA	20
EL ANCIANO UN ENFOQUE DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA	24
EL ENVEJECIMIENTO	26
TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO	27
EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD FUNCIONAL	30
PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA TERCERA EDAD	32
ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA	33
ACTIVIDAD DE PREVENCIÓN SECUNDARIA	36
CALIDAD DE VIDA	39
DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR	41
CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	42
CONCEPTO DE CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD	43
MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA	44
REDES DE APOYO O SOPORTE SOCIAL	48
GESTIÓN COMUNITARIA, PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO	49
CONSENSOS Y AUTONOMÍA EN LA TOMA DE DECISIONES	50
ALIANZAS ESTRATÉGICAS	50
<b>CAPITULO 3</b>	52
ZONA DE TRABAJO	52
CONTEXTO DE LA PARROQUIA JIMA	52
CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS	55
PAUTAS CULTURALES	55
ACTIVIDAD ECONÓMICA	56
MODELOS FAMILIARES	56
ESTADÍSTICAS VITALES NACIMIENTOS, DEFUNCIONES	60

MIGRACIÓN	61
SERVICIOS SANITARIOS	61
INFRAESTRUCTURA SOCIAL	62
EDUCACIÓN	62
RELIGIÓN	63
SERVICIOS COMUNITARIOS	63
PAQUETES BÁSICOS DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN	65
SITUACIÓN DE SALUD	66
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD LOCAL	68
<b>CAPITULO 4</b>	69
DISEÑO DE ESTUDIO	69
UNIDAD DE ANÁLISIS	69
UNIVERSO	69
CRITERIOS DE SELECCIÓN	69
PLAN DE OPERACIÓN DE CAMPO	70
PROCEDIMIENTO DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN	71
OPERALIZACIÓN DE VARIABLES	72
CONSIDERACIONES ÉTICAS	73
PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS	73
<b>CAPITULO 5</b>	74
PROBLEMAS	74
OBJETIVO GENERAL	74
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	74
HIPÓTESIS	75
<b>CAPITULO 6</b>	76
RESUMEN EJECUTIVO DEL PROYECTO	76
EVALUACIÓN OPERATIVA	78
<b>CAPITULO 7</b>	80
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN	80
PRIMERA PARTE, GENERALIDADES	80
SEGUNDA PARTE, DATOS SOBRE PATOLOGÍAS DEL GRUPO DE ESTUDIO	84
TERCERA PARTE, VALORACIÓN DE LA INTERVENCIÓN	86
ANÁLISIS DE LOS GENOGRAMAS	93
DISCUSIÓN	94
<b>CAPITULO 8</b>	95
CONCLUSIONES	95
RECOMENDACIONES	96
BIBLIOGRAFÍA	97
ANEXOS	104

## RESUMEN

La propuesta es una Investigación Acción Participativa; en un universo de 23 adultos mayores y sus familias de las comunidades Los Sauces- Apuca- Tunzhún de la parroquia de Jima, del cantón Sigsig de la provincia del Azuay.

La investigación se realizó en dos etapas: una inicial con evaluación de la calidad de vida del adulto mayor, (investigación cualitativa), en la cual se constató la calidad de vida está afectada por la pobreza, por la edad, el abandono de sus familiares y la falta de políticas que favorezcan a este grupo. Siendo así que la percepción de calidad de vida de los adultos que participaron en la investigación, el 65 % tenía una calidad de vida baja (Investigación cuantitativa).

En la segunda parte de la investigación, con los participantes se elaboró un programa de intervención, que culminó con el programa de Envejecimiento Saludable, en el cual participaron 23 adultos mayores que mejoraron en un 10% la puntuación de percepción de calidad de vida en la dimensión social, ambiental y física.

Se espera que los participantes se conviertan en replicadores del conocimiento adquirido, a los demás miembros de su familia como a sus contemporáneos, y se aspira convertir el programa en una actividad permanente.

**PALABRAS CLAVES:** Adulto mayor, calidad de vida, intervención.

## **ABSTRACT**

The proposal is a Participatory Action Research; in the universe of twenty three elders and their families of the communities: Los Sauces, Apuca and Tunzhun located in the town of Jima-Sigsig-Azuay.

The research was done in two stages: An initial assessment of the quality of life for the elderly (qualitative research) in which it was determined that the quality of life is affected by poverty, age, abandoning their families and lack of policies that favour to this group.

While the perceived quality of life for adults participating in research, the 65% had a low quality of life (quantitative research). In the second stage of investigation; an intervention program was developed with the participants, which culminated with the program for healthy aging in which twenty three elder people improved by 10% on the score of perception of quality of life in social dimensions, environmental and physical.

Participants are expected to become knowledge acquired replicators to the other member of the families and theirs fellow citizens; we seek to convert the program into an ongoing activity.

**Key words:** elderly, quality of life, intervention.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es el fenómeno social colectivo más importante del presente siglo, en casi todos los países del mundo, hoy la esperanza de vida al nacer ha aumentado considerablemente, 20 años desde 1950 y llega ahora a 66 años, y para el 2050 aumentara 10 años más como promedio, hombres y mujeres llegarán a los ochenta y tres y a los ochenta y seis años respectivamente, ( Pérez 2003) produciéndose un incremento de la proporción de personas mayores en la comunidad.

Este triunfo demográfico, resultado de factores como los avances científicos, la migración, la disminución de la tasa de fecundidad, la mejora de la esperanza de vida y el rápido crecimiento de la población en la primera mitad del siglo XXI (Álvarez & Martínez 2008), se prevé que de aquí a 2050 el porcentaje se duplique, pasando de un 10% a un 21%, es decir, el número de personas de más 60 años aumentará de 600 millones a casi 2.000 millones. (NNUU 2002)

La población de adultos mayores proyectada para el 2009 en el Ecuador es de 836.171, que representa el 6.0 % (INEC 2001) lo cual convierte a Ecuador en un país demográficamente joven, para el año 2025 llegara a 1.153.152, que representa el 9.0% y en el 2050 habrá igual número de niños y adolescentes que personas de la tercera edad, (Cervantes 2006) de este grupo el 29% son jubilados, el 2% tienen seguros privados y el 69% se encuentran desprotegidos. (CEPAL 2003), en el país la esperanza de vida es de 69 años para hombres y de 72 para mujeres. (Naciones Unidas 2004).

Si bien existen razones prácticas que obligan a tomar como referencia un valor numérico preciso para determinar el momento en que una persona comienza a ser “viejo” (60 o 65 años), la determinación de la vejez por el recurso cronológico produce un grupo muy heterogéneo de personas, ya que cada una tiene su propia y exclusiva biografía, donde coexisten diferentes experiencias según clase social, sexo, raza y área de residencia, etc. ( Ballesteros 1993)

La forma en la que la población envejece no está totalmente determinada por la biología, también está influida por las circunstancias sociales y el ambiente individual. (Noda 2007)

En consecuencia, el envejecimiento se contempla como un proceso que incluye aspectos biológicos, culturales y psicosociales que tiene que ser afrontado como un desafío, y no como un problema con una visión que atienda la problemática actual y además perciba las necesidades de un futuro no muy lejano. (González-Celis et al. 2005)

Esta situación ha provocado un importante cambio social en el desarrollo de una cultura del envejecimiento; promocionar la calidad de vida en la vejez es el reto más inmediato de las políticas sociales.

Debemos refinar y definir las estrategias que estimulen un envejecimiento saludable y activo. Las estrategias para un envejecimiento activo conciernen a todo el mundo desde los que diseñan los planes de acción hasta los investigadores, desde los médicos hasta todas las personas.

Los adultos mayores son el grupo más relegado dentro de políticas, sociales y de salud, el mejoramiento de la calidad de vida debe convertirse en política principal de la comunidad, por lo que el problema se aborda conociendo el entorno del anciano Jimeño, sus actitudes frente al envejecimiento, así mismo cuáles son los cambios en la dinámica de una familia con anciano.

A partir de esta información, es posible planificar programas preventivos, acciones concretas de salud y organización de servicios sociales y de salud, por lo que es evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado. (Dulcey-Ruiz & Quintero 2001)

**APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE  
PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES  
DE LAS COMUNIDADES LOS SAUCES- APUCA - TUNZHÚN  
DE LA PARROQUIA JIMA, PERIODO SEPTIEMBRE 2008- ABRIL 2009.**

"Después de los 60, todos pertenecen al sexo débil."

Woody Allen

## **CAPITULO 1**

### **1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:**

En el mundo se estima que para el año 2010 la población será de 600 millones de personas con más de 60 años y que 350 millones viven en países en desarrollo rompiendo el mito que ésta era una característica poblacional de los países ricos. (Población Referente Bureau 2004). En Latinoamérica al igual que en muchas regiones, está ocurriendo el proceso llamado transición demográfica, que implica las disminuciones porcentuales de la población joven de 0 a 14 años, junto con incrementos en cantidad y en porcentaje de las poblaciones adultas de 15 a 64 años, y envejecida 65 años y más. Es así que las personas mayores de 60 años superarán en número a los menores de 14 años en el 2050 (Help age internacional 2002)

En el Ecuador, según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, en el año 2001, existía una población de 12`156.608 habitantes, de esto, la población de tercera edad más de 65 años era de 4.9 % que corresponde a 813.624 adultos mayores distribuidos en 388.689 mujeres y 424.935 hombres (INEC 2001) con mayor esperanza de vida para el género femenino den 72 años, y 69 años para los hombres.

El anciano está expuesto a situaciones de inequidad, asimetría y exclusión social, lo cual se traduce en que su mayor esperanza de vida no se acompaña de una mejor calidad de vida, sino muchas veces, y particularmente para las mujeres, de lo contrario. (Ham Chande 1996)

El envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población repercutiendo significativamente en el volumen y distribución de la carga de enfermedad, lo que ubica a este grupo poblacional en una situación prioritaria para la implementación de estrategias de promoción de estilos de vida saludable y prevención de enfermedades, apuntando al mejoramiento de su calidad de vida.

La calidad de vida relacionada con la salud en adultos mayores se ha estudiado utilizando medidas de resultado y estadísticas, correspondientes a la morbilidad y la expectativa de vida, no obstante, se desconocen otros aspectos involucrados en la calidad de vida de la población mayor de 65 años y más, vinculada con factores personales tales como la incorporación de la percepción sobre su salud y con algunos factores socio ambientales u objetivos como el apoyo social, servicios de salud, entre otros aspectos.

Con lo expresado, se hizo necesario estudiar y describir las características de la calidad de vida de este grupo de edad y partir de esta información, se pudo planificar programas preventivos, acciones concretas de salud, siendo evidente que su utilidad rebasa el estrecho margen de procesos patológicos y estadísticas de resultado. (Dulcey-Ruiz & Quintero 1999)

Con los resultados se espera y se aboga por la inclusión del envejecimiento y la vejez como aspectos para tener en cuenta en las políticas de desarrollo social en general y la construcción de una política específica relacionada con las personas viejas. (Rueda 2003) Tanto a nivel local como nacional.

## **1.2 JUSTIFICACIÓN:**

La vejez implica importantes transformaciones a nivel personal, referidas a condiciones físicas, a la situación de independencia económica y funcional, la modificación de roles al interior de la familia, la participación en el mercado laboral, el uso del tiempo libre, la percepción que tenemos de nosotros mismos, la que los demás tienen de nosotros, etc.

El incremento y envejecimiento del grupo de personas de más de 65 años en Ecuador, es un hecho demográficamente irreversible y de alta complejidad especialmente porque tiene implicaciones que afectan no solo al individuo sino a su grupo familiar y a la sociedad en su conjunto.

Para el 2030 se calcula que la población de adultos mayores corresponda a la mitad de todos los niños y adolescentes y que en el 2050 haya igual número de niños y adolescentes que personas de la tercera edad, (Cervantes 2006)

En el contexto social, los subsistemas de salud y educación recibirán los mayores impactos de esta realidad, razón por lo cual es urgente investigar, planificar y ejecutar acciones que garanticen la satisfacción exitosa de las demandas de este grupo poblacional tan venido a menos y olvidado, sobre todo en áreas rurales en que pensamos que los ancianos gozan de buena salud y no sufren las dolencias de la vejez.

El incremento de la calidad de vida de la población latinoamericana en general, y de los ancianos en particular, es un tema recurrente en los objetivos de los planes, programas y políticas en aquellos países donde existen programas dirigidos a las personas de edad de la región.

De ahí la necesidad de investigar cual es la percepción en cuanto a su calidad de vida, para en base a esta información implementar políticas o programas que permitan atender las necesidades sociales de salud y educativas entre otras, que

emergerán a corto y mediano plazo, ya que en la realidad cotidiana de nuestras comunidades, se hace evidente el incremento en el número de solicitudes de beneficios económicos y sociales para esta población, además de la alta demanda de servicios curativos de salud.

Al no haber conocimientos de la realidad de las personas de la tercera edad, se corre el riesgo de poner en marcha políticas sociales cuyos objetivos finales no estarán claros para los planificadores y tampoco para los destinatarios. Para ello se cuenta con la ventaja de tener elaboraciones conceptuales y teóricas e investigaciones empíricas realizadas en los países que nos llevan la delantera en el tema del envejecimiento y a los cuales no tardaremos en alcanzar.

Es necesario considerar que si bien es posible obtener algunas de estas herramientas, no es posible homologar el proceso de envejecimiento de los países desarrollados con el que se produce en los países subdesarrollados. (Comisión de las comunidades europeas 2001)

Existen algunos consensos que pueden ser de utilidad; en primer lugar, se parte de la especificidad del concepto de calidad de vida en personas mayores y aunque esta, cualquiera sea el contexto de referencia, tiene aspectos comunes con la de otros grupos de edad, tiene un perfil específico en que no intervienen factores que son importantes en otros grupos etarios. La especificidad dependerá directamente del contexto demográfico, histórico, político y social en el cual se experimenta social e individualmente la vejez. (Ballesteros 1993)

Con este fin se reviso los aspectos sociales, demográficos y económicos, de los habitantes de la parroquia Jima y como elaborar políticas y programas en pro de un envejecimiento saludable y activo. ( MBS)

## **CAPITULO 2**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **GENERALIDADES**

El proceso de envejecimiento de la población es una realidad en el mundo y supone cambios con consecuencias estructurales, económicas y sociales nunca antes vistas en la historia de la humanidad.

Las mejoras en los servicios de salud y las innovaciones tecnológicas en procesos de diagnóstico y tratamiento han permitido el incremento significativo en la esperanza de vida al nacer, a pesar de que todavía se observan diferencias por regiones, por nivel de desarrollo y por condición socioeconómica, de género y etnia. (Treviño-Siller et al.)

Así, a comienzos del siglo XX la población mundial, en promedio, podía esperar vivir alrededor de 40 años, mientras que al inicio del siglo XXI esa cifra se ha incrementado a 70 años. Datos recientes indican que para el año 2050 la población mayor de 60 años de edad se incrementará, de los 600 millones actuales a 2 000 millones.

En algunos países desarrollados las pirámides poblacionales ya presentan cambios sustanciales en la base y en la cúspide y, en el caso de Ecuador, las proyecciones poblacionales indican que, para el año 2050 habrá igual número de niños y adolescentes que personas de la tercera edad, (Cervantes 2006). Esto significa que, el paisaje social cotidiano será diferente al actual y que, cada vez con mayor frecuencia, se convivirá entre generaciones con vivencias, necesidades y creencias diferentes, lo que constituye un verdadero reto en el ámbito social, político y cultural.

El envejecimiento es un proceso natural e inevitable; sin embargo, la forma como se envejece y el significado de este proceso son características que se construyen socialmente y varían de una cultura a otra.

Pero, ¿qué es ser anciano? ¿A quién se le puede llamar así? ¿Cómo han sido percibidos y apreciados los mayores a lo largo de la historia?

Desde la antigüedad hasta el presente han sido muchos los autores y culturas que han dado un valor cultural distinto al hecho de ser y sentirse anciano. Así por ejemplo, para Hipócrates se es anciano a partir de los 56 años, para Aristóteles a partir de los 50 es cuando comienza la decadencia. Otros como S. Agustín fijan el límite en los 60 años, Isidoro de Sevilla en los 70. (Mederos & Puente 1996)

Actualmente en nuestro país rige el criterio de adulto mayor como sinónimo de anciano o tercera edad a partir de los 65 años, coincidiendo con la edad de la jubilación.

En cuanto a la consideración hacia los ancianos observamos también una serie de cambios a lo largo de la historia que van desde el respeto hasta el rechazo personal y social.

(García 2003) afirma que la consideración y estimación social hacia los ancianos ha ido cambiando a lo largo de la historia, pero que esta estimación ha sido progresivamente decreciente.

En algunas tribus africanas y sudamericanas (David 1997) la longevidad se veía como algo sobrenatural, una bendición, como una cualidad propia de los dioses.

Poco a poco la valoración positiva de la ancianidad fue quedando relegada hasta dar lugar a percepciones oscuras y negativas de la vejez. Como dice (Cicerón) “cuatro causas hallo de por qué se considera triste a la vejez: primera, porque, dicen, retrae de la vida activa; segunda, porque debilita el cuerpo; tercera, porque priva de casi

todos los placeres; cuarta, porque no dista mucho de la muerte. Veamos, si os place, qué peso tiene cada una de estas causas”

En la cultura bíblica la palabra de Dios muestra una gran consideración por la edad avanzada, hasta como menciona (JUAN PABLO II 1999) “la longevidad es interpretada como un signo de la benevolencia divina (cf. Gn 11, 10-32).” Con Abraham, del cual se subraya el privilegio de la ancianidad, dicha benevolencia se convierte en promesa: *"De ti haré una nación grande y te bendeciré. Engrandeceré tu nombre; y sé tú una bendición. Bendeciré a quienes te bendigan y maldeciré a quienes te maldigan. Por ti se bendecirán todos los linajes de la tierra"* (Gn 12, 2-3). Junto a él está Sara, la mujer que vio envejecer su propio cuerpo pero que experimentó, en la limitación de la carne ya marchita, el poder de Dios. Moisés es ya anciano cuando Dios le confía la misión de hacer salir de Egipto al pueblo elegido. Las grandes obras realizadas en favor de Israel por mandato del Señor no las lleva a cabo en su juventud, sino ya entrado en años.

En la antigüedad grecorromana los ancianos eran los representantes de la sabiduría popular y eran los que ostentaban los principales puestos de poder político.

En las culturas occidentales actuales la estimación social se dirige casi por completo hacia la juventud, esta pérdida de importancia y relevancia social que surge casi desde la antigüedad occidental, ha propiciado lo que en la actualidad se denomina *ageísmo* o *etaísmo*. Entendemos por ageísmo (Mederos & Puente 1996) el conjunto de contravalores, y actitudes peyorativas que marginan y excluyen en todos los órdenes de la vida social a la persona mayor.

Este decrecimiento en la estima social de las personas de edad nos permite afirmar que los ancianos comienzan a ser un grupo vulnerable, débil y marginal que merece una especial protección.

Si hace unos años los valores de la sabiduría, la experiencia y la tranquilidad constituían los baluartes de la gente mayor, hoy día se valora todo aquello que resulta eficiente, productivo o exitoso y a todo lo que se mueva por la trilogía juventud-belleza-salud, rechazando lo que resulte viejo, enfermo.

En este sentido, los ancianos comienzan a ser asumidos como un freno al desarrollo humano y como una pesada y molesta carga.

Quizá parte de esta imagen peyorativa radique en las acepciones culturales que tiene el concepto “viejo” en muchos de nuestras expresiones como: decrepito, senil, maduro, antiguo, rucu, añejo, acabado, pasado de moda, etc.

En el imaginario social, el término viejo sigue siendo sinónimo de pobreza, enfermedad, abandono, soledad, marginación, aburrimiento, melancolía, y otros males. Como afirma el Dr. Ribera Casado, "la mayor parte de ellos son términos o expresiones que suelen ser utilizados como insultos o de forma despectiva en el lenguaje de todos los días"(García 2003).

Hoy en día los ancianos pueden ser tenidos como paradigma de discriminación tanto familiar como social y no cabe duda es de que esta exclusión se está dando y se dará, con mayor crudeza todavía en los próximos años.

Sin embargo no se debe fomentar temores y se debe animar todas las buenas iniciativas que se lleven a cabo en el ámbito asistencial y familiar, que permita a los mayores participar activamente en la sociedad, y disfruten de una óptima calidad de vida. Y como apunta (Berger 2001) “la vejez puede ser una etapa de la vida tan positiva como cualquier otra. “Toda persona debe sentirse orgullosa por haber llegado hasta allí”.

## FUNDAMENTO LEGAL

Los adultos mayores, por el sólo hecho de ser ciudadanos están resguardados jurídicamente por las Constituciones de sus países, en cuanto a los derechos fundamentales (Libertad, igualdad, seguridad, propiedad, etc.) así como por el marco legal nacional, que incluye normas que los considera como sujetos de derechos y como sujetos de y obligaciones.

