



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

ESCUELA DE TRABAJO SOCIAL

CARRERA DE GESTIÓN SOCIAL

**DISERTACIÓN DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
LICENCIADA EN GESTIÓN SOCIAL**

**ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, CASO
PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO EN EL BARRIO PÉREZ PALLARES.**

PAMELA PATRICIA ZAPATA BATALLAS

**DIRECTOR:
Msc. CARLOS GARCÍA**

**AGOSTO, 2013
QUITO – ECUADOR**

AGRADECIMIENTO

Quiero agradecer a Dios por la vida, por darme una familia tan amorosa y poner junto a mí a personas extraordinarias.

Agradezco a toda mi familia, a mis abuelitos, a mi madre, mi hermano, tíos, primos que han sido mi fortaleza en este largo camino de la vida, todo lo que he cosechado ha sido gracias a ellos, por los valores y principios compartidos y sobre todo por darme el ejemplo de amor, respeto y solidaridad.

Agradezco también a mi Director de Tesis, Magister Carlos García por haberme guiado en el trabajo investigativo, por su experiencia, consejos y ánimos en este proceso.

También quiero expresar mis sentimientos de gratitud a todos los docentes que aportaron en mi formación profesional .

Gracias a las personas de Sesenta y Piquito que me han permitido acompañarles en sus actividades y conocer su hermoso proyecto. Gracias a todos ellos por su apoyo y cariño.

Gracias a todas las personas que me han acompañado hasta el día de hoy.
Simplemente un Dios les pague.

DEDICATORIA

Dedico este esfuerzo a mi abuelito Rafiquito, un ser lleno de luz que día a día me acompaña con su esencia espiritual, que desde el cielo es mi ángel y desde que partió es mi guía en la vida.

A mi abuelita Carmelita, ejemplo de amor incondicional, sencillez, humildad y lucha.

A mi madre, ejemplo de mujer luchadora, perseverante y gran persona que me ha demostrado que a pesar de cualquier inconveniente debo continuar adelante. Para ella todo mi amor, admiración y respeto.

A mi familia que es el motor de mi vida, ejemplo de unión amor y solidaridad.

A mi hermano, que ha sido mi amigo, mi apoyo incondicional, y la persona que me ha guiado en los momentos que más he necesitado gracias ñañito, te admiro mucho.

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, CASO PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO EN EL BARRIO PÉREZ PALLARES.

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo general analizar si el Programa Sesenta y Piquito ha contribuido a mejorar la calidad de vida del adulto mayor del barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito. Esta política pública de inclusión se la analiza desde la concepción de desarrollo humano a escala. La pregunta general que ha orientado la investigación es: ¿De qué manera el Programa Sesenta y Piquito ha influido en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor en el barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito?. La población de estudio se ajustó a las personas que asisten regularmente a las actividades que se desarrollan en la casa comunal del barrio mencionado. La recolección de la información se realizó a través de instrumentos diseñados de acuerdo a los objetivos planteados y que fueron aplicados en reuniones y talleres a los que asisten el grupo de estudio.

El análisis de los datos mostró que el programa contribuye a mejorar la calidad de vida del adulto mayor en los aspectos de su SER INTERNO, su autorrealización, crecimiento personal y social.

Las actividades que desarrollan en el programa ha generado en los participantes sentimientos positivos que elevan su autoestima, y fortalecen las relación intrapersonal e interpersonal.

De las conclusiones del estudio se infiere la importancia de la implementación de políticas pública dirigidas a este sector prioritario de la sociedad y manifiesta la necesidad de la ampliación de su cobertura a través de una mayor difusión y promoción en los diferentes sectores.

ANALYSIS OF SENIOR CITIZENS QUALITY OF LIFE, CASE “SESENTA Y PIQUITO” PROGRAM IN THE PEREZ PALLARES NEIGHBORHOOD

The general aim of the present study is to analyze if the Sesenta y Piquito Program has contributed to improve the senior citizens quality of life in the Pérez Pallares Neighborhood located in Eloy Alfaro Zonal Administration in the south of Quito. This inclusion policy is analyzed from the human development scale conception.. The general question that has guided this research is: How do Sesenta y Piquito Program has influenced the improvement of the senior citizens quality of life in the Pérez Pallares Neighborhood located in Eloy Alfaro Zonal Administration in the south of Quito?. The population was subjected to people who regularly attend the activities that are developed in the community center of the neighborhood already mentioned.. The compilation was done through designed instruments according to the proposed objectives and that were applied in meetings and workshops attended by the study group.

The data analysis showed that program contributes to improve the senior citizens quality of life on aspects of their inner, self-fulfillment, personal and social growth.

The activities developed in the program have generated positive feelings in participants as well as positive feelings that raise their self-esteem and strengthen the intrapersonal and interpersonal relationship.

From the study's conclusions inferred the importance of the implementation of public policies directed towards this priority sector of society and it expressed the need for expanding coverage through wider dissemination and promotion in different sectors.

ÍNDICE

	Pág
Agradecimiento	i
Dedicatoria	ii
Resumen	iii
Abstract	iv
Índice de contenidos	v
Índice de anexos	vi
Índice de tablas	vii
Índice de gráficos	viii
Introducción	1
CAPÍTULO I	7
1 TEMA: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR: CASO PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO EN EL BARRIO PÉREZ PALLARES	7
1.1 JUSTIFICACIÓN	7
1.2 OBJETIVOS	10
CAPÍTULO II	
MARCO REFERENCIAL	
2.1 DESARROLLO	11
2.2 DESARROLLO HUMANO	14
Derechos Humanos	14
A escala humana	15
Desarrollo humano sostenible	22
CAPÍTULO 3	
INCLUSIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	28
3.1 INCLUSIÓN SOCIAL	28
La inclusión social del adulto mayor como política pública en Ecuador	28
3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR	41
El adulto mayor	41
La calidad de vida	48
La calidad de vida del adulto mayor	53

	CAPÍTULO 4	65
	PROGRAMAS DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO	
4.1	PROGRAMAS DE LOS MINISTERIOS E INSTITUCIONES DEL ESTADO	65
	Ministerio de Inclusión Económica y Social	65
	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	65
	Instituto de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas	67
	Instituto de Seguridad Social de la Policía	67
4.2	PROGRAMAS DEL MUNICIPIO DE QUITO	67
	El Hogar de Vida 1	68
	Centros de la Experiencia del Adulto Mayor (CEAM)	68
	Casa de Respiro	68
	Programa Sesenta y Piquito	69
4.3	PROGRAMAS DE LA IGLESIA Y ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES	77
	CAPÍTULO 5	79
	MARCO METODOLÓGICO	
5.1	CONTEXTUALIZACIÓN DEL BARRIO PÉREZ PALLARES	79
	Ubicación	79
	La población, características socioeconómicas	80
	La población adulta mayor del barrio Pérez Pallares	80
	El Programa Sesenta y Piquito en el barrio Pérez Pallares	82
5.2	TABULACIÓN, ANÁLISIS DE DATOS DEL PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO EN EL BARRIO PÉREZ PALLARES	83
	Características de la población de estudio	84
	Análisis de la variable independiente: Participación en el programa	92
	Análisis de la variable independiente: Calidad de vida	101
	CAPÍTULO 6	
	PROPUESTA: AMPLIACIÓN DE COBERTURA DEL PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO MEN EL SECTOR DE CHIMBACALLE	104
6.1.	JUSTIFICACIONES	104
6.2	OBJETIVOS	105
6.3	POBLACIÓN OBJETIVO	105
6.4	VIABILIDAD	105
6.5	RECURSOS	107
6.6	ACTIVIDADES	108

CAPÍTULO 7	109
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
7.1 CONCLUSIONES	109
7.2 RECOMENDACIONES	111
BIBLIOGRAFÍA	113
ANEXOS	116

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1	Encuesta realizada a los participantes del Programa Sesenta y Piquito en el Barrio Pérez Pallares	116
ANEXO 2	Base de datos de la recopilación de la información de la encuesta	
ANEXO 3	Fotorrelatoría: El Programa Sesenta y Piquito en el Barrio Pérez Pallares	10

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	Datos de la parroquia Chimbacalle	81
TABLA 2	Población de la parroquia Chimbacalle según sexo	81
TABLA 3	Población adulta mayor en la parroquia Chimbacalle	81
TABLA 4	N° de hogares y viviendas en la parroquia Chimbacalle	82
TABLA 5	Población según edad y sexo	84
TABLA 6	Estado civil de la población según sexo	85
TABLA 7	Tipo de familia	86
TABLA 8	Nivel de instrucción según sexo	87
TABLA 9	Ocupación según sexo	88
TABLA 10	Situación ocupacional según nivel laboral	89
TABLA 11	Tenencia de la vivienda según condición laboral	91
TABLA 12	Barrios de procedencia de los participantes del Programa 60 y Piquito	92
TABLA 13	Tiempo de participación en el Programa 60 y Piquito	93
TABLA 14	Conocimiento del Programa 60 y Piquito	94
TABLA 15	Número de veces que acude al Programa 60 y Piquito y tiempo	95
TABLA 16	Actividades que se practica en el Programa 60 y Piquito	95
TABLA 17	Problemas de salud	96
TABLA 18	Principales enfermedades de la población adulta mayor en el Programa 60 y Piquito	97
TABLA 19	Lugares de atención de salud según sexo	99
TABLA 20	Principales sugerencias de actividades de los participantes	100
TABLA 21	Contribución del programa a la vida del adulto mayor	101
TABLA 22	Sentimientos que genera en el adulto mayor su participación en el Programa 60 y Piquito	102

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Población de la parroquia Chimbacalle según sexo	81
GRÁFICO 2	Población de la parroquia Chimbacalle según sexo	81
GRÁFICO 3	Número de hogares y viviendas en la parroquia Chimbacalle	82
GRÁFICO 4	Edad de participantes del Programa 60 y Piquito	84
GRÁFICO 5	Sexo de participantes del Programa 60 y Piquito	85
GRÁFICO 6	Estado civil de participantes del Programa 60 y Piquito	86
GRÁFICO 7	Tipo de familia de los participantes del Programa 60 y Piquito	87
GRÁFICO 8	Nivel de instrucción de participantes del Programa 60 y Piquito	88
GRÁFICO 9	Ocupación de participantes del Programa 60 y Piquito	89
GRÁFICO 10	Situación ocupacional activos	90
GRÁFICO 11	Situación ocupacional de los jubilados	90
GRÁFICO 12	Situación ocupacional de personas con otra situación laboral	90
GRÁFICO 13	Tenencia de vivienda de los participantes del Programa 60 y Piquito	91
GRÁFICO 14	Barrios de procedencia de los participantes del Programa 60 y Piquito	92
GRÁFICO 15	Tiempo de participación en el Programa 60 y Piquito	93
GRÁFICO 16	A través de quiénes conoció el Programa 60 y Piquito	94
GRÁFICO 17	Actividades que se practican en el Programa 60 y Piquito	95
GRÁFICO 18	Problemas de salud de las personas que asisten al Programa 60 y Piquito	96
GRÁFICO 19	Principales enfermedades de los participantes del Programa 60 y Piquito	98
GRÁFICO 20	Lugares de atención de salud de los participantes del Programa 60 y Piquito	99
GRÁFICO 21	Actividades sugeridas por los participantes	100
GRÁFICO 22	Contribución del Programa 60 y Piquito en la vida de sus participantes	101
GRÁFICO 23	Sentimientos que genera la participación en el Programa 60 y Piquito	102

INTRODUCCIÓN

El desarrollo humano concebido como proceso por el cual una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos.

El concepto de desarrollo humano se ha ido alejando progresivamente de la esfera de la economía para incorporar otros aspectos igualmente relevantes para la vida, como la cultura, la capacidad de participar efectivamente en la construcción de una sociedad más justa y próspera tanto a nivel material como espiritual.

Hoy el desarrollo humano constituye una forma de medir la calidad de vida del ser humano en el medio en que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación del desarrollo de un país o región.

El enfoque de desarrollo a escala humana, recupera a las personas como sujetos de su propio desarrollo, capaces de construir y transformar a la sociedad en sus diversas dimensiones (política, socio-económica, ambiental, cultural).

Desde esta perspectiva, este enfoque tiene una visión de desarrollo integral, cuyo indicador principal es la calidad de vida de las personas. La que estaría determinada por la posibilidad que las personas tienen de satisfacer sus necesidades humanas fundamentales. Estas necesidades conforman un sistema, es decir, están interrelacionadas e interactúan entre sí. Esta propuesta propone un sistema de nueve necesidades humanas fundamentales, que son las que están presentes en todas las culturas y períodos históricos.

De acuerdo a lo que propone M. Max-Neef, este sistema de necesidades puede ser desagregado en nueve necesidades que, tal como ya hemos indicado, son las comunes a toda la especie humana, a todas las culturas, épocas y grupos: necesidad de permanencia o subsistencia, de protección, de afecto o amor, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de identidad y de libertad.

Esta concepción también integra al ser humano como parte de la naturaleza y responsable de la vida en todas sus formas. Por lo tanto, el desarrollo a escala humana especifica la necesidad de mayores niveles de articulación y autodependencia del ser humano con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la Sociedad Civil con el Estado.

Este es el marco conceptual que fundamenta al presente estudio “Análisis de la calidad de vida del adulto mayor, caso: Programa Sesenta y Piquito en el barrio Pérez Pallares”.

La situación del adulto mayor en el Ecuador se enmarca en la realidad de los países de América Latina, algunos datos sistematizados por el INEC del Censo del 2010 señalan que en el Ecuador hay 1'3169.189 adultos mayores (personas de más de 60 años) que constituyen el 9,09% de la población ecuatoriana. De ellos 596 429 (45,35%) residen en la sierra, mientras que 589 431 (44,78%) viven en la costa. El 53,14% son mujeres. La mayor parte de adultos mayores el 30,45% se encuentra en el rango de edad de 60 a 65 años.

Según los datos del boletín digital Palabra Mayor (2011), “Adultos mayores en el Ecuador”, señalan que el 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que

el 49% de los adultos mayores viven acompañados por un hijo, un 16% por su nieto y un 15% por su cónyuge o compañero.

A pesar de que, un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.

La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%).

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija. Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%).

El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de hacerlo por problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y porque su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).

Esta realidad tomada en cuenta desde el Estado y gobiernos locales se han concretado en políticas de implementación de programas de atención al adulto mayor.

Este estudio pretende hacer un análisis del aporte del programa “Sesenta y Piquito” implementado por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito en

el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en uno de los barrios del Sur de Quito.

Los objetivos que han orientado la investigación son:

a. Objetivo General:

Analizar si el Programa Sesenta y Piquito ha contribuido a mejorar la calidad de vida del adulto mayor del barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito

b. Objetivos Específicos:

- Identificar los niveles de acogida del Programa de Programa Sesenta y Piquito en los adultos mayores del barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito.
- Determinar las motivaciones del adulto mayor para su integración en el Programa Sesenta y Piquito del Distrito Metropolitano de Quito.
- Determinar los factores biopsicosociales en los que ha influido el Programa Sesenta y Piquito en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor del barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito.
- Elaborar una propuesta para la difusión y mejora del programa en el barrio de estudio.

Esta investigación es de corte transversal, tiene como universo poblacional al grupo de personas que asisten al Programa en el barrio Pérez Pallares del sector de Chimbacalle, de la Administración Zonal Eloy Alfaro al Sur de Quito.

El universo de estudio corresponde al grupo de personas que asisten habitualmente al programa en el punto mencionado. De acuerdo a la información obtenida del Programa Sesenta y Piquito. La población de la

investigación se ajustó al grupo de 20 personas que asiste regularmente al programa.

La recolección de la información se realizó a través de instrumentos diseñados de acuerdo a los objetivos planteados y que fueron aplicados en reuniones y talleres a los que asiste el grupo de estudio. Su procesamiento e interpretación se lo hizo utilizando herramientas informáticas y la estadística descriptiva básica. Los resultados se presentan en tablas.

El trabajo de investigación está estructurado en cinco capítulos. El primero señala el tema, la justificación y los objetivos de la investigación .

El segundo recoge el debate de la concepción de desarrollo desde diferentes enfoques y hace énfasis en el desarrollo a escala humana por la visión integral que este enfoque tiene y en el que se asienta este estudio.

El tercer capítulo aborda un primer acercamiento a la comprensión de las características biopsicosociales del adulto mayor. A continuación explica la calidad de vida desde la concepción de la inclusión social como política pública y desde esa perspectiva hace un recorrido por leyes que incorporan la inclusión de la atención del adulto mayor como política pública nivel estatal, y de los gobiernos locales e instancias privadas. En este capítulo también se define la calidad de vida en general y la del adulto mayor en particular, se enumera algunos factores que inciden en ella.

El capítulo cuarto presenta los programas de atención al adulto mayor que ofrecen el estado y los gobiernos locales y en particular las desarrolladas por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, con su Programa Sesenta y Piquito, motivo del análisis de la presente investigación. De este último se expone los objetivos y se explica los alcances y dimensiones de intervención.

El capítulo quinto plantea el marco metodológico utilizado en este trabajo. Se inicia con una breve contextualización del lugar donde se ubica el Punto del Programa Sesenta y Piquito, el barrio Pérez Pallares, se describe sucintamente las características de la población del sector. Finalmente los datos procesados se presentan en tablas, cuyo diseño muestra las relaciones de las variables a través de los diferentes indicadores medidos. Se acompaña del análisis e interpretación de cada una de las tablas.

El capítulo seis se presenta una propuesta para ampliar la cobertura a otros sectores de la población por las bondades del programa. Se propone diferentes mecanismos de difusión.

Finalmente el capítulo siete contiene las conclusiones y recomendaciones producto de los resultados encontrados.

CAPÍTULO I

TEMA: ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR: CASO PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO EN EL BARRIO PÉREZ PALLARES

1.1 JUSTIFICACIÓN:

El presente trabajo de investigación se fundamenta en el paradigma del desarrollo humano sostenible, y en particular en el enfoque del Desarrollo a Escala Humana. Enfoque que parte de comprender que el desarrollo tiene como centro al ser humano y no a los mercados o a la producción. Por consiguiente, lo que se debe medir no es el PBI sino el nivel de vida de las personas, a través de indicadores relativos a la satisfacción de las necesidades humanas. Tales planteamientos enfatizan en la calidad de vida como un proceso de ampliación de oportunidades y expansión de capacidades humanas, orientado a satisfacer necesidades de diversa índole, como subsistencia, afecto, entendimiento, participación, libertad, identidad, creación, etc.

La calidad de vida está dada por poder contar con una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y acceder a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente (PNUD, 1997, p 20). El énfasis radica en lo que las personas pueden "hacer y ser" más que en lo que pueden "tener".

Desde esta perspectiva, se parte de las potencialidades de la gente, de su forma de pensar, de sus necesidades, sus valores culturales y sus formas de organización, es decir el ser humano no es objeto sino sujeto de su propio desarrollo capaz de construir y transformar a la sociedad en sus diversas dimensiones (política, socio-económica, ambiental, cultural)

- **Breve Contexto**

A nivel mundial según las Naciones Unidas se proyecta que la población mundial mayor de 60 años se duplicará para el año 2050, un récord de 21 por ciento de la población mundial. Hoy constituye una preocupación mundial de los estados miembros de este organismo la situación de las personas mayores, su condición social y económica, su participación en el desarrollo y su relación con los derechos humanos.

Actualmente existe la tendencia a visibilizar la realidad de este sector social a la luz de cambiar la concepción del rol del adulto mayor en la sociedad. Considerar a estos actores sociales como miembros activos de la sociedad y no sólo como receptores de caridad y asistencia social da un giro para su atención desde el ámbito estatal, familiar y social.

Este grupo social constituye uno de los sectores más vulnerables de la sociedad y por lo tanto sufre marginación y exclusión a todo nivel. Los derechos humanos consignados en las diferentes constituciones de los diferentes países, incluido el Ecuador no son conocidos por este grupo social ni por sus familiares.

La situación del adulto mayor en el Ecuador se enmarca en la realidad de los países de América Latina, algunos datos sistematizados por el INEC del Censo del 2010 señalan que en el Ecuador hay 1'3169.189 adultos mayores (personas de más de 60 años) que constituyen el 9,09% de la población ecuatoriana. De ellos 596 429 (45,35%) residen en la sierra, mientras que 589 431 (44,78%) viven en la costa. El 53,14% son mujeres. La mayor parte de adultos mayores el 30,45% se encuentra en el rango de edad de 60 a 65 años.

Según los datos del boletín digital Palabra Mayor (2011), “Adultos mayores en el Ecuador”, señalan que el 11% de los adultos mayores viven solos, esta proporción aumenta en la costa ecuatoriana (12,4%); mientras que el 49% de los adultos mayores viven acompañados por un hijo, un 16% por su nieto y un 15% por su cónyuge o compañero.

A pesar de que, un 81% de los adultos mayores dicen estar satisfechos con su vida, el 28% menciona sentirse desamparado, 38% siente a veces que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder.

La satisfacción en la vida en el adulto mayor ecuatoriano aumenta considerablemente cuando vive acompañado de alguien (satisfechos con la vida que viven solos: 73%, satisfechos con la vida que viven acompañados: 83%).

El 69% de los adultos mayores han requerido atención médica los últimos 4 meses, mayoritariamente utilizan hospitales, subcentros de salud y consultorios particulares. El 28% de los casos son ellos mismos los que se pagan los gastos de la consulta médica, mientras que en un 21% los paga el hijo o hija. Las enfermedades más comunes en el área urbana son: osteoporosis (19%), diabetes (13%), problemas del corazón (13%) y enfermedades pulmonares (8%).

El 42% de los adultos mayores no trabaja y mayoritariamente su nivel de educación es el nivel primario. A pesar de que desean trabajar los hombres mencionan que dejaron de hacerlo por problemas de salud (50%), jubilación por edad (23%), y porque su familia no quiere que trabaje (8%). En el caso de las mujeres dejan de trabajar debido a problemas de salud (50%), su familia no quiere que trabaje (20%) y jubilación por edad (8%).

Esta realidad tomada en cuenta desde el Estado y gobiernos locales se han concretado en políticas de implementación de programas de atención al adulto mayor.

Este estudio pretende hacer un análisis del aporte del programa “Sesenta y piquito” implementado por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito en el mejoramiento de la calidad de vida del adulto mayor en uno de los barrios del Sur de Quito.

1.2 OBJETIVOS

- **General:**

Analizar si el Programa Sesenta y Piquito ha contribuido a mejorar la calidad de vida del adulto mayor del barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito

- **Objetivos Específicos:**

- Identificar los niveles de acogida del Programa de Programa Sesenta y Piquito en los adultos mayores del barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito.
- Determinar las motivaciones del adulto mayor para su integración en el Programa Sesenta y Piquito del Distrito Metropolitano de Quito.
- Determinar los factores biopsicosociales en los que ha influido el Programa Sesenta y Piquito en la mejora de la calidad de vida del adulto mayor del barrio Pérez Pallares ubicado en la Administración Zonal Eloy Alfaro del Sur de Quito.
- Elaborar una propuesta para la difusión y mejora del programa en el barrio de estudio.

CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

2.1 DESARROLLO

“Desarrollo es un término de azarosa biografía en América Latina(...). Desde la Segunda Guerra Mundial ha cambiado muchas veces de identidad y de apellido, tironeado entre un consistente reduccionismo economicista y reclamos de todas las otras dimensiones de la existencia social. Es decir, entre muy diferentes intereses de poder. Ha sido acogido con muy desigual fortuna de un tiempo a otro de nuestra cambiante historia. Al comienzo, sin duda, fue una de las más movilizadoras propuestas... Sus promesas arrastraron a todos los sectores de la sociedad y de algún modo encendieron uno de los más densos y ricos debates de toda nuestra historia, pero fueron eclipsándose en un horizonte cada vez más esquivo y desencanto. Ayer no más, parecía no sólo desprestigiado y en desuso, sino enterrado entre los escombros de esperanzas frustradas y de batallas perdidas y bajo un densa pila de textos... Hoy, no obstante, buscarlo entre las mallas de una nueva configuración de poder que se conoce con el nombre de globalización”.

Aníbal Quijano, El fantasma del desarrollo en América Latina, *Revista Venezolana de Economía y Ciencias Sociales*, 2000. Vol 6 N°2 (mayo-agosto), pp, 73-90.

El debate actual sobre el tema, lleva a reconocer que no existe una única definición de desarrollo. Su concepción es una construcción histórica y social permanente que además plantea objetivos y situaciones deseables, ideales a las que se desea llegar. Lo anterior indica que al hablar de desarrollo es indispensable actualizar, contextualizar y explicitar a qué nos referimos con esta noción.

La noción de desarrollo en su inicio y apogeo estuvo asociada a la idea de “progreso” entendido como “evolución”, esta visión, naturalizó las

desigualdades sociales y obvió u ocultó las causas de la desigual distribución de las riquezas y los recursos.

