



**UNIVERSIDAD DEL AZUAY
FACULTAD DE MEDICINA**

**ABORDAJE DE LOS
PROBLEMAS POR
ENFERMEDADES CRÓNICAS
EN LOS ANCIANOS EN EL
AREA RURAL.**

**OBSERVACIÓN EN EL AREA DE INFLUENCIA DEL
PUESTO DE SALUD DE SAN JOSÉ DE SIDCAY DE
MARZO A JUNIO DE 2009**

**TRABAJO PREVIO A LA OBTENCIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR**

**DIRECTOR: DR. JOSÉ SOLA V.
AUTORA: ANITA VICUÑA POMMIÉR
Médico de la Fundación CINTERANDES
Profesora de la Universidad del Azuay**

2009

INDICE:

Resumen	Página 3
Introducción	4
Justificación	11
Presentación de casos	11
Conclusiones	13
Recomendaciones	15
Bibliografía	17
Anexo de fotografías	18

RESUMEN:

Las condiciones de vida de los ancianos con enfermedades crónicas en el área rural, plantean una serie de problemas no resueltos: como el acceso a las unidades de salud desde sus viviendas, el mayor riesgo para caídas por las condiciones del entorno, las dificultades de tratamiento por los pocos recursos con que cuentan las unidades de salud de la zona rural, el abandono en el que se encuentran porque en la mayor parte de los casos sus hijos son emigrantes o viven a distancia. La observación de algunos casos concretos que reflejan en forma general las condiciones de 80 ancianos en la comunidad rural de San José, perteneciente a la parroquia Sidcay del cantón Cuenca, nos deja la evidencia de la falta de programas en marcha desde el Estado, para este grupo de población; y nos reta, a su vez, a investigar profundamente este problema y emprender acciones creativas desde la promoción de la salud y desde la organización comunitaria.

ABSTRACT:

Life conditions of the elderly, with chronic diseases in the rural area, present a number of problems still not solved, such as the access from their homes to the health units; the increased risk of accidents, such as falls, due to the conditions of the environment; the difficulties of the treatment of diseases due to the lack or resources of the health facilities and the abandonment due to the emigration of their children.

The concrete observation of some cases that reflect the general conditions of eighty elderly people, living in the rural community of San José de Sidcay, a town in the area of the City of Cuenca, Ecuador, is evidence of the lack of government programs for the elderly and challenges us to investigate this problem and take creative actions in health promotion and community organization.

INTRODUCCIÓN:

San José es una comunidad rural perteneciente a la parroquia Sidcay, al noreste del cantón Cuenca, con una superficie de 17 Km².. Limita al norte con la parroquia Octavio Cordero Palacios, al este con las parroquias de Solano y Llaoca, al sur con la parroquia Ricaurte y en el Oeste con las de Checa y Chiquintad. Se encuentra a una distancia de 15Km.de la ciudad de Cuenca. Sus pobladores aún son agricultores, otros trabajan como jornaleros en la ciudad, y algunos pocos especialmente mujeres tejen sombreros de paja toquilla para completar su presupuesto a lo que pueden obtener de la agricultura. La parroquia Sidcay tenía una proyección de población al 2007 de 3879 habitantes, de ellos alrededor del 5% son adultos mayores, es decir 194.¹

Ha tenido una tradición religiosa muy enraizada en sus pobladores y alrededor de ella se dieron las primeras formas de organización. Posteriormente se constituyó el comité promeoras del barrio de San José, que precisamente fue el que hizo las gestiones correspondientes para instalar el puesto de salud; èste, depende del subcentro de salud de la parroquia Sidcay; comenzó siendo un botiquín, que se instaló como una iniciativa de la comunidad de San José; luego, con la ayuda de fundaciones y el Gobierno Provincial contrató un médico y una auxiliar comunitaria que inició el programa de atención médica de tipo familiar. Por su ubicación estratégica al tener un radio de influencia sobre las comunidades más pobladas y encontrarse junto a la vía de acceso de otras parroquias, tuvo gran acogida de la población y cubre a las comunidades de Bibin, San Antonio, Jesús del Gran Poder, Caldera y Altos de Machángara principalmente. Posteriores gestiones de las autoridades de la comunidad lograron que fuera asumido por el Ministerio de Salud Pública (MSP).