Sin embargo, no en todos los países existen leyes integrales que específicamente tutelen los derechos de las personas mayores o que regulen la creación y funcionamiento de instituciones cuya labor sea mejorar sus condiciones de vida. (Villarreal 2005)

**TABLA No 1**  
**DERECHOS GARANTIZADOS SEGÚN LAS LEYES ESPECÍFICAS**  
**EN PAISES DE LA REGION, 2007**

TEMAS	Seguridad económica			Salud		Entornos		
	Igualdad de tratos	Empleo en condiciones satisfactorias	Retiro gradual	Acceso equitativo servicios de salud	Prestación de servicios y medicamentos	Servicios de cuidado de largo plazo	Todos o algún de tipo de maltrato	Sanciona la violencia y/o maltrato
PAISES								
Brasil	X	X	X	X	X	X	X	X
Costa rica	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Ecuador</b>	-	-	-	-	<b>X</b>	-	<b>X</b>	<b>X</b>
El salvador	X	X	X	X	X	X	X	-
Guatemala	X	X	-	X	-	-	X	-
México	X	X	X	X	X	X	X	-
Paraguay	X	X	-	X	-	X	X	-
Puerto rico	X	X		X		X	X	
Rep. Dominicana	X	X	X	X	X	X	X	X
Uruguay	-	-	X	X	X	X	-	-

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

Fuente: Legislación sobre personas mayores en América latina. Ponencia dictada en reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del sur. Buenos aires

Con este antecedente, en el Ecuador el 28 de septiembre del 2008, se aprobó la nueva constitución en donde se constituye en una norma de carácter obligatorio y permanente, a favor de todas las personas mayores de 65 años de edad (CEPAL 2005) según la cual el estado garantiza

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.
2. El trabajo remunerado en funciones de sus capacidades.
3. La jubilación universal.
4. Rebajas en los servicios públicos y privados de transporte y espectáculos.
5. Exenciones en el régimen tributario.
6. Exoneración por costos notariales y registrales de acuerdo con la ley.
7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna con respeto a su opinión y consentimiento.

El estado en su artículo 38: 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; así mismo fomentara el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. (Constitución 2008)

Es el anhelo que estas leyes sean aplicadas tanto para ancianos de área urbana como rural. (Baquerizo 2007)

## **ANCIANO Y FAMILIA**

La “tercera edad” o *ancianidad* supone una fase del ciclo vital del individuo con características particulares que debería conducir a una etapa productiva y gratificante para la persona. Esta fase tiene cabida en el contexto socio familiar, en el que los cambios acaecidos en la sociedad en general y en la estructura familiar durante el último siglo han modificado la situación de las personas ancianas.

Pese a estas transformaciones, si las relaciones familiares se mantienen estrechas y cálidas, si se conservan la armonía, la amistad y si las actividades de trabajo y ocio son efectivas, la concurrencia de algún tipo de deterioro se tolerará mucho mejor, así como dice (Miranda M, 1991) mantener niveles altos de interacción social y actividad se asocia con menos mortalidad.

En lo referente a la familia en particular, la transformación de su estructura en la segunda mitad del pasado siglo ha dado lugar a nuevas características:

- Existe un menor número de miembros por generación debido al descenso en la tasa de natalidad.
- Hay una mayor probabilidad de coincidencia de varias generaciones dentro de una misma familia como consecuencia del aumento de la esperanza de vida.
- Tendencia al incremento de los vínculos familiares verticales (aumentan los abuelos y bisabuelos) y disminución de los horizontales (disminuye en general el número de hermanos, tíos y primos).
- Los roles familiares perdurarán durante más tiempo: los padres pueden seguir ejerciendo como tales durante cuatro o más décadas; los abuelos, fácilmente durante dos o más.

Otro aspecto a destacar es el que alude a la función protectora de la familia con un miembro anciano. En nuestro país, especialmente en la zona rural, la familia es la principal proveedora de cuidados, en parte por la escasez de organizaciones formales dedicadas a este menester, pero sobre todo porque el cuidado de los ancianos de la familia constituye una de las reglas familiares más arraigadas y generalizadas en nuestro medio.

Dentro del núcleo familiar, varios acontecimientos que ocurren cerca de o durante esta etapa suponen una gran influencia para su evolución y que deben ser detectados en la práctica médica para poder intervenir adecuadamente.

Dichas situaciones críticas podemos esquematizarlas como sigue (Pittman FS, 1990):

**1. Jubilación:** repentinamente, la persona anciana se encuentra en una situación de pérdida de propósito y de contexto. El anciano se encuentra con mucho tiempo y poco que hacer, con un empobrecimiento en su red de relaciones por la pérdida de los compañeros de trabajo.

Para la mujer, la jubilación del esposo supone un aumento de su trabajo: la presencia de éste puede desbaratar el horario y actividades diarias a que se había habituado, si bien también se pueden compartir las responsabilidades del hogar. La consecuencia suele ser que la mujer evoluciona hacia roles más instrumentales y el hombre hacia roles más expresivos y afectivos.

Las dificultades relacionadas con las dificultades en la vida sexual la enfermedad o incapacidad de un miembro de la pareja, pueden repercutir en las relaciones conyugales dando lugar a desequilibrios en el sistema, en particular si el funcionamiento previo de la pareja ya era insatisfactorio.

**2. Soledad y pérdidas:** La viudez de la mujer es más habitual, dado que el promedio de vida es menor en los hombres y que generalmente las mujeres suelen casarse con hombres mayores que ellas.

Para el hombre, la viudez puede ser un acontecimiento dolorosamente inesperado: de repente se siente abrumado, incapaz de valerse por sí mismo.

Es frecuente comprobar como muchos hombres ancianos y solos no funcionan bien, teniendo que recurrir a la ayuda e incluso convivencia con los hijos. A veces optan por formar una nueva pareja y aliviar su situación de soledad, lo cual en algunos casos puede resultar en una mejoría de su calidad de vida.

La situación puede no ser sencilla si el padre/madre sigue viviendo solo o pasa a convivir con los hijos, estos acostumbrados a normas y límites establecidos en su

propia familia nuclear, pueden encontrar difícil tolerar y en otros casos resulta gratificante y beneficioso para las dos partes.

3) **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, no sólo para los hijos con sus propias familias 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 el dilema de entrar en un sistema que ya no es el suyo.

Será necesario 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*, (Encina & Jaime Enrique 1996) que define un proceso en el cual ambos, padres e hijos, han de aprender a colaborar. Aunque también es un momento propicio para que se pongan de manifiesto conflictos no cerrados y carencias que previamente permanecían encubiertas y que ahora pueden resultar enormemente destructivos en el sentido de una convivencia insatisfactoria o de una ruptura de pareja.

El proceso de normal evolución del envejecimiento puede verse alterado por estas peculiaridades que les son propias por su propio proceso vital y por el contexto familiar en que se inscriben.

La familia es un recurso de apoyo en la vejez, donde debido a la prolongación de la vida se crean nuevos papeles entre los miembros en la estructura familiar, en este caso el anciano participa y se relaciona con los distintos integrantes de la familia estableciendo nuevos papeles y diferentes necesidades en cada etapa.

Además, la familia es una importante red de apoyo social en la vejez, con el cuidado de los nietos por parte de los abuelos, (Gonzales & Padilla 2006) quienes esperan

ser retribuidos con afecto, apoyo moral y ayuda financiera o en especie.

### **EL ANCIANO UN ENFOQUE DESDE LA MEDICINA DE FAMILIA.**

La transición demográfica hacia una población longeva con características particulares obliga a los médicos familiares a enfrentar una creciente demanda de cuidados médicos–sociales geriátricos.

La evaluación integral del anciano es fundamental, en ella se conjugan la medicina y la gerontología, este enfoque integral debe ir más allá de la historia clínica tradicional para extenderse a los aspectos psicológicos, familiares, sociales, económicos y la disponibilidad de los cuidadores; solo en menor grado depende exclusivamente de las condiciones médicas.

Un manejo gerontológico apropiado mejorará la calidad de vida, disminuirá los efectos negativos de las enfermedades crónicas degenerativas, retardará la discapacidad y el ingreso indiscriminado a los hospitales. Incrementará la precisión diagnóstica, el uso apropiado de los medicamentos, notable disminución del sufrimiento y tiempo de evolución de los padecimientos intercurrentes, lo que significará una mayor supervivencia del anciano.

La calidad de vida en la vejez es en gran medida consecuencia de las peculiaridades del medio en que se ha desarrollado la persona durante toda su existencia y se relaciona significativamente con la autonomía e independencia.

El conocimiento del estado de salud de nuestra población anciana permitirá adecuar los servicios y marcar prioridades de acción y por otra parte, servirá para medir la eficiencia y efectividad de nuestras intervenciones médicas.

La valoración gerontológica no es un fin en sí misma, sino simplemente, un medio que posibilite el diseño de un plan de cuidados individualizado a la medida de cada paciente.

La valoración geriátrica debe ser global o integral, por lo que una intervención médica será efectiva siempre y cuando se incluya a la familia del anciano, situación con la que los médicos están poco habituados. Por lo tanto, es necesario tener suficientes referencias al considerando que el anciano es una entidad holística, es decir, que tiene relación con el medio ambiente (familia, equipo de salud) que le rodea.

La falta de apoyo familiar, económico, de las redes de asistencia social, pueden ser los únicos factores que desencadenen problemas patológicos y traducirse como síndromes geriátricos, por lo tanto las intervenciones o guías de apoyo tendrán que ser a ese nivel.

No debemos olvidar que cada intervención es diferente, es decir, cada anciano y su familia son diferentes en comparación a otros, esto significa que el abordaje y evaluación, así como la iniciativa de tratamiento y manejo, deben hacerse de manera *individual*.

(Mishara & Riedel 1986) recomiendan valorar los siguientes puntos para poder abordar la problemática del anciano y su familia:

- 1) la dinámica familiar,
- 2) red de información; establecer una relación médico-anciano-familia adecuada,
- 3) red de apoyo psico afectivo (estableciendo límites de manejo y acercamiento por parte del médico hacia el anciano y la familia del anciano,
- 4) establecer un plan diagnóstico global o integral del anciano y su familia,
- 5) establecer un plan terapéutico de manera individual.

Desde la medicina de familia el carácter interdisciplinario de la atención del Anciano es un hecho indiscutible, no supone ninguna novedad decir que la evaluación integral

y la auto percepción de salud constituyen una herramienta esencial y en general un instrumento necesario para una correcta atención a los ancianos; dicha valoración debe ser integral, continua, dinámica en el tiempo e interdisciplinaria, buscando siempre mejorar la calidad de vida del anciano y su familia.

## **EL ENVEJECIMIENTO**

Hoy en día, llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo, aún hoy muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida.

El envejecimiento es parte integrante y natural de la vida, la forma en que envejecemos y vivimos este proceso, nuestra salud y capacidad funcional, dependen no sólo de nuestra estructura genética, sino también de lo que hemos hecho durante nuestra vida; del tipo de cosas con las que nos hemos encontrado a lo largo de ella.

A pesar de los avances más recientes, la mayoría de los mecanismos biológicos básicos implicados en el proceso del envejecimiento no se conocen totalmente.

Lo que sí sabemos es que:

- 1) el envejecimiento es común a todos los miembros de cualquier especie;
- 2) el envejecimiento es progresivo; y
- 3) el envejecimiento incluye mecanismos perjudiciales que afectan a nuestra capacidad.

El envejecimiento es un fenómeno muy complejo y variable, el ritmo de envejecimiento varía dentro del organismo mismo de cualquier especie. (Dychtwald 1986) dice que el individuo nace con una cierta cantidad de vitalidad y que esta disminuye continuamente a medida que avanza la edad.

Con el proceso de envejecimiento, la mayor parte de los órganos sufre un deterioro de su capacidad funcional y de su habilidad para mantener la homeostasis.

Dice (Matteson 1988) es un proceso lento pero dinámico que depende de muchas influencias internas y externas, incluidas la programación genética y los entornos físicos y sociales.

El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida. Es multidimensional y multidireccional, en el sentido de que hay diferencias en el ritmo y dirección del cambio (ganancias y pérdidas) de las distintas características de cada individuo y entre individuos. Cada etapa de la vida es importante. Por consiguiente, el envejecimiento debe contemplarse desde una perspectiva que abarque todo el curso de la vida.

## **TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO.**

Se han propuesto varias teorías para explicar el proceso de envejecimiento.

Goldstein y colaboradores las han revisado extensamente y finalmente las han dividido en dos grandes categorías:

1. teorías estocásticas: que afirman que el proceso de envejecimiento sería el resultado de la suma de alteraciones que ocurren en forma aleatoria y se acumulan a lo largo del tiempo.
2. teorías no estocásticas: las que suponen que el envejecimiento estaría predeterminado.

### **1. Teorías estocásticas**

#### **Teoría del error catastrófico (Orgel, 1963)**

Esta teoría propone que con el paso del tiempo se produciría una acumulación de errores en la síntesis proteica, que en último término determinaría daño en la función celular.

Se sabe que se producen errores en los procesos de transcripción y translación durante la síntesis de proteínas, pero no hay evidencias científicas de que estos

errores se acumulen en el tiempo (en contra de esta teoría está la observación de que no cambia la secuencia de aminoácidos en las proteínas de animales viejos respecto de los jóvenes, no aumenta la cantidad de tRNA defectuoso con la edad.

### **Teoría del entrecruzamiento**

Teoría que postula que ocurrirían entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento y el desarrollo de enfermedades dependientes de la edad.

Esta teoría no explica todos los fenómenos relacionados con el envejecimiento, pero sí algunos. Se sabe que el desarrollo de cataratas es secundario a que las proteínas del cristalino sufran glicosilación y comiencen a entrecruzarse entre ellas, lo que lleva a la opacificación de éste.

### **Teoría del desgaste**

Propone que cada organismo estaría compuesto de partes irremplazables, y que la acumulación de daño en sus partes vitales llevaría a la muerte de las células, tejidos, y órganos.

### **Teoría de los radicales libres (Harman, 1956)**

Es una de las teorías más populares. Propone que el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

El oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales). Como la utilización y manejo del  $O_2$  no es perfecto, se producen radicales libres, entre ellos el radical súper óxido.

Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas, que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas. Se cree que este tipo de daño

podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, mucopolisacáridos, lípidos, etc.

Se ha encontrado correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa y la longevidad de diferentes primates. Además, estudios en ratas sometidas a restricción calórica han mostrado un aumento en la longevidad, lo que se cree es debido a una menor producción de radicales libres.

Es claro el papel que juega la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, (cáncer, cataratas, enfermedad de Alzheimer, etc.)

## **2. Teorías no Estocásticas**

**Teoría del marcapasos** (Reloj del envejecimiento». Burnet, 1970)

Los sistemas inmune y neuroendocrino serían «marcadores» intrínsecos del envejecimiento. Su involución estaría genéticamente determinada.

Se piensa que el «reloj del envejecimiento» reside en el hipotálamo. Asimismo el timo jugaría un rol fundamental, ya que al alterarse la función de los linfocitos T, disminuye la inmunidad y aumentan, entre otros, la frecuencia de cánceres.

### **Teoría genética**

Aunque no se conocen exactamente los mecanismos, está claro que el factor genético es determinante del proceso de envejecimiento. Existen patrones de longevidad específicos para cada especie animal. También existe una mejor correlación en la sobrevivencia entre gemelos monocigotos, que entre hermanos.

Hasta la fecha se conocen 4 grupos de genes en los cromosomas 1 y 4, que dan información sobre cese de la división celular (genes inhibidores). Se sabe también que existen oncogenes estimuladores del crecimiento, los cuales al activarse determinan división celular infinita, lo que resulta en una célula inmortal (cancerosa).

El envejecimiento celular estaría condicionado por la pérdida progresiva con la edad de material genético en los extremos de los cromosomas: los telómeros.

Cada vez que una célula del organismo se reproduce, el telómero se acorta, cuanto más se acorte dicho telómero, mayor es la afectación en la forma de expresión celular de su código celular y el resultado es el envejecimiento celular.

Debido al acortamiento telomérico se limita la capacidad de proliferación de las células, esto limitará el número de divisiones posibles y por lo tanto condicionará la duración de su vida.

En conclusión, existe fuerte evidencia de un control genético del proceso de envejecimiento, tanto en el ámbito celular como del organismo en su totalidad, pero aún faltan más estudios que analicen la correlación entre este control genético y los factores ambientales.

Probablemente envejecer sea la consecuencia de una serie de factores, intrínsecos y extrínsecos, que interactúan sobre el organismo a lo largo del tiempo, y determinan finalmente un debilitamiento de la homeostasis que culmina con la muerte.

El proceso de envejecimiento sería el resultado de la interacción entre las noxas que atacan al organismo, y los mecanismos de defensa, todo esto en un individuo con su carga genética determinada.

## **EL ENVEJECIMIENTO Y LA SALUD FUNCIONAL.**

Con el continuo crecimiento de las poblaciones de la tercera edad en las sociedades modernas, la búsqueda de formas de conservar y mejorar las habilidades funcionales de las personas al envejecer, ayudarles a manejarse independientemente en la comunidad y, fundamentalmente, mejorar la calidad de sus vidas, se ha convertido en un asunto cada vez más urgente.

Generalmente, las personas valoran su estado de salud comparándolo con el de otras personas de su misma edad y condición.

La salud de las personas de edad avanzada no debería, examinarse desde el punto de vista de la frecuencia de enfermedades o de la ausencia de las mismas. Incluso si tienen enfermedades, muchas personas mayores se sienten perfectamente sanas porque dichas enfermedades no tienen graves efectos negativos sobre sus vidas diarias.

La capacidad funcional de las personas mayores es crucial con respecto a la forma en que pueden llevar a cabo y soportar las actividades de la vida diaria, que a su vez afecta a su calidad de vida.

El estado funcional puede definirse como la capacidad de una persona para llevar a cabo las actividades necesarias para lograr el bienestar. (Perlado et al.) A menudo se conceptualiza como la integración de tres campos de la funcionalidad: el biológico, el psicológico y el social. (OMS 1998) Aunque los procesos de desarrollo y envejecimiento pueden dar lugar a grandes diferencias, las mediciones de la salud física pretenden determinar los niveles totales de salud y estado físico.

Las escalas de estado funcional estudian las actividades de la vida diaria (lavarse, vestirse, comer, trasladarse, caminar, y la continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (tareas domésticas, hacer la compra, tomar medicinas, utilizar transportes, usar el teléfono, cocinar, y usar y administrar el dinero) que generalmente son necesarias para la vida independiente.

La salud y la capacidad funcional son de vital importancia para la calidad de la vida social de las personas: el nivel de capacidad funcional determina la medida en que pueden manejarse con autonomía dentro de la comunidad, participar en distintos eventos, visitar a otras personas, utilizar los servicios y facilidades que les ofrecen las organizaciones y la sociedad, y en general, enriquecer sus propias vidas y las de las personas más próximas a ellos.

## **PROMOCIÓN DE SALUD Y PREVENCIÓN PRIMARIA EN LA TERCERA EDAD.**

La intervención psico-social con los ancianos y cuidadores, a través de actividades de Educación para la Salud grupales, la formación de Grupos de Ayuda Mutua o la realización de diversas actividades, pueden tener grandes beneficios en la mejora de la calidad de vida de los mayores y en ese sentido habría que investigar más, por lo que se debería ensayar fórmulas sencillas y económicas de educación para la salud a través de los propios ancianos, voluntarios, etc.

En la actualidad son muchas las personas en el mundo que dedican su esfuerzo y estudio a lo que podría denominarse como la nueva cultura de la longevidad. En realidad, es el intento de vivir más y en mejores condiciones físicas, sociales y mentales, en razón a que el avance social está orientado hacia esa dirección, buscando así un modelo de envejecimiento competente en un sentido útil, productivo, capaz de fortalecer desde un punto de vista genérico de la salud su calidad de vida. (Ríos et al. 2004)

Las personas siempre están condicionadas hasta cierto punto por las características de sus vidas y de sus entornos. Cómo seguirán viviendo en la tercera edad depende en gran medida de su capacidad funcional. No hay ninguna duda de que actividades preventivas es un factor crucial a la hora de conservar la salud funcional a lo largo de toda la vida.

Los objetivos clásicos de prevención se centran en reducir la morbimortalidad. En Geriátrica, sin embargo, tienen mayor trascendencia las actividades encaminadas a reducir la incapacidad y la dependencia, prevenir la ruptura familiar o mantener al anciano en su hogar mientras sea posible.