El desarrollismo, en tanto corriente política e ideológica, enfatiza el crecimiento económico cuantitativo sobre la base del aumento de las inversiones, considerando que de ello deriva el logro de otros objetivos de progreso económico, político, cultural y social.

Desde esta corriente –el desarrollismo- y en términos más de índole sociológica, se interpreta que la evolución de los países hacia el “desarrollo” debe realizarse en una transición de la sociedad tradicional a la Modernidad, enfatizando la importancia de generar procesos de industrialización y urbanización propios de las sociedades avanzadas. Así, bajo la perspectiva de la modernización de los años cincuenta, las sociedades occidentales eran pensadas como el modelo hacia el cual irreversiblemente llegarían todas las sociedades del mundo. Las sociedades tradicionales eran vistas entonces, como etapas anteriores por las que la humanidad debía transitar hasta alcanzar el "desarrollo" a través de la industrialización y urbanización.

Por su parte, las políticas de desarrollo tal como fueron aplicadas en nuestro continente a partir de la Segunda Guerra Mundial hasta la década de los setenta fueron acompañadas críticamente por la Teoría de la Dependencia surgida justamente en América Latina en los años cincuenta y sesenta. La misma que partió de la tesis de una polarización entre el primer y tercer mundo, en la cual el primero había solucionado sus problemas económicos y sociales y el tercer mundo encaraba la tarea de conseguir transformarse en algo que el primer mundo ya había alcanzado.

De este modo, las críticas al desarrollismo en los países latinoamericanos señalan que dicha corriente, tiende a negar o encubrir el problema de la dependencia, soslayando las cuestiones que tienen que ver con

la distribución del ingreso, la soberanía política, los problemas ecológicos y postula un modelo de sociedad inalcanzable (e indeseable), propio de los países más “desarrollados”.

Por tanto, poner el acento en la dependencia es preocuparse esencialmente por las características que adquieren las relaciones económicas tecnológicas y políticas entre los países desarrollados y los subdesarrollados.

No es posible, admitir que el subdesarrollo sea un “momento” en la evolución continua (enfoque del desarrollo como crecimiento) o discontinua (enfoque del desarrollo como sucesión de etapas) de una sociedad. Por el contrario, desde una perspectiva que se apoye en las nociones de proceso, de estructura y de sistema, se postula que el subdesarrollo por tanto, es parte del proceso histórico global del desarrollo y que por lo tanto desarrollo y subdesarrollo son dos caras de un mismo proceso histórico y que ambos son históricamente simultáneos, vinculados funcionalmente.

El desarrollo y el subdesarrollo pueden comprenderse entonces como estructuras parciales pero interdependientes que conforman un sistema único. La característica principal que distingue a ambas estructuras es que, en virtud de su capacidad endógena de crecimiento, la desarrollada es la dominante; mientras que la subdesarrollada es dependiente. Este esquema analítico es aplicable entre países, como también dentro de un mismo país.

Desde mediados de los ochenta y en la década de los noventa, comienzan a cobrar fuerza las ideas acerca de que los cambios que operan en la vida de las sociedades no son mono causales, ni unilineales, que el crecimiento económico no necesariamente implica desarrollo. Aparecen entonces en el debate sobre el tema, los planteamientos del desarrollo humano y de desarrollo a escala humana.

2.2 DESARROLLO HUMANO

El desarrollo humano en esta perspectiva es el proceso por el que una sociedad mejora las condiciones de vida de sus ciudadanos y ciudadanas a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos.

El concepto de desarrollo humano se ha ido alejando progresivamente de la esfera de la economía para incorporar otros aspectos igualmente relevantes para la vida, como la cultura, la capacidad de participar efectivamente en la construcción de una sociedad más justa y próspera tanto a nivel material como espiritual, es decir se establece una relación de sujeto – sujeto.

Según el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el desarrollo humano integra aspectos del desarrollo relativos al desarrollo social, el desarrollo económico (incluyendo el desarrollo local y rural) así como el desarrollo sostenible.

Hoy el desarrollo humano se considera como una forma de medir la calidad de vida del ser humano en el medio en que se desenvuelve, y una variable fundamental para la calificación del desarrollo de un país o región.

- **Derechos humanos**

El enfoque de Derechos Humanos parte de comprender al desarrollo como derecho humano y plantea la necesidad de garantizar un entorno donde se proteja al ser humano de las principales privaciones y a la vez se garanticen las libertades básicas. En esta visión los derechos se ejercen, se respetan, se protegen, se garantizan, se cumplen.

Los derechos son universales y están ligados a deberes. Hay personas y grupos que son titulares de derechos y personas que son portadoras de obligaciones (el Estado). Esta concepción fortalece las capacidades del individuo para la reivindicación y el ejercicio de los derechos, el empoderamiento, y de otro lado, fortalece las capacidades del Estado para cumplir con sus obligaciones. El enfoque de Derechos parte de la universalidad, la igualdad y la no discriminación, de donde se desprenden las acciones preferenciales hacia los grupos vulnerables o excluidos de la sociedad. De la interdependencia, la integralidad de todos los derechos. De la participación activa de los titulares de derechos y de la rendición de cuentas de los portadores de obligaciones.

Sin embargo, hay que señalar que en una sociedad las personas también son sujetos de responsabilidades frente a su propia vida y a la de la sociedad.

- **Desarrollo a escala humana**

A finales de los años ochenta Manfred Max Neef plantea un nuevo enfoque del desarrollo que lo denomina Desarrollo a Escala Humana, esta concepción parte de la idea de que el desarrollo debe tener como centro al ser humano y no a los mercados o a la producción. Por consiguiente, lo que se debe medir no es el PBI sino el nivel de vida de las personas, a través de indicadores relativos a la satisfacción de las necesidades humanas. Tales planteamientos enfatizan en la calidad de vida como un proceso de ampliación de oportunidades y expansión de capacidades humanas, orientado a satisfacer necesidades de diversa índole, como subsistencia, afecto, entendimiento, participación, libertad, identidad, creación, etc.

La calidad de vida está dada por poder contar con una vida larga y saludable, adquirir conocimientos y acceder a los recursos necesarios para

tener un nivel de vida decente (PNUD, 1997, p 20). El énfasis radica en lo que las personas pueden "hacer y ser" más que en lo que pueden "tener".

Desde esta perspectiva, se parte de las potencialidades de la gente, de su forma de pensar, de sus necesidades, sus valores culturales y sus formas de organización; es decir, el ser humano no es objeto sino sujeto de su propio desarrollo, capaz de construir y transformar a la sociedad en sus diversas dimensiones (política, socio-económica, ambiental, cultural).

Este enfoque sustenta también la necesidad de generación de niveles crecientes de auto dependencia y de articulación orgánica de los seres humanos con la naturaleza y la tecnología, de los procesos globales con los comportamientos locales, de lo personal con lo social, de la planificación con la autonomía y de la Sociedad Civil con el Estado como lo señalan los autores:

"Necesidades humanas, autodependencia y articulaciones orgánicas, son los pilares fundamentales que sustentan el Desarrollo a Escala Humana. Pero para servir a su propósito sustentador deben, a su vez, apoyarse sobre una base sólida. Esa base se construye a partir del protagonismo real de las personas como consecuencia de privilegiar tanto la diversidad como la autonomía de espacios en que el protagonismo sea realmente posible. Lograr la transformación de la persona-objeto, en persona-sujeto del desarrollo es, entre otras cosas, un problema de escala; porque no hay protagonismo posible en sistemas organizados jerárquicamente de arriba abajo" (Max-Neef, 1986, p 14 y 15).

Para Max Neef la auto dependencia y las articulaciones orgánicas, son los pilares fundamentales del Desarrollo a Escala Humana. Esta base se construye a partir del protagonismo real de las personas, en espacios en los que se respeta tanto la diversidad como la autonomía, entonces el protagonismo es realmente posible.

El autor propone que la concepción de Desarrollo a Escala Humana, implica generar una nueva mirada a la comprensión de la realidad lo que implica:

- Cambiar de visión del mundo predominante.
- Un estudio transdisciplinario de los problemas por su complejidad ya que las soluciones requieren un trabajo más allá del ámbito de disciplinas estrictas.
- Considerar a las personas como sujetos y no como objetos.

Entre los postulados básicos del desarrollo a escala humana se destacan aquellos que plantean que el desarrollo tiene que ver con las personas y, no solo con los objetos, y por lo tanto el propósito esencial de todo estilo de desarrollo será procurar la adecuada satisfacción de la mayor parte de las necesidades humanas fundamentales de esas personas.

Por lo tanto, se amplía el concepto de desarrollo a una visión de desarrollo integral, en la cual el indicador principal es la calidad de vida de las personas. La que estaría determinada por la posibilidad de que las personas satisfagan sus necesidades humanas fundamentales. Estas necesidades conforman un sistema, es decir, están interrelacionadas e interactúan. Esta propuesta propone un sistema de nueve necesidades humanas fundamentales, que son las que están presentes en todas las culturas y periodos históricos. Se descarta así la idea que las necesidades conforman una jerarquía rígida y que son infinitas y progresivas.

De acuerdo a lo que propone M. Max-Neef, este sistema de necesidades puede ser desagregado en nueve necesidades que, tal como ya hemos indicado, son las comunes a toda la especie humana, a todas las culturas, épocas y grupos: necesidad de permanencia o subsistencia, de protección, de afecto o amor, de entendimiento, de participación, de ocio, de creación, de

identidad y de libertad. En este paradigma de desarrollo alternativo se considera que cada necesidad no satisfecha es una pobreza, mientras que las satisfechas constituyen riquezas.

En la propuesta de desarrollo a escala humana se establece, como postulado, que las necesidades fundamentales son finitas, pocas y clasificables. De acuerdo a lo expuesto anteriormente podemos apreciar las necesidades que se identifican como fundamentales son nueve, en un sistema de clasificación axiológico, y cuatro en uno existencial, es decir no serían más de trece.

Por otra parte, es posible clasificarlas de acuerdo a diferentes criterios, se propone las siguientes: en primer lugar, si aceptamos como criterio el tipo de medios con que pueden ser satisfechas tendríamos dos categorías: las necesidades del ser y las necesidades del poseer. Estas últimas se refieren a necesidades posibles de satisfacer primordialmente con bienes materiales o lo que sería lo mismo con productos. En cambio, la primera categoría (las del ser) incluye aquellas necesidades que no pueden ser satisfechas directamente con bienes materiales, y apuntan a la autorrealización, crecimiento personal y social de las personas. En cambio, si adoptamos un criterio axiológico, es decir si las consideramos como potencialidades humanas podríamos incluir en dicha categorización a las nueve necesidades que ya hemos señalado (permanencia o subsistencia, protección, afecto o amor, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad). Si las categorías son existenciales las necesidades se agruparían en cuatro categorías: ser, tener, hacer o estar.

Las concepciones convencionales de desarrollo hablan normalmente de necesidades básicas, ignorando las diferencias fundamentales entre necesidades y satisfactores. En este sentido las necesidades humanas fundamentales, que como se ha dicho son permanentes en todas las épocas y sociedades, son satisfechas a través de distintas formas o medios. Cada sistema económico, social o político adopta estilos diferentes para la

satisfacción de las mismas, a través de la generación (o no generación) de diferentes satisfactores.

Cada necesidad puede ser satisfecha a niveles diferentes y variables. Más aún, cada necesidad puede satisfacerse intra, inter o extrahumanamente, es decir: en relación con uno mismo, en las interacciones con los demás o interactuando con el medio ambiente.

En síntesis, en este paradigma de desarrollo, la posibilidad o capacidad que tengan las personas para satisfacer el sistema de necesidades humanas fundamentales es lo que determina su calidad de vida. La calidad de vida es concebida, entonces, como la resultante de un proceso integral de satisfacción del sistema de necesidades humanas fundamentales, en las que se conjugan las diferentes categorías de necesidades.

Cuadro N°1
Matriz de necesidades y satisfactores

Necesidades según categorías existenciales Necesidades según categorías axiológicas	SER	TENER	HACER	ESTAR
SUBSISTENCIA	1/ Salud física y mental, equilibrio, solidaridad, humor, adaptabilidad	2/ Alimentación, abrigo, trabajo.	3/ Alimentar, procrear, descansar, trabajar	4/ Entorno vital, entorno social
PROTECCION	5/ Cuidado, adaptabilidad, autonomía, equilibrio, solidaridad.	6/ Sistemas de seguros, de salud, ahorro, seguridad social, legislaciones, derecho, familia, trabajo.	7/ Cooperar, prevenir, planificar, cuidar, curar, defender.	8/ Entorno vital, entorno social, morada.
AFECTO	9/ Autoestima, solidaridad, respeto, tolerancia, generosidad, receptividad, pasión, voluntad, sensualidad, humor.	10/ Amistades, parejas, familia, animales domésticos, plantas, jardines.	11/ Hacer el amor, acariciar, expresar emociones, compartir, cuidar, cultivar, apreciar.	12/ Privacidad, intimidad, hogar, espacios de encuentro.
ENTENDIMIENTO	13/ Conciencia crítica, receptividad, curiosidad, asombro, disciplina, intuición, racionalidad	14/ Literatura, maestros, método, políticas educacionales, políticas comunicacionales	15/ Investigar, estudiar, experimentar, educar, analizar, meditar, interpretar.	16/ Ambitos de interacción formativa: escuelas, universidades, academias, agrupaciones, comunidades, familias.
PARTICIPACION	17/ Adaptabilidad, receptividad, solidaridad, disposición, convicción, entrega, respeto, pasión, humor.	18/ Derechos, responsabilidades, obligaciones, atribuciones, trabajo.	19/ Afiliarse, cooperar, proponer, compartir, discrepar, acatar, dialogar, acordar, opinar.	20/ Ambitos de interacción participativa: partidos, asociaciones, iglesias, comunidades, vecindarios, familias.
OCIO	21/ Curiosidad, receptividad, imaginación, despreocupación, humor, tranquilidad, sensualidad.	22/ Juegos, espectáculos, fiestas, calma.	23/ Divagar, abstraerse, soñar, añorar, fantasear, evocar, relajarse, divertirse, jugar.	24/ Privacidad, intimidad, espacios de encuentro, tiempo libre, ambientes, paisajes.
CREACION	25/ Pasión, voluntad, intuición, imaginación, audacia, racionalidad, autonomía, inventiva, curiosidad.	26/ Habilidades, destrezas, método, trabajo.	27/ Trabajar, inventar, construir, idear, componer, diseñar, interpretar.	28/ Ambitos de producción y retroalimentación: talleres, ateneos, agrupaciones, audiencias, espacios de expresión, libertad temporal.
IDENTIDAD	29/ Pertenencia, coherencia, diferenciación, autoestima, asertividad.	30/ Símbolos, lenguaje, hábitos, costumbres, grupos de referencia, sexualidad, valores, normas, roles, memoria histórica, trabajo.	31/ Comprometerse, integrarse, confrontarse, definirse, conocerse, reconocerse, actualizarse, crecer.	32/ Socio-ritmos, entornos de la cotidianidad, ámbitos de pertenencia, etapas madurativas.
LIBERTAD	33/ Autoestima, voluntad, pasión, asertividad, apertura, determinación, audacia, rebeldía, tolerancia.	34/ Igualdad de derechos.	35/ Discrepar, optar, diferenciarse, arriesgar, conocerse, asumirse, desobedecer, meditar.	36/ Plástida espacio-temporal.

Fuente: Max Neef, 1986, p 58 - 59.

La matriz mostrada arriba según el autor es sólo un ejemplo, pues si atendemos a las características de los satisfactores, especialmente si analizamos el modo como satisfacen las necesidades o su efecto sobre ellas podemos encontrar una gama bastante amplia de ellos.

Según (Max-Neef, 1986: 43-47) los tipos de satisfactores serían los siguientes:

Violadores o destructores: Son elementos de efecto paradójal. Aplicados con el pretexto de satisfacer una determinada necesidad, no sólo aniquilan la posibilidad de su satisfacción en un plazo inmediato o mediano, sino que imposibilitan además la satisfacción adecuada de otras necesidades. Parecen estar vinculados, por lo menos preferencialmente, a la necesidad de protección.

Pseudo satisfactores: Son elementos que estimulan una falsa sensación de satisfacción de una necesidad determinada. Sin la agresividad de los violadores o destructores; pueden en ocasiones aniquilar, en un plazo mediano, la posibilidad de satisfacer la necesidad que originalmente apuntan. Su atributo especial es que generalmente son inducidos a través de propaganda, publicidad u otros medios de persuasión.

Satisfactores inhibidores: Aquellos que por el modo en que satisfacen (generalmente sobresatisfacen) una necesidad determinada, dificultan seriamente la posibilidad de satisfacer otras necesidades. Su atributo es que, salvo excepciones, se hallan ritualizados, en el sentido de que suelen emanar de hábitos arraigados.

Satisfactores singulares: Aquellos que apuntan a la satisfacción de una sola necesidad, siendo neutros respecto de la satisfacción de otras necesidades. Son característicos de los planes y programas de desarrollo, cooperación y asistencia. Su atributo principal es del ser institucionalizados.

Satisfactores sinérgicos: Aquellos que, por la forma en que satisfacen una necesidad determinada, estimulan y contribuyen a la satisfacción simultánea de otras necesidades. Su principal atributo es del ser contra

hegemónicos en el sentido de que revierten racionalidades dominantes tales como las de competencia y coacción.

- **Desarrollo humano sostenible**

Como se mencionó antes la evolución histórica del pensamiento sobre el desarrollo, se ha dado en el marco de luchas sociales, a lo largo de las últimas ocho décadas de la centuria pasada, el concepto de desarrollo se ha expandido enriquecido y precisado, a medida que las políticas de desarrollo no han dado respuesta alguna a la sustentabilidad, por el contrario, el mundo cada vez más está en peligro de extinción.

Los términos desarrollo sostenible, sustentable o perdurable se acuñaron en el documento conocido como Informe Brundtland (1987), fruto de los trabajos de la Comisión de Medio Ambiente y Desarrollo de Naciones Unidas.

El Principio N° 3 de la Declaración de Río (1992), define al desarrollo sostenible como: "Aquel desarrollo que satisface las necesidades de las generaciones presentes sin comprometer las posibilidades de las del futuro, para atender sus propias necesidades". Sin embargo, esta definición ha quedado como una aspiración y no sirve de base teórica para llegar a una expresión práctica. De allí la necesidad de que la siguiente definición deba ofrecer no solo la amplitud sino también la precisión necesaria para ponerla en práctica: *Desarrollo Sostenible es un proceso socio-ecológico caracterizado por un comportamiento en busca de ideales.* (González, 2006)

Por tanto, el concepto de desarrollo sostenible, si bien procede de la preocupación por el medio ambiente, no responde a temas fundamentalmente ambientalistas, sino que trata de superar la visión del medio ambiente como un aspecto aparte de la actividad humana que hay que preservar. El medio ambiente está implicado con la actividad humana y la mejor manera de

protegerlo es tenerlo en cuenta en todas las decisiones que se adopten. El desarrollo sostenible es multidimensional, posee dimensiones en lo ambiental, lo económico, lo social, lo cultural, etc. El aspecto social no se introduce como una concesión o por mera justicia humana, sino por la evidencia de que el deterioro ambiental está tan asociado con los estilos de vida derrochadores de los países desarrollados y las élites de los países subdesarrollados, así como, con la pobreza y la lucha por la supervivencia de humanidad marginada.(Sen, 2005).

El director del PNUD en febrero de 1994 define al desarrollo humano sostenible como: “El desarrollo humano sostenible es un desarrollo que no sólo genera crecimiento, sino que distribuye sus beneficios equitativamente; regenera el medio ambiente en vez de destruirlo; potencia a las personas en vez de marginarlas; amplía las opciones y oportunidades de las personas y les permite su participación en las decisiones que afectan sus vidas. El desarrollo humano sostenible es un desarrollo que está a favor de los pobres, a favor de la naturaleza, a favor del empleo y a favor de la mujer. Enfatiza el crecimiento, pero un crecimiento con empleos, un crecimiento con protección del medio ambiente, un crecimiento que potencia a la persona, un crecimiento con equidad”. (PNUD, 1994,pg7)

Este concepto es incluido en la Carta de Naciones Unidas y reforzado por numerosos acuerdos internacionales. Incluye los acuerdos asumidos en la Cumbre de la Tierra en 1992 y en la Conferencia de El Cairo sobre Población y Desarrollo de 1994.

La filosofía de este concepto plantea que la cooperación para el desarrollo sólo podrá tener éxito si se prioriza el contenido de lo nacional, incluyendo la condición del país y sus habitantes. Tal aseveración sugiere la idea de la existencia de un respeto hacia la soberanía nacional.

Este concepto imprime una lógica que coloca al hombre como sujeto de sus propias transformaciones, implicando con ello, una alternativa que se opone y critica al carácter hegemónico y neoliberal del desarrollo y a su patrón anterior.

Según el PNUD el concepto no implica o sugiere condiciones, involucra un enfoque revitalizado de la cooperación para el desarrollo, es una meta global aplicable a todos los países, Norte y Sur.

“Las formas de producción y los hábitos de consumo deben procurar la conservación y recuperación del ambiente, buscando la armonía entre el ser humano y la naturaleza. Se plantea, además, que el desarrollo sustentable es inviable sin el respeto a la diversidad histórica y cultural como base para forjar la necesaria unidad de los pueblos. Y conlleva, como elemento fundamental, la igualdad de derechos y oportunidades entre las mujeres y los hombres”.
(Goldar, 2011, p 12)

- **La familia como contexto de desarrollo humano**

Aunque en la actualidad existe una amplia diversidad de organización familiar, podemos definir la familia como la unión y convivencia de unas personas que comparten un proyecto de vida en común, entre las que existe un importante compromiso personal y entre las que se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia. Así entendida, la familia constituye el principal contexto del desarrollo humano, es decir, es el ámbito en el que tienen lugar los principales procesos de socialización y desarrollo de niñas y niños, de chicas y chicos y de los adultos y adultas.

En este sentido, es conocida la influencia e importancia que tiene lo que ocurre dentro de la familia de cara a comprender el desarrollo de las niñas y niños. No obstante, la familia no es solo un escenario de desarrollo para los más jóvenes, sino también para los adultos que en ella conviven. La familia

constituye un contexto esencial tanto para la construcción del desarrollo individual de todos y cada uno de sus miembros, como para servir de punto de encuentro inter generacional, donde mediante las interacciones que se establecen entre los progenitores y sus hijas e hijos, los adultos ponen en marcha un proyecto vital de educación y socialización de los miembros más jóvenes del sistema.

Así, desde una perspectiva ecológico-sistémica, podemos entender la familia como un conjunto de relaciones interpersonales que están sometidas a distintas fuentes de influencia y que experimentan diversas situaciones de cambio. Varias consideraciones deben hacerse a partir de esta definición:

- La familia funciona como un sistema dinámico, en cuanto se produce algún cambio en alguno de sus miembros o en las relaciones que existen entre dichos miembros, cambia el sistema familiar en su conjunto. Así, por ejemplo, los procesos de desarrollo que experimentan las hijas e hijos al pasar de la infancia a la adolescencia, siempre provocan cambios y exigen reajustes en la dinámica familiar.
- El sistema familiar está compuesto por una serie de subsistemas relacionales que tienen un funcionamiento interdependiente. Las incidencias que puedan tener lugar en cada uno de estos subsistemas tienen repercusiones sobre el resto de subsistemas.

La importancia de la familia para el adulto mayor

Según Lourdes Carrillo el contexto social que rodea hoy al anciano es la familia, la cual juega un papel determinante para su participación como apoyo o aislamiento en su rol. En la familia se aprende a socializar y construir individuos que aporten a la sociedad. La familia crea el bagaje con el que se

cuenta durante todo el desarrollo. En el caso de la población anciana que vive dentro de una familia, esta es su principal fuente de apoyo psico-social desde un contexto social y familiar.

Independientemente de la voluntad del ser humano, él nace en el seno de una familia, vive en una interacción dinámica en su entorno natural, social y legal pero por todo ello cuando sufre una enfermedad temporal, crónica o terminal, tiene el derecho a esperar de la sociedad el soporte necesario para mitigar su padecimiento físico mediante cuidados paliativos si fuese su caso que lo conlleven a un agradable fin de su existencia.

Los adultos mayores son susceptibles de sufrir enfermedades que trascienden a la vida del núcleo familiar. El grado de dependencias físicas, mentales o ambas serán determinantes en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones, a veces de manera permanente que deben confrontar las personas que rodean al anciano.

El adulto mayor tiene derecho a ser tratado de una forma integral en los efectos de la enfermedad terminal y la familia juega un papel importante brindándole atención en todas las esferas de su vida, física, emocional, social y espiritual.

La familia reacciona de diferente manera, algunas, asumen esta responsabilidad de estas circunstancias por los lazos de afecto y reciprocidad, la familia se fortalece, se integra más, se organiza y crea espacios de solidaridad para responder a la enfermedad de su familiar.