Cuenta con un solo médico, una enfermera, una odontóloga; una auxiliar comunitaria que fue parte del programa anterior y que aun depende del convenio con el Gobierno Provincial. El personal trabaja de lunes a viernes de 7 a 16 h. con una hora intermedia para el almuerzo. En este puesto de salud que depende del Subcentro de salud de la Parroquia Sidcay se atienden un promedio de 25 personas

por día. Para el médico es muy difícil salir a visita domiciliar y dejar cerrado el puesto de salud, esta visita es cubierta por estudiantes de Medicina de la Universidad del Azuay con su tutor.

La atención médico-paciente es la tradicional. El acceso a la consulta a las horas previstas se da, generalmente la atención es individual, no integral, tiene continuidad en pocos casos; dispone de pocos recursos en medicamentos y no hay laboratorio básico.

El uso de este servicio por los pacientes ancianos es bajo, encontrándose sí, un pequeño grupo de ellos, generalmente los que viven más cercanamente al puesto de salud, que asisten con cierta frecuencia para control

El paciente anciano de la zona es, en su mayoría, campesino que dedicó su vida a las tareas de la agricultura, en varios casos también emigraron hacia la costa para trabajar igualmente en la agricultura, y otros en trabajos informales. Hoy se mantienen unos a través del dinero que pueden enviar sus hijos migrantes, algunos reciben el bono de desarrollo humano; generalmente tienen terreno alrededor de sus viviendas que en época de siembra, los hijos que viven cerca cuando es el caso, o los vecinos, les ayudan a cultivar.

En el Ecuador el 6.05% de los habitantes tienen 65 años y más; esto es, de los 13`805.095 habitantes, 959.451 son adultos mayores, por las tendencias generales, este es un grupo etario en crecimiento.²

El MSP reconociendo los principios de las Naciones Unidas a favor de las personas de edad y del envejecimiento, de diciembre de 1991 : INDEPENDENCIA, PARTICIPACIÓN, CUIDADOS, AUTOREALIZACIÓN DE LOS PROPIOS DESEOS Y DIGNIDAD, declara entre sus objetivos específicos, en las políticas para el adulto y adulto mayor:

- Fortalecer la cobertura y la calidad de la atención de salud con énfasis en el ámbito local.
- Fomentar la solidaridad intergeneracional con participación de la familia y comunidad, frente a la situación de los adultos y adultos mayores

- Desarrollar mecanismos de protección social que apunten a la seguridad a través de la coordinación interinstitucional y extra sectorial.
- Incorporar en el desempeño del personal el enfoque geriátrico-gerontológico, en la atención de salud en todos los niveles
- Incorporar, implementar y mantener los registros de adultos mayores en el sistema de información el Sistema Nacional de Salud
- Desarrollar y fortalecer procesos de promoción de la salud orientados a estos grupos.
- Promover la cultura del envejecimiento activo y productivo en la población en todos los ámbitos institucionales, sociales y comunitarios
- Fomentar y desarrollar investigaciones en las áreas de gerontología y geriatría.

El MSP reconoce que la atención integral del adulto y adulto mayor, especialmente de este último grupo, se enmarca en los tres pilares: SALUD, SEGURIDAD Y PARTICIPACIÓN

En salud plantea:

- Prevenir la carga de exceso de discapacidades, enfermedades crónicas y mortalidad prematura
- Reducir los factores de riesgo relacionados con las causas de enfermedades importantes y aumentar los factores protectores
- Desarrollar la continuidad de servicios de salud accesibles de calidad, para adultos mayores
- Proporcionar formación y educación a los cuidadores.

En Participación:

- Proporcionar oportunidades de educación durante el ciclo vital.
- Promover la participación de los adultos y adultos mayores en el desarrollo económico, trabajo informal, voluntariado, acorde a sus necesidades, preferencias y capacidades individuales.
- Estimular la participación en la vida familiar y comunitaria con enfoque de género.