Los criterios clásicos de los programas de prevención valoran;

- Los diferentes aspectos que afectan a la salud de los ancianos (desde el punto de vista global del concepto de salud que incluya elementos de calidad de vida, satisfacción, status social, salud física, etc.);

- El impacto en la calidad de vida de los ancianos, potencialmente más susceptibles a reacciones adversas, y de los cuidadores, de la intervención y seguimiento posterior: confirmación de resultados positivos, etc.;
- La valoración del esfuerzo (tiempo-coste) en relación con la efectividad de la intervención propuesta en este grupo de edad.

Los programas de Promoción de la Salud para la población anciana tienen la capacidad potencial de mejorar la salud de este colectivo.

Los ancianos como grupo, responden positivamente a los consejos sobre prevención y son capaces de modificar sus hábitos incluso después de los 75 años. Su respuesta a actividades de vacunación puede ser mejor que en la población más joven.

La expectativa de vida después de los 65 años es habitualmente 18 años para las mujeres y 14 años para los hombres, una cantidad considerable de tiempo para realizar cambios de comportamientos y percibir los beneficios en salud.(INS 1999).

Para un correcto manejo del paciente anciano en atención primaria son fundamentales cuatro aspectos:

1. la realización de actividades preventivas y de promoción de la salud,
2. el empleo de la valoración geriátrica global,
3. una correcta instrucción y abordaje de los principales síndromes geriátricos,
4. los cuidados de larga duración mediante el desarrollo de la atención domiciliaria socio sanitaria.

## **ACTIVIDADES DE PROMOCIÓN Y PREVENCIÓN PRIMARIA**

Hábitos tóxicos:

### **A. Tabaco**

El consumo de cigarrillos constituye uno de los principales riesgos para la salud del individuo y es la principal causa de morbilidad prematura y prevenible en cualquier país desarrollado.

Los beneficios cardiovasculares derivados del cese del hábito tabáquico no disminuye en los ancianos, y aunque no hay evidencia, existe tal asociación entre tabaquismo y enfermedad que debe intentarse que los ancianos dejen de fumar. (INS).

Es una intervención claramente eficaz y supone poco esfuerzo para los profesionales de los estudios de Atención Primaria.

### **B Alcohol.**

Entre los mayores de 65 años un 60% son abstemios, 35% bebedores ligeros o moderados y un 2% beben de una forma alta o excesiva.

El Centro de Rehabilitación de Alcohólicos del Azuay, recomienda una entrevista para conocer el hábito alcohólico a cualquier persona desde los 14 años, sin límite de edad superior, por lo menos cada dos años, y un consejo posterior sistemático y continuado, aprovechando cualquier visita, para conseguir un consumo moderado o la abstinencia según el caso, la detección precoz y el tratamiento del alcoholismo mejora la salud de los mayores.

### **C Ejercicio físico**

La frecuencia de sedentarismo aumenta claramente con la edad y se asocia con una mayor mortalidad global por enfermedades cardiovasculares y por cáncer. El aumento de la actividad física parece reducir la incidencia de las enfermedades coronarias, Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus no insulino-dependiente, depresión y ansiedad. (ALAD)

Los programas de ejercicio físico pueden mejorar el bienestar físico, psíquico, la autoestima, la forma de enfrentarse a la vida de los ancianos. También mejoran la fuerza muscular y la capacidad cardiovascular, incluso en los ancianos más frágiles. (OMS 1998)

### **D Nutrición**

Los ancianos pueden tener requerimientos nutricionales especiales. Dependiendo de su estado nutricional, estado funcional, problemas médicos, dentición y régimen

terapéutico, puede ser importante modificar los niveles diarios recomendados de calorías, sodio, calcio, agua, fibra dietética, proteínas y otros nutrientes, para reducir el riesgo de complicaciones.

Factores asociados a una nutrición inadecuada serían los problemas de dentición, la inmovilidad, la disminución de la capacidad gustativa, vivir solo y el alcoholismo.

## **E Salud dental**

Muchas personas mayores tienen sus dentaduras en mal estado y la enfermedad periodontal es muy frecuente lo que contribuye a las deficiencias nutricionales en esta edad.

Una actividad preventiva en el cuidado dental a través del asesoramiento sobre la higiene dental correcta y visitas regulares al dentista es importante especialmente en zonas rurales donde el acceso a este servicio es limitado por motivos económicos o por falta de personal.

## **F Inmunizaciones**

### **A. Vacunación antigripal**

Se recomienda la vacunación antigripal anual masiva en los mayores de 65 años como estrategia de prevención primaria capaz de reducir la incidencia de la enfermedad obstructiva crónica, (GOLD 2008) y la mortalidad asociada a ésta.

### **B. La vacuna antitetánica.**

Se recomienda la vacunación de toda la población adulta, sin límite de edad cada 10 años.

### **C. Vacunación antineumocócica.**

La neumonía es una causa importante de muerte entre los ancianos. El neumococo es el agente etiológico más frecuente de neumonías extra hospitalarias y meningitis en el adulto.

La OMS afirma que la edad por sí sola no debe ser motivo de exclusión de las pruebas clínicas que pudieran ser de utilidad y que es apropiado realizar pruebas de detección siempre que existan posibilidades razonables de detectar enfermedades que puedan tratarse a un coste aceptable. (INS 1999)

Existe evidencia de que en los ancianos se realizan menos cribados que en los adultos. Además, son pocos los estudios de intervención sobre la población anciana, por lo que no es de sorprender las controversias existentes entre distintos grupos de expertos al hacer recomendaciones. Los ancianos al ser un grupo que va en aumento es necesario construir un programa de actividades para lograr una buena calidad de vida a esta edad.

No existe una razón clara que justifique suprimir las actividades preventivas a una determinada edad.

## **ACTIVIDADES DE PREVENCIÓN SECUNDARIA**

### **A Hipertensión arterial**

La prevalencia de la hipertensión arterial alcanza según los criterios diagnósticos actuales, a más del 60% de la población anciana.

En sujetos mayores de 65 años el tratamiento farmacológico de la HTA, tanto sistólica como diastólica, ha demostrado que es efectivo para disminuir la morbilidad coronaria en un 16%, la morbilidad cerebro vascular en un 38%, y la aparición de eventos mortales por estas causas así como la mortalidad general. (JNC 2007)

La determinación de la presión arterial de forma oportunista, constituye una medida efectiva de prevención de patología circulatoria. La periodicidad establecida es anual o bienal. Los sujetos con presión mayor de 140/90 en tres ocasiones, deberán ser objeto de programas de seguimiento.

## **B Polifarmacia**

Es frecuente la prescripción innecesaria, el uso de fármacos de utilidad dudosa y la auto prescripción y, por otra, es prevalente el mal uso de medicamentos (errores de administración, incumplimiento terapéutico...) La polifarmacia condiciona mayores costes sanitarios por lo que se ha descrito la polifarmacia como una enfermedad.

Los métodos que han demostrado ser efectivos en disminuir la polifarmacia han sido: la formación de los médicos, contactos grupales o individuales con expertos en farmacoterapia, el uso de impresos con perfiles de prescripción, una legislación que impida la utilización de fármacos inapropiados y la educación de los pacientes.

## **C Agudeza visual**

Estima (Cano JF) que el 50% de las personas mayores de 65 años presentan algún defecto visual, siendo las patologías más frecuentes, defectos de refracción, cataratas, glaucoma, degeneración macular y retinopatía diabética.

Los defectos visuales se asocian con caídas, fracturas, aislamiento y disminución de la calidad de vida. Sólo la mitad de los sujetos con problemas visuales son conocidos por sus médicos y muchos de estos se beneficiarían al usar lentes.

Los test de cribado que se han descrito son: optotipos (carta de Snellen) tonometría y oftalmoscopio.

Se recomienda el cribado en los mayores de 65 años de los defectos de refracción. (SMFC 2000)

## **D Hipoacusia**

Los problemas de audición se incrementan con la edad, afectando al 20-35% de los ancianos. Los defectos auditivos, pueden causar soledad, depresión, otros problemas psicosociales e incapacidad.

Las causas principales de sordera (presbiacusia, acufenos y tapones de cera) pueden mejorar con tratamiento.

Las actividades de cribado que se han descrito son el test de susurro, el audioscopio, y la audiometría.

## **E Cáncer**

### **A. Cáncer de mama**

El cáncer de mama es el tumor más frecuente en la población femenina y constituye la primera causa de muerte por cáncer en mujeres. El 45% de los cánceres detectados ocurre en ancianos.

### **B. Cáncer de cérvix,**

A través del PAP anual si hay vida sexual. (MSP)

### **C. El cáncer colorrectal**

En la última revisión de la US. Task Force, se recomienda el cribado de cáncer colorrectal a todas las personas mayores de 50 años, mediante el test de sangre oculta en heces anual; o sigmoideoscopio, cada 5 años. (SMFC 2000)

## **D Demencia**

Según la (OMS 1986), casi todos los cálculos de prevalencia de demencia en la población mayor de 65 años, se sitúan entre el 5 y el 8%,

Se han realizado numerosos estudios sobre técnicas de cribado para la detección del deterioro mental. Una de las más estudiadas es el MMSE (Mini-Mental State Examination)

La edad a partir de la cual comienzan a aplicarse es variable pero generalmente a partir de los 65. El valor predictivo de los test disponibles es relativamente bajo en los ancianos asintomáticos. Aunque puede haber beneficios con la detección precoz, hay pocos estudios que demuestren que el cribado rutinario reduzca las consecuencias médicas y psicológicas de la demencia.

## **E Incontinencia urinaria**

La incontinencia urinaria afecta del 15 al 30% de las personas ancianas que viven en la comunidad y al 40% de los institucionalizados. Predispone a complicaciones tales como, las úlceras por presión, las caídas, infección urinaria, sepsis, etc.

Tiene un importante impacto psicosocial, tanto para el paciente como para sus familiares, pudiendo llevar al aislamiento, depresión deterioro funcional y riesgo de institucionalización.

La efectividad de la detección de la incontinencia urinaria, debería ser incluida en los programas de valoración del anciano, considerándose una intervención de bajo esfuerzo.

Para el “envejecimiento saludable”, quizás el mejor objetivo que se puede fijar es el de cuidar de uno mismo y de los demás.

## **CALIDAD DE VIDA**

La calidad de nuestra vida (González et al. 1997) equivale a la calidad de nuestro envejecimiento, es elegible en la medida que elegibles son individual y socio-culturalmente las condiciones en que vivimos, nuestras actitudes y nuestras formas de comportarnos.

La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos, (Dulcey-Ruiz & Quintero 1999) (Mantilla & Márquez 1996) donde el aspecto objetivo depende del individuo del aprovechamiento de sus potenciales: (intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, socio psicológica, cultural y política) que interactúan con él.

La calidad de vida es un concepto evaluador o valorativo capaz de abarcar muchos más fenómenos que los que caben en cualquier especialidad o rama de las ciencias, es decir, las definiciones sobre las que se sustentan las investigaciones son múltiples y según el contexto del cual parte su valoración. (Faden & Germán 1998)

La OMS define la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

(Ocampo 2002) Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno.

Por otro lado (Badia y cols 2005) definen la calidad de vida como la percepción global de satisfacción en un determinado número de dimensiones clave, con especial énfasis en el bienestar del individuo; este término presenta distintos significados para distintas personas, pues el patrón con el que un individuo valora su propia calidad de vida depende de su experiencia y de la distancia que exista entre sus expectativas y sus logros.

(Felce & Perry 1995) hallaron tres conceptualizaciones de calidad de vida que retroalimentaron con una cuarta, así: 1) como la calidad de las condiciones de vida de una persona; 2) la satisfacción experimentada por la persona con dichas condiciones vitales; (3) la combinación de componentes objetivos y subjetivos, es decir, calidad de vida definida como la calidad de las condiciones de vida de una persona junto a la satisfacción que ésta experimenta (4) y, por último, como la combinación de las condiciones de vida y la satisfacción personal ponderadas por la escala de valores, aspiraciones y expectativas personales.

La condición de vejez, cuyo significado ha variado y seguirá transformándose en el tiempo, varía en un mismo momento histórico de una cultura a otra, de una región a otra. Dentro de un mismo país, la salud, la situación económica, social y familiar y sus implicaciones para el bienestar de los ancianos son claramente diferenciales según clase socioeconómica, género, etnia y lugar de residencia.

La forma de actuar de cada persona después de los 60 años es en gran parte un reflejo de sus tradiciones y de su educación, de una forma muy particular de observar su entorno y la forma como se nutre de este. (Ocampo 2002)

La calidad de vida aplicada a la tercera edad, debe estudiar aspectos, (Reyes) tales como el estado de salud, el estado funcional y la predicción de incapacidad y la predicción de factores de riesgo.

El concepto de bienestar subjetivo adolece de falta de teorización, lo que ha influido en que los instrumentos diseñados para su medición presenten imprecisiones y generalidad conceptual (Quintero y González, 1997). No obstante, la abundante investigación especializada indica, sin mayor precisión, que el “componente subjetivo” es parte integrante de la calidad de vida de las personas mayores, constituye un indicador importante en el proceso de envejecimiento y no debe dejarse de lado al considerar la situación real de las personas mayores.

Una de las características de la calidad de vida es que su operacionalización depende necesariamente del contexto de referencia, por lo que es muy difícil, establecer su definición operativa general de calidad de vida en la vejez en América Latina, que permita ser empíricamente contrastada, sin contar previamente antecedentes válidos que nos den cuenta, entre otras cosas, del modo de vida, el nivel de vida, las condiciones de vida y el estilo de vida de las personas mayores en interrelación con variables económicas, sociales, de género, culturales y espaciales.

Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. En la tercera edad los estudios han prestado especial atención a la influencia que tiene sobre la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física, y los servicios que reciben las personas mayores. (Gómez-Vela & Sabe)

### **Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor.**

Diversos autores han investigado sobre los factores de la vida que son considerados importantes para la calidad de vida por las personas de edad, encontrando como

variables más significativas: las relaciones familiares y apoyos sociales, la salud general, el estado funcional y la disponibilidad económica. (Rubio et al. 1997)

A pesar de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes. El soporte social, es un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga.

Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; pero los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, pero no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos. (Fernández-Ballesteros et al. 1997)

Aspectos relacionados con la salud; cualquier enfermedad en general afecta la calidad de vida, y en mayor medida los problemas de salud mental: desordenes de ansiedad, depresivos y afectivos. (Lizan 1995)

### **Calidad de vida relacionada con la salud.**

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países y en la población adulta mayor para la que el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de las personas, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de vida de esta población. En este contexto, la incorporación de la medida de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones. (Guyatt et al. 1993)

El concepto de calidad de vida relacionada con la salud incorpora esencialmente la percepción del paciente, (Testa 1996) como una necesidad en la evaluación de resultados en salud, debiendo para ello desarrollar los instrumentos necesarios para

que esa medida sea válida y confiable y aporte evidencia empírica con base científica al proceso de toma de decisiones en salud.

### **Concepto de calidad de vida relacionada con la salud.**

Autores como (Erickson & Patrick 1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.

Para (Naughton1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo.

(Schwartzmann 2003) Considera la calidad de vida como un proceso dinámico y cambiante que incluye interacciones continuas entre la persona y su medio ambiente. De acuerdo a este concepto, la calidad de vida en una persona enferma es la resultante de la interacción del tipo de enfermedad y su evolución, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido y la etapa de la vida en que se produce la enfermedad. Dicho resultado se mide en la percepción del grado de bienestar físico, psíquico y social y en la evaluación general de la vida que hace el paciente, teniendo en cuenta los cambios que estas situaciones pueden producir en el sistema de valores, creencias y expectativas. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

Es claro que calidad de vida es una noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado

emocional, su vida familiar, amorosa, social así como el sentido que le atribuye a su vida, entre otras cosas.

### **Medición de la calidad de vida.**

Tradicionalmente la determinación del estado de salud o enfermedad de los individuos se ha centrado en métodos objetivos basados en la elaboración e implementación de medidas, tales como marcadores bioquímicos, fisiológicos y anatómicos, o simplemente empleando el uso de indicadores epidemiológicos para caracterizar una población. Sin embargo, existía un vacío instrumental para medir la calidad de vida o estado de salud individual en función de la definición de la definición de salud planteada por la Organización Mundial de la Salud.

Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a una nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la calidad de vida del paciente. En la tercera edad (Gómez-Vela & Sabeh) se ha prestado especial atención a la influencia que tiene la calidad de vida, las actividades de ocio y tiempo libre, el estado de salud física y los servicios que reciben las personas mayores.

En esta parte los instrumentos de medida de la calidad de vida pueden ser de gran utilidad tanto para la valoración individual del paciente mayor en la práctica clínica como para la valoración de este grupo de población, con el fin de determinar sus necesidades de salud y sus preferencias como ayuda para la planificación de servicios sanitarios y sociales.

Estos instrumentos se han desarrollado sobre todo a partir de tres tradiciones de investigación. (Bergner et al. 1981)

1. La investigación de la felicidad, proveniente de la tradición psicológica, definida por (Jones 2003) como un constructo psicológico posible de ser investigado.
2. La investigación en indicadores sociales, proveniente de las ciencias sociales, que se centró en los determinantes sociales y económicos del bienestar. Las líneas de investigación en el campo social divergen, desde las que continúan centrándose en indicadores objetivos a las que se concentran en indicadores subjetivos. Dentro de esta línea, diversos investigadores siguen discutiendo si la satisfacción debe medirse globalmente o en relación a distintos ámbitos de la vida específicos.
3. Los distintos modelos teóricos sobre necesidades humanas, desarrollados por filósofos, antropólogos, científicos sociales y políticos, incluyen, a pesar de sus diferencias teóricas las siguientes categorías de necesidades. (Angermeyer & Killian, 2000)

- Necesidades fisiológicas (alimentación, agua, aire, cobijo, etc.)
- Necesidad de relación emocional con otras personas.
- Necesidad de aceptación social.
- Necesidad de realización y de sentido.

A comienzos de los años 80 aparecen desarrollados los perfiles de salud como respuesta a lo anterior, y son los denominados: Perfil de Impacto de la Enfermedad, (Bergner et al.1981) Perfil de Salud de Nottingham. (Hunt et al. 1986) y el SF-36 (Ware et al. 1981)

Posteriormente la Organización Mundial de la Salud desarrolla una nueva dimensión de calidad de vida, al incorporar el bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad, en su definición clásica, sin embargo, esta definición no pasó de ser una expresión de deseos y la práctica médica así como las evaluaciones poblacionales de salud fueron apartándose de este concepto reduccionista.

En 1991 se forma un grupo multicultural de expertos que avanza en la definición de Calidad de Vida y en algunos consensos básicos que permitan ir dando a este complejo campo alguna unidad.

Esta definición y puntos de consenso fueron la base de la creación del instrumento de Calidad de Vida de la OMS (WHOQOL-100), cuestionario válido simultáneamente en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales, para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación. (WHOQOL 1995). Posteriormente se desarrolla el WHOQOL-Bref una versión acortada del (WHOQOL-100), que mide cuatro dimensiones: percepción de salud física, salud psicológica, relaciones sociales y medio ambiente. Contiene 26 ítems de cinco opciones de respuesta en una escala tipo Likert. Se obtienen cuatro sumas parciales para cada dominio en puntuaciones que van de 0 a 100, entre más alta la calificación, mejor calidad de vida. (Sánchez-Sosa & González-Celis, 2006).

Velarde y Ávila (2002) analizan diferentes Métodos para evaluar calidad de vida dando las siguientes características al WHOQOL instrumento.

**TABLA No 2.  
CARACTERÍSTICAS DEL INSTRUMENTO  
DE CALIDAD DE VIDA WHOQOL-BREF.**

<b>Instrumento</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Validez</b>	<b>Confiabilidad</b>	<b>Dimensión</b>	<b>Función</b>
The World Health Organization Quality of Life: WHOQOL Instrumento	Validación Confiabilidad	Constructo Criterio	Prueba repetida Consistencia interna	Funcionalidad físico, social, emocional, autonomía	discriminación

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

Fuente: Velarde-Jurado, E., Ávila-Figueroa, C. (2002) Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud pública de México / vol.44, no.5.

Hay diversos estudios usando los instrumentos de medición de calidad de vida, en Kentucky, E.U. (Mainous & Kohrs 1995) realizó un estudio con personas de áreas urbanas y rurales, en el que encontró que las del área rural tenían un estado de salud más pobre en la medición de las subescalas de funcionamiento físico y social, roles, salud mental general y percepción general de salud.

En el sur de Francia (Grand et al. 1990) llevó a cabo un estudio en ancianos mayores de 60 años con el objetivo de identificar marcadores de mortalidad, en el que halló una relación entre ésta y discapacidad, salud, auto percepción de salud, confort en la casa, socialización y dos ítem de bienestar subjetivo: la sensación de inutilidad y la carencia de proyectos para el futuro.