En cambio hay familias que se encierran en sí mismos y quedan atrapados en el exceso de responsabilidad de la enfermedad del cuidado del paciente y familias que se distancian a causa de la presión de la misma.

Por esta razón no se puede dejar pasar por alto los cambios en la estructura y relaciones familiares que implica la integración del adulto mayor en el seno familiar.

Es importante identificar el rol que se desempeña el adulto mayor dentro de una familia. En la actualidad los hijos duran más tiempo en la casa, los abuelos en este caso tienen mayor posibilidad de ver más tiempo a sus nietos jugando el rol de cuidadores de ellos. Entonces los roles en la familia han variado ya no solo el padre es el proveedor y la madre cuida a los hijos, actualmente los roles son dinámicos y flexibles, en donde ello sería benéfico para el adulto mayor con alguna enfermedad.

Podemos concluir que la familia juega un papel determinante en el cuidado del adulto mayor y más aún cuando él padece alguna enfermedad. Las crisis son difíciles, pero hablar de crisis en la ancianidad es mucho más difícil, sin embargo la familia tendrá que aprender a adaptarse con estos cambios, ya que el seno familiar es el mejor lugar para cuidar al anciano.

La participación de cada uno de sus miembros y los roles que tengan dentro de la familia es fundamental para no dejar el cuidado a un solo miembro, sino crear una red de apoyo solidario.

CAPÍTULO III INCLUSIÓN SOCIAL Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

3.1 INCLUSIÓN SOCIAL

La inclusión social es un proceso que asegura a todas las personas las oportunidades y los recursos necesarios para participar plenamente en las diversas dimensiones de la vida: económico, social y político con el fin de alcanzar un mejoramiento en las condiciones de vida.

La inclusión está relacionada con la integración, la cohesión, la justicia social. Es la posibilidad de participación igualitaria de todos sus miembros en todas las dimensiones sociales: económica, legal, política, cultural, ambiental.

Una sociedad inclusiva, por tanto, dispondrá y habilitará mecanismos para asegurar la garantía de los Derechos Humanos, la dignidad y la ciudadanía activa de todas las personas que la componen.

LA INCLUSIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR COMO POLÍTICA PÚBLICA EN EL ECUADOR

Según el Informe de País, “Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores” MIES-2012 desde el año 2007, el Ecuador ha logrado un avance importante en la promulgación y revisión de leyes y normas que reconocen los derechos de los adultos mayores.

Este progreso está plasmado en la Constitución Política del Ecuador expedida en el año 2008, y el Plan Nacional del Buen Vivir 2009 – 2013. Esta normativa jurídica se enmarca en el cumplimiento de los compromisos de la

Declaración de Brasilia del 2005, en los cuales promueven la erradicación de la discriminación en la vejez. En la actualidad en el Ecuador se ejecutan programas de erradicación de la discriminación a los adultos mayores, se brinda acceso a servicios de salud y jubilación.

Según la fuente citada anteriormente el grupo poblacional de adultos mayores en el Ecuador, está en una etapa de crecimiento progresivo, producto de los cambios de comportamiento en las tasas de natalidad, mortalidad e incremento en la esperanza de vida, característicos de la fase de transición demográfica.

En términos absolutos, de acuerdo al Censo del 2010 las personas adultas mayores en el Ecuador llegarían a 1'316.189 aproximadamente, de un total de 14'483 499 habitantes, lo cual corresponde al 9,09%. De manera general se puede mencionar que el 70% de la población adulta mayor se encuentra entre los 65 y 85 años, y la división por sexo es del 48% del sexo masculino y el 52% de sexo femenino. Se ubican mayoritariamente en la costa y sierra del Ecuador, su estado civil es casado con un 44,48%, seguido de viudo con un 26,89%.

Con respecto a su nivel socio económico, la encuesta SABE indica que alrededor del 30% carece de ingresos y su sobrevivencia depende de la familia, la incorporación en condiciones precarias al mercado laboral, el acceso a albergues públicos y privados o, viven en la mendicidad; cerca del 38% realiza alguna actividad económica; el 27% son analfabetos; proporción que se incrementa en las mujeres.

a. Aspecto Legislativo

Dentro del aspecto legislativo en Ecuador se encuentran leyes y normativas vigentes que garantizan progresivamente los derechos universales,

da espacio al protagonismo de grupos que tradicionalmente se mantuvieron excluidos de los cambios sociales y políticos del país, uno de ellos es el grupo de Adultos Mayores. Actualmente poseen mayor visibilidad y participación a nivel nacional y se reconocen sus derechos a nivel constitucional en los aspectos civiles, políticos, económicos y sociales.

A continuación se presenta una síntesis de las normativas jurídicas del país en donde se asientan los derechos de este sector social del Ecuador.

a.1 Constitución de la República del Ecuador

La Constitución de la República del Ecuador expedida en el año 2008, conforma el marco legal, conceptual y ético que trasluce una forma de convivencia ciudadana en una sociedad que respeta en todas sus dimensiones la dignidad de las personas y las colectividades. Esta Constitución a diferencia de la de 1998, reconoce a las personas adultas mayores, como un grupo de atención prioritaria; mientras que la de 1998, los colocaba dentro de los grupos vulnerables, concepto que ha sido cuestionado por considerar que podría tener efectos discriminatorios sobre los grupos de personas que son llamadas de esa manera; mientras que el reconocerlos como “grupo de atención prioritaria”, implica una responsabilidad adicional de cuidado a estas personas y la posibilidad de exigencia de sus derechos.

Las innovaciones fundamentales en el campo de los derechos, desde la perspectiva del Buen Vivir en la nueva Constitución, parten del reconocimiento del Estado como “constitucional de derechos y justicia” (Art. 1), frente a la noción de Estado social de derechos. Este cambio implica el establecimiento de garantías constitucionales que permiten aplicar directa e inmediatamente los derechos, sin necesidad de que exista legislación secundaria. La Constitución ecuatoriana amplía además las garantías, sin restringirlas a lo judicial. Existen tres tipos de garantías: normativas, políticas públicas y jurisdiccionales (Ávila,

2008: 3-4). De este modo, la política pública pasa a garantizar los derechos universales de los ciudadanos y ciudadanas del país.

La Constitución de la República del Ecuador vigente, aprobada en 2008, contiene un importante capítulo sobre los derechos de las “personas adultas mayores” (Capítulo Tercero Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria. Art.35); este hecho es de particular importancia toda vez que la Constitución es la norma máxima del país, cuya aplicación es obligatoria tanto en el ámbito público como en el privado. De igual manera se establecen importantes articulados sobre los derechos de las personas adultas mayores a la protección, seguridad social, salud, educación, acceso a la justicia, así como se manifiestan taxativamente las responsabilidades y obligaciones del Estado en el reconocimiento de estos derechos, particular que debemos destacar por tratarse de un logro para la población de adultos mayores.

a.2 Ley del Anciano

La Ley del Anciano expedida en el año 1991, tiene como objetivo primordial garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica, la atención geriátrica y gerontológica integral y los servicios sociales necesarios para una existencia útil y decorosa; actualmente tiene un proyecto de que se encuentra en revisión por la Asamblea.

a.3 Ley Orgánica de Seguridad Social

La ley de Seguridad Social, se reformó en el año 2010; incorpora el tema de las prestaciones de vejez, cuyo objeto es cubrir las necesidades básicas del asegurado y las personas a su cargo, cuando su competencia para el trabajo se encuentra disminuida por envejecimiento. En el Ecuador, este es un derecho garantizado tanto en la Constitución, como en la Ley de Seguridad Social.

Las prestaciones a cargo del Sistema de Seguridad Social en el caso de Ecuador son:

- a) La pensión por vejez e invalidez;
- b) El subsidio transitorio por incapacidad parcial;
- c) Las pensiones de montepío por viudez y orfandad;
- d) El subsidio para auxilio de funerales; y,
- e) La pensión asistencial por vejez o invalidez, financiada obligatoriamente por el Estado
- f) Atención de salud

Una de las prestaciones más importantes es la jubilación, que implica interrumpir una actividad profesional remunerada, desarrollada durante una gran parte de la vida y el correspondiente pago de una renta mensual vitalicia. El afiliado o afiliada que reúna los requisitos exigidos por la Ley de Seguridad Social tiene derecho a pensiones mensuales vitalicias, que se pagan a partir del primer día del mes siguiente al que el asegurado(a) cesó en el o los empleos.

a.4 Ley de Derechos y Amparo al paciente

Esta Ley fue publicada en el Suplemento 626 del Registro Oficial del 3 de febrero de 1995; y su última reforma se establece en el año 2006, sin embargo se la hace constar en el presente documento por ser una ley vigente en el país y se enmarca en el cumplimiento de los derechos de los pacientes en general, con énfasis en los adultos mayores. Establece el derecho de los pacientes a recibir una atención digna y oportuna en las unidades de salud, a no ser discriminados, a la confidencialidad, la información y a decidir si acepta o declina el tratamiento médico.

a.5 Ley de Régimen Tributario Interno

La Ley de Régimen Tributario, vigente desde noviembre del 2004, en general establece los impuestos que deben pagarse en el país, las exenciones y deducciones, los sujetos obligados al pago, los créditos tributarios, las sanciones a los evasores. En el caso de las personas adultas mayores y con discapacidad, señala las exenciones a las que son sujetos por su condición, lo que representa un beneficio directo a este grupo de población.

a.6 Código Civil

El derecho civil regula las relaciones privadas de los ciudadanos entre sí y está constituido por el conjunto de normas jurídicas que rigen los vínculos personales o patrimoniales entre personas privadas, ya sean físicas o jurídicas, tanto de carácter privado como público. Los artículos importantes en este código dictan la obligatoriedad de los hijos a cuidar de los padres en su ancianidad, en estado de demencia y en todas las circunstancias de la vida en que necesitaren sus auxilios.

a.7 Código Penal y Código de Procedimiento Penal

El Código Penal y de Procedimiento Penal ecuatorianos contienen disposiciones específicas en relación con las personas adultas mayores, especialmente en lo relacionado con la edad como circunstancia atenuante de la penas privativas de libertad, así como las penas sustitutivas para estas personas cuando han cometido delitos sancionados con pena que no exceda de cinco años y que el imputado no haya sido condenado con anterioridad por otro delito.

Adicional el código señala que no se impondrá pena de reclusión al mayor de sesenta años. El que en tal edad cometiere un delito reprimido con reclusión,

cumplirá el tiempo de la condena en un establecimiento destinado a prisión correccional.

a.8 Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial.

Esta ley fue elaborada por la Asamblea Nacional Constituyente en julio del 2008 y más tarde reformada en marzo del 2011 por Asamblea Nacional, buscando dar una respuesta a la gran cantidad de muertes producidas por accidentes de tránsito en el país; a tal efecto se agravaron las penas; un sistema de puntaje para las licencias de conducir, pudiendo llegar a perderla definitivamente. Crea la Comisión de Tránsito del Ecuador, institución de carácter nacional encargada del otorgamiento y renovación de licencias de conducir, establece las tarifas del transporte público, entre otras funciones. En el tema de adultos mayores, esta ley presenta los derechos de atención prioritaria a los adultos mayores, tanto en el sistema de tarifas como en la protección y seguridad al transitar por las vías.

a.9 Ley Orgánica de Elecciones

Esta ley fue publicada en el Registro Oficial No. 117, del martes 11 de julio del 2000. Determina el sistema electoral que rige en el país, el derecho al voto, la institucionalidad pública encargada del cumplimiento de este derecho; las candidaturas para los diferentes cargos de elección popular, sus requisitos; las elecciones, el escrutinio y adjudicación de puestos; la consulta popular y la revocatoria del mandato; las infracciones a esta ley y su juzgamiento. Para las personas adultas mayores, se establece el voto como facultativo.

b. Ámbito administrativo

Con respecto al Ámbito Administrativo, se han formulado Decretos Ejecutivos, Acuerdos Ministeriales y resoluciones institucionales a favor del adulto mayor, así tenemos:

b.1 Plan Nacional del Buen Vivir.

El Plan Nacional de Desarrollo denominado Plan Nacional para el Buen Vivir 2009 – 2013, es el instrumento del Gobierno Nacional para articular las políticas públicas con la gestión y la inversión pública, con enfoque de derechos. El Plan Nacional del Buen Vivir establece las políticas para el cambio radical del país y la construcción de un Estado Plurinacional según el Informe de País, “Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores”

Durante estos cinco años de implementación del Plan Nacional del Buen Vivir, se observan avances importantes en el cambio estatal hacia un Estado de derechos y existen ambientes favorables para la construcción de institucionalidad que ejecute y permita ejercerlos; esta situación evidencia claramente la voluntad política de construir una nueva forma de convivencia para alcanzar el buen vivir y a respetar la dignidad los ciudadanos ecuatorianos, entre ellos, los adultos mayores.

b.2 Acuerdo Ministerial No 00071 del 25 de agosto del 2009 MIES

Mediante Acuerdo Ministerial N°. 00071 el Ministerio de Inclusión Económica y Social incorporan a los adultos mayores que se encuentran bajo la línea de pobreza a la base de personas habilitadas al pago de la pensión de adultos mayores. De ahí en adelante se ha realizado progresivamente el

incremento de la línea de corte para avanzar en la universalización de esta política.

b.3 Ministerio de Salud Pública.

Acuerdo Ministerial No. 0000234 del 09 de mayo del 2007 en el que se establece: Art. 1 Aprobar y declarar al Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud de la Población Adulta Mayor, como prioridad en la Agenda Pública Nacional y en su Art. 2: Implementar el Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud de la Población Adulta, Adulta Mayor, como un esfuerzo coordinado de las instituciones públicas y privadas y de cooperación internacional, orientando los recursos técnicos y financieros nacionales internacionales al fortalecimiento de las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, que contribuyan en la atención integral y de la calidad a las personas adultas, adultas mayores, con énfasis en las zonas más críticas del país.

- “Política Integral de salud para las personas adultas Mayores” Acuerdo Ministerial N° 0000153, Registro Oficial N° 90- Año 2007 • “Programa nacional de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor “Acuerdo Ministerial N° 000000415, Registro Oficial 398- Año 2008 • “Guías Clínicas Geronto. Geriátricas de Atención Primaria de Salud, para el Adulto Mayor” Acuerdo Ministerial N° 0000498, Registro Oficial N° 456- Año 2008 • “Normas y Protocolos de Atención Integral de Salud de las y los Adultos Mayores” Acuerdo Ministerial N° 00000132, Registro Oficial N° 217, año 2010 • “Manual del Cuidador” año 2011 Informe de País, “Avance en el cumplimiento de los derechos de las personas adultas mayores”
- “Plan de Acción Interinstitucional para personas adultas mayores, Incluye Envejecimiento Activo y Saludable Ecuador 2011-2013

b.4 Resoluciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS

Según resolución del Consejo Directivo del IESS CD 262, el año 2009 se crea la Comisión Nacional de la Tercera Edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, que se encargará de la dirección, planificación y supervisión a nivel nacional de los programas de atención al adulto mayor, a fin de dar cumplimiento a los derechos fundamentales consagrados en la Constitución de la República del Ecuador y en la ley, referentes al derecho de las personas de la tercera edad o adultos mayores, a tener asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral en salud y en servicios, así como una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física, emocional y mental.

En el año 2011 mediante resolución del Consejo Directivo CD 393, se establece que La Comisión Nacional de la Tercera Edad tendrá los siguientes deberes y atribuciones:

- a. Preparar el Plan Nacional de Protección para adultos mayores y planificar las actividades que se realizarán en las Comisiones Provinciales y Cantonales de la Tercera Edad;
- b. Integrar las comisiones Provinciales y Cantonales de la Tercera Edad;
- c. Designar al funcionario (a) coordinador (a) de las acciones de las comisiones;
- d. Aprobar los planes anuales de la tercera edad, tanto provinciales como cantonales puestos a su consideración;
- e. Gestionar la asignación presupuestaria para la ejecución de los planes;
- f. Realizar las evaluaciones anuales de su gestión; y,
- g. Las demás acciones que sean pertinentes⁸

Los fondos que se requieren para la ejecución de los programas de la Tercera Edad, se tomarán de la partida presupuestaria No. 520103260, que

consta en el Seguro General de Salud Individual y Familiar, denominado programa de Servicio Social de la Tercera Edad.

En el año 2010 mediante resolución del Consejo Directivo del IESS CD 302, se resuelve expedir el Reglamento de Atención al Adulto Mayor en Programas de Formación Académica Especializada y Fomento del Turismo Nacional con la finalidad de brindar espacios de esparcimiento al adulto mayor, así como permitir que se mantenga en un constante proceso de aprendizaje.

b.5 Análisis del marco jurídico y administrativo

Al revisar el marco jurídico establecido en el Ecuador, se observa un avance significativo en reconocer a las personas adultas mayores como sujetos de derechos, este tema tiene particular importancia desde el enfoque de derechos humanos, por cuanto trasciende de mirar a las personas adultas mayores como un grupo vulnerable que requiere de caridad o asistencia social, para pasar a reconocerlos como titulares de derechos, con todas las atribuciones y garantías que ello implica.

Se puede apreciar que el marco jurídico ecuatoriano en relación a la PAM se ha fortalecido al contar con:

- Leyes directamente vinculadas con los derechos de la población adulta mayor (Constitución de la República del Ecuador, Ley del Anciano, Ley de Seguridad Social y el Código Civil y Código de la Niñez y Adolescencia). En estas leyes es importante evidenciar que también están declaradas las responsabilidades del Estado para hacer efectivo el derecho expresado en los documentos legales.

- Leyes que consideran grupos prioritarios o vulnerables entre ellos los adultos mayores (La Ley Orgánica de Salud, Ley de Derechos y Amparo al paciente,

Ley de prevención, protección y atención especial a las personas que padecen Diabetes)

- Leyes y/o normas que incluyen regulaciones específicas u operativas en relación a adultos mayores (Ley de régimen tributario interno, Ley Orgánica de Transporte Terrestre, Tránsito y Seguridad Vial).

En síntesis se observa que los principales temas reconocidos en el marco jurídico de los adultos mayores en nuestro país, son la no discriminación, acceso a la salud, seguridad social, en correspondencia con los derechos establecidos en instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966), Recomendación de la OIT (1980), Protocolo de San Salvador (1999), y Observación General No. 6 al Pacto DESC en 1995.

Otros temas que se mencionan también son derecho a la protección de todo tipo de violencia, y acceso a educación y trabajo remunerado en coherencia con los principios estipulados por las Naciones Unidas.

Por otro lado las leyes y normas promulgadas en el país a partir del 2007, cumplen con lo señalado en la Declaración de Brasilia, identificando total coherencia con sus principales recomendaciones, especialmente con la erradicación de la discriminación en la vejez, y el aumento de coberturas de los sistemas de seguridad social contributivos y no contributivos, como se puede observar en el siguiente cuadro:

CUADRO No 2
LEYES Y NORMAS PROMULGADAS EN EL PAIS RELACIONADAS CON LA POBLACION ADULTA
MAYOR PERIODO
2007-2011

LEY/NORMA	AÑO DE EXPEDICIÓN	CONTENIDO	AVANCES EN LA DECLARACION DE BRASILIA
Constitución de la República del Ecuador	2008	Se establecen claramente los derechos de las personas adultas mayores como grupo prioritario a nivel nacional, se enfatiza la no discriminación, el derecho a trabajo remunerado el derecho a la seguridad social, jubilación universal y derechos específicos.	<p>Acceso al trabajo decente en la vejez, aumento de cobertura de los sistemas de seguridad social (contributivos y no contributivos)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceso equitativo a servicios de salud. • Erradicación de discriminación y violencia en la vejez. • Reconocimiento del aporte de las personas de edad en la economía del ciudadano
Ley Orgánica de Transporte Terrestre	2008	Establece a la población adulta mayor como prioritaria de atención. Establece un sistema preferencial de tarifas.	<ul style="list-style-type: none"> • Erradicación de discriminación y violencia en la vejez
Ley de Seguridad Social	2010	Cobertura de sistemas de seguridad social contributivos.	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso al trabajo decente en la vejez, aumento de cobertura de los sistemas de seguridad social (contributivos y no contributivos) • Acceso equitativo a servicios de salud.
Ley Orgánica del Servicio Público	2010	Enfatiza la no discriminación del servidor público y su derecho a la jubilación según Ley de Seguridad Social.	<ul style="list-style-type: none"> • Erradicación de discriminación y violencia en la vejez. • Acceso al trabajo decente en la vejez, aumento de cobertura de los sistemas de seguridad social (contributivos y no contributivos)
Decretos Ejecutivos	2007, 2009	Reforma la jubilación no contributiva a un monto de USD 35,00 dólares	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de cobertura de los sistemas de seguridad social (contributivos y no contributivos)

		americanos.	
Acuerdo Ministerial 00071 del Ministerio de Inclusión Económica y Social	2009	Se incorporan a los adultos mayores al pago de jubilación no contributiva	• Aumento de cobertura de los sistemas de seguridad social (contributivos y no contributivos)
Resoluciones del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social	2009	Creación de la Comisión Nacional de la Tercera Edad.	Erradicación de discriminación y violencia en la vejez.
Plan Nacional del Buen Vivir	2009	Se plantea orientaciones éticas de: justicia social y económica, justicia democrática y participativa, justicia intergeneracional e interpersonal justicia transnacional y justicia como imparcialidad.	• Erradicación de discriminación y violencia en la vejez

Actualmente se cuenta con este marco legal para garantizar los derechos del adulto mayor, lo importante es lograr que se cumpla en los diferentes espacios.

3.2 CONCEPTUALIZACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR

EL ADULTO MAYOR

El concepto de adulto mayor es de uso relativamente reciente, ya que ha aparecido como alternativa a los clásicos persona de la tercera edad y anciano. En tanto, un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona. En esta fase de la vida el cuerpo y las facultades cognitivas de las

personas se van deteriorando. Generalmente se califica de adulto mayor a aquellas personas que superan los 70 años de edad.

Ahora bien, cabe destacarse, que sin lugar a dudas las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos lugares del planeta han sumado para que la tasa de mortalidad de esta población bajase y acompañando a esto se prolongase la cantidad de años, a 70, para clasificar a este grupo poblacional.

Es frecuente que hoy día nos encontremos con muchísimas personas de esta edad que presentan una vida sumamente activa en todo sentido: trabajan, practican deportes, viajan, estudian, entre otras actividades que normalmente desempeñan individuos más jóvenes.

- **Características del adulto mayor**

Dentro de la vida del ser humano nos encontramos con diversas formas y maneras de observar su desarrollo y evolución dentro de un contexto social, una de las más importantes y que repercuten de forma directa son las etapas del desarrollo de acuerdo a un aspecto tanto biológico como social y psicológico el cual compone al ser humano. Describiremos cada una de las etapas que enmarcan el desarrollo del individuo rescatando y planteando las principales características que tiene el adulto mayor dentro de este desarrollo.

Comenzaremos con la infancia, la cual está definida como una época clave de la vida, en la cual se configuran todos los resortes afectivos e intelectuales del individuo, de cuyo correcto desarrollo depende buena parte del éxito o fracaso posterior de cada individuo en su proyecto vital (ENCICLOPEDIA INTERNACIONAL DE CIENCIAS SOCIALES. 1968) esto lo entendemos como la base social y afectiva que debe de concebirse por el individuo para encontrar un pleno desarrollo armonioso en sus posteriores etapas del desarrollo.

Ahora bien encontramos a la adolescencia como la etapa de transición entre la niñez dependiente, hasta alcanzar las características físicas, mentales, emocionales y sociales del adulto independiente´ es aquí cuando el individuo se identifica con inquietud y rebeldía, ante las reglas establecidas en su afán de cambiar el mundo a su manera mientras su cuerpo se identifica y madura con su sexualidad.

Luego de ello hablaremos la madurez como nos dice César Coll en el aspecto físico el cuerpo humano alcanza su madurez entre los 25 y 30 años, etapa que se considera caracterizada por los mayores niveles de vitalidad y salud, esto es una etapa por la cual el individuo logra una armonía física y mental.

A continuación se presentan las características del adulto mayor en diferentes dimensiones de su vida.

Características generales del Adulto Mayor

- Permanecer físicamente saludable y ajustarse a las limitaciones.
- Mantener un ingreso adecuado y medios de sostenimiento.
- Ajustarse a nuevos roles de trabajo.
- Establecer condiciones adecuadas de vivienda y vida.
- Mantener la identidad y el estatus social.
- Encontrar compañía y amistad.
- Aprender a usar el tiempo libre de manera placentera.
- Establecer nuevos roles en la familia.
- Lograr la integridad mediante la aceptación de la propia vida.

A través de cada una de estas características podemos decir que el adulto mayor comienza a desarrollarse de forma aislada a un grupo social del cual depende de manera importante para no desarrollar patologías como por

ejemplo la depresión. La edad adulta ha de verse como una realidad no estática o inmóvil, sino en devenir, según César Coll ya que dentro de esta se producen cambios y también crisis, a menudo dependientes de acontecimientos externos o ajenos a la acción del sujeto. En la vida adulta en el curso de su desarrollo aparece con entera claridad que, bajo condiciones normales, las personas son relativamente dueñas de su propio destino, de sus circunstancias, aunque también están determinadas por estas.