En Seguridad:

- Asegurar la protección, la seguridad y la dignidad de los adultos mayores, orientados a la seguridad social, financiera y física de las personas a medida que envejecen.
- Disminuir las desigualdades en los derechos de seguridad y necesidades de las mujeres mayores.³

Con toda esta declaración, no se ha podido encontrar un plan concreto de vigilancia, prevención y control de las enfermedades, ni acciones de recuperación y rehabilitación; hasta el momento, que impliquen una acción efectiva con respecto a los enunciados anteriores. El Ministerio de Inclusión Social mantiene en la ciudad, instituciones que son únicamente receptoras de ancianos, sin programas médicos ni sociales; el MSP por su parte, solo ha implementado el programa de vacunación para los adultos mayores.

El envejecimiento como proceso fisiológico en el cual disminuye la funcionalidad y la respuesta a situaciones nuevas o imprevistas está determinando la vulnerabilidad del anciano ante eventos físicos y emocionales. El anciano ve deteriorada su capacidad de adaptación .

Se ha estimado que los ancianos de 65 a 74 años presentan aproximadamente 4.6 problemas por persona, la mayoría de ellos crónicos. Los mayores de 75 años asocian 5.8 problemas crónicos, y solo el 10% no refiere ningún trastorno médico (Rubenstein 2006)⁴

Presenta un número menor de enfermedades agudas, pero con mayor riesgo de complicaciones y un tiempo de recuperación más largo. (Solórzano *et al* ,2001)⁵

La marcha es probable que sea una de las principales funciones que se ha alterado en todos ellos, para una marcha normal se necesita la movilidad de las articulaciones, la fuerza muscular, la propiocepción, la función vestibular y la visión intactas; por lo tanto, uno de los primeros fallos está precisamente en su capacidad de deambulación.

Las caídas suelen ser una de las causas más comunes de morbilidad y de pérdida de la funcionalidad en los ancianos, de ellas, el 15 al 20% requieren tratamiento médico u hospitalización, el 10% son lesiones graves como traumatismo craneoencefálico, hematomas cutáneos extensos, lesiones de partes blandas o musculoesqueléticas; y, entre el 3 y 5% son causa de fracturas.⁴ En las estadísticas del país aparece la fractura de fémur como octava causa de morbilidad en mujeres mayores de 65 años.³ No existe un seguimiento de cómo una caída, como antecedente, puede llevar al deterioro de la salud de un anciano y a su muerte. La disminución de su funcionalidad le impide valerse por sí mismo y mina notablemente su autoconfianza, lo que determina un mayor tiempo para recuperar el estado anterior a la caída y volver a la deambulación.

Factores que influyen en las caídas del anciano

- Enfermedades crónicas: Enfermedad de Parkinson, demencias, enfermedad cerebrovascular.
- Alteraciones visuales: Cataratas, retinopatía, glaucoma, etcétera.
- Sistema vestibular: La pérdida de equilibrio relacionada con la edad, puede ocurrir como resultado de osteoporosis con acúmulo de calcio en el órgano de corti; además puede ocurrir por traumatismos, infecciones del oído y por consumo de fármacos como furosemida, aspirina, aminoglucósidos, etcétera.
- Sistema locomotor: Alteraciones osteo-musculares asociadas directa o indirectamente con la edad, así como los problemas de los pies (hallux valgus, callos y otras deformidades) pueden ser una causa más de trastorno del equilibrio y de la marcha, y con ello acarrear caídas.
- Sistema neurológico: Cambios estructurales en la corteza cerebral, bien de causa vascular o degenerativa, trastornos de la vía piramidal, extrapiramidal o cerebelosos, son causas importantes de inestabilidad de la marcha.
- Enfermedades agudas: Las infecciosas, y la exacerbación de algunas enfermedades crónicas, como la insuficiencia cardíaca congestiva, puede precipitar caídas. De hecho, la caída puede ser un signo indirecto del inicio de una enfermedad en pacientes mayores y no es extraño una caída como primera manifestación de una neumonía, por ejemplo, en un anciano.