En Malasia (Yassin et al. 2000) encontró en una población de 317 ancianos mayores de 55 años, que cerca del 33% percibían su salud como excelente o buena, 63,4% consideraban que su salud comparada con la del año anterior era más o menos la misma y 49.2% se percibía a sí mismo como físicamente activo. La artritis fue la condición que más afectaba las actividades de la vida diaria.

En España (Fernández-Ballesteros et al. 1997) expresa, que actualmente en su mayoría los planes y programas de servicios sociales dirigidos a los mayores y a otros grupos poblacionales tienen como objetivo incrementar la calidad de vida para alcanzar el estado de bienestar. Esta autora enfatiza en la multidimensionalidad del concepto de calidad de vida y lo asocia con factores personales tales como: salud, habilidades funcionales, relaciones sociales, actividades de ocio y satisfacción y factores socio ambientales tales como: apoyo social, condiciones económicas, servicios de salud y seguridad social, calidad del ambiente y aspectos culturales.

(Durán et al.) concluye en una de sus investigaciones en México, que la mayor variación de los adultos entre los 65 y 74 años, en relación con su calidad de vida, se concentra en tres dimensiones particularmente: vitalidad, función social y salud

mental; y que dos condiciones como el sexo y la edad (mujeres y mayor edad) son variables que se asocian con la calidad de vida.

### **Redes de apoyo o soporte social**

Las redes de apoyo social con que cuenta el adulto mayor pueden dividirse de acuerdo a su naturaleza: las redes formales corresponden a entidades privadas o gubernamentales, instituidas dentro de las estructuras sociopolíticas del estado; las redes informales corresponden a grupos y asociaciones que funcionan con normas y reglamentos propios establecidos según el propósito y objetivo de su constitución, las redes de apoyo informal pueden ser primarias conformada por familiares y convivientes, y las secundarias conformadas por vecinos, amigos y parientes. (Gómez et al.)

El adulto mayor vive en un entorno en el cual coexisten aspectos positivos y negativos que pueden repercutir en la capacidad funcional del anciano y que se asocia con un incremento de la susceptibilidad para que éste desarrolle enfermedades, se accidente, pierda autonomía o muera. (Cardona et al. 2002)

(Fujisawa 2004) encontró diferencias en los índices de calidad de vida (apoyo social, autonomía, salud mental y relaciones familiares) con respecto al género.

Céspedes, A y cols concluyeron en una investigación sobre calidad de vida y adulto mayor, que existen carencias de tipo afectivo por falta de interacción social, falta de contacto social y problemas de inactividad bastante acentuados. (Céspedes A. 1987)

Otro estudio realizado por Villalobos. (Villalobos 2004) en Costa Rica, reveló que los adultos mayores institucionalizadas experimentan sentimientos de soledad por encontrarse separados de su familia, mostrándose apáticos, poco participativos en las actividades programadas por los centros y presentan mayores factores de riesgo como sedentarismo y aislamiento. Además evidencian discapacidades más visibles y

requieren mayor ayuda para realizar actividades de la vida diaria; en contraste las personas mayores que vivían con su familia y eran atendidos en el centro diurno se mostraron más activas, participativas y se mantuvieron ocupados en diferentes tareas.

Todas estas investigaciones han aportado con argumentos valiosos, para continuar estudiando la calidad de vida en los adultos mayores, siempre dirigidos a buscar opciones que los beneficien.

### **GESTION COMUNITARIA, PARTICIPACIÓN Y DESARROLLO**

El concepto de Gestión Comunitaria que surge a finales de los 80 fundamentalmente está reclamando el empoderamiento de las comunidades para que puedan ejercer de manera autónoma la administración de los proyectos con ellos elaborados

En 1987 David Korten escribió “la gestión comunitaria tiene como punto de partida la comunidad: sus necesidades, capacidades y finalmente su control directo sobre los recursos y su destinación”. Korten al igual que otros defensores del trabajo comunitario (Estan and Uphoff, 1984) (Cernea, 1985) subrayan el empoderamiento de las Comunidades como elemento central de la Gestión Comunitaria. (Cinara 2000).

A nivel de la gestión comunitaria el concepto de empoderamiento implica que las comunidades son capaces de administrar, operar y mantener el proyecto con criterios de eficiencia y equidad tanto social como de género.

Las comunidades toman todas las decisiones relacionadas con, el proyecto, tienen el control de los recursos (técnicos, financieros, de personal), y establecen relaciones horizontales con las agencias gubernamentales y no gubernamentales que apoyan su trabajo. El empoderamiento está subrayando el carácter autónomo de la gestión comunitaria frente a los entes de apoyo sean estatales o no.

En esta visión la participación comunitaria es un proceso que se consolida en una organización cuyos miembros tienen la representación legítima de la comunidad, una comunidad funciona cuando sus integrantes trabajan en equipo, en un territorio que conocen y en el cual pretenden una reconversión, creación de programas o asociaciones para responder a las necesidades detectadas. (Bellucci 1989).

Culturalmente en localidades pequeñas se tiende a concentrar el liderazgo y la toma de decisiones; el reto de la gestión comunitaria es lograr un liderazgo más participativo con enfoque de género que permita el surgimiento de nuevos líderes y la vinculación de todos los grupos.

### **Consensos y autonomía en la toma de decisiones.**

Tradicionalmente, en las intervenciones se hace referencia a la participación como entrega de información, desconociendo espacios donde la gente discuta y se logren verdaderos consensos que reflejen las necesidades de las comunidades.

En un proceso participativo se facilitan las condiciones para que los diferentes actores hagan sus aportes, se enriquezcan mutuamente y permitan a la comunidad tomar decisiones informadas. Con este esquema se busca que los participantes en un proyecto se apropien de herramientas metodológicas y tecnológicas que les permitan ser multiplicadores con capacidad crítica y creativa en otros proyectos.

### **Alianzas estratégicas**

Una alianza se hace para potenciar recursos y contribuciones diversas en procesos interactivos, en la perspectiva de resolver problemas concretos que afectan el bienestar de una comunidad. En una alianza hay que destacar el carácter de los actores, su rol y su interés particular, como lo señala (De Roux 2000), la alianza no implica la disolución de actores en una organización común, sino la articulación concertada de sus esfuerzos y aportes para alcanzar propósitos comunes, sin pérdida de la independencia ni de la particularidad de cada actor. En este aspecto la

participación de los miembros de la familia permite lograr los objetivos que llevarán a una mejora en la calidad de vida.

El desarrollo de una comunidad a través de la participación activa de sus integrantes logra la transformación de su propia realidad. Esta intervención comunitaria promueve su autogestión y genera la capacidad de decisión y de acción que favorece el fortalecimiento comunitario. Cuando una comunidad se desarrolla, crece. No significa necesariamente volverse mayor o más rica, sino más compleja y fuerte (Johnston, Laraña y Gutsfield 1994)

No cabe duda de que la sensibilización y el interés de los profesionales de la atención primaria por los problemas sanitarios del envejecimiento son cada vez mayores no obstante, existen múltiples limitaciones, cuyo conocimiento permitirá seguir avanzando y mejorando la atención sanitaria de este colectivo:

Entendiendo cómo el adulto mayor descifra el proceso de envejecimiento, salud/enfermedad, se puede intervenir sin causar más daño.

## **CAPITULO 3**

### **ZONA DE TRABAJO**

**Del Huinara en las faldas tendido,  
te dilatas en verdes laderas;  
de tu nombre están llenas las eras,  
de tus vientos la sierra es altar.  
(Fragmento del himno a Jima  
Letra: Carlos Aguilar Vásquez)**

### **CONTEXTO DE LA PARROQUIA DE JIMA**

#### **UBICACIÓN GEOGRÁFICA**

La Parroquia de Jima pertenece al Cantón Sigsig de la Provincia del Azuay, situada a 2960 metros de altura, al sur oriente de la provincia, en los linderos provinciales del Azuay y Morona Santiago. Su posición es de 3° 11' 34" de latitud sur, y 78° 57' 07" de longitud occidental. Jima ocupa un área de 950 Km<sup>2</sup>.

La distancia entre Cuenca y Jima es de aproximadamente 42 kilómetros.

#### **LÍMITES**

Limita al norte con las parroquias de Ludo, San José de Raranga y Cutchil, al sur con Morona Santiago y Nabón, al oeste con los cantones de Girón y Nabón al este con la Provincia de Morona Santiago.

#### **LOCALIDADES MÁS IMPORTANTES**

Conformada por varios caseríos, cuyos nombres dice mucho de las raíces de este pueblo, que tiene en la cultura cañari, inca y española sus antecesores más cercanos: Iguila Corral, Moya, Zhamar, Pizata, Zhipta, Tacadel, La Esperanza, Guavizay, Viola, San Vicente, Chiñaguiña.

## CLIMA

Ubicada a 2750 metros de altura, tiene un clima frío que va desde los 9 a 15 ° C, cuenta con las cuatro estaciones las precipitaciones se registran todo el año más frecuentes entre Diciembre y Mayo, y el tiempo de verano entre Junio y Noviembre.

El terreno es irregular, cuenta con un sistema hidrográfico formado por 2 ríos, afluentes del río Paute, riachuelos, quebradas y lagunas.

## FLORA Y FAUNA

La geografía de Jima se caracteriza por su topografía de quebradas, bosques, pequeñas llanuras y pajonales, en donde abundan plantas nativas, quishuar, guavizay, gañal, garau, vivic, quinua, etc. “Es importante destacar que en un área de 360 metros cuadrados se encontraron 36 especies de orquídeas” (Suin 2007) esto habla de la diversidad de la fauna, en la parte baja están pastizales, sembríos de maíz, papas, hortalizas y abundantes árboles de manzana, pera, capulí, mora y otras frutas.

Dentro de la fauna cuenta con una variedad de animales como el tigrillo, león, zorro, venados, truchas y una gran diversidad de aves.

## HIDROGRAFIA.

Sus riachuelos y vertientes dan origen al nacimiento del Río Moya (más abajo Bolo y Pamar) quien con su caudal constituye uno de los más abundantes tributarios de la central hidroeléctrica Paute. Además existe el río Malla, río Guanduyacu, de menor caudal.

## HISTORIA Y POLITICA

El Dr. Carlos Aguilar Vásquez quien es nativo del lugar señala el origen de la palabra Jima, del vocablo cañari "Zhima" una variedad de maíz que se cultiva en la zona, y otra versión es que en el tiempo de la colonia, un español llamado Juan Gema donó un terreno donde fue levantada la iglesia de la virgen del Rosario, por este acto y en recuerdo del donante empezaron a llamar Gema, con el tiempo llegó a ser Jima o Gima.

Los orígenes de Jima se remonta a la época de los incas,...Un día antes de que los montes y ríos tuvieran nombre llegaron unos hombres del Cañar... (Aguilar 1974) en que el patriarca huinero Zhimacela y su tribu se asienta en lo que hoy es Jima.

**TABLA No 3.**  
**HECHO IMPORTANTES DE LA PARROQUIA DE JIMA.**

HECHOS	FECHA
Llegada de los primeros habitantes Cañaris.	1000-1450
Éxodo hacia el oriente por revelación divina.	1450
Éxodo del oriente a Jima por batallas con jíbaros.	1534
Jima pertenece a Paccha	1582
Jima pertenece a San Bartolomé	1726
Parroquialización	12 Noviembre 1820
El libertador Simón Bolívar visita la parroquia.	5 septiembre 1982.
El revolucionario liberal esmeraldeño Luís Vargas Torres pasa encadenado en su viaje de Loja a Cuenca.	Diciembre de 1886
Se construye la iglesia parroquial bajo la dirección de Juan Bautista Vásquez.	1896
Se inicia la construcción de la carretera Tinajillas- Jima.	1950
Se inicia construcción carretera Cumbe-Jima	1953
Se instala el telégrafo	1953
Se inicia construcción de carretera a parroquias amazónicas.	1964
Se construye la primera escuela.	1965
Se construye la tenencia política	1971
Se construye el subcentro de salud	1974
Se funda el colegio Carlos Aguilar Vásquez	1975
Inauguración de luz eléctrica, se construye la casa comunal y el dispensario del seguro social campesino.	1981
Se inaugura el servicio telefónico	1994
Inauguración planta de agua potable, alcantarillado y planta de tratamiento de aguas servidas.( Coello 2007)	2005

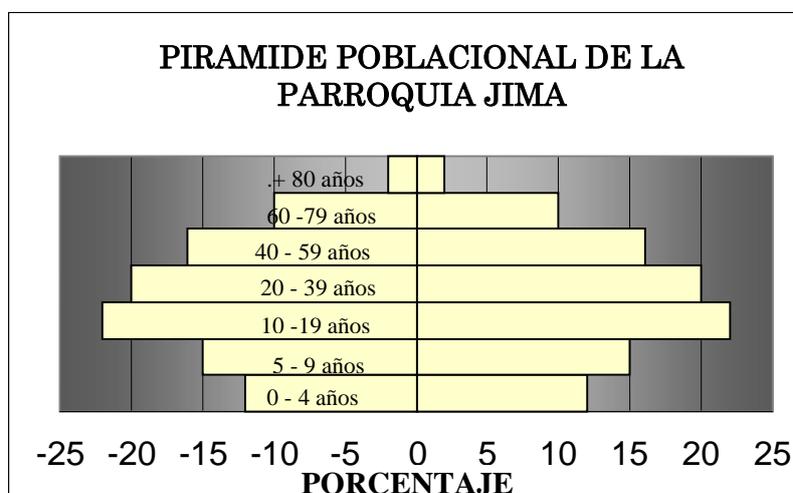
Elaboración: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

Fuente: Coello E (2007) Jima, Cuna y asiento de celebres personalidades del Ecuador. Su historia y Cultura *en historia*. Capítulo I 1ª ed., (ed. E Vanegas), Cuenca, pp. 58-76, 149-156

## CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

Según los informantes locales, la población de Jima alcanza los 6.000 habitantes. (Uyaguari N 2008) oficialmente el VI Censo de Población asigna una población de 3226 habitantes 1465 hombres y 1761 mujeres. (INEC 2001), y para el año 2009 proyecta 3675 valor con el que se calculan los indicadores de salud.

**GRAFICO No 1**  
**PIRÁMIDE POBLACIONAL DE LA PARROQUIA DE JIMA 2001**



Fuente: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos.

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro

Sobre el total de la población hay dominio mestizo del 93%

## PAUTAS CULTURALES

### VIVIENDA

La mayor parte de la población poseen vivienda propia, generalmente construidas en bareque, adobe y teja, que en considerables ocasiones no cuentan con la distribución correcta de los espacios, es así que encontramos una vivienda con 2 habitaciones: la cocina y un dormitorio en el que cohabitan todos los miembros de la familia, sin que exista una división de privacidad entre los mismos.

Aproximadamente desde hace 10 años, en que empieza una ola migratoria hacia Estados Unidos, España, y gracias a las remesas de los emigrantes, hay un auge en la construcción con predominio de viviendas construidas en ladrillo, cemento y hormigón, con mejor distribución de los espacios.

El investigador Axel Kroeger, (1984) concluye que los campesinos cuanto más expuestos están al cruce de influencias culturales tanto más probable es que construyan una vivienda moderna. Convirtiendo la vivienda en un símbolo de estatus social y de adaptación cultural.

### **ACTIVIDAD ECONÓMICA.**

Según el VI Censo de población del 2001, la población económicamente activa es de 1168. Porcentaje de ocupación 98.2 % y 1.8% desocupados. (INEC 2001)

El ingreso económico por familia es entre 50 y 250 dólares mensuales. Las fuentes de trabajo de los habitantes son en labores agrícolas (cultivo de maíz, fréjol, hortalizas, manzanos) en ganadería y en la producción lácteos, “la producción de leche alcanza los 7000 litros diarios se distingue en menor escala la cría de cobayos en número alrededor de 2400 mensuales. (Argudo J 2007), así como aves.

En menor proporción se dedican a la fabricación de tejas y ladrillos, mientras que las mujeres combinan los quehaceres domésticos con el tejido, bordado, cultivos menores, crianza de los hijos y cuidado de los animales.

Otro grupo emigra a zonas como Gualaquiza, Cuenca, Machala desempeñándose en múltiples oficios y otro importante número han emigrado a Estados Unidos y Europa.

### **MODELOS FAMILIARES**

La vida del Jimeño depende y gira alrededor de su familia de origen. Las familias constituyen pilar fundamental del quehacer político, social y cultural de la parroquia Las familias del sector están formadas en su mayoría por uno a seis miembros, pero en la zona rural especialmente, hay familias que están conformadas por 10 o más miembros. El habitante de la serranía Jimeña lleva consigo, en lo más profundo de su ser, la herencia y la tradición de sus antepasados, el valor y la hidalguía se

mezclan a veces con la nostalgia y la tristeza de antaño, estos matices están presentes en su vida cotidiana.

Las familias en su mayor parte nucleadas y con la tenencia del poder del padre, que generalmente es el proveedor de alimento, seguridad, y dinero, El padre es el responsable del hogar pero hay muchos hogares en donde debido a la migración se práctica el matriarcado, donde las mujeres asumieron las responsabilidades del esposo, convirtiéndose en jefa de hogar.

La jornada diaria se inicia muy temprano cuatro a cinco de la mañana, el padre revisa su ganado, saca la leche, muda y regresa con leña para el fogón o hierba para sus cuyes, a las 7 de la mañana llega a desayunar los alimentos que preparo su esposa o hija, cuya jornada se inicia una hora más tarde.

El padre solo o con hijo o hijos varones acude a trabajo diario ganando un jornal de 10 dólares que incluye el almuerzo, y el día que no es contratado ayuda en labores de agricultura y ganadería en su propiedad, mientras tanto la madre se encarga de la educación de los más pequeños y los que haceres de la casa.

En la noche la familia se reúne en la cocina, que es el alma de la casa para compartir sus dolores y alegrías, la familia Jimena consiste de aquellos que comen.

En Jima las familias pasan por fases distintas en un largo ciclo de vida. En un primer momento, existe una pareja casada y sus hijos, todos duermen en la misma habitación, más tarde a medida que los hijos van creciendo, pueden empezar a “independizarse” durmiendo en pequeños dormitorios separados, construidos progresivamente.

Finalmente, los hijos se casan, si es que no se unen a la familia de su cónyuge, harán del dormitorio del hijo su nuevo hogar, pero continuaran compartiendo la cocina donde se alimentan tres generaciones.

Con la llegada de los hijos y cuando ya han transcurrido varios años, en promedio cinco años, la joven pareja, considera construir su propia casa en un terreno que hereda anticipadamente de los progenitores, este terreno forma parte de los bienes a heredar, al momento de dividir este hijo recibirá menos; finalmente la familia natal

entra en la última fase, en la que el último hijo forma su familia y abandona la casa, y la pareja de origen vive sola, en raras ocasiones el último hijo forma su familia y se establece con sus padres, quedando a cuidado de ellos hasta la muerte.

La familia nuclear es la base conceptual para la familia de Jima, pero de hecho las relaciones biológicas tienden a ser complejas. Son comunes varias formas de adopción; en una sociedad en la que más familia significa más gastos y cuidados, añadir un pariente consanguíneo trae consigo una serie de consecuencias más gastos, vergüenza, irresponsabilidad.

En Jima, el alcoholismo y el machismo son habituales, las esposas consideran que las borracheras de los esposos son uno de los aspectos más difíciles de la vida matrimonial: las esposas aceptan como un hecho normal permanecer en casa mientras su esposo se divierte, hay recién casadas que se resienten al ser dejadas con sus guaguas, en tanto que las esposas más experimentadas aprenden a temer y aceptar el comportamiento de los esposos.

**TABLA Nº 4**  
**POBLACION ASIGNADA ALA PARROQUIA DE JIMA PARA EL AÑO 2009.**

<b>PARROQUIA JIMA</b>	<b>GRUPOS ETAREOS</b>									<b>MUJERES</b>		
POBLACION TOTAL 2009	Menor de un año	12 a 23 meses	1 a 4 años	2 a 4 años	5-9 años	10 a 14 años	15 a 19 años	20 y mas años	Embarazad as	MUJERES EN EDAD FERTIL  15 a 49 años	<b>DETECCION OPORTUNA DE CANCER</b>	
											CA. UTERINO  25 a 64años	<b>CA. MAMARIO</b>  <b>35 a 64 años</b>
<b>3675</b>	<b>96</b>	<b>74</b>	<b>74</b>	<b>357</b>	<b>524</b>	<b>451</b>	<b>338</b>	<b>1809</b>	<b>120</b>	<b>946</b>	<b>632</b>	<b>466</b>

Elaborado: Ministerio de Salud Pública. Sistema Común de información.

Fuente: INEC- Proyecciones de población por provincias, cantones, áreas, sexo y grupos de edad. Periodo 2001-2010.