El proceso hacia la tercera edad.

Con la transición de la edad adulta a la tercera edad se ciernen sobre la persona algunas amenazas y no solo circunstancias nuevas de variada naturaleza; algunas de carácter biológico, otras de temas sociales típicas de la edad de la persona. En la tercera edad suelen acumularse los achaques, dolencias y enfermedades, pero envejecimiento, de suyo, no equivale a enfermedad ni a incapacidad esto lo podemos retomar como la etapa en la cual la persona está más susceptible a los cambios físicos de su cuerpo, el cansancio y la manera de interactuar con su medio, se podría decir que existe un retroceso hacia la infancia, quedan a expensas de su entorno y sus relaciones con los demás.

El envejecimiento entonces se ve como resultado de cambios ligados al tiempo, esencialmente irreversible, es un deterioro de un organismo maduro. Con el envejecimiento, no se dan tan solo deterioros, sino también conjuntamente, se mantienen e incluso se despliegan ciertas funciones vitales y psicológicas.

Envejecer no constituye un proceso simple y unitario sino una variedad amplia de procesos que tienen una relación entre estos mismos, produciéndose en diferentes niveles los cuales son el biológico, psicológico, social del individuo ya que todo ello puede verse ejemplificado en los padecimientos. Las

diferencias principales respecto a la edad adulta seguramente residen en los estados de ánimo prevaletentes: a menudo, una profunda melancolía, pero no por fuerza amargura o desesperanza, por el contrario aparecen cambios en estilos de afrontamiento, estilos de defensa, actitudes y valores, autoestima y auto concepto, motivación de logro, aspiraciones y variables afectivas, como ansiedad y depresión (Lanchman, 1989).

Cambios emocionales en la vejez.

Los cambios de comportamiento de los ancianos deben aceptarse como inevitables; pero es difícil determinar en qué medida son consecuencia de deterioro neurológico y mental, porque y también obedecen al cambio de situación social, psicológica y fisiológica. La pérdida de facultades físicas que quizá obligue a aceptar el cuidado de otros; el fin de la vida laboral, el aislamiento, la pérdida de contacto social que da el trabajo y la viudez y la muerte de los amigos minan la autoestima de los ancianos y provocan depresión. Hay ancianos que mantienen vivo el interés por muchas cosas y que disponen de más dinero que en ninguna otra época de su vida; pero, en muchos casos, lo normal es la falta, de dinero, la soledad, la incapacidad física y la falta de estímulos mentales.

La rapidez con la que cambia la sociedad moderna la desorientación del anciano y la, forma de vida actual no contribuyen a mejorar su situación; el resultado es apatía, pérdida de interés, resentimiento y estancamiento mental, que con frecuencia se explican atribuyéndolos a senilidad inevitable. En el lado positivo, a la jubilación temprana, la mejor atención médica, el aumento de las pensiones y la mejora de las viviendas puede hacer de la vejez una época de oportunidades y experiencias nuevas.

Perdidas físicas sufridas por el Adulto Mayor.

Las pérdidas están relacionadas con el proceso fisiológico del envejecimiento, es decir debemos hacer conciencia de ellas durante los cambios que sufre el adulto mayor sano o enfermo.

Entre las pérdidas físicas están:

- La pérdida o disminución en la capacidad del funcionamiento en general.
- La pérdida o disminución en la movilidad.
- La pérdida o disminución en el estado de salud.
- La pérdida o disminución en la capacidad sexual.

Entre las pérdidas sociales están:

Pérdida del trabajo por la jubilación por ello hay:

- Pérdida de status.
- Pérdida de amigos.
- Pérdida de ingresos económicos.
- Pérdida de roles (amigos, compañeros, rol laboral, etc.)
- Pérdida del cónyuge por muerte.
- Pérdida de posesiones.

Los problemas que acarrear dichas pérdidas son: soledad, aislamiento, depresión, limitaciones de tipo económico lo cual genera frustraciones y sensación de malestar.

Entre las pérdidas psicológicas están:

Estas pérdidas son consecuencia de todas las pérdidas ya mencionadas. Entre ellas tenemos:

- Pérdida o disminución de autoestima y autosuficiencia

- Pérdida o cambio en el continuo Independencia – Interdependencia - Dependencia.
- Pérdida o disminución en la sensación de bienestar consigo mismo.
- Pérdida en el manejo de decisiones o control sobre su vida.
- Pérdida o disminución en la capacidad mental.

En la edad madura suele observarse un deterioro o una reducción de las capacidades físicas. Se ven afectadas las habilidades sensoriales y motoras, lo mismo que el funcionamiento interno del organismo. De acuerdo con Schaie, el desarrollo cognitivo del adulto presenta varios cambios funcionales. En la etapa de realización, la inteligencia sirve primordialmente para resolver problemas de la vida real; en la etapa ejecutiva o de responsabilidad, las obligaciones para con otros influyen mucho en la toma de decisiones; en la etapa regenerativa, volvemos a establecer contacto con nuestros intereses, valores y actitudes.

El pensamiento cognitivo maduro representa una nueva etapa de desarrollo, una forma especial de inteligencia que puede servir de fundamento a las habilidades interpersonales y contribuir a la solución de problemas prácticos.

De acuerdo con Erikson, una tarea central del desarrollo a partir de la adolescencia consiste en conservar una identidad relativamente uniforme, es decir, un conjunto congruente de conceptos sobre los propios atributos físicos, psicológicos y sociales. Para los ancianos, mantener la cohesión de la identidad personal puede ser muy importante cuando experimentan grandes cambios en su salud y en su forma de vida. En la última etapa de la teoría de Erikson es el conflicto psicosocial de integridad frente a la desesperación.

Según Levinson, existe un período de transición que enlaza la estructura de la vida anterior del individuo con la de la vejez. Atchley considera que tratamos de mantener una conducta congruente, porque esto nos hace sentir

más seguros de nuestros roles, capacidades y cambios de relaciones. Los adultos tienen muchas opciones entre las cuales se cuentan la jubilación temprana, el retiro de una carrera o trabajo para empezar otra, el trabajo de tiempo parcial para mantenerse ocupados o para obtener ingresos suplementarios, volver a la escuela, realizar trabajo voluntario, hacer otras actividades en el tiempo libre o no retirarse del todo.

Las actitudes de las personas adultas hacia la muerte reflejan su personalidad y experiencia, así como la creencia de qué tan cerca están de morir. Sin embargo, se presentan amplias diferencias de desarrollo. Los cambios típicos en las actitudes hacia la muerte durante el ciclo vital dependen del desarrollo cognitivo y la ocurrencia oportuna de los eventos normativos o no normativos.

Según Erickson, las personas mayores que resuelven la crisis final de integridad frente a desesperanza logran aceptar tanto lo que han hecho como la muerte inminente. Una manera de cumplir con esta resolución es a través de la revisión de la vida. Las personas que sienten que sus vidas han sido significativas y que se han adaptado a sus pérdidas pueden ser capaces de enfrentar la mejor muerte. Hay tres pérdidas que pueden ser especialmente difíciles durante la edad adulta: la muerte del cónyuge, de un padre o de un hijo.

LA CALIDAD DE VIDA

Cuando se pretende dar una definición de calidad de vida, se observan múltiples acercamientos y se encuentra una indefinición del término, el cual se asocia, por un lado, con nivel de vida o estilo de vida, y por otro, con bienestar y salud, satisfacción e incluso con felicidad.

Así, para la calidad de vida existe una falta de consenso sobre la definición del concepto y la mayoría de los autores coinciden en que no existe

un enfoque único que pueda definir y explicarlo totalmente (Cardonayet al., 2006).

Analuisa González y Celi Rangel del Instituto Geriátrico de México recogen algunas definiciones de varios autores:

Para Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa (2002), la calidad de vida es un estado de bienestar que recibe la influencia de factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, urbanización, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social y que influyen sobre el desarrollo humano de una comunidad.

Giusti (1991) define la calidad de vida como un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas (Giusti, 1991).

Por otro lado, a partir de la propuesta de la Organización de las Naciones Unidas que plantea la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos como los principales componentes de la calidad de vida, Levi y Anderson delimitan el concepto y señalan: “entendemos una medida compuesta de bienestar físico, mental y social, tal y como la percibe cada individuo y cada grupo, y de felicidad, satisfacción y recompensa” (Levi y Anderson, 1980, p. 7). Por tanto, es indudable que el concepto calidad de vida va unido a una evaluación del bienestar de los individuos y del ambiente en que viven las personas.

De tal suerte, la valoración que cada sujeto hace de su calidad de vida se basa en gran medida en un proceso cognitivo de comparación, cuyos criterios se relacionan con el propio nivel de aspiraciones, expectativas, grupos de referencia, valores personales, actitudes y necesidades. Andrews y Withey

(1974), por su parte, insisten en que no sólo se trata de un reflejo directo de las condiciones reales y objetivas, sino de la evaluación hecha por el individuo.

Por tanto, la calidad de vida se define como un constructo complejo, multifactorial, en donde se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva; la primera hace referencia al concepto de bienestar o satisfacción con la vida y la segunda, está relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico, siendo la interacción entre ambas lo que determina la calidad de vida.

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica hasta la actual perspectiva psicosocial, en la que se incluyen los aspectos tanto objetivos como subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida, siendo estos últimos los que adquieren mayor relevancia (Nieto, 1998).

Dicha evaluación puede hacerse en dos formas: es externa cuando un juez ajeno y experto mide con criterios externos qué es lo que la gente posee y reflejaría su calidad de vida; para ello se utilizan indicadores objetivos; se realiza un juicio del individuo o población, en términos de su nivel económico, escolaridad, estado de salud, vivienda o alimentación. La otra evaluación la realiza el propio individuo; se emplea la percepción del bienestar subjetivo, incorporando las valoraciones de los individuos sobre el proceso, condiciones e importancia que tienen para ellos mismos en su vida.

Así, la dimensión objetiva, básicamente, hace referencia a indicadores que son evaluados por otras personas o terceros (evaluación externa), con relación, por una parte, a la funcionalidad física, psicológica y social, y por otra parte a las oportunidades y acceso a los recursos que la persona tiene.

Por otra parte, desde una dimensión subjetiva lo fundamental es la percepción propia, lo que la persona valora de su vida en relación con sus diferentes dominios y dimensiones, así como de la vida en general evaluada globalmente. El bienestar desde esta perspectiva subjetiva se ha definido como satisfacción por la vida y felicidad, conceptualizándose también como la valoración global de la calidad de vida que la persona realiza en función de criterios propios.

Yasuko en 2005 señala que la satisfacción y la “felicidad” son indicadores de bienestar subjetivo y que éste está constituido por tres componentes relacionados entre sí: afecto positivo, ausencia de afecto negativo y satisfacción de la vida como un todo. La felicidad como apreciación global de la vida involucra una estimación afectiva y un menor juicio cognitivo y consiste en la preponderancia del afecto positivo sobre el negativo, al evaluarse afectivamente la situación. La satisfacción con la vida, por su parte, es básicamente una evaluación cognitiva de la calidad de las experiencias propias.

Por lo que, como menciona Fernández-Ballesteros (1998), el concepto de calidad de vida debe incluir tanto las condiciones subjetivas relacionadas con la evaluación o apreciación del sujeto, como las objetivas, es decir, las condiciones materiales evaluadas independientemente del sujeto. De tal forma que para estudiar la calidad de vida se debe considerar tanto la apreciación subjetiva que el sujeto hace de su vida como la medición de sus condiciones objetivas.

Así, el concepto de calidad de vida, como lo señalan Sánchez-Sosa y González-Celis (2006), abarca tres dimensiones globales: a) aquello que la persona es capaz de hacer, el estado funcional; b) el acceso a los recursos y las oportunidades; y c) la sensación de bienestar. Las dos primeras dimensiones se designan como calidad de vida objetiva mientras que la última se considera como calidad de vida subjetiva.

En las definiciones anteriores se conceptualiza calidad de vida haciendo referencia al bienestar como consecuencia de la satisfacción en los diferentes ámbitos de la vida como el económico, el social y el personal; asimismo, integran a un elemento importante para definir la calidad de vida, como lo es la percepción o valoración que el individuo realiza de la experiencia de su propia vida, aspecto que es también considerado en las siguientes definiciones.

Por su parte, Vinaccia y Orozco (2005) consideran que la calidad de vida puede traducirse en términos de nivel de bienestar subjetivo, por un lado, y, por otro, en términos de indicadores objetivos. El primer aspecto recoge lo que se denomina “felicidad”, sentimiento de satisfacción y estado de ánimo positivo; el segundo alude a la noción de “estado de bienestar”.

Schwartzmann en 2003, definió la calidad de vida como un complejo compuesto por diversos dominios y dimensiones. La calidad de vida la define como un juicio subjetivo del grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal, pero también este juicio subjetivo se ha considerado estrechamente relacionado con indicadores objetivos biológicos, psicológicos, comportamentales y sociales.

Una de las propuestas más comprensivas sobre el concepto calidad de vida es la que presenta Katschnig (2000), quien la refiere como un término que debiera estar relacionado con el bienestar psicológico, la función social y emocional, el estado de salud, la funcionalidad, la satisfacción vital, el apoyo social y el nivel de vida en el que se utilizan indicadores normativos objetivos y subjetivos de las funciones física, social y emocional de los individuos.

Sin embargo, se requiere de una definición en la que se incorporen de una manera integral a la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y sus relaciones con los hechos importantes del medio ambiente.

De ahí que parece apropiada la propuesta que realiza la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la ha definido de manera incluyente: ***“La calidad de vida es la percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses”*** (Harper y Power, 1998, p. 551), definición en la que se contempla la percepción subjetiva y el papel objetivo o factores contextuales de los individuos.

La calidad de vida se conceptualiza de acuerdo con un sistema de valores, estándares o perspectivas que varían de persona a persona, de grupo a grupo y de lugar a lugar; así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del “sentirse bien”.

El concepto de calidad de vida ha estado vinculado a otros, como los de satisfacción, bienestar y felicidad, en donde las condiciones objetivas de la vida se proyectan a través de las aspiraciones, expectativas, experiencias, motivos, sentimientos y valores del hombre. Es decir, de factores personales, valorativos y emocionales, a través de las apreciaciones del bienestar subjetivo, proceso por el cual se perciben, estiman y valoran los factores objetivos de la vida. Se han determinado las dimensiones que permitan la operacionalización del constructo de calidad de vida.

A continuación se describen algunas de las dimensiones que integran a la calidad de vida, con el propósito de evaluarla.

- **LA CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR**

Los estudios sobre la calidad de vida surgen para conocer y dar mejor atención a las necesidades de la persona –en este caso específicamente del

adulto mayor–, ya que por los cambios físicos, psicológicos y sociales asociados al proceso del envejecimiento constituyen una población particularmente vulnerable que requiere de estrategias de atención que les garanticen una calidad de vida digna.

El envejecer es un proceso que despliega una secuencia compleja de cambios y pérdidas que exigen una adaptación en lo intelectual, social y afectivo-emocional, que dependerá de las circunstancias biológicas, sociales y psicológicas, así como de los recursos con los que en ese momento cuente el individuo (Velasco y Sinibaldi, 2001). Así, para mantener un buen nivel de bienestar, la persona necesita reestructurar su vida en torno a sus capacidades y limitaciones, organizar su jerarquía de metas y cambiar sus estrategias para llegar a ellas, aceptando que la vejez es una etapa más de la vida con características propias; y aprendiendo a disfrutar de ella y a vivirla con dignidad.

Lazarus (1998, 2000) menciona que a medida que las personas envejecen, aumenta la probabilidad de importantes pérdidas funcionales. Así, el adulto mayor con alguna enfermedad, especialmente si es crónica, teme la pérdida de su buen funcionamiento mental y físico, la presencia de dolores crónicos y penosos, así como las condiciones progresivas de degeneración, haciendo referencia a que el deterioro físico y mental pudiese agudizarse a causa de la depresión e impotencia, y a los temores por la pérdida del control.

Las condiciones desfavorables antes mencionadas hacen difícil y complicada la vida de los ancianos, origina en algunos de ellos sentimientos de aislamiento e inutilidad; además, la “fragilidad” física que aumenta en este periodo de la vida hace que las personas de la tercera edad muchas veces tengan que suspender sus labores, provocando que se sientan inútiles, disminuyen sus contextos de participación y por lo tanto se reducen sus redes de apoyo social y emocional, generando en muchos casos una fase depresiva en esta población (González-Celis, 2009).

La depresión es en gran medida propiciada también por la segregación y discriminación de la que son objeto las personas de la tercera edad, debido a la óptica de cultura occidental en la que la valoración social se basa en la apariencia, capacidad física, competencia y productividad, cualidades que presentan relación inversa al paso de los años, generando restricciones que disminuyen las posibilidades de mejoramiento de su calidad de vida.

Existen tres formas de concebir el envejecimiento: normal, patológico y exitoso. Se entiende que es un envejecimiento normal cuando se presentan en el individuo una serie de pérdidas o deterioros, lentos, continuos, graduales, casi imperceptibles e irreversibles en los tres niveles –biológico, psicológico y social–, que lo llevan incluso hasta la muerte.

En el envejecimiento patológico, esta serie de cambios se presentan de manera abrupta, rápida y acelerada en uno o más niveles simultáneamente. Sin embargo, una tercera forma de concebir a la vejez, es cuando no sólo se presentan pérdidas o deterioros, sino al mismo tiempo se observan una serie de ganancias, y se promueve que las personas mayores aprendan a minimizar las pérdidas y maximizar las ganancias. Esta forma de concebir a la vejez se conoce como envejecimiento exitoso, saludable o en plenitud (Baltes y Baltes, 1993).

González-Celis y Sánchez-Sosa (2003) mencionan que en la vejez no sólo se dan pérdidas y deterioros, sino también se despliegan nuevos aprendizajes y se obtienen ganancias. Esta nueva forma de concebir a la vejez se le conoce como una vejez exitosa y se presenta cuando las personas mayores se mantienen física y mentalmente activas, además de contar con hábitos alimentarios adecuados, ejercicio, una vida activa, interacciones y apoyos sociales, trabajo productivo y el mantenimiento de funciones mentales.

Factores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor

Estudios realizados en diversos espacios de atención al adulto mayor como hospitales, centros médicos y centros de atención al adulto mayor han permitido identificar los factores más relevantes que influyen en la calidad de vida del adulto mayor.

Los factores que se han identificado son:

- La jubilación
- La espiritualidad
- Bienestar subjetivo y actitud ante el envejecimiento
- Salud/Enfermedad
- Soledad
- Tipo de actividades que realizan
- Comportamientos saludables

Cada uno de ellos depende del contexto social, familiar en el que cada persona viva. Algunos de ellos se los describió anteriormente.

Para concluir estas reflexiones cabe señalar que la calidad de vida en la vejez es un asunto trascendental que afecta no sólo a las personas mayores, sino también a sus familias y al conjunto de la sociedad.

La CEPAL en el año 2002 identificó tres ámbitos de desafíos en relación a la calidad de vida en la vejez desde un enfoque estrictamente económico:

- A nivel de mercado, el aumento de las personas mayores provoca modificaciones tanto en la oferta y demanda de bienes y servicios como en el trabajo.

- A nivel de sociedad, genera nuevas formas de organización de la familia y diversas respuestas de la comunidad a los nuevos desafíos de bienestar.
- A nivel de Estado, provoca nuevas tensiones sociales surgidas de las necesidades de financiamiento de los sistemas de seguridad social, de los cambios en las relaciones de dependencia económica entre generaciones y de la competencia inter generacional por los puestos de trabajo.

- **LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR**

Para ubicar la situación del adulto mayor y su calidad de vida en nuestro país expondremos los datos recogidos en la Agenda de igualdades para adultos mayores 2 012 - 2 013 del Ministerio de Inclusión Económica y Social.

En el Ecuador hay 14'483.499 habitantes. De ellos, 1 316 189 son mayores de 65 años, es decir el 9,09 % de la población nacional son personas adultas mayores (INEC, Censo de Población y Vivienda 2010). La distribución por género de la población nacional adulta mayor es de 52% para las mujeres y de 48% para los hombres.

Las provincias de Pichincha y Guayas son las que tienen mayor población adulta mayor, superando los 900.000 habitantes.

La proporción de adultos mayores no es homogénea en el territorio nacional. En el país la identificación étnica que predomina en las personas adultas mayores es la mestiza, seguida por auto consideración blanca y en tercer lugar, la indígena.

Las mujeres presentan mayores niveles de afectación de discapacidades que los hombres en la población adulta mayor.

Esperanza de vida

Para el 2010-2015 la CEPAL ha estimado que la esperanza de vida al nacer en el Ecuador llega a los 75,6 años de edad: 72,7 para los hombres y 78,7 años para las mujeres (CEPAL, 2012). Esta esperanza de vida, que es de casi un año mayor a la de Latinoamérica, en su conjunto denota una mejora extraordinaria, ya que a mediados del siglo anterior los ecuatorianos esperaban vivir tan sólo 48,3 años. En seis décadas este indicador fundamental de las condiciones de vida de la población aumentó en cerca de 30 años.

Condiciones socioeconómicas

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

La condición de pobreza es significativamente mayor en el área rural, donde 8 de cada 10 personas adultas mayores padecen de pobreza y extrema pobreza.

La causa de esta situación expuesta es la dificultad que enfrentan los adultos mayores para generar ingresos monetarios, debido principalmente a que, con el envejecimiento y a medida que aumenta la edad, la posibilidad de ser parte de la población económicamente activa disminuye por no existir plazas laborales adecuadas a su condición.

Según estudios realizados, únicamente el 13,6% de las personas adultas mayores cuentan con una ocupación adecuada según su edad y sexo (Encuesta ENEMDUR).

Con respecto al total de adultos mayores que viven solos, la encuesta SABE revela que 132.365 ancianos viven en esa condición. De este total, 41.000 lo hacen en condiciones malas e indigentes, lo que evidencia poca responsabilidad de la familia por sus adultos mayores, a quienes consideran “poco útiles” y abandonan a su suerte.

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

Para el año 2009, las características de ocupación de las personas adultas mayores indicaba que 56% de esta población obtenía ingresos económicos por cuenta propia, 25% refería estar en condiciones de asalariados, 7% en calidad de patronos, 10% realizaba oficios con familiares sin remuneración y 2,1% estaba en el servicio doméstico (Encuesta ENEMDUR).

En promedio los hombres trabajan 6 horas más que las mujeres. El ingreso promedio proveniente del trabajo de las personas adultas mayores indica que los hombres reciben un salario promedio de \$300 mensuales, mientras que en las mujeres es de \$210.

Salud

Para las personas adultas mayores, la tasa de mortalidad en el período 2005 - 2010 fue de 38 por mil para las mujeres, y 44 por mil para los hombres.

Anualmente, fallecen alrededor de 34.000 ecuatorianos mayores de 65 años de edad.

Tal como la encuesta SABE plantea: “El estudio de salud del adulto mayor está directa e íntimamente ligado a la calidad de vida, y debe realizarse en función de la repercusión funcional de la enfermedad sobre el individuo. Uno de cada tres adultos mayores, presentan algún tipo de enfermedad crónica. Las más frecuentes son las enfermedades cardíacas, cáncer, enfermedades cerebro vasculares, enfermedades pulmonares, diabetes, hipertensión arterial, deterioro cognitivo y depresión.

Una alta proporción de adultos mayores, presentan trastornos visuales, trastornos auditivos así como alteraciones que influyen negativamente en su calidad de vida o en su funcionamiento diario. La frecuencia, severidad y discapacidad provocada por las enfermedades crónicas aumenta conforme se incrementa la edad del adulto mayor.

Aproximadamente es 70% de todas las muertes de los adultos mayores causada por enfermedades crónicas (Kimberly and Macclane, 2006)”. De ahí la necesidad de que existan programas de salud, orientados hacia la población de adultos mayores.

De otra parte, según los datos del sistema de vigilancia epidemiológica del Plan Nacional de Salud en el año 2010, se observa que la frecuencia acumulada de casos notificados en el periodo 1984 - 2010 es de 18.524 personas viviendo con VIH, y 8.338 personas viviendo en fase SIDA.

Las defunciones en este periodo hasta el año 2010 son de 7.031 personas. Además, se registran 6.765 personas viviendo con el VIH, en tratamiento antirretroviral.

Tan solo el 33% de las personas adultas mayores se halla cubierto por algún sistema de seguro de salud. Este beneficio es casi exclusivamente de orden público (98%).

Educación

De acuerdo con el Censo del año 2010 las personas adultas mayores en Ecuador tienen un modesto nivel educativo: sólo el 13% de los hombres y el 11% de las mujeres ha completado la secundaria. En el país solamente el 54,9% de los adultos mayores ha completado el ciclo primario y básico.