- Polifarmacia: El 81 % de los ancianos toman medicación y de ellos los 2/3 partes ingieren más de un fármaco habitualmente. Esta cifra aumenta con la edad, y así hasta el 30 % de los mayores de 75 años toman más de 3 fármacos.⁶

Si bien, los factores intrínsecos como limitación de movimiento articular, cataratas, etc son importantes, los factores extrínsecos son la causa del 77% de las caídas en los ancianos ⁶, estos factores en el área rural son difícilmente modificables, por las condiciones de la vivienda, del terreno, las costumbres, la presencia constante y en cualquier sitio de los animales, etc.

La hipertensión arterial (HTA) y la diabetes son dos patologías cada vez más frecuentes por el estilo de vida cada vez más sedentario y la alimentación rica en azúcares y grasas polinsaturadas. Figura como la quinta causa de mortalidad en mayores de 65 años, como la cuarta causa de morbilidad en hombres mayores de 65 años, y la tercera de morbilidad en mujeres mayores de 65 años. ³

Para un buen abordaje clínico de la HTA, se debe evaluar el riesgo cardiovascular global, para lo cual es imprescindible el ECG y la detección de excreción urinaria de albúmina; normalizar los valores de presión arterial individualizando el tratamiento y usando el antihipertensivo más adecuado de acuerdo a la patología concomitante, si es el caso. El adecuado control de la presión arterial en ancianos previene, en términos absolutos, más complicaciones cardiovasculares, que un tratamiento similar en pacientes más jóvenes.⁷

La diabetes aparece como la sexta causa de mortalidad en mayores de 65 años, la octava en hombres mayores de 65 años, y como la cuarta en mujeres mayores de 65. ³

Respecto del manejo de los riesgos asociados con la diabetes, es importante comprender que, en un período de 10 años, los pacientes con diagnóstico reciente de diabetes presentan un 20% de riesgo de infarto de miocardio o muerte, mientras que el riesgo de ceguera es < 5% y el de insuficiencia renal terminal, < 2%. Los datos de un estudio prospectivo de diabetes

(UKPDS) demuestran que control de la hipertensión confiere mayor reducción del riesgo absoluto que el control glucémico intensivo. En el UKPDS, el control glucémico intensivo (reducción de HbA_{1c} media de 7.9% a 7%) no disminuyó el deterioro grave de la visión, el infarto de miocardio, el ictus, la necesidad de amputación de algún miembro y la mortalidad por todas las causas, durante los 10 años del estudio, mientras que el control de la hipertensión (reducción de la presión arterial media de 154/87 a 144/82 mm Hg) disminuyó un 5.1% el riesgo de ictus; un 6.6% la muerte por eventos CV y un 9.2% la incidencia de deterioro sustancial de la visión durante 8.4 años. El control glucémico intensivo en el UKPDS redujo la progresión de retinopatía y la necesidad de fotocoagulación en un 2.4% en 10 años.⁸

Los efectos de la enfermedad a largo plazo como daño circulatorio; neuropatía que provoca debilidad muscular, atrofia, hiposensibilidad, hiporeflexia, retinopatía que va a repercutir en la función visual; son también causas directas, éstas últimas, de caídas.⁴

Además de las ya nombradas: Alzheimer, hipertrofia prostática, tumores malignos son otras de las causas de morbimortalidad en este grupo etario.

La población anciana de San José no se escapa de esta tendencia general hacia las mismas enfermedades crónicas.

JUSTIFICACIÓN:

La intención de este documento es llamar la atención al respecto de la situación de uno de los grupos etarios más vulnerables, para el que, si bien existen políticas trazadas, no cuenta con ningún plan efectivo que ayude a mejorar su calidad de vida; más aún, hacer énfasis que esta situación de los adultos mayores, es más penosa en el área rural, en donde se cuentan con menos recursos, mayores dificultades condicionadas por el entorno, menor consciencia de la problemática y gran conformidad frente a la situación.