## ESTADÍSTICAS VITALES: NACIMIENTOS, DEFUNCIONES.

Para el año 2008 la oficina del registro civil ha registrado 57 nacimientos, 10 fallecimientos por múltiples causas y no hay datos de mortalidad infantil ni materna, debido a la falta de registro, el caso de muerte infantil que se incluye en la tabla no está registrado por que no fue inscrito. (DGRC 2007)

**TABLA No 5**  
**ESTADÍSTICAS VITALES: NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES DE JIMA. 2008.**

TASAS	JIMA*	AZUAY**	ECUADOR**
TASA DE NATALIDAD X 1000	1,5	13	21,54
TASA DE MORTALIDAD GENERALX1000	2,79	4,21	4,6
TASA DE MORTALIDAD INFANTIL X 1000 NACIDOS VIVOS	17,54	13	21,35
TASA DE MORTALIDAD MATERNA X 1000NACIDOS	0	0,7	0,9

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

Fuente: \*Dirección General del Registro Civil (2008) *Registro de nacimientos y de defunción*. Tomo 1.

\*\* [www.indexmundi.com/es](http://www.indexmundi.com/es)

**TABLA Nº 6**  
**CAUSAS DE DEFUNCIONES EN LA PARROQUIA DE JIMA, 2008.**

GRUPOS DE EDAD	NUMERO DE DEFUNCIONES	CAUSAS DE MUERTE
Menor de un año	1	<b>sepsis</b>
De 1 a 19 años	0	-
De 20 a 39 años	1	<b>Estrangulación</b>
	1	<b>Politraumatismo</b>
	1	<b>ahogamiento</b>
De 40 a 59 años	1	<b>Ahogamiento</b>
De 60 a 79 años	3	<b>Enfermedades cardiovasculares.</b>
	1	<b>Cáncer maxilar.</b>
De 80 años y mas	2	<b>Senectud</b>
TOTAL	10	

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

Fuente: Dirección General del Registro Civil (2007) *Registro de nacimientos y de defunción*. Tomo 1.

## **MIGRACION.**

La migración es un fenómeno frecuente en la parroquia, “gran cantidad de Jimeños ha migrado hacia el oriente siguiendo la hoya del río Cuyes, existen datos de varias corrientes migratorias en las décadas de 1920-1930; 1935-1945 y la última entre 1952-1958” (Sacaquirín S 2005)

En las dos últimas décadas un número muy alto de pobladores ha migrado al exterior preferentemente Estados Unidos y España, tanto es así que todas las familias en estudio tienen uno o varios miembros en el exterior, como lo muestra la siguiente tabla.

**TABLA N° 7**  
**DISTRIBUCION DE FAMILIAS CON MIEMBROS MIGRANTES DE LAS**  
**COMUNIDADES LOS SAUCES, APUCA, TUNZHÚN. JIMA 2008.**

<b>COMUNIDADES</b>	<b>FAMILIAS CON MIGRANTE</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>NUMEROSIN MIGRANTES</b>	<b>PORCENTAJE</b>
<b>TUNZHUN</b>	22	21.56%	3	<b>2.94 %</b>
<b>LOS SAUCES</b>	37	36.27%	10	<b>9.80%</b>
<b>APUCA</b>	23	22.54%	7	<b>6.86 %</b>
<b>TOTAL</b>	<b>82</b>	<b>80.37%</b>	<b>20</b>	<b>19.6%</b>

Fuente: Fichas familiares

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

## **SERVICIOS SANITARIOS**

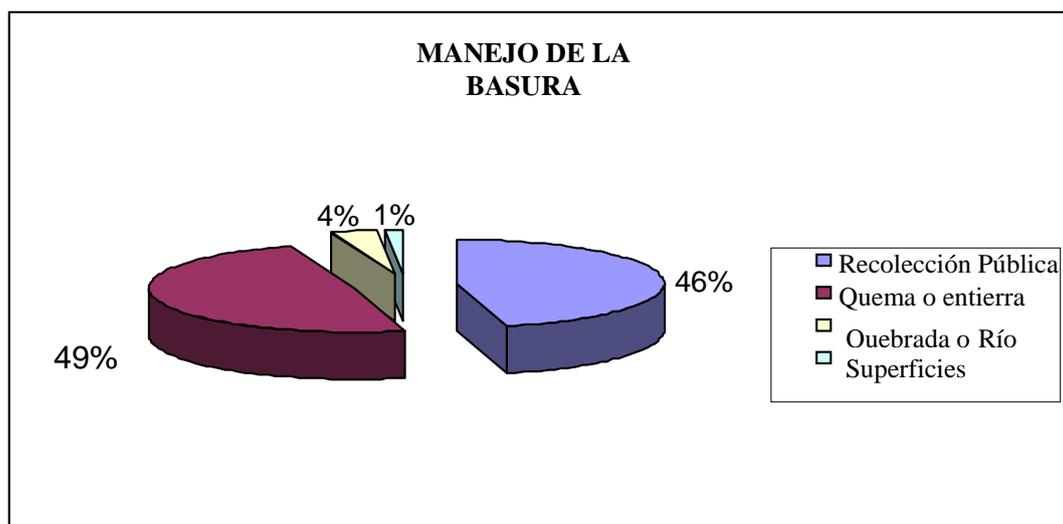
### **COBERTURA DE SERVICIOS BÁSICOS: ENERGÍA ELÉCTRICA, AGUA POTABLE Y ALCANTARILLADO.**

La mayoría de los habitantes del centro parroquial cuenta con servicio de agua potable, pero las comunidades alejadas consume agua de pozos o vertientes y en el mejor de los casos agua entubada sin tratar.

Todos poseen luz eléctrica. El centro parroquial cuenta con alcantarillado, no así la zona rural en la que pocas viviendas poseen letrinas y en la mayoría la infraestructura sanitaria es nula.

Los pobladores del centro parroquial desechan la basura en el carro recolector que presta servicio cada 15 días, las otras comunidades, realiza una simple selección de lo orgánico que es desechado a los terrenos para abono y lo inorgánico que es incinerado.

**GRAFICO No 2**  
**MANEJO DE LA BASURA EN LAS COMUNIDADES**  
**APUCA- LOS SAUCES-TUNZHÚN -CRUZHUAZHA. JIMA 2006.**



Fuente: Fichas familiares.

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro

## INFRAESTRUCTURA SOCIAL.

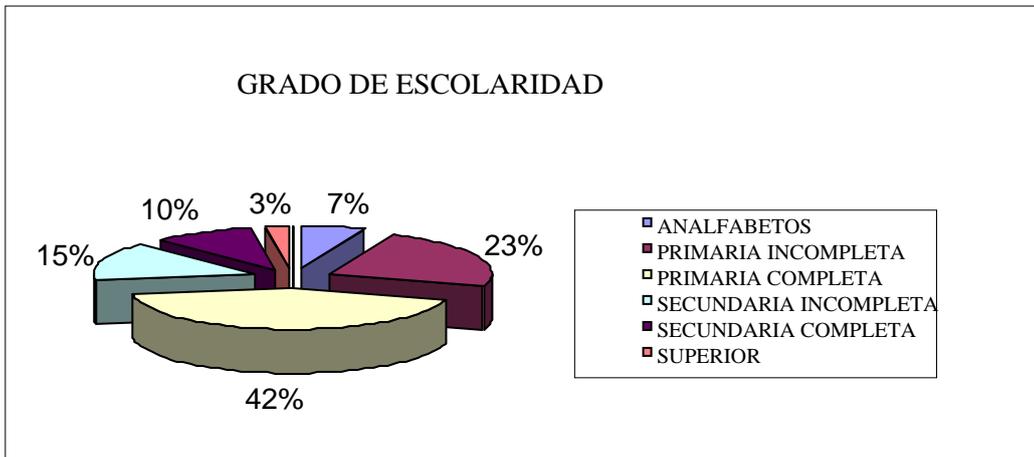
### EDUCACIÓN

La mayor parte de la población sabe leer y escribir, el porcentaje de analfabetismo en la zona rural es mayor.

Con una población alfabetizada de 1908 hombres y 112 mujeres y analfabetos divididos en 71 hombres y 234 mujeres. Tasa de alfabetización: 93,2%. (INEC 2001)

Cuenta con un Colegio Mixto Técnico Agropecuario Diurno Carlos Aguilar Vásquez que brinda títulos en Técnicos Agrícolas. Además la parroquia cuenta con 8 escuelas mixtas uní docentes repartidas en los caseríos, y una Escuela central multi docente.

**GRAFICO No 3**  
**DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJE POR GRADO DE ESCOLARIDAD DE LOS**  
**POBLADORES DE LA PARROQUIA JIMA, 2008.**



Fuente: Fichas familiares.

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro

**RELIGIÓN.**

La población en su mayoría es católica, Las misas se realizan los días sábados y domingos, pero hay grupos minoritarios de religiones como evangélicos, testigos de Jehová, cristianos, etc.

Las fiestas son el 5 y 6 de Octubre en honor a la Virgen del Rosario, se destacan la fiesta de fundación el doce de Noviembre y en Mayo: la fiesta de las cruces y de la Manzana.

**SERVICIOS COMUNITARIOS**

La parroquia de Jima, cuenta con las siguientes instituciones públicas:

Subcentro de Salud, Registro Civil, Despacho parroquial, Junta Cívica, Junta parroquial, Tenencia Política, Junta de Agua Potable, Junta de Regantes.

Y cuenta con organizaciones comunitarias, ganaderas, agrícolas así como instituciones privadas, y ONG, s. por ejemplo: fabricas de derivados lácteos, dos cooperativas de ahorro, dos hostales, empresa de turismo, biblioteca, etc.

La parroquia cuenta con 2 carreteras principales, las dos ramales de la vía Cuenca Loja, se hallan en mal estado. Cuenta con carretera carrozable que comunica con sus caseríos.

Desde la ciudad de Cuenca se tarda aproximadamente 2 horas en vehículo.

Cuenta con una empresa de transporte de pasajeros que brinda servicio en turnos desde la parroquia a Cuenca, y viceversa, y los días martes hay turnos al Sigsig, y dos compañías de transporte liviano para recorrido interno.

El centro parroquial cuenta con servicio telefónico de la empresa Pacifictel y telefonía celular e Internet.

Hasta la parroquia llega la señal de cuatro canales de televisión, se sintoniza varias emisoras en AM y FM de provincias de Azuay, Loja, Cañar.

El canal de comunicación más ocupado son los proporcionados por; el alto parlante de la casa comunal, colegio y la iglesia, las pancartas que se publican en el Subcentro, Junta Parroquial y en la misa.

## **VESTUARIO**

Las mujeres usan pollera, blusas bordadas y chalina, los varones, mujeres jóvenes y niños usan indumentaria moderna.

## **SERVICIOS DE SALUD**

### **INFRAESTRUCTURA Y RECURSOS HUMANOS DE SERVICIOS DE SALUD.**

La parroquia cuenta con el subcentro de salud del Ministerio de Salud Pública, cuenta con médico, odontóloga rural, enfermera e inspector de salud, la atención son los días domingo a jueves en horario de ocho horas a dieciséis horas treinta. Brinda todos los programas del ministerio de salud.

La población en general es afiliada al Seguro Social Campesino que cuenta con un dispensario en el caserío de Zhamar y brinda atención los días lunes y miércoles con servicio médico y odontológico.

Además la población cuenta con dos médicos particulares que atienden los domingos y un medico que tiende todos los días, además cuenta con un botiquín y un laboratorio.

La mayoría cuenta con equipamiento para primeros auxilios básicos, atención médica general, ginecológica, curaciones, nebulización, etc.

Existen varios practicantes de la medicina tradicional, así como de parteras, hierbateros y sobadores y ocasionalmente hay la presencia de unidades móviles que brindan atención médica, odontológica e trabajo social que pertenece a ONGs, Consejo Provincial, etc.

### **PAQUETES BÁSICOS DE ACTIVIDADES DE ATENCIÓN.**

En el subcentro de salud se llevan a cabo todos los programas que maneja el ministerio, tales como (maternidad gratuita) control prenatal, control de niño sano, atención de partos, atención de post-parto, planificación familiar, DOC cérvico - uterino, DOTS, PANN 2000, PAI, sistema incremental de odontología, inmunizaciones a niños y grupos de riesgo, ofrece atención primaria integral de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento de las principales enfermedades y rehabilitación.

Funciona de domingo a jueves, al que acuden habitantes de las parroquias de Jima, San Miguel de Cuyes, Ludo y San José de Raranga.

**TABLA Nº 8**  
**PRODUCCION DELSUBCENTRO DE SALUD DE LA PARROQUIA JIMA.**  
**2008.**

INDICADORES	FORMULA	2008
Cobertura de consulta prenatal.	Total 1 eras consultas prenatales x médico x 100 Población total embarazada de la Unidad.	800/160= <b>6.66</b>
Cobertura de consulta prenatal.	Total de consultas embarazadas (1 eras + Subs.) Primera consultas embarazadas	26/8= <b>3.25</b>
Cobertura de atención de parto.	Total partos x médico x 100 Población total de embarazadas de la Unidad.	1200/160= <b>7.5</b>
Cobertura atención post parto <48 Hrs.	Total 1 eras consultas posparto x 100 Población total de embarazadas de la Unidad	1200/160= <b>7.525</b>
Cobertura de fomento < 1 año	Total 1 eras consultas fomento <l año x 100 Población de < 1 año de la Unidad	900/96= <b>9,37</b>
Concentración de fomento < 1 año	Total consultas fomento <l año (1eras+sub.)x 100 Población 1 eras consultas fomento< laño	1200/96= <b>12.5</b>
Cobertura atención de la morbilidad	Total 1eras consultas morbilidad x médico x 100 Población total de la unidad.	32700/3575= <b>8.89</b>
Cobertura de DOC	Número de muestras cervicales tomadas x 100 Población para DOC	600/630= <b>0.95</b>
% de Planificación Familiar	Número primeras usuarias cualquier método x 100 10% de la población Mujeres Edad Fértil	500/94,6= <b>5.28</b>

Fuente: Ministerio de salud Publica. Proyecto de garantía de calidad. Quito 2000.

Partes diarios del consultorio Dra. Lucy Matailo Montenegro.

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

La producción es calculada con la población asignada al Subcentro de Salud de Jima por el Ministerio de Salud Pública, para el año 2008. (Ver tabla 4)

## **SITUACIÓN DE SALUD**

### **Salud de los grupos poblacionales**

**Atención a menores de 5 años**, el subcentro provee de servicios de salud a los menores de 5 años con control al menor de un año, de uno a cuatro años, y consulta de morbilidad.

**TABLA 9.**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS. JIMA, 2008.**

ENFERMEDAD	PORCENTAJE
RESFRÍO COMÚN	37,89
ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA	20,09
POLIPARASITOSIS	11,41
FARINGO - AMIGDALITIS	6,84
NEUMONÍA	6,84
ACCIDENTES (herida, quemadura, mordedura, caídas)	6,39
OTITIS MEDIA	3,19
PITIRIASIS ALBA	3,19
DESNUTRICION	2,28
CONJUNTIVITIS	1,82
<b>TOTAL</b>	<b>100</b>

Fuente: Partes diarios del subcentro de salud.

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

**Atención a niños de 5 a 9 años,** en esta edad se realiza control del niño y consultas de morbilidad.

**Atención a adolescentes.** Dentro de las actividades del ministerio enfocadas a esta población está el control escolar, y la atención de demanda espontánea por morbilidad.

**Atención a adultos.** Las atenciones realizadas a este grupo están dentro de las 10 principales causas de morbilidad de la población.

**Atención al adulto mayor:** Se considera adulto mayor a toda persona que tiene 65 años y más, en la siguiente tabla se describe las 10 primeras causas de morbilidad.

**TABLA 10.**  
**DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORBILIDAD, EN ADULTO MAYOR,**  
**JIMA, 2008.**

	PATOLOGÍA	# DE CASOS	PORCENTAJE
1	POLI NEUROPATÍAS (lumbalgia, ciático)	52	<b>16,30%</b>
2	ARTRITIS-ARTROSIS	44	<b>13,79%</b>
3	RESFRIO COMUN,	42	<b>13,16%</b>
4	NEUMONIA	40	<b>12,53%</b>
5	OSTEOPOROSIS	37	<b>11,59%</b>
6	VÉRTIGO Y MAREO	35	<b>10,97%</b>
7	HIPERTENSION ARTERIAL	33	<b>10,34%</b>
8	ENFERMEDAD ULCERO PÉPTICA	24	<b>7,52%</b>
9	DIABETES.	9	<b>2,82%</b>
10	CÁNCER	3	<b>0,94%</b>
	<b>TOTAL</b>	<b>319</b>	<b>100%</b>

Fuente: Partes diarios del consultorio.

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro.

### **ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD LOCAL.**

El subcentro pertenece al Ministerio de salud, brinda todos los paquetes para el primer nivel de atención, realiza transferencia al hospital cantonal del Sigsig y este a su vez al hospital Regional Vicente Corral Moscoso de Cuenca.

El Seguro social campesino realiza transferencia al Hospital del IESS de Cuenca.

Los médicos particulares cuentan con su propia red de transferencia.

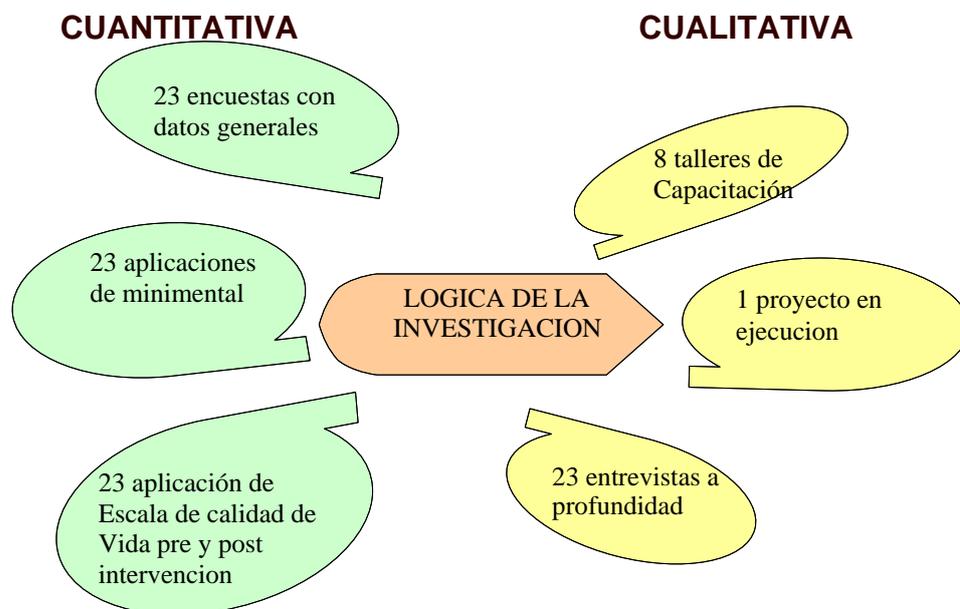
El personal de salud que trabaja en área pública o privada ofrece atención primaria integral de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento de las principales enfermedades y rehabilitación, con el objetivo de mejorar permanentemente la calidad de vida de las familias.

## CAPITULO 4

### DISEÑO METODOLÓGICO

#### DISEÑO DE ESTUDIO

Es una investigación acción participativa



Todas las familias de las comunidades Los sauces, Apuca y Tunzhún de la parroquia de Jima.

**UNIDAD DE ANALISIS:** La familia

#### UNIVERSO

Participan en el estudio todas las personas mayores de 65 años de las comunidades Los sauces, Apuca y Tunzhún de la parroquia de Jima en el periodo septiembre 2008-2009.

#### CRITERIOS DE SELECCIÓN

##### Criterios de inclusión

Personas de más de 65 años

Adulto mayor con valoración del Mini mental igual o más de 11 puntos.

Adulto mayor que de su consentimiento informado por escrito para ser partícipe de la investigación.

### **Criterios de exclusión**

Adulto mayor que abandonen las comunidades, durante el período de las entrevistas.

Adulto mayor que abandone la investigación.

Adulto mayor que no deseen participar.

### **PLAN DE OPERACIÓN DE CAMPO**

#### **INFORMACIÓN PRIMARIA**

Para este estudio he examinado técnicas que ofrezcan información válida de manera rápida y poco costosa, beneficiando la participación de las familias y la comunidad en el conocimiento desde adentro de los representantes en esta investigación: los adultos mayores.

Para comprender la vida social de los adultos mayores objetos de estudio. Para alcanzar esta meta holística adopto una estrategia de libre acción para la recolección de datos. He escogido varias técnicas cualitativas porque éstas se aproximan a la población de manera comparativa, holística y global.