Los adultos mayores tienen altos porcentajes de analfabetismo y logros muy bajos en cuanto al número de años de estudio aprobados. Las ocupaciones que declaran los adultos mayores, en su mayoría, son tareas manuales con alguna o ninguna calificación (82,9 %), ya que el nivel educativo de este segmento de la población es bajo y que las categorías de “profesionales y técnicos”, “personal administrativo” y directores y “funcionarios públicos superiores” solo representan, en conjunto, el 6,7 % de la población ocupada de 65 años y más.

El analfabetismo afecta a uno de cada cuatro personas adultas mayores. Esta condición es mayor en las mujeres, cuyo porcentaje llega al 29%. En el caso de los varones se sitúa en el 20% (Encuesta ENEMDUR 2009).(Gráfico 9). Los datos expuestos revelan que existe un bajo nivel de educación formal en las personas adultas mayores en el Ecuador, dato determinante con respecto a este grupo poblacional.

Si bien las causas de este problema no pueden ser revertidas precisamente porque los años oportunos para la alfabetización y formación han pasado, se requiere lograr que las personas adultas mayores tengan un alfabetismo funcional que les permita ampliar su rol dentro de la sociedad.

Actualmente, según datos de la encuesta SABE I, el 80,65% de personas adultas mayores no tiene un alfabetismo funcional (leer y escribir un recado).

Vivienda

El 68,5% de las personas adultas mayores se declara propietario de su vivienda, aunque no todas están en condiciones óptimas. El Censo de Población y Vivienda 2001 informa que un 20% de las personas adultas mayores reside en viviendas con condiciones precarias, presentando carencias en su estructura y disponibilidad de servicios. Estas cifras son especialmente elevadas en las áreas rurales.

Un dato más reciente (INEC, Censo 2010) indica que el acceso a la luz eléctrica de las personas adultas mayores alcanza el 96,2%; los servicios higiénicos con conexión de agua, el 73,9%; y el alcantarillado tan solo el 55,5%. Por lo expuesto, si bien existe un alto porcentaje de personas adultas mayores que tienen vivienda propia, se hace evidente que la situación que se debe revertir involucra el asegurar la situación de aquellas personas adultas mayores que no cuentan con una vivienda y, por otro lado, garantizar que las condiciones de la vivienda sean apropiadas, entendiendo esta característica como el acceso a servicios básicos e infraestructura que permitan una vida digna.

Cuidado a las personas

El 30% de las personas adultas mayores cuentan con la asistencia de una persona para su cuidado, siendo por lo general hijos e hijas, esposos o esposas, nietos o nietas. En el caso de las mujeres mayores de 80 años que cuentan con asistencia para su cuidado, el porcentaje es de 36,5% de la población nacional (SABE I, 2009). En términos generales, puede decirse que

son las mujeres, los adultos mayores residentes del área urbana y los mayores de 80 años, quienes presentan los mayores requerimientos de ayuda y cuidado.

La necesidad de cuidado y asistencia a las personas adultas mayores representa un mecanismo indispensable para evitar situaciones catastróficas como las caídas, que constituyen la primera causa de muerte accidental en mayores de 65 años. Adicionalmente, organismos de salud internacional señalan que las caídas representan el 75% de las muertes accidentales en mayores de 75 años. De hecho, aproximadamente 9 de cada 10 fracturas de cadera son producto de caídas.

La necesidad de ayuda para realizar actividades de la vida diaria como bañarse, comer, usar el servicio higiénico, levantarse de la cama o acostarse, moverse de un lugar a otro y vestirse. O bien actividades instrumentales de la vida diaria como la preparación de la comida, manejo de dinero, uso de medios de transporte, hacer compras, uso de teléfono, realización de quehaceres domésticos y tomar las medicinas, afecta a algo más de 100 mil personas adultas mayores en el país (SABE I 2009).

Violencia

El 14,70% de los adultos mayores fue víctima de insultos y el 14,9 %, víctima de negligencia y abandono (SABE I). Hablar de violencia hacia las personas adultas mayores en el Ecuador podría resultar inconcebible; sin embargo, este tema está presente, hay que hacerlo visible y buscar mecanismos de protección.

Participación social

Crear espacios, instancias y condiciones para que las personas adultas mayores puedan disfrutar de condiciones óptimas de vida y, de esta manera, llegar a un envejecimiento digno y activo es un reto de la sociedad en conjunto.

La encuesta SABE I revela que en el país existe una incipiente y aislada participación de personas adultas mayores mediante organizaciones, asociaciones o gremios. El reconocimiento de estas organizaciones mediante personería jurídica se circunscribe por lo general a jubilados del seguro social; pero que no logran aglutinar a las diferentes agremiaciones existentes a nivel nacional.

Seguridad Social

El 75 % de la población mayor a 65 años no cuenta con afiliación a un seguro de salud; y solo el 23% de la población con 60 años o más está afiliada al IESS (INEC. Censo de Población y Vivienda 2010).

CAPÍTULO IV PROGRAMAS DE INCLUSIÓN SOCIAL PARA EL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR

4.1 PROGRAMAS DE LOS MINISTERIOS E INSTITUCIONES DEL ESTADO

La atención a los adultos mayores en el Ecuador se realiza a través de diferentes instituciones tanto públicas como privadas.

En el sector público se realiza a través del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), Instituto de la Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (ISSFA), Instituto de Seguridad Social de la Policía (ISPOL), Gobierno provincial, entre otros.

La atención a este grupo poblacional se ha caracterizado por la dispersión y duplicación de las actividades, observando que algunos adultos mayores acuden a los programas de más de una institución.

MINISTERIO DE INCLUSIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL

El MIES es la institución rectora de las políticas públicas de inclusión social a nivel nacional, para el grupo de atención prioritaria: las personas adultas mayores definidas en la Constitución, ejecuta diversos programas, como el bono de desarrollo humano, crédito; en el sector rural también son beneficiarios del programa aliméntate Ecuador.

PROGRAMAS DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

Atiende a los adultos mayores en las siguientes prestaciones y servicios: en caso de que estén afiliados ya sea al seguro general, campesino o hayan optado por la afiliación voluntaria o sean jubilados o beneficiarios de montepío.

- Pensiones mensuales por vejez e invalidez y muerte
- Auxilio de funerales
- Atención médica y odontológica de prevención, curación y rehabilitación.
- Seguro de cesantía
- Riesgos del trabajo y enfermedades profesionales
- Servicios Adicionales

Los servicios adicionales son los préstamos quirografarios e hipotecarios que son otorgados por el Banco del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (BIESS) y el Programa del Adulto Mayor.

- **El Programa del Adulto Mayor del IESS**

El objetivo primordial es elevar el bienestar físico, psicológico y espiritual y de integración socio familiar de los adultos mayores. Está dirigido a: jubilados, afiliados voluntarios mayores de 55 años y esposas de jubilados.

Proporciona las siguientes actividades:

1. Salud física y mental del Adulto Mayor.

- Ejercicio físico como gimnasia, caminatas, en general de mantenimiento, caminatas, gimnasia en el agua, gimnasia correctiva y de fortalecimiento para personas con problemas degenerativos, yoga, talleres de medicina alternativa: terapia física, reflexología, acupuntura.
- Talleres de cocina saludable como talleres de cocina dietética, talleres para grupos de riesgo de obesidad y de alteraciones metabólicas.
- Actividades de prevención en la salud mental con autoayuda grupos de riesgo.
- Talleres de estimulación de memoria.

- Actividades de fortalecimiento cognitivo.
 - Actividades de mantenimiento psicomotriz: manualidades, arte y pintura.
 - Talleres de autoestima
2. Ocupación de tiempo libre
- Talleres de motivación de los grupos y las personas, respondiendo a sus necesidades e intereses, respetando su cosmovisión.
3. Integración social y participación
- Turismo
 - Actividades sociales culturales y recreativas
 - Formación de voluntariado
 - Participación comunitaria

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LAS FUERZAS ARMADAS -ISSFA-

Otorga prestaciones económicas, pensiones de retiro militar o montepío, asistencia en salud y también brindan atención en el “Hogar La Esperanza de la Fuerzas Armadas”; funciona como un Centro Gerontológico.

EL INSTITUTO DE SEGURIDAD SOCIAL DE LA POLICÍA

Tiene únicamente prestaciones económicas de retiro policial, montepío y asistencia en salud.

EL MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO

Desde hace diez años a través del Patronato Municipal San José ha trabajado con este grupo poblacional, desde diversos enfoques y modelos de intervención.

- **El Hogar de Vida 1**

Funciona desde el 2001 y es un centro de acogida y residencia definitiva en casos especiales para personas adultas mayores en situación de indigencia, proporciona los siguientes servicios:

- Cuidado diario y nutrición
- Apoyo psicosocial
- Atención médica
- Reinserción familiar social y comunitaria
- Utilización del tiempo libre
- Planificación de salidas.

- **Centros de la Experiencia del Adulto Mayor CEAM**

Para adultos mayores, existen en la actualidad tres espacios, en la Administración Centro, en Calderón y en Quitumbe; atienden a población abierta a través de diversas actividades:

- Mantenimiento promoción y fomento a la salud
- Formación continua y vinculación con la comunidad.
- Eventos socio culturales
- Talleres ocupacionales
- Trabajo social

Desarrollan además un trabajo directamente en la comunidad a través de educadoras comunitarias que les permite vincularse con sectores que por la distancia no podían acceder a los CEAM, en esta modalidad de trabajo se basa el Programa 60 y Piquito.

- **Casa de Respiro**

Funciona desde el 2010, es un centro integral, alternativo de cuidado diario temporal que permite a las familias o cuidadores un “respiro”, atiende a personas en situación de discapacidad física y mental moderada, ofrece los siguientes servicios

- Salud (atención médica)
- Fisioterapia
- Psicoterapia
- Trabajo social
- Terapias de ocupación del tiempo libre.
- Apoyo a la familia de adultos mayores en situación de dependencia.

- **Programa 60 y Piquito**

La implementación del Programa nace de la decisión tomada por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (MDMQ) de realizar un propuesta que se oriente a garantizar de manera progresiva y creciente el disfrute pleno de derechos humanos (DDHH) de las personas adultas mayores (PAM) y de las personas en situación de discapacidad (PSD) que habitan en el territorio del DMQ. El marco de Protección Social Básica (PSB) se centra en la mitigación y en la realización de la persona en la vida cotidiana, el de Compensación y Cohesión Social (CCS) enfatiza en la generación de posibilidades comunitarias y el de Equiparación y Desarrollo Local (EDL) enfatiza en la transformación simbólica y cultural profunda para lograr el máximo de inclusión de las PAM y de las PSD en los procesos de desarrollo.

El programa es de carácter metropolitano, constituye una concreción de política social, que rebasa lo sectorial y se inserta en el trabajo coordinado y articulado de los diferentes instancias involucradas, esto orientado hacia uno de los grupos prioritarios definidos en la Constitución, las personas adultas

mayores, su implementación se concreta a nivel zonal, mediante un trabajo intersectorial y multidisciplinario entre los actores e instituciones del MDMQ involucrados, propone superar el asistencialismo, el recreacionismo y la atención biomédica; se orienta a la dignificación de las personas adultas mayores; tomando como base la complementariedad y concurrencia de las diferentes instituciones para la entrega de prestaciones y servicios.

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

Objetivos:

General: Promover la realización humana y la salud integral de las Personas Adultas Mayores que habitan en el territorio del Distrito Metropolitano de Quito.

Específico: Procurar que de manera progresiva, las PAM accedan a prestaciones y servicios de calidad, de calidez y eficaces, orientados a lograr la máxima realización humana y las mejores condiciones de salud posible.

Metas

- Al menos 6.000 PAM accederán a una serie de prestaciones de apoyo a la persona y la familia y de apoyo a la socialización e integración comunitaria en las redes de prestaciones y en los puntos 60 y Piquito.
- Al menos 120 puntos serán implementados en las 8 Administraciones Zonales con cobertura en parroquias rurales y urbanas del DMQ.
- 120 puntos equipados con los kits básicos del programa.

El programa fue previsto para el desarrollo de tres paquetes prestacionales, que han sido denominados, de manera más comprensible, así: Apoyo a la persona y a la familia, apoyo a la socialización y a la integración comunitaria y apoyo a la inclusión social integral.

Acorde con el principio ya mencionado en la presentación del programa, de flexibilidad que responde al dilema de la diferencia, las prestaciones podrán ser disfrutadas de manera progresiva o complementaria. *Progresiva* quiere decir que una persona, de acuerdo con sus requerimientos, empieza a disfrutar de un conjunto adecuado de prestaciones y, a medida, que su calidad de vida mejora, podrá ir ampliando el conjunto de prestaciones que podrá disfrutar. *Complementaria*, por su parte, quiere decir que también las prestaciones de diversos paquetes pueden ser disfrutadas de manera simultánea.

Es posible que una persona pueda acceder, de manera adecuada, a prestaciones de dos, o de los tres, paquetes prestacionales. Todo esto dependerá de las condiciones específicas de cada persona.

Apoyo a la persona y la familia

- Evaluación del estado de salud
- Detección de espacios de riesgo y prevención de accidentes caseros
- Valoración nutricional y fomento de alimentación saludable
- Atención de salud y derivación a la red pública (Subsistema Municipal de Salud y Ministerio de Salud Pública)
- Capacitación a las familias en prevención y cuidado de patologías crónicas
- Terapia física ambulatoria
- Promoción y difusión de derechos
- Prevención y atención de violencia y maltrato con el apoyo de los Centros de Equidad y Justicia (CEJ) ubicados en las 8 administraciones Zonales

- Apoyo a la reinserción familiar

Apoyo a la socialización e integración comunitaria

- Promoción de Salud, programa cuerpo – mente
- Actividad física para combatir el sedentarismo: ejercicios de gimnasia, terapia física, baile terapia, caminatas, entre otras
- Activación mental, para detener el deterioro intelectual: talleres de lectura, juegos de mesa, talleres de memoria, entre otros.
- Uso del tiempo libre: juegos tradicionales, actividades artísticas, paquetes turísticos, actividades culturales, visitas a museos y asistencia a espectáculos
- Conformación de grupos y redes de apoyo zonales
- Consejería y asesoría integral a PAM y cuidadores
- Fomento de participación, veedurías, promoción cultural y social

Apoyo a la Inclusión Social Integral

- No discriminación e inclusión simbólica en diferentes espacios
- Programas de capacitación para mejora de capacidades, habilidades y talentos.
- Apoyo al desarrollo de actividades productivas – económicas
- Fomento del respeto y buen trato en el transporte público, calles y otros espacios públicos
- Parques y espacios públicos inclusivos diseñados y equipados para el uso de las PAM.

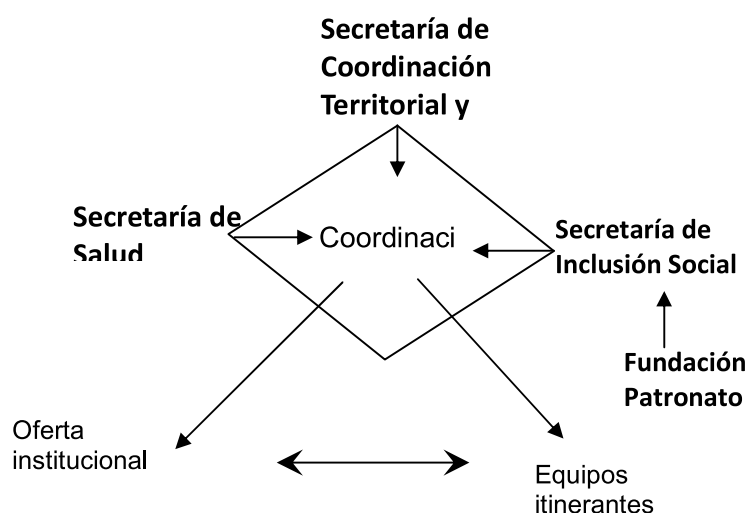
Modelo de gestión y coordinación interinstitucional¹

El modelo de gestión del programa es carácter intersecretarial. Participan de manera muy estrecha, la Secretaría General de Coordinación

¹ Secretaría de Salud. Programa 60 y PiQuito, Informe de Reunión de Equipos de conducción política y técnica del Programa. Julio 2011

Territorial y Participación Ciudadana, la Secretaría de Inclusión Social – Fundación Patronato Municipal San José; la Secretaría de Salud y la Dirección de Deportes.

En el siguiente esquema, puede verse como funciona este modelo en la actualidad:



Implementación de redes territoriales de servicios por niveles

La puesta en marcha del programa priorizó definir dos niveles de funcionamiento:

El primer nivel, con la oferta institucional

Los servicios del Programa funcionan a través de una red, en ella participan tanto los actores públicos y/o municipales de carácter local o distrital, a partir de la definición clara de responsabilidades y de concurrencia.

Se establecen 3 redes territoriales para el DMQ:

Red Norte para las Administraciones Zonales Calderón, La Delicia y Norte.
Red Centro – Sur para las Administraciones Zonales Centro – Manuelita Sáenz

y Eloy Alfaro y Quitumbe Red Valles para las Administraciones Zonales Tumbaco y Valle de los Chillos.

Como servicios de referencia se acuerdan para cada red los siguientes:

Red Norte:

Centro de Experiencia del Adulto Mayor Norte ubicado en Calderón, donde las PAM podrán participar en talleres de tipo ocupacional (computación, panadería, nutrición, ocupación del tiempo libre, cine, artes manuales, talleres de cultura y para el mantenimiento y fomento de la salud, tanto de las PAM como de los cuidadores. Apoyo de talleres para el fortalecimiento organizacional a dirigentes de los grupos de PAM; apoyo para reinserción social y comunitaria; organización e intercambio de eventos socio – culturales.

Centros de Atención Primaria de Salud (CAPS) ubicados en los sectores de Calderón, Rumihurco y Carcelén Bajo. Su infraestructura favorece la atención de medicina general y odontología de PAM, así como la activación de la red pública de salud dependiendo de la complejidad; realización de exámenes de laboratorio, y la derivación de pacientes a la Unidad Municipal de Salud Norte y al Centro de Atención Mental del Área 21 – Calderón de la Dirección Provincial de Salud de Pichincha (DPSP) – del Ministerio de Salud Pública (MSP).

Unidad Municipal de Salud Norte, situada en el sector de La Ofelia. Equipada para realizar atención de salud en 19 especialidades: Cirugía General, Cardiología, Dermatología, Diabetología, Fisiatría, Ginecología, Medicina General, Neumología, Neurología Clínica, Oftalmología, Reumatología, Traumatología, Urología, Otorrinolaringología; Laboratorio, Rx, Atención Odontológica, Trabajo Social y Rehabilitación. Establece acuerdos con

otros prestadores, responsable de la consolidación de información de la atención de salud de la red norte, así como del seguimiento de casos.

Red Centro – Sur:

Centros de Experiencia del Adulto Mayor Centro y Sur, ubicados en la 24 de Mayo en las calles García Moreno y Loja, y en la Administración Zonal Quitumbe respectivamente. Las PAM podrán participar en talleres de tipo ocupacional (computación, nutrición, ocupación del tiempo libre, artes manuales, talleres de cultura, actividad física; talleres para el mantenimiento y fomento de la salud, tanto de las PAM como de los cuidadores. Apoyo de talleres para el fortalecimiento organizacional a dirigentes de los grupos de PAM; apoyo para reinserción social y comunitaria; organización e intercambio de eventos socio – culturales. Adicionalmente aporta en la consolidación de la participación ciudadana a través de la vinculación con la comunidad.

Casa de Respiro, está ubicada en el sector de La Alameda, es considerada como un centro de cuidado diario de carácter temporal para personas en situación de discapacidad física o mental moderada, cuenta con servicios de fisioterapia, atención médica, psicoterapia, trabajo social y apoyo con el desarrollo de talleres que favorecen la ocupación del tiempo libre tanto de las PAM como de los/las cuidadores/as.

Unidad Municipal de Salud Centro, situada en el sector de 24 de Mayo calle Rocafuerte entre Imbabura y Chimborazo. Equipada para realizar atención de salud en 9 especialidades: Medicina Familiar, Ginecología, Medicina General, Acupuntura, Psicología, Laboratorio, Rx y Mamografía, Laboratorio, Atención Odontológica, Trabajo Social y Rehabilitación. Establece acuerdos con otros prestadores, responsable de la consolidación de información de la atención de salud de la red Centro - Sur, así como del seguimiento de casos.

Red Valles:

Hogar de Vida 1, se ubica en la Parroquia de Conocoto – Valle de los Chillos. Es un Centro de acogida temporal para PAM en situación de indigencia; y de residencia definitiva para casos vulnerables de abandono. Ofrece servicios de atención médica, psicológica y rehabilitación. Es responsable del proceso de sensibilización previo a la acogida y de reinserción social y comunitaria.

Actualmente cuenta con un servicio especializado de carácter ambulatorio para personas con discapacidad severa.

Como **servicio distrital** para las PAM, la **Dirección de Deportes** ofrece en las instalaciones ubicadas en las Av. Atahualpa, cursos de gimnasia y bailoterapia de lunes a viernes de 09h00 a 13h00; e hidroterapia a grupos de 25 PAM, de martes a viernes de 09h00 a 13h00, una hora cada grupo.

El segundo nivel a partir de equipos itinerantes.

Nace desde la perspectiva de acercar los servicios a la comunidad. Para este propósito, se estable la necesidad de seleccionar y adecuar 120 locales comunitarios en el territorio de las 8 Administraciones Zonales (15 por administración zonal en promedio) para el desarrollo de las actividades complementarias de vida activa y saludable.

Los puntos 60 y Piquito, son centralidades ubicadas en las 8 Administraciones zonales desde donde se pueden coordinar acciones y ofertar servicios para las PAM. Para su selección por parte del equipo técnico de las zonas, se valoró su ubicación desde diferentes perspectivas:

- Estado del inmueble: infraestructura física, servicios básicos e instalaciones eléctricas apropiadas.
- Uso y accesibilidad de las instalaciones para las PAM.

- Redes de apoyo existentes y que favorezcan el fortalecimiento organizacional: tanto de carácter social, de organización y apoyo comunitario; y/o religiosas o espirituales.
- Entorno residencial seguro para las PAM.
- Tamaño del local suficiente como para acoger un promedio de 40 PAM.
- Facilidad de transporte público desde y hacia el punto.
- Desarrollo de una dinámica social favorable en el sector, que permita la inclusión, y el intercambio generacional, limitando la intolerancia y discriminación de las PAM.

LA IGLESIA Y LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES

La iglesia juega un rol importante en la atención a las personas adultas mayores proporciona o es mediador de servicios a través de voluntariado, se encargan de dar alimentación y vestido a las personas adultas mayores más pobres e indigentes.

Algunas comunidades religiosas tienen a su cargo asilos que proporcionan atención a personas indigentes, algunas iglesias tienen espacios que son ocupados por la comunidad para diversas actividades recreativas y de utilización del tiempo libre.

Diversas organizaciones no gubernamentales y privadas atienden a personas adultas mayores a través de residencias geriátricas y hogares de día, es importante anotar que el MIES regula y autoriza la creación de estas residencias y hogares para adultos mayores.

CAPÍTULO V

MARCO METODOLÓGICO

El presente estudio “Análisis de la calidad de vida del adulto mayor, caso: Programa Sesenta y Piquito en el barrio Pérez Pallares” es una investigación de corte transversal, que se llevó a cabo con el grupo de personas que asisten al Programa en el barrio Pérez Pallares del sector de Chimbacalle, de la Administración Zonal Eloy Alfaro al Sur de Quito.

El universo de estudio corresponde al grupo de personas que asiste al programa en el punto mencionado, de acuerdo a la información obtenida del Programa Sesenta y Piquito. La población de la investigación en el corte transversal realizado se ajustó al grupo de 20 personas que asiste regularmente al programa.

El proceso investigativo se desarrolló a través de una serie de actividades, previstas en el cronograma planteado, las mismas que se fueron cumpliendo progresivamente, sin descuidar las actividades predecesoras con la finalidad de optimizar el tiempo.

El proceso metodológico seguido tuvo en las siguientes fases su soporte:

- Acopio de la información inicial, se realizó a través de sesiones de trabajo con el director de la disertación para coordinar y recibir información sobre la población sujeto/objeto de estudio.

Definición de las principales variables en función de los objetivos del tema de estudio.

- Elaboración y aprobación del instrumento. El diseño del cuestionario tomó en cuenta los objetivos de la presente disertación, se estableció las principales relaciones.
- Con los datos obtenidos del instrumento se configuró la base de datos, desde la cual se procedió a la tabulación respectiva y a la

construcción de las tablas estadísticas correspondientes en función de las relaciones de las principales variables.

- La recolección de la información se inició en el mes mayo y concluyó a finales del mismo mes del 2013.