A la vez, que este llamado sirva para empezar a investigar la realidad de este grupo poblacional en el área rural, para poder exigir el cumplimiento de todas esas políticas de salud; la concreción en programas aplicables; la toma de consciencia de la situación por parte de la comunidad y tal vez, la intervención con modelos propios y creativos, desde la misma sociedad local.

PRESENTACIÓN DE CASOS:

Se trata de un estudio observacional de casos en la parroquia Sidcay en el área de influencia del puesto de Salud de San José, que es el referente para atención de la salud de los habitantes de esta zona. Aquí, viven aproximadamente 1500 personas, de ellas, aproximadamente 80 son ancianos que viven en condiciones de extrema pobreza. La mayoría de la población son campesinos, que se dedicaron a la agricultura, algunos de ellos trabajan aún incipientemente. En su mayoría son analfabetos que de acuerdo a las exigencias del MSP, deben poner su huella digital y muy pocos pueden firmar, por la medicación cuando es posible entregarles gratuitamente.

Don Ignacio es un anciano de 92 años de edad, analfabeto, con diabetes mellitus que se controla con insulina, que requiere de otra persona para su inyección diaria de insulina; es además hipertenso y la medicación oral para su hipertensión la toma en forma irregular; no es posible el control de su glucosa

puesto que la persona encargada no siempre dispone del tiempo para inyectarle con regularidad.

A pesar de la heterogeneidad de los problemas de cada anciano, el caso de Don Ignacio se repite en muchos de los ancianos que no pueden por sí mismos administrarse su medicación, o la olvidan, o se administran en forma inadecuada.

Doña Alejandrina tiene 76 años, es hipertensa toma enalapril, se ha ido aumentando su dosificación y no se logra controlar su presión arterial, necesita algo más que una monoterapia, como ella la mayoría de los ancianos hipertensos, en la zona de San José, tienen un mal control de su presión arterial y necesitan cambiar su esquema de tratamiento.

Doña Florentina es una anciana de 74 años, ella toma antidiabéticos orales, vive sola, cocina para sí misma, toma su medicación, pero no siempre se alimenta porque “hacer la comida sólo para ella no da ganas”, y ha tenido hipoglicemias severas. Es probable que podría controlarse mejor con alguna de las meglitinidas; pero el puesto de salud solo dispone de metformina .

Don Luis Aurelio tiene 89 años presenta sintomatología urinaria evidente de obstrucción. El, como algunos en la zona, pertenece al seguro campesino. Hace 5 años fue transferido al hospital del IESS , fue diagnosticado de hipertrofia prostática, pero no fue intervenido quirúrgicamente por su edad, no le dieron otra explicación.

Don Fernando, 78 años, no fue operado de cataratas por la misma razón.

Don Julio 88 años de edad tuvo Alzheimer, además era hipertenso, vivió encerrado en un cuarto por lo menos los últimos 4 años, fue poco a poco olvidando cosas, cambiando de humor, su esposa debía salir para cuidar los animales, cuidar los cultivos, cuidar a los nietos, y por lo tanto no podía dejarle salir solo, pues se perdía. Murió por las consecuencias de una caída el 17 de Mayo. Su esposa no sabía por qué a veces Don Julio le escuchaba y le entendía y otras no, nadie le explicó que era exactamente la enfermedad de Alzheimer y como se manifestaba, vivió durante mucho tiempo odiando a su esposo porque “hacía muchas cosas sin sentido y solo por contradecirle”.

Ninguno de ellos está en capacidad económica para resolver sus problemas de salud por sí mismos. Como ellos la mayoría de la población de esta zona.

CONCLUSIONES:

No es igual envejecer en la ciudad que en el campo.

El proceso de envejecimiento se da en un contexto, familiar, comunitario, urbano o rural, en un contexto de emociones. El contexto rural es un contexto de pobreza, de recursos materiales escasos, de entornos agrestes que contribuyen a la difícil situación de salud del paciente anciano.