Las **técnicas** escogidas son:

- a. Censo de la población anciana
- b. Entrevistas a profundidad al adulto mayor.
- c. Elaboración de genogramas

#### **a. CENSO DE LA POBLACIÓN ADULTA**

Para el censo de los objetos de estudio se utilizara las fichas familiares diseñadas por la fundación Cinterandes y el censo diseñado para este estudio(ver anexo1)

#### **b. ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD**

Se trata de una entrevista con una guía de preguntas para recoger información comparable para evaluar el contexto personal del envejecimiento la percepción de su propio envejecimiento, el estado físico y psíquico y una mirada al futuro.

Se entrevistaron en el domicilio de los 23 adultos mayores participantes de la investigación. La guía de entrevista es de tipo semi estructurada y puede verse en el anexo 2.

### **c. ELABORACIÓN DE GENOGRAMAS DE LAS FAMILIAS.**

Desarrollé la anotación genealógica de los 23 adultos mayores con el fin de tratar los principios de parentesco, filiación y matrimonio,

Fue importante recoger los datos genealógicos para entender las relaciones actuales, puesto que estos vínculos resultan fundamentales para la vida social del adulto mayor. Se utilizó el programa informático Genopro.

## **INSTRUMENTOS ESPECÍFICOS**

- ***Minimental***

Se utilizó y aplicó el mini mental Folstein de la guía gerontológica del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, que da una puntuación máxima de 19 puntos y valora el déficit cognitivo por debajo de 13 puntos, pero no se consideró como criterio de exclusión puntuaciones por debajo de este valor.

- **Escala de calidad de vida.**

En un primer momento se aplicó la escala para evaluar la calidad de vida se usó el instrumento preparado por la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL-BREF) que da una puntuación de más de 75 % como alta calidad de vida, de 50 a 40% media y por debajo de 50% baja calidad de vida, posterior a la intervención se aplicó el mismo instrumento para analizar y comparar los resultados alcanzados.

## **INFORMACIÓN SECUNDARIA**

Recolección de datos: revisión de series estadísticas, datos demográficos, epidemiológicos y revisión bibliográfica de estudios monografías e informes.

## **PROCEDIMIENTOS DE DIAGNOSTICO E INTERVENCIÓN**

Para valorar el estado mental de los pacientes se utilizó el mini mental de la guía gerontológica ecuatoriana.

Para desarrollar el programa de intervención se utilizó la matriz de priorización de problemas El WHOQOL-BREF, en su versión traducida y adaptada a la población anciana (The World Health Organization Quality of Life Group, 1999; Whoqol Group)

Se desarrolló un programa de actividades de prevención primaria y secundaria, así como también un plan de visitas domiciliarias, se evaluó el impacto en la calidad de vida de los adultos mayores.

### OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES			
VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA
Edad: tiempo de vida de una persona	Tiempo cronológico transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha de encuesta	Años cumplidos	Intervalos
Estado civil: es la condición civil en que se encuentra una persona	Condición civil legal y socialmente aceptada	Estado civil al momento de la encuesta	Soltera Casada Divorciada Viuda Unión Libre Separada
Nivel de Instrucción: Nivel de educación formal	Nivel alcanzado en la educación formal, al momento de la encuesta	Año y nivel de educación formal que ha cursado	Analfabeto Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta
Con quien vive: Persona (s) con los que vive el adulto mayor	Persona que vive en el mismo espacio, con roles de cuidado al adulto mayor	Persona con quien vive	Solo Espos@ Familiar
Enfermedad Crónica: Patologías que pasan de los 15 días	Patologías crónicas que presentan las personas en edad adulta	Enfermedad crónica que cursen al momento de la entrevista	Nombre de la enfermedad crónica
Adulto Mayor persona mayor de 65 años o mas	Tiempo cronológico transcurrido desde los 65 años hasta la fecha de encuesta	Años cumplidos	Intervalos

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS**

La investigación se realizó previo el consentimiento informado de los participantes y de la investigadora.

Para concertar las encuestas, entrevistas a profundidad, trabajo grupal, talleres y evaluación posterior. Todos los participantes recibieron información sobre el estudio y sus objetivos, se les garantizó la confidencialidad, y la utilización anónima de la información con una finalidad exclusivamente investigativa, las entrevistas fueron realizadas individualmente dentro de sus domicilios, mientras que las encuestas fueron obtenidas en el aula donde se desarrollo el programa de actividades, las mismas que han requerido un tiempo aproximado de 20 minutos cada una.

Si amerita la investigadora da la información, en forma personal a cada uno de los participantes.

Es obligación el divulgar los resultados de esta investigación a todos los miembros de la comunidad, Universidad del Azuay, y comunidades de la parroquia de Jima.

## **PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS**

El análisis de los resultados cuantitativos (calidad de vida), de la investigación se analizó de acuerdo a la escala de medición de calidad de vida WHOQOL-BREF, y el mini mental de Folstein los resultados de la encuesta fueron analizados y tabulados en el programa Epi Info versión 3.2.2

También se elaboró un análisis cualitativo de información de las entrevistas y de los genogramas.

## **CAPITULO 5**

### **PROBLEMAS:**

¿Cuál es la percepción de la calidad de vida del adulto mayor de las comunidades Los Sauces, Apuca y Tunzhún de la parroquia de Jima?

¿Cómo puede influir el empoderamiento, la participación, el conocimiento y la práctica de un programa de envejecimiento saludable, en mejorar la calidad de vida del adulto mayor y su familia?

¿Cuál fue el impacto en la calidad de vida de un programa de envejecimiento saludable dirigido al adulto mayor de las comunidades Los Sauces, Apuca y Tunzhún de la parroquia de Jima?

### **OBJETIVOS**

#### **OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida del adulto mayor con la aplicación de estrategias que promuevan el bienestar físico, psicológico y familiar en los adultos mayores de las comunidades: Los Sauces- Apuca- Tunzhún, de la parroquia de Jima, en el periodo de noviembre del 2008 a abril 2009.

#### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Evaluar la percepción de calidad de vida de las personas mayores que viven en las comunidades: Los Sauces- Apuca- Tunzhún, de la parroquia de Jima, antes y después de la intervención del Programa de Envejecimiento Saludable.
2. Promover en las personas mayores estrategias cognitivas y hábitos saludables que mejoren la calidad de vida a través de la información y difusión de programas educativos de prevención y práctica.

3. Establecer áreas de socialización que a la vez generen espacios de recreación para intercambiar experiencias con personas de su edad.
4. Promover actitudes de reflexión, comunicación y relación entre miembros de la familia y personas mayores.
5. Conocer el impacto en la calidad de vida de un programa de envejecimiento saludable dirigido al adulto mayor de las comunidades Los Sauces, Apuca y Tunzhún de la parroquia de Jima.

## **HIPOTESIS**

1. Las medidas de la percepción de calidad de vida en sus dimensiones física, psicológica, ambiental y social, mejoran significativamente, después de participar dentro de un Programa de actividades de envejecimiento saludable.
2. El conocimiento y la práctica de hábitos saludables y difusión de programas educativos de prevención y práctica mejora las puntuaciones de la calidad de vida en el adulto mayor.
3. La generación de espacios de recreación permite el intercambio de experiencias entre personas de la misma edad con problemas similares.
4. La actitud de los miembros de la familia ante el envejecimiento es más positiva después de promover actitudes de reflexión, comunicación y relación entre miembros de la familia y personas mayores.
5. Un programa de envejecimiento saludable producen un efecto beneficioso en la calidad de vida del adulto mayor de la parroquia de Jima.

## CAPITULO 6

### RESUMEN EJECUTIVO DE LA INTERVENCIÓN

"Cuando llegamos a viejos los pequeños hábitos se vuelven grandes tiranías."  
Gustave Flaubert

Ser viejo y vivir solo y abandonado, es una receta casi segura para sufrir de mala calidad de vida en cualquier país latinoamericano.

En el mundo en el año 1950 había un total de ancianos de 250 millones, para el 2000 eran casi 580 millones, es decir, el número de ancianos aumenta en un 90%, mientras que la población lo hace en un 70 %.

En el país la población de tercera edad más de 65 años era de 4.9 % que corresponde a 813.624 adultos mayores distribuidos en 388.689 mujeres y 424.935 hombres, de los cuales (CEPAL) el 69% no tienen accesos a servicios de salud.

Jima, no está exenta de esta realidad, el 75% de los adultos mayores viven solos o con sus parejas, y el 90% tienen una mala calidad de vida.

Es por ello que con el presente proyecto. **“ENVEJECIMIENTO SALUDABLE”**, pretendemos mejorar la misma, a través de la implementación de un programa de actividades que involucre al adulto mayor, a su familia y a la comunidad entera.

Después que llevemos a cabo el programa de actividades y capacitación; nuestro criterio es que los adultos mayores pueden y deben constituirse en agentes ejemplares y replicadores de los conocimientos adquiridos que repartirán a las generaciones que les precede, promoviendo de esta manera que es posible llegar a viejo con una buena calidad de vida, pretendemos mejorar por lo menos en un 10% durante los 6 meses siguientes y en el futuro con la capacitación y

conocimientos adquiridos por la población este programa se convierta en estrategia central del gobierno local y los servicios de salud.

Para el desarrollo de esta propuesta contamos con la participación de las investigadoras, el apoyo de la pastoral de la parroquia y del subcentro de salud

En primera instancia se realizó una reunión donde acudieron el adulto mayor y uno o varios miembros de su familia y mediante la técnica de lluvia de ideas surgía una lista de problemas, partir de la cual se realizó la siguiente tabla de priorización.

**TABLA No 11**  
**MATRIZ DE PRIORIZACIÓN DE LOS PROBLEMAS DE SALUD EN ADULTO MAYOR, DE LAS COMUNIDADES LOS SAUCES - APUCA- TUNZHUN 2008.**

<b>PROBLEMAS</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>IMPORTANCIA</b>	<b>VULNERABILIDAD</b>	<b>TOTAL</b>
SOLEDAD	8	4	8	20
DOLORES ARTICULARES	6	3	10	19
PERDIDA DE MEMORIA	8	6	5	19
ABANDONO	8	5	6	19
MAREO	4	6	7	17
DISMINUCION DE AGUDEZA VISUAL	3	5	8	16
SENTIRSE INUTIL	7	7	2	16
OSTEOPOROSIS,	7	4	4	15
POBREZA	6	4	3	13
HIPOACUSIA,	5	4	3	12
HIPERTENSION ARTERIAL	3	4	1	8
CANCER	2	4	1	7
<b>TOTAL</b>	<b>67</b>	<b>52</b>	<b>58</b>	<b>181</b>

Elaborado: Dra. Lucy Matailo Montenegro

Fuente: Directa (reunión con adultos mayores de las comunidades Los sauces, Apuca Tunzhún.

**EVALUACIÓN OPERATIVA**

OBJETIVOS	ACTIVIDADES	RESULTADOS	CUMPLIMIENTO
<p>1.-Evaluar la percepción de calidad de vida de las personas mayores que viven en las comunidades: Los Sauces- Apuca-Tunzhún, de la parroquia de Jima.</p>	<p>Acercamiento y reclutamiento a los ancianos que participaran en el proyecto</p> <p>Visita domiciliaria al adulto mayor y su familia para informar e incorporarlos a la investigación a través de un censo diseñado por las investigadoras.</p> <p>Aplicación del mini mental de Folstein, y de la escala de calidad de vida.</p>	<p>Se censa a 23 adultos mayores los cuales firman el consentimiento informado.</p> <p>Se aplica el mini mental.</p> <p>Se valora la calidad de vida con la escala WHOQOL BREF.</p>	<p>Se logro la participación activa y positiva de todos los actores, hay registros de control de asistencia y registros audiovisuales</p>
<p>2.-Promover en las personas mayores estrategias cognitivas y hábitos saludables que mejoren la calidad de vida a través de la información y difusión de programas educativos de prevención y práctica.</p>	<p>Conformación del grupo de envejecimiento saludable y planificación de las actividades a llevarse a cabo con los actores involucrados en el proceso.</p> <p>Elaboración de los módulos y guías didácticas para la capacitación, basado en la matriz de priorización.</p> <p>Desarrollo de 8 talleres dentro del programa de "envejecimiento saludable" con temas de salud (ejercicios de Williams, técnicas para mejorar la memoria, maniobra de Lepley, dieta y nutrición, medidas de auto cuidado para enfermedades crónicas, hipertensión</p>	<p>En una reunión se elaboran los módulos y guías de actividades que se basan en la matriz de priorización con lluvia de ideas en temas de salud más frecuentes que aquejan al adulto mayor.(ver matriz)</p> <p>En el periodo de septiembre de 2008 a abril de 2009 se desarrollo 8 talleres con la participación de más del 50 % de los adultos mayores objetos de estudio que acuden en forma itinerante. Los talleres se desarrollaron cada 15 días con noventa minutos de duración, con la</p>	<p>Asisten a una primera reunión el 90 % de los participantes con sus familias.</p> <p>En los talleres se cuenta con la presencia de más 60% de los participantes en cada taller, sin la presencia de familiares que no acudieron a la invitación. La información se verifica por los medios audiovisuales.</p>

	diabetes y demencia. Manejo de medicamentos y tratamiento de osteoporosis, ejercicios respiratorios y medidas de prevención primaria.)	participación activa de los actores.	
3.-Establecer áreas de socialización que a la vez generen espacios de recreación para intercambiar experiencias con personas de su edad.	Implementar el programa del “abuelo escolar” en la escuela central de Jima, como una alternativa de recreación, y reminiscencia, y lograr que los niños valoren al anciano y se enriquezcan con su conocimiento y experiencia.	El programa de abuelo escolar surgió de iniciativa de los participantes, en que un abuelo adopta un grado de la escuela y se convierte en el personaje que trasmite historias, y conocimiento a las futuras generaciones. Del grupo, se logro que 2 grados de la escuela adopten a un abuelo escolar en el periodo septiembre 2008-abril 2009,	El programa se inicia en el último mes, (abril) con dos adultos mayores, falta la colaboración de las autoridades de la escuela y de los participantes de la investigación.
4.-Promover actitudes de reflexión, comunicación y relación entre miembros de la familia y personas mayores.	Se pretendió involucrar a los familiares de los adultos mayores pero estos no participaron.		Incumplimiento de este objetivo, por parte de los familiares que no deseen participar
5.-Conocer el impacto en la calidad de vida de un programa de envejecimiento saludable dirigido al adulto mayor de las comunidades Los Sauces, Apuca y Tunzhún de la parroquia de Jima.	Aplicar escala de calidad de vida después de la intervención	Se aplico la escala de calidad de vida post intervención para luego evaluar y comparar los resultados.	Se logro aplicar la escala a los 23 adultos mayores que iniciaron el programa pese que su asistencia no fue constante.

## CAPITULO 7

### ANÁLISIS DE INFORMACIÓN

#### **PRIMERA PARTE: DATOS GENERALES DEL GRUPO DE ESTUDIO**

##### **a- Edad**

Se integró al estudio a 23 personas de la tercera edad residentes en la parroquia Jima, con edades desde los 65 a 94 años de edad. Las edades más frecuentes se encuentran en los grupos etéreos de 65 a 69 años con el 34.7% y de 70 - 74 años con el 21.7 %

**TABLA No 12**  
**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima,**  
**según grupos de edad. Septiembre 2008 a abril 2009.**

<b>Grupos de edad</b>	<b>No</b>	<b>%</b>
65 – 69	8	34,7
70 – 74	5	21.7
75 – 79	3	13
80 – 84	3	13
85 – 89	2	8.7
90 – 94	2	8.7
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa  
Elaborado por: La autora

##### **b – Sexo**

El grupo de estudio se conformó por el 60,9% de mujeres y el 39,1% de hombres.

**TABLA No 13**  
**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según sexo.**  
**Septiembre 2008 a abril 2009.**

Sexo	Nº	%
Femenino	14	60.9
Masculino	9	39.1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa  
 Elaborado por: La autora

Los grupos de edad de las personas que participaron en la investigación según el sexo varían, en las mujeres la edad más frecuente es de 65 a 74 años (64.1%), en los hombres es de 65 a 69 (33.3%) y de 80 a 84 años de edad (33.3%).

**TABLA No 14**  
**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según sexo y edad.**  
**Septiembre 2008 a abril 2009.**

Grupos de edad	Femenino		Masculino	
	No	%	No	%
65 - 69	5	35,6	3	33,3
70 - 74	4	28,5	1	11,1
75 - 79	2	14,2	1	11,1
80 - 84	0	0	3	33,3
85 - 89	2	14,2	0	0
90 - 94	1	7,1	1	11,1
<b>Total</b>	<b>14</b>	<b>100</b>	<b>9</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa  
 Elaborado por: La autora

**c - Estado Civil:**

Considerando el estado civil, el 73,9% de las personas encuestadas son casadas, el 26.1% es viudo, no se evidencio los otros estados civiles.

**TABLA No 14**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según estado civil. Septiembre 2008 a abril 2009.**

Estado Civil	Nº	%
Casado	17	73.9
Viudo	6	26.1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa

Elaborado por: La autora

#### **d - Nivel Instruccional**

En relación al nivel instruccional de las personas de la tercera edad encuestadas, se observa la presencia de un alto porcentaje de personas con instrucción primaria incompleta 60.9%, y analfabetos con el 13% que conforman el grupo de mayor riesgo; sin embargo, hay un 26,1 % de personas terminan la primaria..

**TABLA No 15**

**Adultos mayores residentes en la Parroquia Jima, según nivel instruccional. Septiembre 2008 a abril 2009.**

Nivel de Instrucción	Nº	%
Analfabeto	3	14
Primaria Completa	6	26.1
Primaria Incompleta	14	60.9
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa

Elaborado por: La autora

Se observa que el nivel de escolaridad por sexo varía, así el 64.3% de mujeres y el 55.6% de hombres culminaron la escuela. El 14.3% de mujeres y el 11.1% es analfabeto.

**TABLA No 16**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según nivel instruccional y sexo. Septiembre 2008 a abril 2009**

Escolaridad	Femenino		Masculino		Total	
	No	%	No	%	No	%
Analfabeto	2	14.3	1	11.1	3	13
Primaria completa	3	21.4	3	33.3	6	26.1
Primaria incompleta	9	64.3	5	55.6	14	60.9
<b>Total</b>	14	100	9	39.1	23	100

Fuente: Directa

Elaborado por: La autora

#### **e – Personas con quien vive el adulto mayor**

Las personas que viven con el adulto mayor son el 73,9% sus espo@s, en un porcentaje menor otro familiar, y el 8,7% prefiere vivir solo.

**TABLA No 17**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, Según con quien vive. Septiembre 2008 a abril 2009.**

Con quien vive	Nº	%
Esposo	17	73.9
Familiares	4	17.4
Solo	2	8.7
<b>Total</b>	23	100

Fuente: Directa

Elaborado por: La autora

## SEGUNDA PARTE: DATOS SOBRE PATOLOGIAS DEL GRUPO DE ESTUDIO

### A - Enfermedad Crónica

La mayor parte de adultos mayores de la parroquia Jima refieren poseer algún tipo de enfermedad crónica (87%). Apenas el 13% dice no tener ninguna enfermedad.

**TABLA No 18**  
**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima,**  
**según enfermedad crónica. Septiembre 2008 a abril 2009**

Enfermedad Crónica	Nº	%
No	3	13
Si	20	87
Total	23	100

Fuente: Directa

Elaborado por: La autora

### B - Enfermedad crónica que padece

La Osteoporosis con el 30.4% es la enfermedad más frecuente que afecta a las personas de la tercera edad de la parroquia, en segundo lugar la hipertensión arterial con el 21.7%, seguido de artritis reumatoide, EPOC, diabetes. Un 13% de las personas refieren no poseer ningún tipo de enfermedad.

**TABLA No 19**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según el tipo de enfermedad crónica. Septiembre 2008 a abril 2009**

Enfermedad Crónica	Nº	%
Osteoporosis	7	30.4
Hipertensión Arterial	5	21.7
Artritis Reumatoide	3	13
EPOC	1	4.3
Diabetes	1	4.3
Hipotiroidismo	1	4.3
Osteoporosis HTA	1	4.3
Parapléjico	1	4.3
Ninguno	3	13
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa  
Elaborado por: La autora

### **C – Medicación Continua**

Respecto a la toma de medicación prescrita por el médico el 43,5% de personas de la tercera edad encuestadas refiere que si toma, 30,4% que no, y el 13% que toma ocasionalmente.

**TABLA No 20**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según toma de medicación. Jima Septiembre 2008 a abril 2009**

Medicación	Nº	%
Si toma	10	43.5
No toma	7	30.4
No necesita	3	13
Ocasionalmente	3	13
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa  
Elaborado por: La autora

## TERCERA PARTE: VALORACION DE LA INTERVENCION

### a) ENTREVISTAS A PROFUNDIDAD

Se realizo entrevistas a todos los adultos mayores diseñadas para el estudio, donde cada individuo percibe de diversas formas su envejecimiento.