El procesamiento informático e interpretación de la información se realizó en el tiempo estimado en el cronograma. Se trabajó con el apoyo del programa Excel y Word, sin embargo es necesario señalar que como paso previo se realizó la depuración de la base de datos, información numérica que sirvió de insumo para construir las tablas estadísticas, dando así respuesta a los objetivos planteados.

5.1 CONTEXTUALIZACIÓN DEL BARRIO PÉREZ PALLARES

• Ubicación

El barrio Pérez Pallares, es uno de los barrios tradicionales que forman parte de sector de Chimbacalle. Se encuentra ubicado al Sur Occidente de Quito. Limita al Norte y al Este con el barrio Los Andes, al Sur con la Avenida Napo, y al Oeste con La Villaflora.



- **La población y características socio-económicas**

Históricamente el barrio tiene alrededor de 70 años de conformación, según refieren los vecinos más antiguos.

Las características de la población del barrio corresponden a familias de clase media. Hasta finales del siglo anterior acogía a habitantes de diferentes ramas artesanales, profesiones y amas de casa.

Actualmente con el desarrollo de la ciudad algunos de los habitantes han migrado hacia los valles y se han integrado otros grupos poblacionales como arrendatarios.

Hoy la presencia de comercios ha dado movilidad también a las personas que se acercan al sector a realizar sus actividades económicas (ventas ambulantes).

En algunas calles se mantienen los lazos de vecindad y la presencia de clubes juveniles recoge la participación de los habitantes en fechas como las Fiestas de Quito, el día de madre. La actividad deportiva de los jóvenes se mantiene la participación en los fines semana en las calles del barrio.

- **Población adulto mayor en el barrio Pérez Pallares**

Datos concretos del barrio en particular no recogen las fuentes investigadas (censo poblacional del 2010). Sin embargo se dispone de los datos del Sector de Chimbacalle, que a continuación se presentan en la siguiente tabla.

A continuación se presentan algunos datos del sector al que pertenece el barrio de análisis.

TABLA N° 1	
DATOS DEL LA PARROQUIA CHIMBACALLE/ SECTOR CHIMBACALLE	
SUPERFICIE TOTAL (Has)	56.46
DENSIDAD POBLACIONAL TOTAL (Hab/Ha)	216,2

TABLA N°2	
POBLACION DE LA PARROQUIA CHIMBACALLE SEGÚN SEXO	
POBLACION HOMBRES	5 893
POBLACION MUJERES	6 313
POBLACION TOTAL	12 206

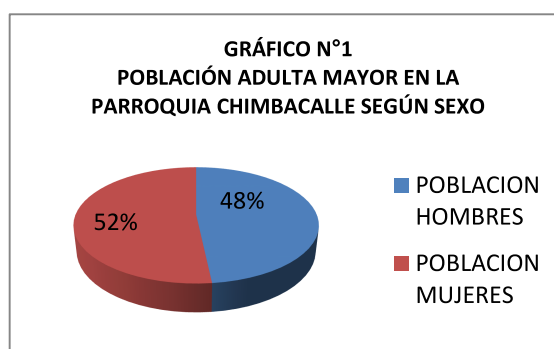


TABLA N° 3	
POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN LA PARROQUIA CHIMBACALLE/SECTOR CHIMBACALLE SEGÚN EL SEXO	
POBLACIÓN HOMBRES	407
POBLACIÓN MUJERES	538
POBLACIÓN TOTAL	945

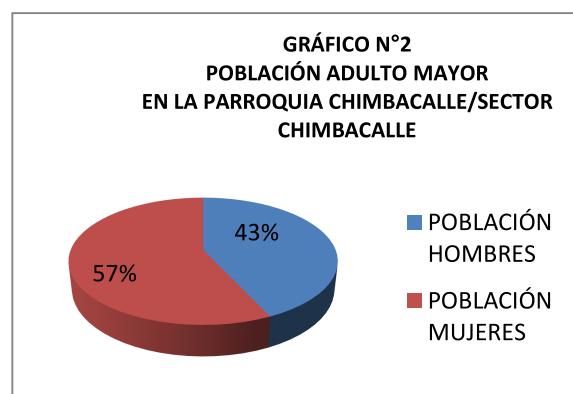
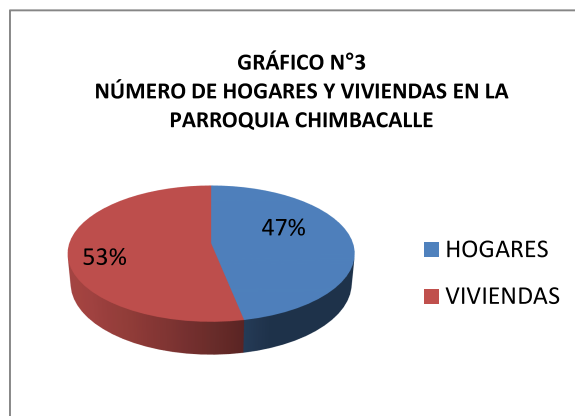


TABLA N° 4	
N° DE HOGARES Y VIVIENDAS EN LA PARROQUIA CHIMBACALLE	
HOGARES	3 728
VIVIENDAS	4 232



- **El Programa Sesenta y Piquito en el Barrio Pérez Pallares**

Las personas que asisten al Programa Sesenta y Piquito en la Casa Comunal del barrio Pérez Pallares provienen de distintos sectores del Sur Oriente de Quito, Chimbacalle, Villa Flora, de la Calle Teniente Hugo Ortiz, y del barrio Pérez Pallares. Del grupo inicial de cuarenta personas, asisten habitualmente de 20 a 30 personas.

El grupo de adultos mayores que participan son personas joviales, alegres, que entre ellos mantienen una relación de amistad y solidaridad, a pesar de sus problemas económicos o de salud. Mantienen un espíritu optimista, están siempre abiertos al diálogo.

A través del estudio se determina la percepción que tienen los beneficiarios sobre el servicio que brinda el Programa Sesenta y Piquito en favor directo del adulto mayor en el sector de Chimbacalle, Barrio Pérez Pallares.

5.2 TABULACIÓN, ANÁLISIS DE DATOS DEL PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO EN EL BARRIO PÉREZ PALLARES

Con la información procesada se procedió a realizar la interpretación de los resultados, en función de las variables investigadas. Producto de lo cual se elaboraron las conclusiones, recomendaciones y la propuesta de intervención para alcanzar el mejoramiento y optimización del Programa Sesenta y Piquito.

A continuación se presenta las variables de estudio y sus indicadores.

VARIABLES	INDICADORES	TÉCNICAS
INDEPENDIENTES		
Participación en el Programa de la población adulta mayor del barrio Pérez Pallares	<ul style="list-style-type: none"> • Concurrencia • Porcentaje de permanencia y frecuencia de participación en el Programa • Tiempo en el programa según referencia de conocidos • Frecuencia de asistencia al programa • Actividades que se practica en el programa Sesenta y Piquito • Problemas de Salud • Enfermedades del adulto mayor • Lugares de atención de salud según el sexo • Sugerencias de actividades según el sexo 	<p>Para la investigación cuantitativa: Información primaria: Datos, extraídas de las encuestas, así como identificación de datos relevantes.</p> <p>Análisis de las principales relaciones.</p>
DEPENDIENTE		
Calidad de vida	<ul style="list-style-type: none"> • Contribución de la participación en el programa a la vida del adulto mayor • Sentimientos que genera la participación en el Programa. 	

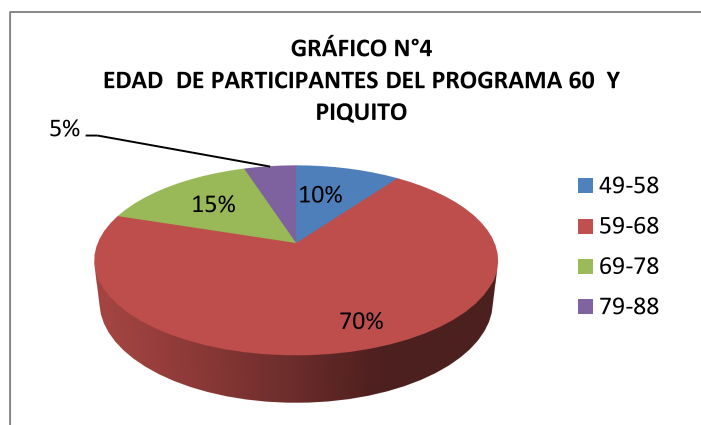
- **CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DEL ESTUDIO**

- **Población según edad y sexo**

TABLA N° 5
POBLACION
SEGÚN EDAD Y SEXO

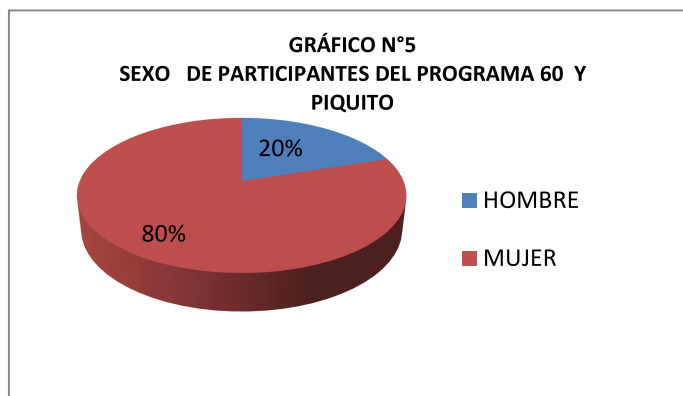
EDAD	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	HOMBRE	MUJER		
49-58	0	2	2	10%
59-68	3	11	14	70%
69-78	1	2	3	15%
79-88	0	1	1	5%
Total general	4	16	20	
%	20%	80%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



La población de estudio se halla constituida por personas cuyas edades fluctúan entre los 49 y 88 años. De ellos los adultos mayores cuyo rango de edad oscila entre los 59 a los 68 años son los que participan en mayor porcentaje 70%, luego están aquellas personas cuyas edades están entre 69 y 78 años con un 15%, las personas de entre 49 y 58 años participan en 10% y

un 5% de participación corresponde a las personas mayores de 79 años. Un fenómeno que se puede observar es la poca la presencia del sexo masculino.



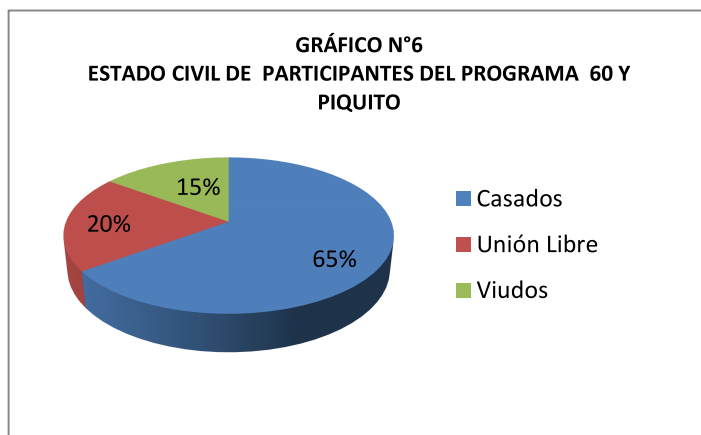
El Programa 60 y Piquito en el Barrio Pérez Pallares, tiene mayor incidencia de participación de las mujeres (80%) y un 20% de los hombres (20%).

- Estado civil

TABLA N° 6
ESTADO CIVIL DE LA POBLACIÓN SEGÜN SEXO

SEXO	ESTADO CIVIL			TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	CASADOS	UNIÓN LIBRE	VIUDOS		
Hombre	2	1	1	4	20%
Mujer	11	3	2	16	80%
Total general	13	4	3	20	
%	65%	20%	15%	100%	

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



El 65 % de la población en estudio es casada. Un 20% de los asistentes conviven bajo la categoría de unión libre, mientras que un 15% son viudos.

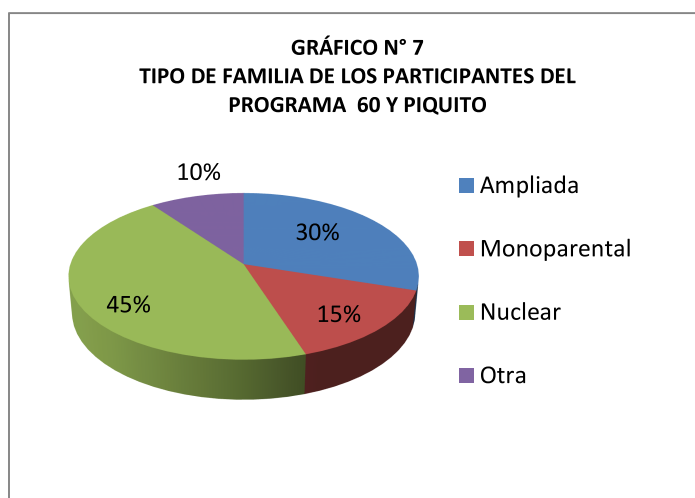
Es importante señalar que asisten al Programa parejas casadas en el espacio comparten este tiempo realizando juntos las actividades que se brindan.

- Tipo de familia

TABLA N° 7
TIPO DE FAMILIA

TIPO DE FAMILIA	N° PERSONAS	PORCENTAJE
Ampliada	6	30%
Monoparental	3	15%
Nuclear	9	45%
Otra	2	10%
Total general	20	100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



Dentro de los participantes del Programa 60 y Piquito se puede observar que el mayor porcentaje, el 45% vive en familias nucleares, el 30% lo hacen en familias ampliadas y un 15% viven en familias monoparentales y un 10% de personas han conformado otro tipo de familia.

Es importante señalar que los adultos mayores que viven en familias ampliadas o nucleares cuentan con respaldo de al menos un familiar cercano, lo que hace que tengan compañía en sus hogares. Mientras en los otros casos es más compleja la relación con los familiares más cercanos.

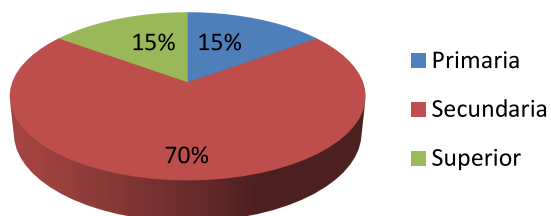
- Nivel de Instrucción

TABLA N° 8
NIVEL DE INSTRUCCIÓN SEGÚN SEXO

SEXO	NIVEL DE INSTRUCCIÓN			TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR		
Hombre	2	2	0	4	20%
Mujer	1	12	3	16	80%
Total general	3	14	3	20	
Porcentaje	15%	70%	15%	100%	

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013

**GRÁFICO N°8
NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE PARTICIPANTES DEL
PROGRAMA 60 Y PIQUITO**



El 70% de la población de estudio ha culminado la instrucción secundaria, el 15 % la instrucción primaria y otro 15% la instrucción superior.

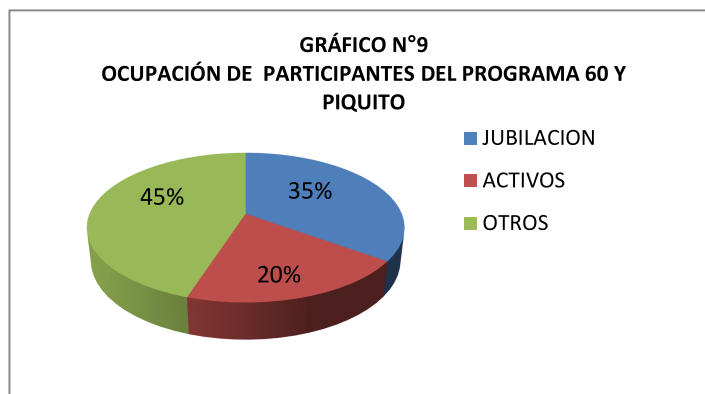
Las mujeres tienen mayor formación académica y son las que más participan en las actividades en el programa.

- Ocupación según sexo

**TABLA N° 9
OCUPACIÓN SEGÚN SEXO**

SEXO	TIEMPO DE JUBILACION			ACTIVOS	OTROS	PORCENTAJE
	2- 3 AÑOS	4 5 AÑOS	6- 7 AÑOS			
Hombre	1	0	0	1	4	20%
Mujer	1	4	1	3	16	80%
Total general	2	4	1	4	20	
Porcentaje	10%	20%	5%	20%	45%	100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



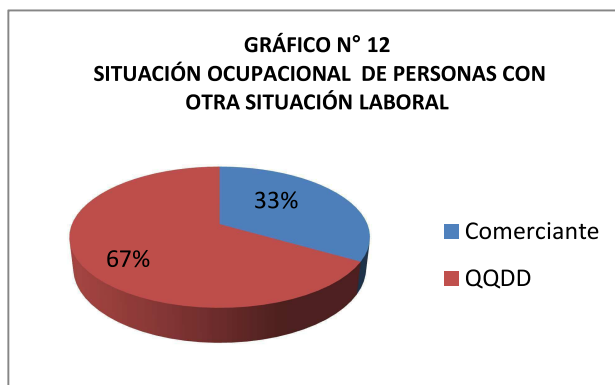
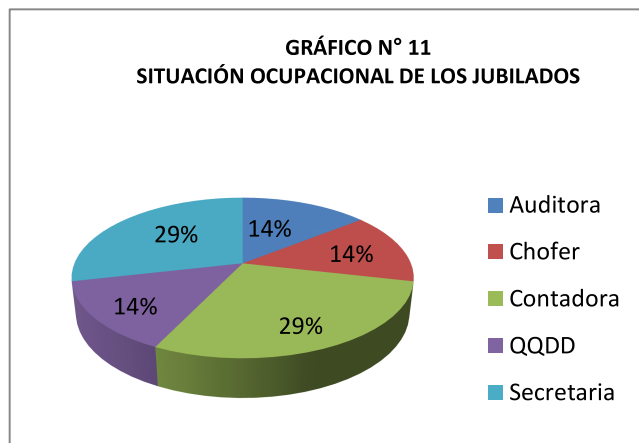
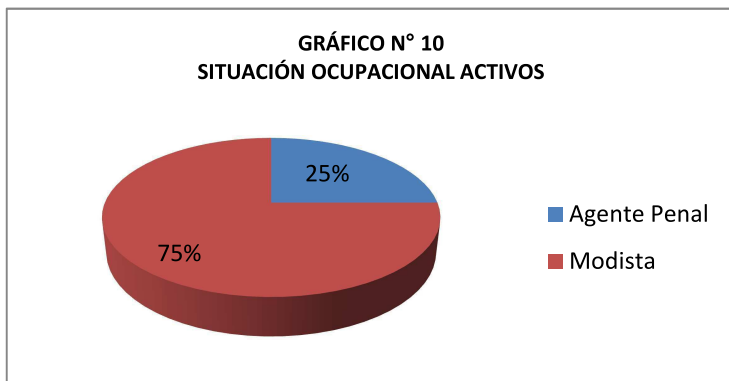
El 35% de la población en análisis es jubilada; el 10% se retiró de la actividad laboral hace menos de tres años, el 20% lo hizo hace 4 y 5 años y un 5% se jubiló hace 7 años. Mientras el 20% de asistentes se mantienen en actividad laboral y el 45% tiene actividades económicas independientes.

- **Situación ocupacional según nivel laboral**

TABLA N° 10
SITUACION OCUPACIONAL SEGÚN NIVEL LABORAL

OCUPACION	SITUACION LABORAL			TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	Activa	Jubilados	Otro		
Agente Penal	1	0	0	1	5%
Auditora	0	1	0	1	5%
Chofer	0	1	0	1	5%
Comerciante	0	0	3	3	15%
Contadora	0	2	0	2	10%
Modista	3	0	0	3	15%
QQDD	0	1	6	7	35%
Secretaria	0	2	0	2	10%
Total general	4	7	9	20	
Porcentaje	20%	35%	45%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



El 20% de adultos que asisten al programa es activo, de este porcentaje, el 75% se dedican a actividades manuales (modistería) y el 25% desempeñan funciones en el sector público.

El 35% del grupo es jubilado, la situación ocupacional de donde proviene es variada y se encuentra en función del nivel de formación académica y de la edad. El 58% corresponde a personas que desempeñaron funciones contables o financieras. Mientras que en igual porcentaje, 14% son amas de casa y choferes.

Del 45% de personas que mantienen otra situación laboral, el 67% se dedican a los quehaceres domésticos y el 33% son comerciantes. Una característica importante es que la población jubilada sigue cumpliendo labores

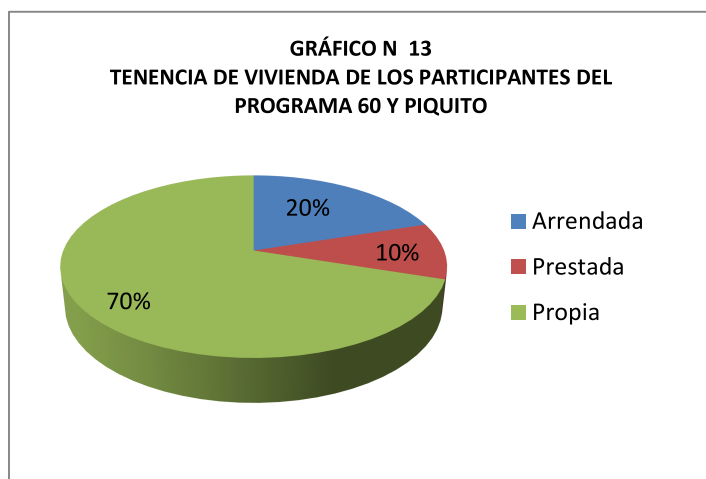
ocupacionales que les genera ingresos monetarios para complementar la pensión mensual.

- **Tenencia de vivienda**

TABLA N° 11
TENENCIA DE LA VIVIENDA SEGÚN CONDICION LABORAL

CONDICION LABORAL	TENENCIA DE LA VIVIENDA			TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	ARRENDADA	PRESTADA	PROPIA		
Activa	2	0	2	4	20%
Jubilados	1	0	6	7	30%
Otros	1	2	6	9	15%
Total general	4	2	14	20	
Porcentaje	20%	10%	70%		100.00%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



Existe un porcentaje notable de población 70%, constituidos por propietarios de sus viviendas, un 20% son arrendatarios y un 10% de esta población habita en una vivienda prestada.

- **ANÁLISIS DE LA VARIABLE INDEPENDIENTE: PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA**

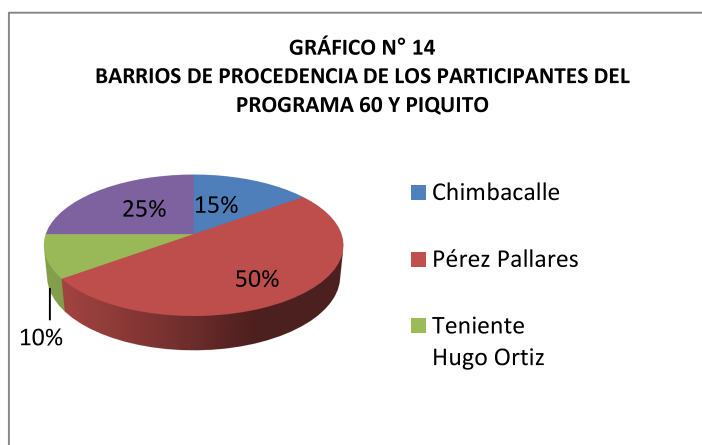
- **Barrios de Procedencia de los participantes en el Programa Sesenta y Piquito de la población adulta mayor del Barrio Pérez Pallares**

Para el presente estudio se seleccionó el punto de Sesenta y Piquito ubicado en el barrio Pérez Pallares a donde acuden personas de 4 barrios, correspondientes a dos parroquias del Sur de Quito. En la tabla siguientes e muestra la distribución de la participación de los moradores de acuerdo a la procedencia de los diferentes barrios.

TABLA N° 12
BARRIOS DE PROCEDENCIA DE LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO

PARROQUIA	BARRIOS DE PROCEDENCIA DE LOS PARTICIPANTES				TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	CHIMBACALLE	PÉREZ PALLARES	TENIENTE HUGO ORTIZ	VILLAFLORA		
CHIMBACALLE	3	7	0	0	10	50%
ELOY ALFARO	0	3	2	5	10	50%
TOTAL GENERAL	3	10	2	5	20	
%	15%	50%	10%	25%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



En el gráfico se observa que la mayor concurrencia poblacional a las actividades que desarrolla el programa Sesenta y Piquito en este punto corresponde a los moradores del Barrio de Pérez Pallares, grupo que alcanza el 50%, seguido en importancia por los moradores del sector de la Villa Flora 25%, Chimbacalle 15% y del sector de la Teniente Hugo Ortiz 10%. A pesar de que el Programa Sesenta y Piquito se encuentra ubicado en el Barrio Pérez Pallares, hay acogida de personas de otros sectores.