En todos estos casos hay una problemática que viene desde varias fuentes:

- Una sociedad occidental que pauta sus valores desde el tener y no desde el ser, que margina al anciano porque dejó de ser productivo, considera sólo el paso del tiempo, sin historia. .

El paso del tiempo, el envejecimiento, son categorías que adquieren significación al interior de un marco social y cultural determinado. En este sentido, en la sociedad moderna estas categorías son condicionadas por la acción de los Estados, el mercado, la sociedad. En las ciencias médicas, todo el desarrollo de la genética, de la biotecnología ha llevado a una expectativa de una vida más larga.9

Si desde el otro lado, se deja la preocupación por el número de años, por prolongar la vida; los recursos económicos para las medidas, los programas, las acciones, estarían encaminadas a mejorar la calidad de los años de vida, especialmente en los ancianos.

En términos económico, este grupo poblacional tiene siempre las de perder, puesto que invertir en un grupo en el que la esperanza de vida es muy corta, significa un costo alto. Es por esta razón que los ancianos aún están relegados.

-Un Estado que siendo garante de los derechos de los ancianos, que a través del MSP y teniendo políticas de salud que toman en cuenta gran parte de los problemas del anciano no llega a plasmar en forma efectiva sus acciones en este grupo poblacional. No ha puesto en práctica ningún programa concreto aparte de su programa de vacunación. No ha invertido en los ancianos. No ha proporcionado los recursos necesarios.

- Unidades de salud como la de San José que aún no conoce la problemática de salud de su población, cuenta recién con algunos datos demográficos, familiares; no dispone de la información sobre prevalencia de las enfermedades más comunes por grupos de edad; no puede aún planificar sus intervenciones por las carencias anteriores; por lo tanto, tampoco puede exigir los recursos necesarios para sus pacientes; y, porque su personal está ocupado todos los días en dar solución a la demanda diaria y espontánea de pacientes que acuden para atención..

Unidades de Salud de derivación, como el hospital del IEES, el hospital Vicente Corral, que no dan respuesta a la problemática quirúrgica de la población rural, sea porque no alcanzan a cubrir la demanda, y es precisamente el paciente campesino el que menos exige, por falta de la noción exacta de lo que necesita debido a su analfabetismo; o porque, el paciente tenía condiciones de salud que contraindicaban su cirugía. En cualquiera de los dos casos el paciente no tuvo la explicación suficiente para entender su situación, nunca tuvo conocimiento de su riesgo o pudo decidir por cuenta propia si lo asumía o no.

- Agentes de salud que no efectivizan el derecho que tiene el paciente o sus familiares a saber exactamente su situación de salud, los riesgos que plantea un tratamiento, el consentimiento informado que implica el derecho de autonomía para decidir; y por otro lado, la información completa adaptada para el grado de instrucción del paciente que implique la comprensión exacta del problema, para decidir bien.¹⁰

- La Comunidad que cada vez vive menos la solidaridad con sus vecinos, que no ha alcanzado un nivel de organización suficiente para responder a las necesidades

de sus miembros, que necesita revalorizar los aspectos positivos de su cultura, su historia, reencontrarse con la solidaridad.

- Desde la familia que ha abandonado a sus ancianos por migración, por la misma influencia de la sociedad al considerarles improductivos y ser vistos como carga.

- Desde el entorno que es la fuente más compleja de modificar, con sus viviendas inadecuadas, condiciones difíciles de acceso, carencia de servicios básicos.

RECOMENDACIONES:

Resolver los grandes problemas económicos y sociales, no; al menos no, desde este momento y a corto plazo.

Entonces comenzar por las cosas que están a nuestro alcance.

- Comenzar por conocer cómo está constituido este grupo poblacional

- Es importante conocer el grado de funcionalidad de cada uno de ellos para poder conocer las necesidades.

- La prevalencia de cada una de las enfermedades crónicas.