#### Edad que empezó a envejecer

En la percepción de envejecer intervienen un sin número de circunstancias. En el grupo de estudio la percepción de cuando empezaron a envejecer varía desde los 40 años hasta aun no sentirse parte de las personas de tercera edad. Sin embargo se observa que a los 50 y 60 años cada uno respectivamente con el 21.7% de personas se sienten que empiezan a envejecer a estas edades.

**TABLA No 21**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según la edad que sintieron envejecer. Septiembre 2008 a abril 2009**

Edad de envejecimiento	Nº	%
40	1	4.3
48	1	4.3
50	5	21.7
52	2	8.7
55	2	8.7
60	5	21.7
65	3	13
70	2	8.7
No especifica	1	4.3
No se siente envejecer	1	4.3
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>100</b>

Fuente: Directa  
Elaborado por: La autora

#### ¿A qué edad empezó a envejecer?

*...Después que falleció Juanito más antes no sentía nada.... Después que falleció Juan hace dos años comenzó dolor de piernas.... Algunos días más, mas las*

*piernas claro por la soledad y la edad...*

*.. No me siento viejo... ya a mis ochenta estoy bien...*

*Yo he sentido he sufrido con dolor de mis rodillas de los huesos ya cuando tenía mis 50 años*

### ***¿Cómo se siente usted del cuerpo y de ánimo en esta edad?***

*...me duele bastante tengo que caminar ya con un palito...*

*...me siento bien, para ir a ver las vacas en las cuevas tengo un poco de desmayo nada mas...*

*...a pesar de que sufro, mi felicidad es porque he llegado a conocer el gran propósito de un Dios...*

*...Me siento bien decaída me duele los brazos, las piernas, ya no puedo caminar ya solo cayendo...*

### ***¿Qué espera que su familia haga por usted en esta edad y después cuando tenga más edad?***

*...Que vengan a visitarme, no tengo nada que darles pero siquiera que vengan...*

*...No se pues como nadie mismo hace nada por mi la verdad como digo ahora tienen ojos para ver hablando por mis jóvenes de allá de vez en cuando están Son egoístas no todos uno dos no mas...*

*...con una visita de ellos uno se siente un poco estimado por cuanto ha venido a ver de lejos...*

*...que vengan tengo gusto que vengan que estén aquí tengo gusto que se reúnan si no lo único que es el rato de hacer alguna cosa no puedo servir no puedo hacer...*

## ¿Que tiene pensado hacer cuando este ya de mas edad.

*...Nada de ellos no puedo esperar, si pueden han de dejar pisando como no tengo nada que dar...*

*... yo me divierto todos los días, cabe decir para mi es una diversión sobre todo cuando cojo los libros...*

*...No se que venga la vida como Dios quiera ojala mis hijos de pena me vean, pero no he pensado que voy hacer con la esperanza de que mis hijos me vean...*

*...Quisiera que mi hija que pasa con nosotros no nos deje, ella es como una madre para nosotros..*

### b) Mini Mental de Folstein

Aplicado el Mini Mental de Folstein se puede observar que una gran parte de las personas participantes en el proyecto el 26.1% posee una calificación de 13, y el 17.4% es de 14, apenas el 8.7% tiene 19.

**TABLA No 22**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según Mini mental de Folstein. Jima Septiembre 2008 a abril 2009**

Folstein	Nº	%
11	3	13
12	1	4.3
13	6	26.1
14	4	17.4
15	1	4.3
16	2	8.7
17	3	13
18	1	4.3
19	2	8.7
<b>Total</b>	23	100

Fuente: Directa

Elaborado por: La autora

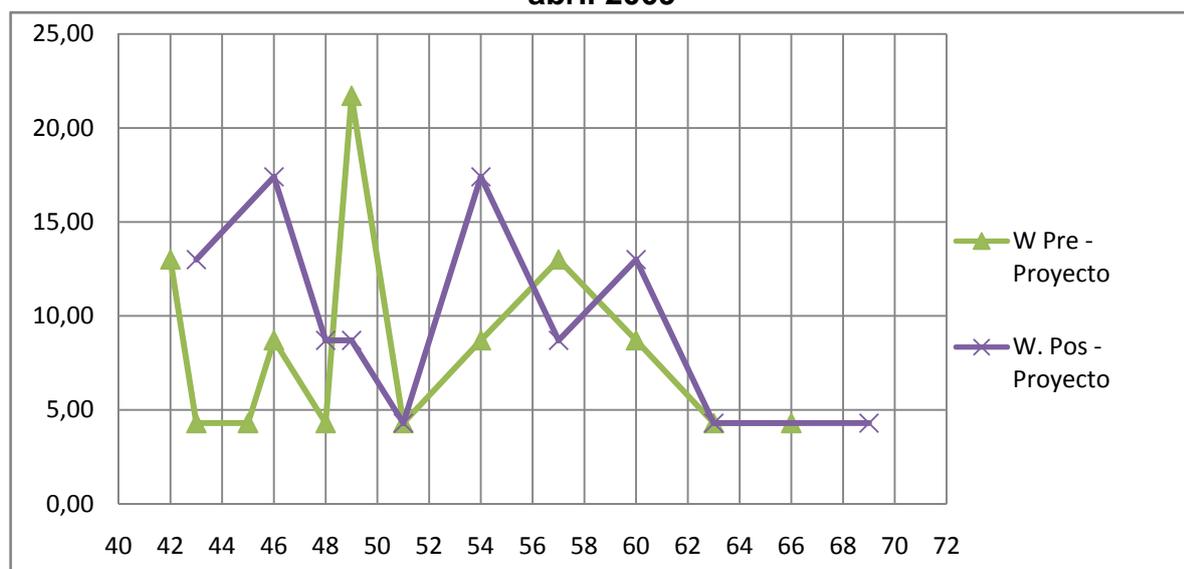
### c) Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF

#### c.1 DIMENSION FISICO

En la valoración de la parte física realizada antes de implementar el programa de envejecimiento saludable para mejorar percepción la calidad de vida del adulto mayor se observa que va en una escala de 42 a 66, el 21.7% de las personas tienen una calificación de 49. Después de la aplicación del programa se observa un ligero mejoramiento en la parte física que se evidencia con la valoración del test, la escala en esta etapa va de 43 a 69.

Grafico No 4

Personas de la tercera edad, residente en la Parroquia Jima, según Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF dimensión Física. Jima Septiembre 2008 a abril 2009



Fuente: Directa  
Elaborado por: La autora

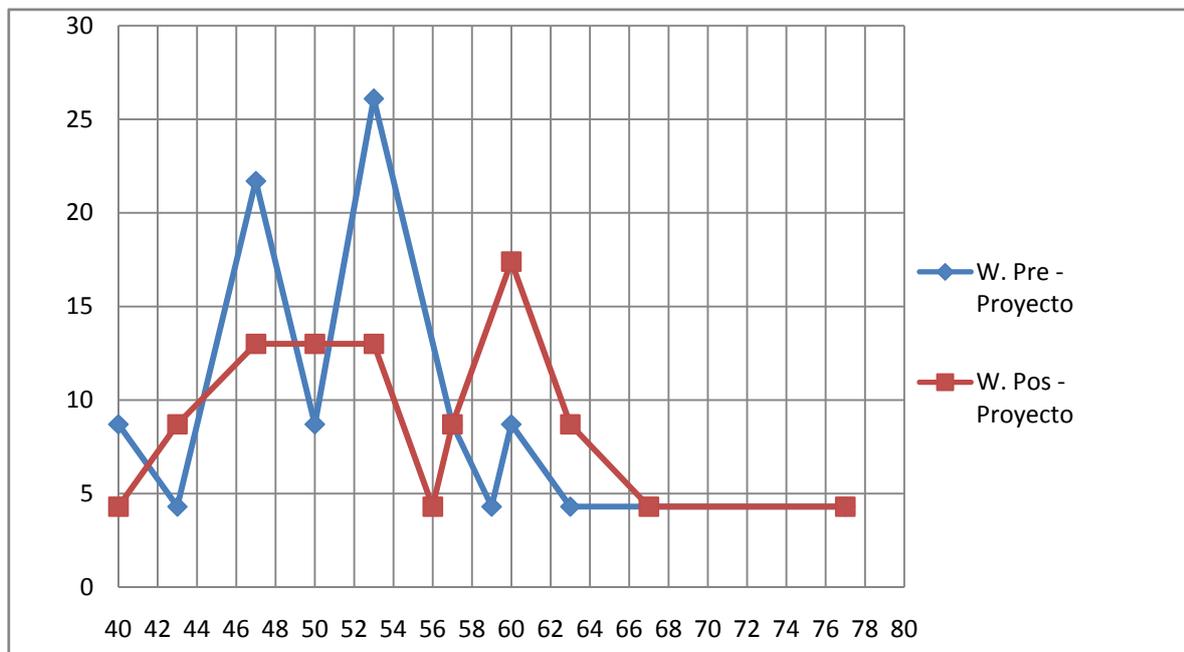
En relación a la valoración física se puede observar que existe un mejoramiento de la parte física, así lo demuestra la clasificación de la parte media que aumenta luego de implementar el programa de 52.17% a 56.52.

## c.2 DIMENSION PSICOLOGICO

En relación a la valoración de la parte psicológica en la primera etapa se observa que la calificación del test va desde el 40 al 77. El 26.1% de las personas participantes en el programa tienen una calificación de 53, el 21.7% tienen una calificación de 47. La valoración que corresponde a la parte psicológica después de la aplicación del programa de envejecimiento saludable para mejorar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, se observa que existe una mejoría en este aspecto, aunque los rangos de calificación son iguales a los de antes que se implemente el programa de 40 a 70. En esta etapa se observa que el 17.4% de personas tienen una calificación de 60. Las calificaciones de 47, 50, 53, tienen el 13% de personas respectivamente.

**GRAFICO No 5**

**Personas de la tercera edad, residentes en la Parroquia Jima, según Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF dimensión Psicológica.  
Jima Septiembre 2008 a abril 2009**



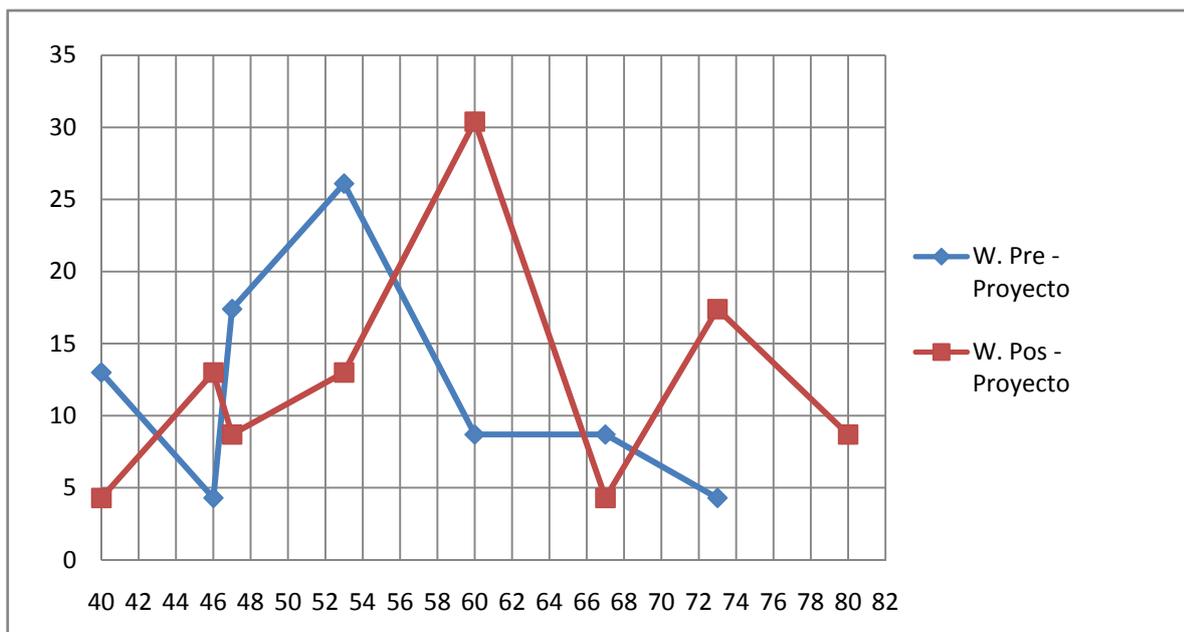
Fuente: Directa  
Elaborado por: La autora

En relación a la valoración psicológica se puede observar que luego de implementar el programa mejoro la valoración de este parámetro, la valoración que corresponde a la media en el pre proyecto fue de 60,86% y el post Proyecto fue de 69,56.

### c.3 DIMENSION SOCIAL

La valoración relacionadas a la parte social en la primera etapa de la investigación se evidencia que los rangos van de 33 a 73, el 26.1% de los participantes tienen 53, el 17.4% obtuvieron 47 y 33 cada uno respectivamente. Al analizar las calificaciones luego de implementar el programa de envejecimiento saludable para mejorar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor se observa una gran mejoría en este aspecto, los rangos en esta parte del proyecto van de 40 a 80, el 30.4% de participantes tienen 60, el 17.4% 73, y 53 tiene el 13% de personas participantes.

**GRAFICO No 6**  
**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF Social.**  
**Jima Septiembre 2008 a abril 2009**



Fuente: Directa  
 Elaborado por: La autora

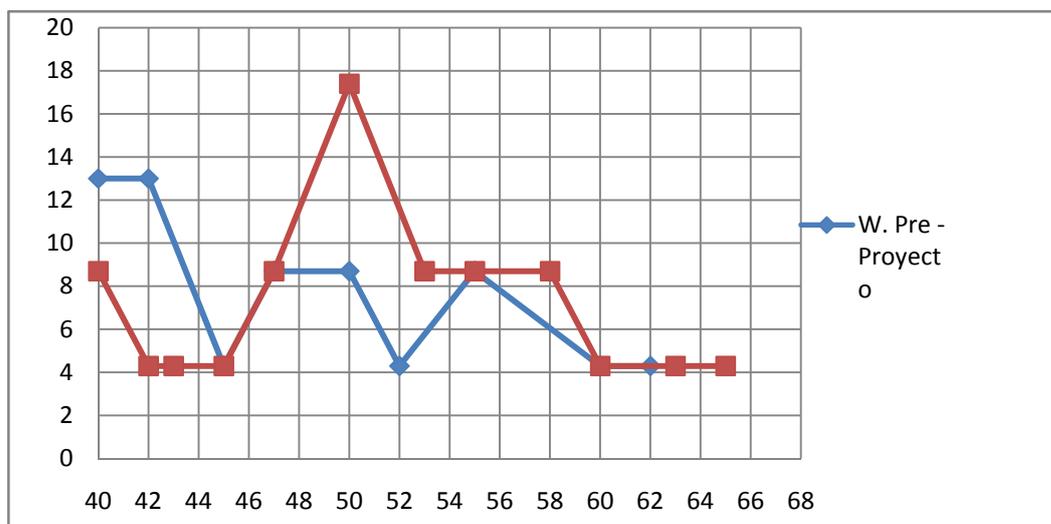
En lo referente a la parte social se puede observar que después de la implementación del programa existe una mejor respuesta al test, lo que se demuestra con el 8.69% en la escala alta, 65.21% en la escala media bajando sustancialmente la baja en esta etapa de la investigación.

#### c.4 DIMENSION AMBIENTAL

En relación a lo ambiental los rangos en el periodo antes de aplicar el programa son del 22 a 62, el 13% de personas tienen 40 y 42 respectivamente, el 8.7% las siguientes calificaciones 35, 37, 47, 50, 55, el resto de calificaciones tienen un 4.3% cada uno. Implementado el programa de envejecimiento saludable para mejorar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor los resultados de la valoración mejoró, aunque los rangos en esta etapa van desde 17 a 65, sin embargo el 17.4% tienen 50, las calificaciones 35, 47, 55 se mantienen con el 8.7% de personas cada uno respectivamente, el 4.3% de los participantes sacaron 17, 63, 65 cada una de estas calificaciones.

**GRAFICO No 7**

**Personas de la tercera edad residentes en la Parroquia Jima, según Escala de Calidad de vida WHOQOL-BREF Ambiental. Jima Septiembre 2008 a abril 2009**



Fuente: Directa

Elaborado por: La autora.

En lo referente a la valoración de lo ambiental se observa un incremento en la escala media del test de 30.43% a 56.52%. y descendiente significativamente la escala baja.

#### **d) ANALISIS DE GENOGRAMAS**

En este estudio todas las familias son nucleares, ancianas, rurales, en el ciclo vital la mayoría se hallan en la fase de nido vacío y unas pocas familias en fase de disolución.

Dentro de la pareja anciana existe dominancia masculina, que en ocasiones genera conflicto llegando a producir relaciones de apatía, sin llegar a la violencia, con los hijos en muchas familias hay relaciones de indiferencia y en alguna hay armonía.

Diversas crisis atraviesan las familias, más frecuente las normativas de pérdida al fallecer el conyugue, la jubilación, la salida de los hijos, estas crisis son superadas con resignación y por la red de apoyo comunitario y familiar.

Se observa pocas redes de apoyo intrafamiliares, lo que preocupa al ser una etapa donde las redes de apoyo familiar y comunitaria deben ser muy amplias y variadas. Considero esto relacionado con la pérdida de roles y productividad de los adultos mayores lo que les lleva al abandono. Debería considerarse esta situación como una oportunidad para desarrollar estrategias que amplíen y fortalezcan las relaciones sociales, que impactarán positivamente en la calidad de vida del adulto mayor

## DISCUSIÓN

Sicológicamente se plantea que el adulto mayor se enfrenta a nuevas condiciones de vida por la pérdida de los roles familiares y sociales, que se agregan a un trasfondo de enfermedades y a una disminución de sus capacidades de adaptación, resultan frecuentes los problemas de autoestima, depresión, distracción y relaciones sociales (Rivero M.P.J. 1993), El envejecer de igual manera en la zona de estudio representa aislamiento familiar y social, la cual conlleva a una autoestima baja, depresión, miedo a envejecer, etc., los resultados que arrojó la investigación no difieren a la realidad internacional.

En el aspecto socio psicológico, el ejercicio mejora el estado de ánimo, disminuye la depresión y la ansiedad, eleva además el vigor, el autoestima y la imagen corporal, ofrece oportunidades de distracción e interacción social y ayuda a mejorar el enfrentamiento al estrés de la vida (OPS). Cuando al adulto mayor se le brinda cuidado, cariño, se le activa socialmente mejora su autoestima por ende mejora su psiquis, así se demostró cuando se implementó el programa de envejecimiento saludable para mejorar la percepción de la calidad de vida del adulto mayor, en el cual se tomó en cuenta la reinserción a la sociedad del adulto mayor, la parte física mejoró en pequeño porcentaje en este periodo corto. Esta realidad no es diferente a la internacional.

Los procesos fisiológicos del envejecimiento tienen relación con factores como el hábito de fumar, consumo de alcohol, nutrición, entorno familiar, educación recibida, nivel de ingresos. En el estudio el factor que influye para un envejecimiento digno es el entorno familiar, muchos de los cuales se encuentran solos y temen por su futuro, lo que les provoca inseguridad, estrés y este a su vez patologías.

Se debe tener en claro que lo más importante no es aumentar la longevidad de las poblaciones, si no mejorar cualitativamente la salud de estas, con una adecuada calidad de vida.

## CAPITULO 8

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES:

#### CONCLUSIONES

- La tercera edad es una fase más del ciclo vital, con características relacionales comunes al resto de las etapas y otras que le son propias y requieren atención desde un prisma particular.
- Es particularmente importante que la asistencia al adulto mayor se base en los principios de medicina de familia: integral, continua, multidisciplinar, debiendo contar con la participación de los servicios sociales, servicios médicos y familiares.
- La valoración de la calidad de vida demostró ser un referente para elaborar estrategias encaminadas a modificar y mejorar las dimensiones en las que se basa la calidad la vida.
- Las sesiones grupales periódicas donde se les brinda información de interés general, se intercambian opiniones, se atienden dificultades individuales, se realizan ejercicios físicos según las posibilidades, motivaciones e intereses mejoran la percepción de calidad de vida.
- Considerando que el hombre es un ser social, la integración de adultos mayores a grupos con inquietudes y problemas similares resulta imprescindible para obtener resultados positivos.
- El poco interés y la falta de compromiso de los familiares para con los ancianos no permite desarrollar un programa integral que permita alcanzar los objetivos.
- La utilización de escalas de calidad de vida e instrumentos para valorar las diversas esferas del adulto mayor debe ser norma en atención primaria, por su importancia en la valoración funcional e integral del anciano y porque permite planificar actividades efectivas y eficaces.

- El diseño de intervención debe ser adaptado a la realidad para que intervenga simultáneamente en los aspectos biológicos psicológicos y sociales.