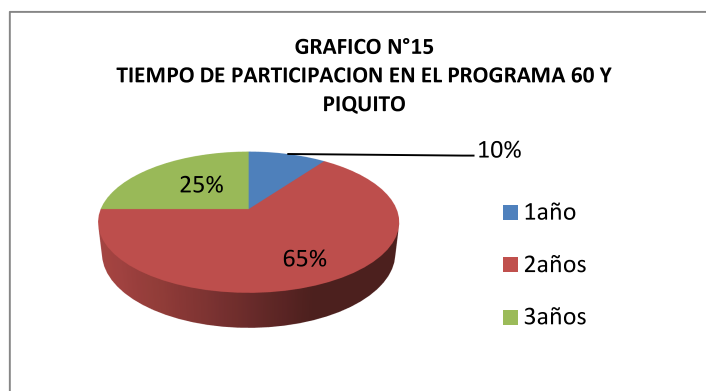
- **Tiempo de participación en el Programa 60 y Piquito**

TABLA N° 13

TIEMPO DE PARTICIPACION EN EL PROGRAMA 60 Y PIQUITO

N° AÑOS	TIEMPO EN EL PROGRAMA			TOTAL
	1 AÑO	2 AÑOS	3 AÑOS	
N° PERSONAS	2	13	5	20
PORCENTAJE	10%	65%	25%	100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
 Elaboración: Patricia Zapata
 Fecha: junio 2013



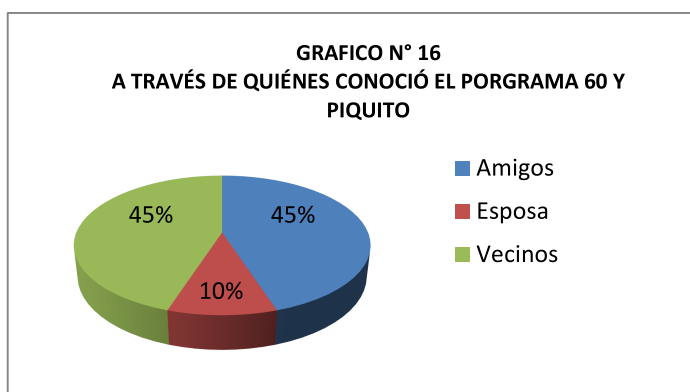
- **Conocimiento del Programa 60 y Piquito**

TABLA N° 14

CONOCIMIENTO DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO

A TRAVÉS DE QUIÉNES CONOCIÓ	N° PERSONAS	PORCENTAJE
Amigos	9	45%
Esposa	2	10%
Vecinos	9	45%
Total general	20	100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



Las personas adultas mayores que se encuentran participando en el programa llegaron y se integraron a él a través de sus amigos y vecinos en un 90%, a través de sus esposas y esposos el 10%. Las personas que les refirieron al espacio compartieron sus experiencias y socializaron las bondades del programa.

- **Frecuencia de asistencia al programa**

TABLA N° 15
NUMERO DE VECES QUE ACUDE AL PROGRAMA 60 Y PIQUITO Y TIEMPO

ASISTENCIA SEMANAL	HORAS QUE BRINDA EL PROGRAMA		TOTAL GENERAL	PORCENTAJE
	1 HORA	2 HORAS		
1 vez	0	2	2	10%
2 veces	10	8	18	90%
Total general	10	10	20	
Porcentaje	50%	50%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
 Elaboración: Patricia Zapata
 Fecha: junio 2013

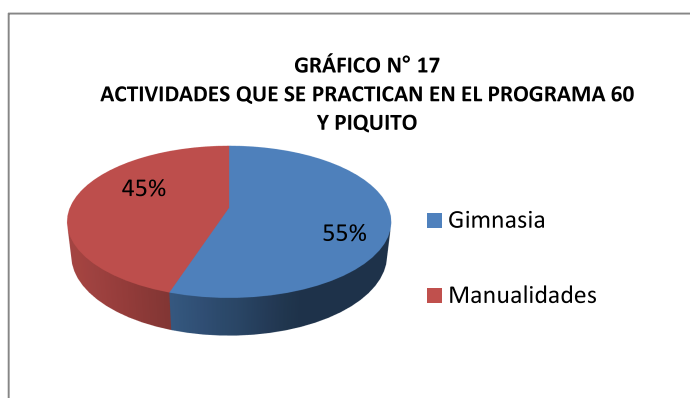
El 90% de los adultos mayores asisten con una frecuencia de 2 veces semanales, dos horas cada vez. Mientras que el 10% acude 2 horas, una vez a la semana

- **Actividades que se practica en el Programa Sesenta y Piquito**

TABLA N° 16
ACTIVIDADES QUE SE PRACTICA EN EL PROGRAMA 60 Y PIQUITO

ACTIVIDADES	HOMBRE	MUJER	TOTAL	PORCENTAJE
Gimnasia	1	10	11	55%
Manualidades	3	6	9	45%
TOTAL	20%	80%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
 Elaboración: Patricia Zapata
 Fecha: junio 2013



El programa 60 y Piquito para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores incorpora actividades como: gimnasia, terapia física, baile terapia, caminata y manualidades. En este grupo el 55% ejercita la gimnasia y el 45% se dedica a las manualidades.

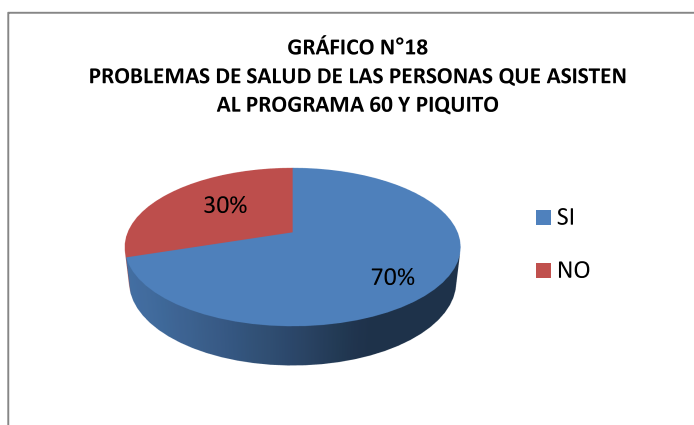
Las actividades físicas aportan a combatir el sedentarismo y a mantener el cuerpo y la mente activos. La lectura, los juegos de mesa, talleres de memoria, contribuyen a evitar el deterioro intelectual.

- Problemas de Salud

**TABLA N° 17
PROBLEMAS DE SALUD**

PROBLEMAS DE SALUD	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	HOMBRE	MUJER		
SI	4	10	14	70%
NO	0	6	6	30%
TOTAL GENERAL	4	16	20	
PORCENTAJE	20%	80%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



El programa contribuye a la consolidación del Buen Vivir sin embargo es necesario señalar que el 70% de la población estudiada presenta problemas de salud. El 30% no manifiesta tener enfermedades. El grupo de mujeres requiere mayor atención en este aspecto.

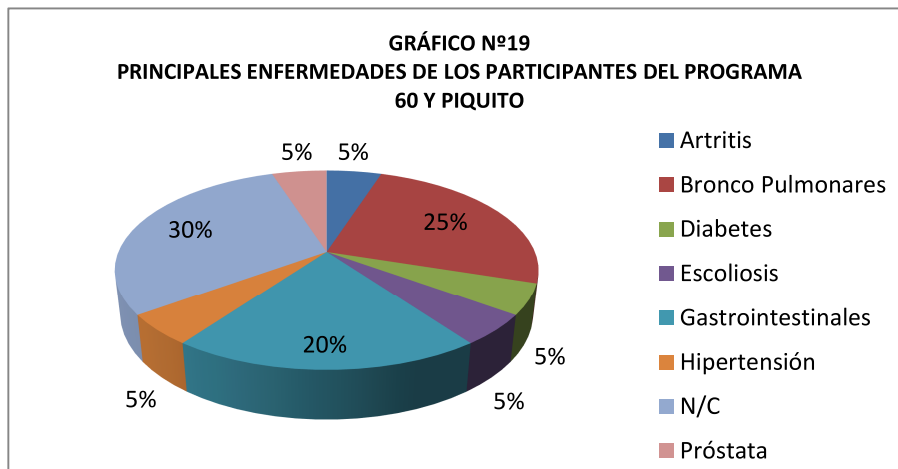
Es necesario precisar que el programa está enfocado a la dignificación de la vida y a la inclusión de las personas adultas mayores, potenciando la salud, desde una concepción integral. Busca la relación de la persona con su entorno, sea éste, la familia, ambiente, barrio, comunidad, sociedad; sin embargo, es necesario indagar con mayor profundidad los requerimientos específicos basados en la edad, en las limitaciones y en otras condiciones, de este grupo humano para dar respuesta a sus necesidades.

- Enfermedades del adulto mayor

**TABLA N° 18
PRINCIPALES ENFERMEDADES DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR EN EL PROGRAMA 60 Y PIQUITO**

ENFERMEDAD	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	HOMBRE	MUJER		
Artritis	0	1	1	5%
Bronco Pulmonares	2	3	5	25%
Diabetes	0	1	1	5%
Escoliosis	0	1	1	5%
Gastrointestinales	1	3	4	20%
Hipertensión	0	1	1	5%
N/C	0	6	6	30%
Próstata	1	0	1	5%
Total general	4	16	20	
Porcentaje	20%	80%		100.00%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



Las enfermedades broncopulmonares son las de mayor incidencia en el grupo de adultos mayores con un 25%, le sigue en frecuencia las enfermedades gastrointestinales con un 20%. Un 30% no contesta.

Las dolencias en este grupo humano requieren de una atención oportuna y adecuada y mejor si reciben en el espacio donde realizan las actividades del Programa.

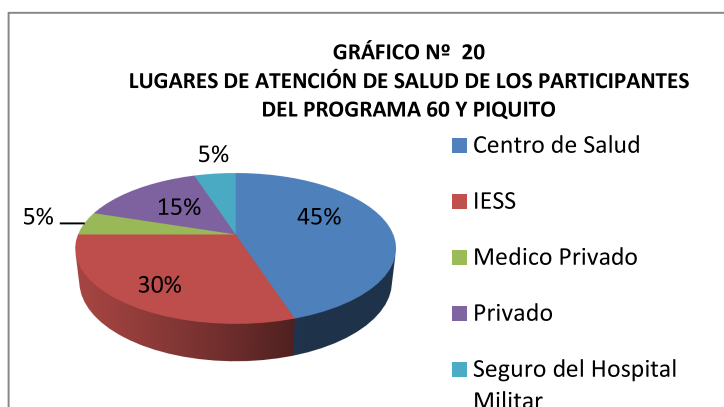
A estos dos problemas principales de salud se añaden otras enfermedades como la hipertensión, artritis, diabetes, escoliosis, inflamación de la próstata. Por lo que es importante se cubra con atención integral estas necesidades de las personas que acuden y participan en el programa.

- **Lugares de atención de salud según el sexo**

TABLA N° 19
LUGARES DE ATENCION DE SALUD SEGÚN SEXO

LUGAR	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	HOMBRE	MUJER		
Centro de Salud	2	7	9	45%
IESS	2	4	6	30%
Médico Privado	0	1	1	5%
Privado	0	3	3	15%
Seguro del Hospital Militar	0	1	1	5%
Total general	4	16	20	
Porcentaje	20%	80%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



El 45% de los adultos mayores de este estudio reciben atención médica en los centros de salud públicos. Mientras que el 30% acude a los servicios del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), finalmente el 25% de este grupo es atendido por centros privados de atención médica.

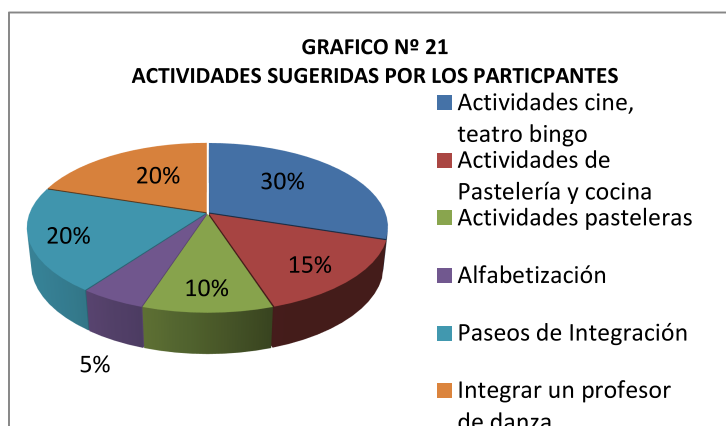
La mayor demanda corresponde a requerimientos de la mujer y precisamente son ellas las que acuden de manera preferencial a centros de salud pública.

- **Sugerencias de actividades de los participantes**

TABLA N° 20
PRINCIPALES SUGERENCIAS DE ACTIVIDADES DE LOS PARTICIPANTES

SUGERENCIAS	SEXO		TOTAL	PORCENTAJE
	HOMBRE	MUJER		
Actividades cine, teatro bingo	1	5	6	30%
Actividades de Pastelería y cocina	1	2	3	15%
Actividades pasteleras	0	2	2	10%
Alfabetización	1	0	1	5%
Paseos de Integración	1	3	4	20%
Profesor danza	0	4	4	20%
Total general	4	16	20	
PORCENTAJE	20%	80%		100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



Las actividades preferidas por los adultos mayores y que proponen se las incorporen en el Programa son aquellas acordes a sus necesidades y capacidades. Entre ellas mencionan: el cine, teatro, bingo (30%), paseos de integración (20%), danza dirigida (20%). Estas sugerencias las expresan de manera preferencial las mujeres que son las que tienen mayor presencia en el programa.

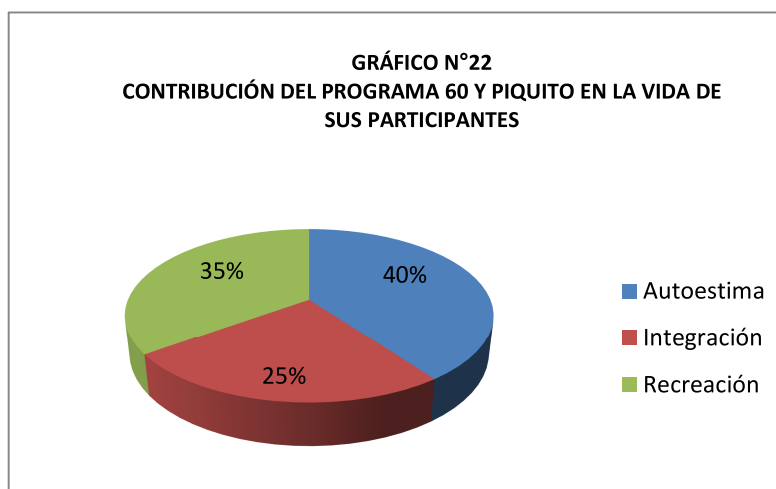
- **ANÁLISIS DE LA VARIABLE DEPENDIENTE: LA CALIDAD DE VIDA**

Contribución del programa a la vida del adulto mayor

TABLA N° 21
CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LA VIDA DEL ADULTO MAYOR

CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A LA VIDA DEL ADULTO MAYOR				PORCENTAJE
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
Autoestima	0	8	8	40%
Integración	1	4	5	25%
Recreación	3	4	7	35%
TOTAL	20%	80%	20	100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
Elaboración: Patricia Zapata
Fecha: junio 2013



La participación y actividades vividas en el Programa Sesenta y Piquito, ha permitido al 40% de los participantes recuperar su autoestima. El 35% de

las personas ha encontrado un espacio de recreación que les permite darle sentido a su vida, integrarse y relacionarse con otras personas al 25%.

Por lo tanto se puede inferir que el programa cumple sus objetivos de mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de encontrar sentido de vida a través de las acciones que desarrollan.

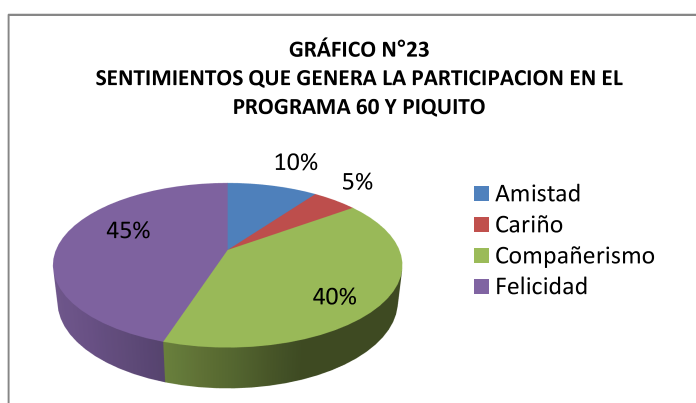
- Sentimientos que genera la participación en el Programa

TABLA N°22

SENTIMIENTOS QUE GENERA EN EL ADULTO MAYOR SU PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA 60 Y PIQUITO

SENTIMIENTOS QUE GENERA LA PARTICIPACIÓN EN EL PROGRAMA				%
	HOMBRES	MUJERES	TOTAL	
Amistad	0	2	2	10%
Cariño	0	1	1	5%
Compañerismo	3	5	8	40%
Felicidad	1	8	9	45%
TOTAL	20%	80%	20	100%

FUENTE: ENCUESTAS EN ACTIVIDAD DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO
 Elaboración: Patricia Zapata
 Fecha: junio 2013



Analizando esta variable cualitativa se observa que el programa ha logrado despertar sentimientos positivos que les permite vivir integrados a la sociedad con dignidad. Un 40% de los participantes percibe que en el grupo existe compañerismo, el 45% se sienten felices de compartir este espacio y ser

parte del programa, el 10% descubrió nuevas amistades y un 5% manifestó haber encontrado cariño en sus compañeros y compañeras.

Por lo tanto los adultos mayores encuentran que las necesidades humanas fundamentales son satisfechas por la serie de actividades y el dinamismo presente en el Programa Sesenta y Piquito.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA: AMPLIACION DE COBERTURA PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO EN EL SECTOR DE CHIMBACALLE

6.1 JUSTIFICACIÓN

Una de las recomendaciones de la investigación es la necesidad de una propuesta de ampliación del programa, debido a algunos aspectos que detallaremos a continuación.

En primer lugar hay que tomar en cuenta que existe un incremento de la población adulta mayor, a nivel local, nacional. Esto implica que tanto el gobierno central como el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, deben asumir el fomento de políticas públicas que atiendan a las necesidades de este grupo de personas.

El Programa Sesenta y Piquito es el claro ejemplo de una política pública ejecutada a favor de las personas adultas mayores, cuyas bondades pueden ser extensivas a mayor número de beneficiarios y de esta manera contribuir a mejorar su calidad de vida a partir de desplegar actividades que partan de las necesidades de las personas.

El segundo aspecto a desarrollar en la propuesta es mejorar los medios de difusión del programa, los mismos que permitan que aumente el número de personas participantes del programa y puedan integrarse a los servicios y actividades que se desarrollan en el mismo.

En este punto, se tomará en cuenta a la comunidad que se encuentra alrededor, integrando así a vecinos y a la propia familia. Sensibilizando también a toda la colectividad.

6.2 OBJETIVOS

Objetivo General

- Ampliar la cobertura del Programa Sesenta y Piquito en el Sector de Chimbacalle con el fin de poder brindar los servicios y actividades del programa a un número mayor de adultas mayores y contribuir a mejorar su calidad de vida según sus necesidades.

Objetivo Específico

- Realizar campañas de difusión entre la comunidad del sector para ampliar el conocimiento del programa y que sus miembros comuniquen y remitan a sus familiares adultas mayores a que sean partícipes del mismo.
- Mejorar los servicios que se prestan en el Programa, tomando en cuenta las necesidades y demandas del grupo beneficiario.

6.3 POBLACIÓN OBJETIVO:

Los beneficiarios directos del Programa 60 y Piquito son hombres y mujeres mayores de 60 años, nacionales o extranjeros, que vivan en el DMQ, de cualquier condición social, étnica, económica. Como beneficiarios indirectos serán considerados sus familias y la comunidad.

6.4 VIABILIDAD:

Se puede considerar que la propuesta es técnicamente viable, gracias a la investigación realizada en la cual se evidencia que el Programa Sesenta y Piquito ha contribuido de manera positiva a las personas adulto mayor, promoviendo así inclusión social, participación.

Ahora se revisará la viabilidad según algunos aspectos:

TÉCNICA

La presente propuesta tiene un fundamento teórico y técnico, basado en diversos enfoques, gerontológico, integral, de derechos, género y la experiencia del trabajo en la comunidad, que se adecua a la realidad del DMQ que permitirán tener un panorama más claro del objetivo de ampliación y difusión del Programa Sesenta y Piquito.

Enfoque gerontológico

Este enfoque es esencialmente científico y multidisciplinario por cuanto intervienen varias ciencias para explicar el proceso del envejecimiento desde diferentes puntos de vista y diversas aplicaciones, su aproximación teórica y práctica es bio-psico-social.

Las consecuencias del envejecimiento no deben verse únicamente en el plano individual, sino en la familia, en la sociedad y deben ser resueltas por disciplinas o profesiones implicadas en la gerontología (biología, medicina, psicología, pedagogía, trabajo social, derecho, arquitectura). El objetivo fundamental de la gerontología es el mejoramiento de la calidad de vida de las personas adultas mayores.

Enfoque integral

Se refiere a atención a las personas adultas mayores desde una perspectiva integral: afecto, salud, educación, recreación, participación, productividad. Para desarrollar este enfoque es necesario la concurrencia y la articulación de otras instituciones y la aplicación de estrategias de atención tanto al interior de la administración municipal como en relación con otros prestadores de servicios públicos y privados, para lograr intervenciones efectivas y sostenibles.

Desde una dimensión individual la integralidad tiene que ver una perspectiva bio psico social, por lo tanto para la atención a las personas adultas mayores se debe tomar en cuenta los cambios biológicos, psicológicos, personales que se producen como consecuencia de la edad, lo que acarrearán las correspondientes transformaciones en su entorno social y familiar.

Enfoque de derechos

La atención a los adultos mayores debe partir del acceso pleno a los derechos fundamentales de las personas adultas mayores, el derecho al afecto, a la salud, a la educación, a la vivienda, al deporte y recreación, respetando su diversidad étnica, cultural y condiciones de discapacidad, derechos que están definidos en la Constitución y en el Plan del Buen Vivir, Ley del Anciano y demás leyes que protegen a este grupo poblacional.

Enfoque de género

Parte de elementos culturales que se establecen a partir de diferencias biológicas entre hombres y mujeres y que han marcado formas diferentes de envejecer determinado por los diversos roles que las mujeres han desempeñado durante toda su vida, sobre todo por la desigualdad de acceso a bienes materiales y simbólicos, el acceso a la educación, a la seguridad social a un trabajo seguro, a la salud, los mismos que ha estado marcado por diferencias sustanciales entre hombres y mujeres.

Enfoque de corresponsabilidad

Parte de la responsabilidad que tiene la familia, la sociedad y el Estado en el respeto, cuidado y protección de las personas adultas mayores.

Es importante mencionar estos enfoques ya que permite tener una visión más global e integral de la situación del adulto mayor, lo cual contribuirá a realizar de mejor manera la propuesta de mejoramiento del programa.

6.5 RECURSOS

- Económico

A nivel económico si es factible ya que seguirá siendo financiada por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito, esta propuesta sería un alcance al programa ya establecido.

- **Social**

En el aspecto social, se pretende tener la participación activa de la comunidad cercana al programa, para que así, tanto familiares como vecinos se unan a la campaña de difusión y se pueda beneficiar a más personas adulto mayor.

6.6 ACTIVIDADES:

PROCESO	ACTIVIDADES	RECURSOS
<ul style="list-style-type: none"> ● Elaboración de la propuesta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diseño de la ficha social ● Diseño de campaña de difusión del Programa en el Sector Chimbacalle Presentación de la propuesta. Negociación de la propuesta Aprobación de la propuesta	<ul style="list-style-type: none"> ● Ficha Social ● Volantes
<ul style="list-style-type: none"> ● Implementación de la propuesta 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ejecución de la propuesta. Inicio de la campaña de difusión que permitirá acoger a más personas adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none"> ● Perifoneo, afiches, redes de amigos, conocidos que difundan.

CAPÍTULO VII

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 CONCLUSIONES

- Los resultados encontrados en el estudio “Análisis de la calidad de vida del adulto mayor, caso: Programa Sesenta y Piquito en el barrio Pérez Pallares” permiten afirmar que las dimensiones para evaluar la “calidad de vida” del adulto mayor se configuran de una manera específica y particular.
- Estas dimensiones dependen de las características, de la experiencia de vida y de las necesidades de cada persona. Entre mejor satisfaga el individuo sus necesidades personales, mejor será su proceso de envejecimiento.
- Las personas que gozan de una buena calidad de vida, transitan esta fase de la vida con alegría y sintiéndose como seres que aportan a sí mismos, a la familia y a la sociedad.
- El estudio comprobó que la participación del adulto mayor en programas como Sesenta y Piquito, implementado por el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito contribuye a mejorar su calidad de vida en sus diferentes dimensiones humanas.
- Desde la concepción de desarrollo humano a escala humana, la investigación confirmó que el programa aporta a satisfacer aquellas necesidades que no son de carácter material, sino a aquellas que permiten el bienestar del SER, su autorrealización, crecimiento personal y social, aspectos que son fundamentales en la vida del ser humano en cualquier fase de su vida y en particular de los sesenta y cinco años en adelante.