- Plantear programas de promoción de salud para los ancianos: “ es dar la mejor vida posible a los años que le quedan a cada persona y no prolongar la vida indefinidamente”, en esta perspectiva de promoción, la actividad y el autocuidado son lo más importante. La promoción implica incentivarles a la actividad acorde a sus posibilidades físicas, a una alimentación sana y suficiente; pero también procurarles espacios de acción social, espacios físicos más aptos para sus condiciones.

- Prevenir caídas es uno de los principios más importantes, pues al evitar una caída se están evitando sus consecuencias, esto es un problema difícil de resolver en el área rural; sin embargo ayudaría la resolución de otros como los de visión por cataratas, enseñar a usar apoyos, procurar alguna reforma simple en sus viviendas como la de disminuir obstáculos.

- Plantear programas de capacitación para personas voluntarias o familiares que puedan satisfacer necesidades de los adultos mayores con actividades a nivel comunitario.

- Incluir a los ancianos de acuerdo a sus capacidades físicas en actividades de grupo.

- Resaltar los aspectos positivos de la cultura que puedan ayudar a los ancianos.

Qué puede hacer la comunidad rural para que la vida de los ancianos sea más fácil?

Desde la promoción si se parte de que los principales obstáculos para la buena salud de una comunidad no son ni físicos ni biológicos sino los de comportamiento y expectativas culturales sociales e interpersonales y siendo así son sujetos de ser modificados o sustituidos por otros es allí en donde se debe trabajar.

La responsabilidad de los profesionales de la salud va mucho mas allá de la mera prestación de la atención de salud. Quizás lo más importante sea que posibiliten y estimulen a las comunidades y a los individuos para que se hagan cargo de su propia atención primaria y preventiva. (Jenkins 2005)¹¹

BIBLIOGRAFÍA:

1. OPS/MSP, Ecuador (2007) Proyecciones de la población 2007 por provincias, cantones y parroquia según grupos programáticos . Ministerio de Salud Pública, Quito.
2. Ministerio de Salud Pública, Ecuador (2008) Indicadores Básicos de SaludSP Indicadores básicos de Salud, Ministerio de Salud Pública, Quito.
3. Ministerio de Salud Pública, Dirección de Normatización del Sistema Nacional de Salud (2007), Políticas Integrales de Salud para el Adulto-Adulto Mayor, Ministerio de Salud Pública, Quito.
4. Rubinstein A & Terrasa S(2006)*Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*,2ª ed.,Panamericana,Buenos Aires, pp.739-788
5. Solórzano M, Brandt C & Flores O(2001) *Estudio Integral del Ser Humano y su Familia*, Postgrado de Medicina Familiar, Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, Caracas.
6. González R, Rodríguez M, Ferro M, García J (1999)Caídas en el anciano. Consideraciones generales y prevención: <http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol15_1_99/mgi11199.htm>[Fecha de consulta:2009 Mayo 22].
7. González JR, Mazón P, Soria F, Barrios V, Rodríguez L, Bertomeu V(2003) Actualización de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Sociedad Española de Cardiología* **56**.
8. Cayea D, Boyd C & Durso SC (2007) Esquema Terapéutico Individualizado en Ancianos Diabéticos con Diferente Estado de Salud y Expectativa de Vida: <<http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/geriatweb240.htm>>[Fecha de consulta: 2009 Mayo 22].
9. Gutiérrez E & Ríos P(2006) Envejecimiento y campo de la edad: elementos sobre la pertinencia del conocimiento gerontológico [en línea], Disponible en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=19502502>> [Fecha de Consulta: 2009 Mayo 23].
10. Durand G.(1992) *La Bioética Naturaleza, Principios y Opciones*. Desclée de Brouwer, Bilbao.
11. Jenkins D (2005) *Mejoremos la Salud a Todas las Edades, Un Manual para el Cambio de comportamiento*. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

DON FÉLIX Y SU VIVIENDA



DON IGNACIO Y SU VIVIENDA



DOÑA ALEJANDRINA



DOÑA FLORENTINA Y SU VIVIENDA



ACCESO A LA VIVIENDA DE DOÑA FLORENTINA



CAMINOS A LA VIVIENDA DE DON IGNACIO