## **RECOMENDACIONES**

- Incluir en todos los servicios de salud y a todos los niveles, los principios de medicina de familia garantizando la atención integral del mayor y la continuidad de los cuidados.
- Mejorar la formación de los profesionales de atención primaria tanto en aspectos clínicos como funcionales y psicosociales, y con especial hincapié en el empleo de escalas de valoración y manejo de población anciana y el correcto abordaje de los principales síndromes geriátricos.
- Incluir permanentemente en las actividades de atención primaria el uso de escalas de calidad de vida y valoración funcional.
- Posibilitar la creación de espacios saludables en donde se fomente actividades y actitudes para un envejecimiento saludable, con la colaboración intersectorial de todos los agentes implicados.
- Crear programas que estimulen la creatividad y participación de los ancianos.
- Integrar a los miembros de la familia en el proceso de envejecimiento de sus familiares para que asuman la vejez como un futuro cercano y beneficiarse claramente de las intervenciones que se podrían desarrollar en conjunto.
- Asumir que la atención integral a la persona anciana es responsabilidad de la familia, de la sociedad y del estado.

## BIBLIOGRAFIA

Abbey & Andrewes. (2003). Citados por Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencia y Enfermería IX 2003.

Abordajes (2003). La organización local fortalece la identidad comunitaria. Argentina.

Aguilar C. (1974) Prosa: Obras Completas en *Xima*. 5, 1ª ed., Fray Jodoco Ricke, Quito, pp.15-17

Álvarez P & Martínez (2008) *Guías geronto-geriátricas de atención primaria*. Ministerio de salud pública, Quito. pp. 8

Angermeyer, MC. & Killian, R. (2003) Modelos teóricos de Calidad de Vida en trastornos mentales. En: Katschnig, H. Freeman, H. Sartorius, En. Calidad de vida en los trastornos mentales. Masson: Barcelona. pp. 19-29.

Argudo J. (2007) El potencial agropecuario de Jima. *Huinara* 5, 28. Dirección General del Registro Civil (2007) *Registro de nacimientos y de defunción*. tomo 1.

Asociación latinoamericana de diabetes. *Guías alad de diagnóstico, control y tratamiento de la diabetes mellitas tipo 2*.

Baquerizo, J. (ND) Ministerio de bienestar social. Dirección de gerontología. Situación de la tercera edad en el Ecuador. <[http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/JBaquerizo\\_p.pdf](http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/4/23004/JBaquerizo_p.pdf)

Berger, K. S. (2001) Psicología del desarrollo: *Adulterez y vejez*. Madrid, Panamericana.

Bergner M, Bobbit RA, Carter WB, & Gibson BS. (1981) The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure.

Cambios en la dinamica de la familia.

Cano, JF "Medicina familiar". en diabetes mellitus, *Suro* capitulo 34. pp.549 versión electrónica.

Cardona D. Estrada A. & Agudelo HB. . (2000). Envejecer nos "toca" a todos.

Caracterización de algunos componentes de calidad de vida y de condiciones de salud de la población adulta mayor. Facultad Nacional de Salud Publica, Medellín.

Carr. Juan. (2003). La cultura solidaria [Red Solidaria] revista Abordajes. Argentina.

Central Ecuatoriana de Servicios Agrícolas. (1993) **Usos tradicionales de las Especies Forestales Nativas en el Ecuador**. Tomo 3: Usos medicinales. Quito.

Cervantes R (2006) coordinador del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Diario la hora. 15 de marzo.

Cervantes R. (2006) Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador. Diario la hora.

Cervantes, Reinaldo (2006) Coordinador del Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador Diario la hora. 15 de marzo del 2006.

Céspedes A. (1987). *Influencia de los factores socioeconómicos en la pérdida de autonomía de los adultos mayores costarricenses entre los 65 y 80 años*. Programa de Investigación sobre el Envejecimiento. San José de Costa Rica:

Cicerón (1910). *Dialogo sobre la vejez* en Antología Universal.

Cinara – Universidad del Valle. (2000). La Gestión Comunitaria como una alternativa en la prestación de servicios de abastecimiento de agua y saneamiento. Proyecto Gestión Comunitaria- Cinara-IRC. Colombia.

Coello E. (2007) Jima, Cuna y asiento de celebres personalidades del Ecuador. Su historia y Cultura. en *historia*. Capítulo I 1ª ed., (ed. E Vanegas), Cuenca, pp. 58-76, 149-156.

Constitución (2008). Publicación oficial de la Asamblea constituyente, Ecuador.

Comisión de las comunidades europeas (2001) El futuro de la asistencia sanitaria y de la atención a las personas mayores: garantizar la accesibilidad, la calidad y la sostenibilidad financiera. Bruselas, pp7

D. Erickson P. (1993). Health Policy Quality of Life: Health Care Evaluation and Resource Allocation. Oxford University Press. New Cork.

David—Sven Reher (1997) Vejez y envejecimiento en perspectiva histórica: Retos de un campo en auge Dpto. de Sociología II, Universidad Complutense de Madrid. *Política y Sociedad*.

Dulcey-Ruiz E & Quintero G. (2001) Calidad de vida y envejecimiento. *Tratado de Gerontología y geriatría Clínica*. La Habana: Academia pp. 128-136.

Durán L. Salinas, Escudero G. & Gallegos Carrillo K. (1997). Medición de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor en dos Estados de México, [Artículo de Internet].

Dychtwald K. (1986) Wellness and health promotion for the elderly. Rockville.

Encina R & Jaime Enrique (1996) El anciano y la familia. UNAM, México.

Faden R. & Germán P. (1996) Calidad de vida, consideraciones en geriatría. Clínica de Medicina Geriátrica. México

Felce D & Perry J. (1995) Definition and Measurement. Research in Developmental Disabilities.

Fernández B. (1993), "*Calidad de vida en la vejez*", Intervención Psicosocial, Vol. II No 5, Madrid.

Fernández-Ballesteros R, Zamarrón M, & Macía A. (1997). Calidad de Vida en la Vejez en los distintos contextos. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Instituto Nacional de Servicios Sociales. Madrid.

Fernando P, Carmen A, Carmen E, Mercedes C, Pilar Ochoa Dolores Domingo Valoración del estado funcional en ancianos hospitalizados: la escala Plutchik.<[http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/ARTIKULU/VOL107/M107\\_0202.PDF](http://www.sepeap.es/Hemeroteca/EDUKINA/ARTIKULU/VOL107/M107_0202.PDF)> revisado el 15 febrero 2009 12h20.

Fujisawa M. (2004). Comparative study of quality of life in the elderly between in Kahoku and Yaku. Kochi Medical School Journal.

García JP. Epidemiología del envejecimiento. Apuntes de medicina y geriatría

García J (2003). Bioética y Personas Mayores. Madrid, Portal Mayores,

Gómez JF. Curcio CL. & Gómez DE. (1997). *Capacidad funcional en el anciano*, Evaluación de la salud de los ancianos. Manizales.

Gómez-Vela M & Sabeh,(sf) En Calidad de Vida. Evolución del concepto y su influencia en la investigación y la práctica.

Gonzales-Celis A & Padilla, A. (2006) "*Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de ciudad de México*". Universita psicológica 5. Bogotá

González U, Grau J, Amarillo MA. (1997). *La calidad de vida como problema de la bioética*. Sus particularidades en la salud humana. En: Acosta JR. Bioética desde una perspectiva cubana. La Habana. pp. 279-285

González-Celis, A. Esquivel R. & Jiménez J. (2005) *Impacto de un aula para personas mayores sobre la calidad de vida* revista interamericana de educación de adultos año 27 / no. 1 / enero - junio

Gorsclaude P. & Bocquet H. (1990). Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in rural French population.

Grand A, Gorsclaude P, & Bocquet H. (2002). Disability, psychosocial factors and mortality among the elderly in rural French population. J Clin Epidemiol 1990.

Guyatt GH, Feeny DH, & Patrick D. (1993). Measuring Health-Related Quality of Life. *Annals of Internal Medicine* pp. 622-629

Ham Chande R. (1996) El envejecimiento: una nueva dimensión de la salud. *Salud Pública de México* pp 411.

Help age internacional, Londres (2002) Estado mundial de las personas mayores 2002, Las personas mayores en un mundo que está envejeciendo – la evidencia en *Envejecimiento Global*. Sección 1 1ª ed. pp. 8

Hunt S, Mc Ewen, J, & Mc Kenna SP. (1986) Measuring health status. London, Croom Helm.

INEC, Ecuador (2001) Datos definitivos.

Informe Ecuador (2005) Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) CELADE- División de Población. Reunión de Gobiernos y Expertos sobre Envejecimiento de Países de América del Sur. Buenos Aires, Argentina.

*Informes Portal Mayores*, Madrid, nº 4. [31-03-2003], revisado el 10 de noviembre 2007 (<http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>)

INSTITUTO ECUATORIANO DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS (2001) *VI censo de población y V de vivienda 2001 Datos definitivos*. Tomo II. Quito pp. 272-273.

Instituto nacional de la salud (1999). *Programa de atención a las personas mayores*. Madrid.

Instituto nacional de salud Op cit 25.

J. García, (2003). *Bioética y Personas Mayores*. Portal Mayores, *Informes Portal Mayores*, Madrid, nº 4. [31-03-2003], revisado el 10 de noviembre 2007 <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/garcia-bioetica-01.pdf>

Jones HM. (2003) Citado por Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: *Ciencia y Enfermería IX 2003*.

Juan Pablo II (1999) Carta a los ancianos, el Vaticano, [http://www.corazones.org/doc/ancianos\\_jp2.htm](http://www.corazones.org/doc/ancianos_jp2.htm) revisado el 17 enero 2009 20h30

Kroeger A. (1984): “*Vivienda y salud en el proceso de la adaptación cultural: un estudio entre nativos en la selva y en la sierra del Ecuador*”. En **Cambio cultural y salud**. Abya-Yala, Quito,

Lizan L. (1995). Enfoque genérico de la calidad de vida desde el punto de vista de la psicología y de la medicina de familia. Concepto de calidad de vida y sus dimensiones. Aten Primaria.

Mainous AG, & Kohrs FP. (1995). A comparison of health status between rural and urban adults. J Community Health.

Mantilla G & Márquez AU. (1996) *Envejecimiento. Experiencias y perspectivas*.

Matteson M.A. (1996) Biological theories of aging in gerontological nursing concepts and practice 2, pp. 158-171. London.

MD. Aspen Publications.

Mederos A & Puente A (1996) La vejez concepto histórico. Ed, acento, Madrid pp. 56

Ministerio de Bienestar social, Ecuador.(2008) Dirección de gerontología. <<http://www.eclac.cl/celade/noticias/paginas/3/20633/ECUADOR2.pdf>> [revisado el 15 octubre 2008]

Mishara B. & Riedel R. (1986) *El Proceso de Envejecimiento*. Ed. Morata, S.A. Barcelona, pp. 282

Naciones Unidas (2002) *Informe sobre la segunda asamblea nacional sobre envejecimiento* New York. pp. 2

Naughton MJ, Shumaker SA, & Anderson RT, (1996). Psychological Aspects of Health-Related Quality of Life Measurement: Tests and Scales. En Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials.

Noda L (2007) Intervención para reintegrar al anciano frágil a la sociedad *Psicología Social y Comunitaria* 11,1

Ocampo J. (2002). La ética ante la vejez. Sociedad Mexicana de antropología. [Disponible en línea] <<http://morgan.ia.unam.mx/asr/humanidades/224/COLUMNAS/OCAMPO>>

Organización mundial de la salud (1998). *Envejecimiento saludable, el envejecimiento y la actividad física en la vida diaria*. Ginebra.

Pérez J (2003) *La madurez de masas* 1ª ed., Imsero, Madrid. pp. 24

Programa de las Naciones unidas, para el desarrollo. (2004). Informe sobre desarrollo humano. Ed. Mundiprensa México.

Quintero G. (1996) *Calidad de vida y envejecimiento*. En: Prieto O, Vega E. Temas de Gerontología. La Habana

Regato, P (2002) la salud del mayor: perspectivas límites desde la atención primaria en *mayores en el tercer milenio*. Ed. mayo, Barcelona.

Reyes. (2002) *Salud en la tercera edad y calidad de vida*.

Ríos L, Ríos I, Padial P. La actividad física en la tercera edad. Citado por Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad física recreativa*. Salud. **2**. 11

Rubio R, Rico A & Cabezas JL. (1997). Estudio sobre la valoración de la calidad de vida en la población andaluza. Geriatria.

Rueda, JO. (2003) Retos del envejecimiento demográfico en Colombia. En Ministerio de Comunicaciones y Centro de Psicología Gerontológica Cepsiger: Periodismo y comunicación para todas las edades. Bogotá pp. 35.

Sacaquirín S (2005) Jima, su historia y geografía. *Huinara* **4**, 39.

Sánchez-Sosa, J. & González-Celis, A. (2006). *Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica*. Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos. Madrid: Pirámide. Pp. 473-492.

Schwartzmann L. (2003) Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. En: Ciencia y Enfermería IX 2003.

Sociedad de medicina familiar y comunitaria. (2000) Programas Básicos de

Salud, en *Valoración Geriátrica* **7**. Doyma, Madrid.

Suín L. (2007). Las orquídeas: rarezas de nuestros bosques. *Huinara* **5**, 59.

Testa M. (1996). Current Concepts: Assessment of Quality-of-Life Outcomes. N Engl J Med. pp. 835-840.

The World Health Organization Quality of life assessment (WHOQOL). (1995) Position Paper from the World Health Organization. Soc. Sci. Med.

Treviño-Siller, S Pelcastre-Villafuerte B & Márquez-Serrano, Experiencias de envejecimiento en el México rural. Dirección de Determinantes y Retos del Sistema de Salud, Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública.

Uyaguari N. (2008) Jima, el hogar de la tranquilidad. *Turismo Comunitario* **2**, pp. 11.

Velarde-Jurado, E. & Ávila-Figueroa, C. (2002). Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Salud pública de México / vol.44.

Villalobos D. (2004). Problemas de salud que enfrenta la población de la tercera edad en la ciudad de Heredia. Citado por Mora M, Villalobos D, Araya G, Ozols A. *Perspectiva subjetiva de la calidad de vida del adulto mayor, diferencias ligadas al género y a la práctica de la actividad físico recreativa*. MH Salud.

Villarreal M (2005) Legislación sobre personas mayores en América latina. Ponencia dictada en reunión de gobiernos y expertos sobre envejecimiento en países de América del sur [1 de noviembre 2005] Buenos aires.

Villaverde ML, Fernández L, Gracia R, Morera A. & Cejas R. (2000) Salud mental en población institucionalizada mayor de 65 años en la isla de Tenerife.

Ware J, Brook R, Davies A, & Lohr K. (1981) Choosing measures of health status for individuals in general populations.  
[www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D31038DC-14C0-4BF083717E1C477631D/0/CVLuisDuran.pdf](http://www.imss.gob.mx/NR/rdonlyres/D31038DC-14C0-4BF083717E1C477631D/0/CVLuisDuran.pdf).

Yassin Z. & Ferry RD. (2000). Health characteristics in rural elderly Malay females in selected villages in Megeri Sembilan.

Zhunio J. (2007) *entrevista a profundidad*.

# **ANEXOS**

**ANEXO 1**  
**CENSO DE POBLACIÓN ANCIANA DE LA PARROQUIA JIMA**

FECHA DE LA ENCUESTA \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

**NOMBRE** \_\_\_\_\_

**FAMILIA** \_\_\_\_\_

**FECHA DE NACIMIENTO** \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ **EDAD** \_\_\_\_\_  
**ESTADO CIVIL** Soltero \_\_\_ casado \_\_\_ Viudo \_\_\_ Divorciado \_\_\_  
Unión Libre \_\_\_\_\_

**LUGAR DE RESIDENCIA** \_\_\_\_\_ **ZONA** \_\_\_\_\_

**GRADO DE ESCOLARIDAD**

Sabe leer y escribir SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_  
Analfabeto  
Primaria completa \_\_\_\_\_ incompleta \_\_\_\_\_  
Secundaria completa \_\_\_\_\_ incompleta \_\_\_\_\_

**CON QUIEN VIVE**

Solo \_\_\_\_\_  
Con esposo (a) \_\_\_\_\_  
Con familiar \_\_\_\_\_ con quien \_\_\_\_\_  
Otro \_\_\_\_\_

**TIENE ALGUNA ENFERMEDAD CRONICA**

NO \_\_\_ SI \_\_\_ CUAL \_\_\_\_\_

**TOMA MEDICACIÓN**

NO \_\_\_\_\_ SI \_\_\_\_\_ CUAL \_\_\_\_\_ A QUE DOSIS  
\_\_\_\_\_

**CUANTO TIEMPO** \_\_\_\_\_

**FAMILIAR RESPONSABLE**

**NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **PARENTESCO**

## ANEXO 2

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
UNIVERSIDAD DEL AZUAY  
FACULTAD DE MEDICINA  
POSTGRADO EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

**APELLIDOS.....NOMBRE:.....**

**C.I.....**

Fecha.....

Yo.....he sido informado por la Dra. Lucy Matailo Montenegro portadora de la licencia médica 2112 del colegio de médicos del Azuay, acerca del estudio de investigación previa a la obtención del título de especialista en medicina familiar titulado **“Aplicación de un programa de envejecimiento saludable para mejorar la percepción de calidad de vida en el adulto mayor de las comunidades los Sauces-Apuca-Tunzhún de la parroquia de Jima en el periodo de septiembre 2008 a abril 2009”**

Me ha informado de los riesgos, ventajas y beneficios del trabajo de investigación, así como el grado de participación y colaboración de mi parte. He realizado las preguntas que considere oportunas, todas las cuales han sido absueltas y con repuestas que considero suficientes y aceptables.

Por lo tanto, en forma consciente y voluntaria doy mi consentimiento para ser partícipe del estudio investigativo. Teniendo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones y beneficios que podrían desprenderse de dicho participación.

.....  
Firma del paciente o responsable legal  
C.I.

.....  
Firma del profesional  
C.I.

.....  
Firma de un testigo  
C.I.

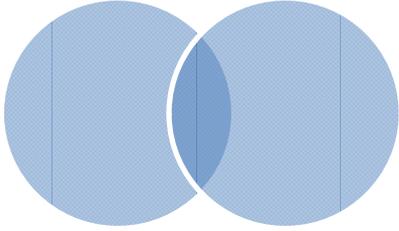
### ANEXO 3

#### MINIMENTAL TEST DE FOLSTEIN

Evaluación Cognitiva (mmse) modificado.

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

Edad: \_\_\_\_\_

PREGUNTAS		PUNTUACION
1. por favor dígame la fecha de hoy.	mes	1
	Día mes	1
	año	1
	Día de la semana	1
2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se lo diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que los recuerde, en cualquier orden. <b>(Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.)</b>	árbol	1
	mesa	1
	avión	0
3. Ahora le voy a decir unos números y quiero que los repita al revés 1-2-3-4-5 Un punto por cada número correcto	5	1
	4	
	3	
	2	
	1	
4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. (un punto por cada acción realizada correctamente)	Toma papel	1
	Dobla	1
	Coloca	
5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y usted repitió las que recordó. Por favor dígame, ahora cuales recuerda. (un punto por cada objeto recordado)	Árbol	1
	Mesa	
	Avión	
6. Por favor copie este dibujo. (esta correcto cuando los círculos no se cruzan mas de la mitad)	Correcto	1
		
Puntaje Total		11



## ANEXO 5

### APLICACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENVEJECIMIENTO SALUDABLE PARA MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTO MAYOR DE LAS COMUNIDADES DE LOS SAUCES APUCA- TUNZHUN 2008- 2009.

Nombre:

Edad:

Fecha:

#### Cuestionario WHOQOL-BREF

Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor, conteste a todas las preguntas. Si no está seguro qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser su primera respuesta.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida durante las últimas dos semanas. Por favor lea cada pregunta, valores sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala de cada pregunta que sea su mejor respuesta.

	Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1 ¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2 ¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3 ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4 ¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5 ¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6 ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7 ¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8 ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9 ¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuanto fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	totalmente
10 ¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11 ¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12 ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13 ¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria? 1 2 3 4	1	2	3	4	5
14 ¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15 ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a cuan satisfecho se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas

	Nada	Un poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16 ¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17 ¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18 ¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19 ¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20 ¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21 ¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22 ¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23 ¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24 ¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25 ¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. ¿Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?

	Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26 ¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5

### GRACIAS POR SU COLABORACION

**Salud Física:**  $[6-(Q3)] + [6-(Q4)] + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$

**Salud Psicológica:**  $Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + [6-(Q26)]$

**Relaciones sociales:**  $Q20 + Q21 + Q22$

**Ambiente:**  $Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$

**ANEXO 6**  
**FOTOGRAFIAS**

**PARROQUIA DE JIMA MAYO 2009**