- Las necesidades humanas de afecto, de sentirse útil, han logrado ser satisfechas en la participación de los adultos mayores en las diferentes actividades desarrolladas en el Programa. Las mismas han generado en los participantes sentimientos positivos que elevan su autoestima y fortalecen las relaciones intra e interpersonales en el grupo.
- De los datos obtenidos se concluye que los varones participan en menos proporción a las mujeres.
- Las necesidades de atención en salud de este grupo humano es vital por las características de vulnerabilidad que tiene y requieren de una atención oportuna y adecuada.
- La calidad de vida concebida como la resultante de un proceso integral de satisfacción del sistema de necesidades humanas fundamentales, en las que se conjugan las diferentes categorías de necesidades, es posible atenderlas a través de políticas públicas orientadas en esta perspectiva.
- La experiencia del Programa Sesenta y Piquito es un ejemplo a la contribución a la vida del adulto mayor en Quito. por las diferentes dimensiones y componentes que tiene el programa para responder a las necesidades vitales del adulto mayor del Distrito Metropolitano de Quito.
- Dentro de los datos de este grupo de análisis, se demuestra que los objetivos propuestos en el programa se cumplen con aquellas personas que acceden al él.
- El gobierno central y los gobiernos autónomos descentralizados (GAD) deben incorporar en sus planes estratégicos programas enfocados al desarrollo humano como proceso por el que una sociedad mejora las

condiciones de vida de sus ciudadanos a través de un incremento de los bienes con los que puede cubrir sus necesidades básicas y complementarias, y de la creación de un entorno en el que se respeten los derechos humanos de todos ellos.

7.2 RECOMENDACIONES

- Las necesidades humanas fundamentales de subsistencia protección y afecto, dentro de las dimensiones del tener y el estar, deben ser atendidas con mayor énfasis al grupo poblacional del adulto mayor como uno de los sectores vulnerables de la sociedad tal como señala la constitución y en particular brindar este servicio a los sectores más pobres del Distrito, donde todavía no hay centros de atención y son las personas que se encuentran en mayores niveles de vulnerabilidad.
- Por la multidimensionalidad del Programa Sesenta y Piquito en la atención al adulto mayor, es importante ampliar su cobertura a través de una mayor difusión a través de diferentes mecanismos que permitan que este sector humano conozca y se integre a participar de este servicio que ofrece el gobierno local.
- La mayor difusión del programa permitirá la incorporación de un mayor número de hombres. Según las estadísticas de la relación hombres – mujeres en el sector analizado es pareja, sin embargo la participación de los varones es la cuarta parte en relación a la de las mujeres.
- En el campo de la salud, si bien es cierto existe atención en la red de las diferentes casas de salud, no es menos cierto que el adulto mayor requiere el control en el sitio donde realiza las prácticas para garantizar su bienestar

físico y emocional dentro de las actividades que desarrolla y en el caso que requiera tenga la atención primaria oportuna.

- La presencia de puntos de atención en lugares más necesitados, contribuiría a la facilidad de acceso y se evitaría el traslado a sitios más lejanos, los recursos de las personas se optimizarían
- La alimentación es un punto importante para el adulto mayor cubrir esta necesidad básica sería importante que se considere en el programa, sobre todo para los sectores menos favorecidos de la sociedad. Estar alimentado permite realizar las actividades que se propone y se estaría aportando a mejorar aún más la calidad de vida del adulto mayor.
- Lo manifestado se puede llegar a efectivizar si se investiga a profundidad para conocer las necesidades reales de la población de cada sector y zona ya que éstas difieren de sector a sector, igualmente los recursos.
- Se recomienda que los estudiantes de la Escuela de Trabajo Social, Carrera de Gestión Social, puedan insertarse a realizar trabajo comunitario en estos programas y aportar a la vida de estas personas.

BIBLIOGRAFÍA

Libros

- Max-Neef, M.(1998), Elizalde A., Hopenhayn, *Desarrollo a escala Humana, conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones*, Barcelona, Editorial Nordan-Comunidad
- Goldar, Rosa María, *Desarrollo: una noción en debate en América Latina. Sus implicancias para la acción de educadores populares.*
- Sen, A. (2001). *Desarrollo y Libertad*. Colombia, Bogotá: Planeta Colombiana, S:A.
- Balbín, J. (2008). *Metodología para la inclusión del enfoque de derechos en el desarrollo*. Colombia, Medellín.

Disertaciones

- Rosero, Lucía (2005). *Análisis situacional del Adulto Mayor en los centros de cuidado de la Zona Eloy Alfaro (Quito)*. Disertación de Grado, PUCE Facultad de Enfermería. [Quito – Ecuador 2005]
- Proaño, Ana. (2009) *Evaluación de la capacidad de autonomía y el grado de dependencia en la realización de las actividades instrumentales de la vida diaria, en un centro de experiencia del Adulto Mayor en el DMQ*. Disertación de Grado, PUCE, Facultad de Enfermería. [Quito – Ecuador 2009]
- Rodriguez, Gioconda. (2002). *Aproximación al conocimiento y explicación al problema de Tercera Edad en el Hogar la Esperanza* Disertación de Grado, PUCE, Escuela de Trabajo Social, [Quito – Ecuador 2002]
- Salas, Rosa, Elena. Veletanga, Rosa. *Visión integral de la población que envejece: caso de los hogares de ancianos de la ciudad de*

Quito.]: Disertación de grado, PUCE, Escuela de Trabajo Social [Quito – Ecuador 1988]

Revistas

- Quijano, A. (2000, mayo-agosto). El fantasma del desarrollo en América Latina. *Revista Venezolana de Economía* N° 2(Vol6).
- PNUD (1994), Algunas preguntas y respuestas sobre el desarrollo humano sostenible. Washington 17 de enero de 1994. pp. 7.

Artículos de revistas recuperadas de la web

Aviña, Zepeda, J. *Familia y Desarrollo Humano, Fuente de capital Social*

Publicaciones Web

- González A. (2006). Del crecimiento al desarrollo humano sostenible. Recuperado de:
<http://www.geocities.com/juwandem/seminar.html>
- Ministerio de Salud Pública, (2010). *Atención integral de la salud de los y las adulto mayores*. Recuperado de:
http://www.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/Adulto_Mayor/Normas_y_protocolos.pdf
- Portal Mayores. (2010). *Indicadores estadísticos adulto mayor en el Ecuador*. Recuperado de:
<http://www.imsersomayores.csic.es/internacional/iberoamerica/ecuador/indicadores.html>
- Palabra Mayor. (2011). *Adultos Mayores en el Ecuador*. Recuperado de:
http://www.palabramayor.ec/index.php?option=com_content&view=article&id=61:en-el-ecuador-hay-1229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=36:pagina-principal.

Sen, A (2005). *Teorías del desarrollo a principios del siglo XXI*.

Recuperado en:

<http://www.sustainable-systems-international.org/dissertation.aspx>

Aviña, Zepeda, J. *Familia y Desarrollo Humano, Fuente de capital Social*.

Recuperado de:

www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc154/dr_jaime.pdf

Coll, C (2008). *Desarrollo Humano*. Recuperado de:

<http://es.scribd.com/doc/39928791/Caracteristicas-del-Adulto-Mayor>.

Dionne, M, (2004). *Capítulo 1 , El Adulto Mayor*. Universidad de las

Américas Puebla. México, Puebla Recuperado de:

http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lar/dionne_e_mf/capitulo1.pdf

Yasuko, B., Romano, S., García, N. y Félix, M., (2005). *Indicadores*

objetivos y subjetivos de la calidad de vida. Enseñanza e

Investigación en Psicología, 10 (1), p. 93-102.

González-Celis R., A.L., 2003. *Los adultos mayores: un reto para la*

familia. En: L.L. Eguiluz, *Dinámica de la familia*. México: Editorial

Pax, pp. 127-139. Recuperado en:

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/34.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR CARRERA DE GESTION SOCIAL

OBJETIVO DE LA INVESTIGACION

La presente encuesta pretende recopilar información sobre el Programa Sesenta y Piquito implementado por el DMQ, desde las experiencias y vivencias de los participantes, con el fin de analizar el impacto social en la vida de las personas adulto mayor.

CONFIDENCIALIDAD

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

1. SECTOR..... PARROQUIA.....

2. EDAD SEXO HOMBRE MUJER

3. ESTADO CIVIL:

SOLTERO CASADO UNIÓN LIBRE VIUDO

ESTRUCTURA FAMILIAR

4. TIPO DE FAMILIA

a) NUCLEAR b) AMPLIADA c) MONOPARENTAL d) OTRA

¿CON QUIÉN VIVE?

.....

.....

5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN

PRIMARIA SECUNDARIA SUPERIOR

**6. OCUPACIÓN/
PROFESIÓN.....**

.....

7. SITUACIÓN LABORAL

ACTIVO JUBILADO OTROS

Si es jubilado indique el tiempo de jubilación.....

Si eligió otro especifique.....

8. VIVIENDA

PROPIA ARRENDADA PRESTADA

OTROS.....
.....

PARTICIPACION EN EL PROGRAMA 60 Y PIQUITO

9. ¿CÓMO CONOCIÓ DEL PROGRAMA 60 Y PIQUITO?

FAMILIRES VECINOS AMIGOS MEDIOS DE DIFUSIÓN

OTROS.....

10. ¿CUÁL ES LA FRECUENCIA DE CONCURENCIA AL PROGRAMA?

1 VEZ A LA SEMANA 2 VECES A LA SEMANA OTRO.....

11. ¿CUANTAS HORAS SEMANALES ASISTE AL PROGRAMA?

.....

12. ¿CREE QUE SON SUFICIENTES LAS HORAS QUE BRINDA EL PROGRAMA?

SI

NO

13 ¿EN QUÉ TIPO DE ACTIVIDADES QUE SE REALIZAN DENTRO DEL PROGRAMA USTED PARTICIPA?

ACTIVIDADES		¿QUÉ ACTIVIDAD LE GUSTA MÁS?
a. FISICA Gimnasia Caminatas Terapia Física		
b. MANUALES Costura> tejidos, crochet, Cocina Pintura, Origami, Bisutería, Muñecas, Bolsos,		
c. ARTÍSTICAS Y CULTURALES Música Danza Teatro		

14. ¿CÓMO SE SIENTE AL PARTICIPAR EN ESTE POGRAMA?

.....

.....

.....

15. ¿EN QUÉ ASPECTO DE SU VIDA HA CONTRIBUIDO ESTE PROGRAMA?

.....

.....

.....

CONDICIONES DE SALUD

16. TIENE USTED PROBLEMAS DE SALUD.

SI NO

PROBLEMAS DE SALUD	SI	NO
a. DERMATOLOGICOS		
b. GASTROINTESTINALES		
c. BRONCO-PULMONARES		
d. HEMATOLOGICOS		
e. TRAUMATOLOGICOS		
f. SICOLOGICOS		
g. GINECOLÓGICAS		
h. DESNUTRICION		
i. ALERGÍAS		
j. CARDIOLOGICAS		
k. ONCOLOGICOS		
k. OTROS		

17. A DÓNDE ACUDE, PARA ATENDER LOS PROBLEMAS DE SALUD

TIPO DE ATENCION	SI	NO	POR QUE
a. CENTRO DE SALUD			
b. HOSPITAL PUBLICO			
c. CONSULTA PRIVADA			
d. IESS			
e. SEGURO DE SALUD PRIVADO			
f. MEDICINA NATURAL / ALTERNATIVA			
g. OTROS			

.....
.....
.....

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

ENCUESTADORA: PATRICIA ZAPATA BATALLAS

FECHA: 2013-06-14

ANEXO 2

BASE DE DATOS: INFORMACIÓN RECOPIADA DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO DEL BARRIO PEREZ PALLARES JUNIO 2013

N	PARROQUIA	BARRIO	EDAD	SEXO	E.CIVIL
1	Eloy Alfaro	Pérez Pallares	70	Mujer	Casada
2	Chimbacalle	Chimbacalle	72	Mujer	Casada
3	Chimbacalle	Chimbacalle	81	Mujer	Viuda
4	Eloy Alfaro	Pérez Pallares	66	Hombre	Viudo
5	Eloy Alfaro	Tnt. Hugo Ortiz	60	Mujer	Unión Libre
6	Eloy Alfaro	Tnt. Hugo Ortiz	49	Mujer	Casada
7	Eloy Alfaro	Pérez Pallares	68	Hombre	Unión Libre
8	Chimbacalle	Chimbacalle	64	Mujer	Viuda
9	Chimbacalle	Pérez Pallares	62	Mujer	Casada
10	Chimbacalle	Pérez Pallares	67	Mujer	Casada
11	Eloy Alfaro	Villaflora	70	Hombre	casado
12	Eloy Alfaro	Villaflora	65	Mujer	Unión Libre
13	Chimbacalle	Pérez Pallares	68	Mujer	Unión Libre
14	Eloy Alfaro	Villaflora	63	Mujer	Casada
15	Eloy Alfaro	Villaflora	62	Mujer	Casada
16	Eloy Alfaro	Villaflora	66	Mujer	Casada
17	Chimbacalle	Pérez Pallares	63	Mujer	Casada
18	Chimbacalle	Pérez Pallares	59	Mujer	Casada
19	Chimbacalle	Pérez Pallares	55	Mujer	Casada
20	Chimbacalle	Pérez Pallares	68	Hombre	Casada

**BASE DE DATOS: INFORMACIÓN RECOPIADA DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PARTICIPANTES
DEL PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO DEL BARRIO PEREZ PALLARES JUNIO 2013**

N	FAMILIA	INSTRUCCIÓN	OCUPACIÓN	SIT. LABORAL	TIEMPO JUBILACIÓN	VIVIENDA
1	Monoparental	Secundaria	QQDD	Otro	0	Propia
2	Nuclear	Secundaria	Secretaria	Jubilada	7	Propia
3	Otra	Primaria	QQDD	Otro	0	Propia
4	Ampliada	Primaria	Comerciante	Otro	0	Prestada
5	Nuclear	Superior	Auditora	Jubilada	4	Arrendada
6	Nuclear	Secundaria	Modista	Activa	0	Propia
7	Ampliada	Secundaria	Agente Penal	Activo	0	Propia
8	Otra	Secundaria	Comerciante	Otro	0	Prestada
9	Nuclear	Secundaria	QQDD	Otro	0	Propia
10	Nuclear	Secundaria	QQDD	Otro	0	Propia
11	Nuclear	Secundaria	Chofer	Jubilado	3	Propia
12	Ampliada	Superior	Contadora	Jubilada	5	Propia
13	Nuclear	Secundaria	Secretaria	Jubilada	5	propia
14	Ampliada	Secundaria	QQDD	jubilada	4	Propia
15	Monoparental	Secundaria	Comerciante	Otra	0	Arrendada
16	Ampliada	Secundaria	QQDD	Otra	0	Propia
17	Nuclear	Superior	Contadora	Jubilada	3	propia
18	Monoparental	Secundaria	Modista	Activa	0	Arrendada
19	Ampliada	Secundaria	Modista	Activa	0	Arrendada
20	Nuclear	Primaria	QQDD	otra	0	Propia
	¿Cuál es su estructura familiar?	¿Cuál es su nivel de instrucción?	¿Cuál es su ocupación?	¿Cuál es su situación laboral?	Años de Jubilacion	Vivienda
	a)Nuclear b)Monoparental c) Ampliada d)Otra	a)Primaria b)Secundaria c)Superior d)Técnica		a)Jubilado b)Activo c)Otro		

BASE DE DATOS: INFORMACIÓN RECOPIADA DE ENCUESTA REALIZADA A LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO DEL BARRIO PEREZ PALLARES JUNIO 2013

N	CÓMO LLEGO A 60 Y PIQUITO	TIEMPO EN 60 Y PIQUITO	FRECUENCIA	HORAS	ACTIVIDADES
1	Vecinos	2	2	1	Manualidades
2	Vecinos	3	2	2	Gimnasia
3	Vecinos	3	2	1	Manualidades
4	Amigos	1	2	1	Manualidades
5	Amigos	3	2	1	Gimnasia
6	Amigos	3	2	1	Gimnasia
7	Esposa	1	1	2	Manualidades
8	Amigos	3	2	1	Gimnasia
9	Amigos	2	2	1	Gimnasia
10	Vecinos	2	2	1	Manualidades
11	Esposa	2	1	2	Gimnasia
12	Amigos	2	2	1	Gimnasia
13	Vecinos	2	2	2	Manualidades
14	Amigos	2	2	2	Gimnasia
15	Vecinos	2	2	2	Gimnasia
16	Vecinos	2	2	1	Manualidades
17	Amigos	2	2	2	Gimnasia
18	Vecinos	2	2	2	Gimnasia
19	Amigos	2	2	2	Manualidades
20	Vecinos	2	2	2	Manualidades
	¿Cómo conoció el programa Sesenta y Piquito?	¿Cuánto tiempo es parte del Programa sesenta y Piquito?	¿Cuántas veces a la semana asiste	¿Cree que son suficientes las horas que brinda el programa	¿Qué tipo de actividades realiza en el Programa?
	a)Amigos b)Vecinos c)Familia d)Medios de Comunicacion	Especifica años		SI 1 NO 2	

BASE DE DATOS: INFORMACIÓN RECOPIADA DE ENCUESTAS REALIZADAS A LOS PARTICIPANTES DEL PROGRAMA SESENTA Y PIQUITO DEL BARRIO PEREZ PALLARES JUNIO 2013

N	CONTRIBUCIÓN DEL PROGRAMA A SU VIDA	SENTIMIENTOS	ESTADO DE SALUD	TIPO ENFERMEDAD	ATENCIÓN MÉDICA	SUGERENCIAS
1	Integración	Felicidad	1	Bronco Pulmonares	IESS	Actividades pasteleras
2	Autoestima	Carino	1	Hipertensión	Privado	Profesor danza
3	Autoestima	Amistad	1	Artritis	Centro de Salud	Actividades cine, teatro bingo
4	Recreación	Compañerismo	1	Gastrointestinales, Bronco Pulmonares	Centro de Salud	Alfabetización
5	Recreación	Felicidad	2	N/C	IESS	Actividades cine, teatro bingo
6	Autoestima	Amistad	1	Gastrointestinales	IESS	Actividades pasteleras
7	Integración	Compañerismo	1	Prostata	IESS	Paseos de Integración
8	Autoestima	Felicidad	2	N/C	Centro de Salud	Paseos de Integración
9	Autoestima	Compañerismo	1	Escoleosis	Seguro del Hospital Militar	Profesor danza
10	Integración	Felicidad	1	Diabetes	Centro de Salud	Actividades cine, teatro bingo
11	Recreación	Compañerismo	1	Gastrointestinales	IESS	Actividades cine, teatro bingo
12	Recreación	Felicidad	1	Bronco Pulmonares	Privado	Profesor danza
13	Autoestima	Compañerismo	1	Gastrointestinales	IESS	Actividades cine, teatro bingo
14	Autoestima	Compañerismo	1	Gastrointestinales	Centro de Salud	Actividades cine, teatro bingo
15	Autoestima	Felicidad	1	Bronco Pulmonares	Centro de Salud	Paseos de Integración
16	Recreación	Felicidad	2	N/C	Medico Prviado	Profesor danza
17	Recreación	Compañerismo	2	N/C	Privado	Actividades de Pastelería y cocina
18	Integración	Compañerismo	2	N/C	Centro de Salud	Actividades de Pastelería y cocina
19	Integración	Felicidad	2	N/C	Centro de Salud	Paseos de Integración
20	Recreación	Felicidad	1	Bronco Pulmonares	Centro de Salud	Actividades de Pastelería y cocina
	¿En qué ha contribuido el Programa en su vida?	¿Qué siente al asistir al programa?	¿Tiene problemas de salud?	Tipos de problemas de salud	¿A dónde acude para atender los problemas de salud?	¿Qué sugerencias tiene para implementar y mejorar el programa?
			SI (1) NO (2)			

ANEXO 3

Barrio Pérez Pallares





Casa Comunal del Barrio
Pérez Pallares

Grupo participante del
Programa Sesenta y Piquito



La cordialidad, el cariño la bondad, y el entusiasmo son características de los participantes del Programa. Existe una relación fraterna entre ellos.



No importa la edad, no importa la condición social, siempre empiezan sus actividades con un saludo fraterno y una sonrisa.

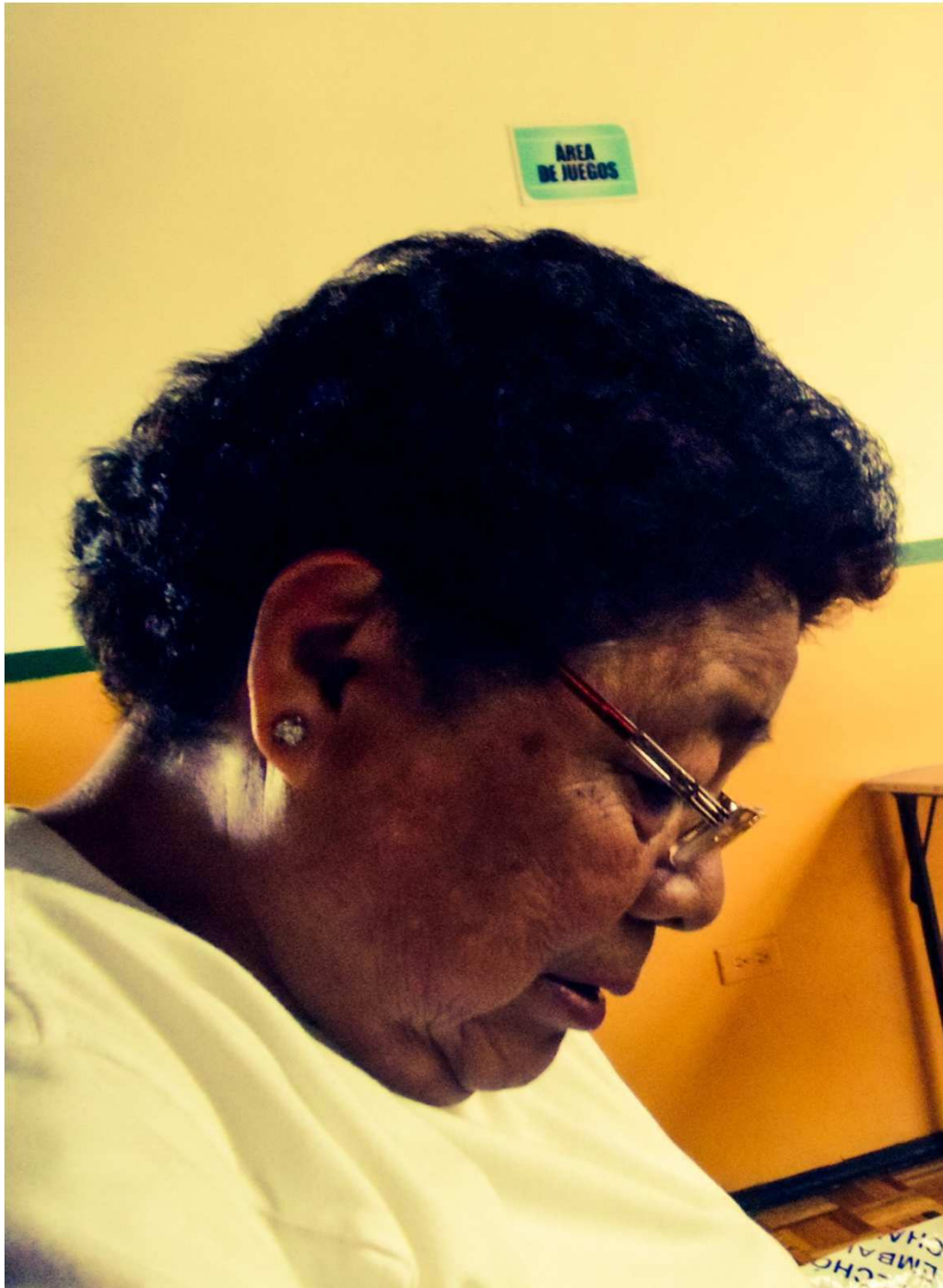


Compartiendo las actividades
con los abuelitos del Sesenta y
Piquito.

ACTIVIDAD: Manualidades



Elaboran sus trabajos de manualidades con entusiasmo y compañerismo.



Empoderados de sus actividades, cada uno se concentra y se esfuerza en dar lo mejor.



Cada uno muestra con alegría su trabajo terminado.

Hombres y mujeres participan del Programa.



La colaboración de los abuelitos fue importante para esta investigación.





Muchas gracias.
Por su cariño y entusiasmo
transmitido.
Admiración y respeto.