PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

PREVALENCIA DE FACTORES BIOPSICOSOCIALES RELACIONADOS CON EL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE, EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR. JUNIO-JULIO 2013, QUITO-ECUADOR

DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

STEFFI VERÓNICA VIDAL AGUIRRE

Director: Doctor Patricio Buendía Gómez De La Torre

Director Metodológico: Doctora María Fernanda Rivadeneira Guerrero

Quito, 2013

AGRADECIMIENTOS

A mi Padre que con su sabiduría, perseverancia y responsabilidad,

Me ha enseñado a seguir adelante y creer en mí en todo momento.

A mi Madre, la luz de mi vida, que con su cariño y dedicación,

Ha sido mi guía en todo momento y que en cada derrota estuvo ahí para levantarme.

A mi abuela Beatriz, por ser el más claro ejemplo que tengo de mujer fuerte y trabajadora; que junto con mis abuelos Olga y Gil,

Me han enseñado con su experiencia y sabiduría a nunca darme por vencida.

A mis hermanos, mis tíos y mis primos por haber creído siempre en mí.

A mi gran amor, Juan Pablo, que con su amor y compresión,

Ha sido mi apoyo incondicional en cada uno de mis pasos.

A mis directores de tesis que con su paciencia y experiencia,

Hicieron posible ésta investigación

A mis profesores, por haberme enseñado la esencia de ésta profesión,

Más allá de los libros.

A mis compañeros; hoy en día colegas y grandes amigos,

Que a pesar de ésta "dura" carrera, juntos, la convertimos en una gran aventura.

A mis pacientes, por toda la confianza que han depositado en mí,

Y que de ahora en adelante les daré lo mejor de mí.

“Envejecer es como escalar una gran montaña:

Mientras se sube las fuerzas disminuyen,

Pero la mirada es más libre,

La vista más amplia y serena”

Ingmar Bergman

TABLA DE CONTENIDOS

CAPÍTULO I 1
Introducción 1

CAPÍTULO II 6
Revisión Bibliográfica 6
1.- El adulto mayor 6
1.1.- Concepto 6
1.2.- El adulto mayor en el mundo 6
1.3.- El adulto mayor en Ecuador 9
1.3.1.- Marco jurídico: Derecho de la PAM en Ecuador 18
2.- Envejecimiento 24
2.1.- Políticas de envejecimiento activo 24
2.1.1.- Conceptos de importancia 24
2.1.2.- El envejecimiento global 24
2.1.3.- El envejecimiento activo 27
2.1.4.- Determinantes del envejecimiento activo 28
2.1.5.- Desafíos de la población que envejece 46
2.1.6.- Marco político para un envejecimiento activo 51
2.2.- Teorías del envejecimiento 52
2.3.- Cambios asociados al envejecimiento 54
3.- Fragilidad y Síndrome de Fragilidad 56
3.1.- Síndrome de Fragilidad: concepto y criterios 56
3.1.1.- Fisiopatología del Síndrome de Fragilidad 57
3.2.- Fragilidad: conceptos y criterios 58
3.2.1.- Proceso de fragilización 59
3.2.1.1.- Factores de riesgo del proceso de fragilización 59
4.- Cese laboral en el adulto mayor 61
4.1.- Cese laboral 61
4.2.- Cese laboral en Ecuador 63
4.2.1.- Estadísticas 65
4.2.2.- Jubilación 68
4.2.3.- Bono de desarrollo humano 74
4.3.- Efectos en la calidad de vida 76

CAPÍTULO III 78
Métodos 78
1.- Justificación 78
2.- Problemas 81
3.- Objetivos 81
3.1.- Objetivo general 81
3.2.- Objetivos específicos 81
4.- Hipótesis 82
5.- Criterios de inclusión y exclusión 82
6.- Metodología 83
6.1.- Metodología general de la investigación 83

6.2.- Metodología del trabajo de campo 83
7.- Operacionalización de variables 84
8.- Muestra 90
9.- Tipo de estudio 91
10.- Procedimiento de recolección de muestra 92
11.- Análisis de datos 96

CAPÍTULO IV 97
Resultados 97
1.- Descripción de la población descrita 97
2.- Prevalencia de aspectos sociodemográficos en la PAM cesante 97
3.- Prevalencia de aspectos relaciones con el cese laboral en la PAM Cesante 99
4.- Prevalencia de aspectos clínicos y de salud en la PAM cesante 101
5.- Estado nutricional en la PAM cesante 103
6.- Prevalencia de depresión en la PAM cesante 103
7.- Prevalencia de dependencia funcional en la PAM cesante 104
8.- Prevalencia de falta de apoyo socio-familiar en la PAM cesante 105
9.- Prevalencia y relación de aspectos sociodemográficos y Socio-laborales de acuerdo al género en la PAM cesante 105
10.- Relación entre aspectos sociodemográficos, socio-laborales, de Salud y sociales con depresión en la PAM cesante 107
10.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y depresión en la PAM cesante 107
10.2.- Relación entre aspectos socio-laborales y depresión en la PAM Cesante 109
10.3.- Relación entre aspectos clínicos, de salud y sociales y depresión En la PAM cesante 111
11.- Relación entre aspectos sociodemográficos, socio-laborales, Clínicos, de salud y sociales con malnutrición en la PAM cesante 113
11.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y malnutrición en La PAM cesante 113
11.2.- Relación entre variables socio-laborales y malnutrición en la PAM cesante 115
11.3.- Relación entre aspectos clínicos, de salud y sociales y Malnutrición en la PAM cesante 116
12.- Relación entre aspectos sociodemográficos, socio-laborales, Clínicos, de salud y sociales con dependencia funcional en la PAM Cesante 117
12.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y dependencia Funcional en la PAM cesante 117
12.2.- Relación entre aspectos socio-laborales y dependencia Funcional en la PAM cesante 119
12.3.- Relación entre variables clínicas, de salud y sociales y Dependencia en la PAM cesante 120
13.- Relación entre aspectos sociodemográficos, socio-laborales, Clínicos y de salud con falta de apoyo social en la PAM cesante 122

13.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y falta de apoyo Social en la PAM cesante 122
13.2.- Relación entre aspectos socio-laborales y falta de apoyo social En la PAM cesante 124
13.3.- Relación entre variables clínicas y de salud y falta de apoyo Social en la PAM cesante 125
14.- Relación entre aspectos sociodemográficos, socio-laborales, Clínicos y de salud con polipatología en la PAM cesante 125
14.1.- Relación entre aspectos sociodemográfico y polipatología en la PAM cesante 125
14.2.- Relación entre variables socio-laborales y polipatología en la PAM cesante 127
14.3.- Relación entre variables clínicas y de salud y polipatología de La PAM cesante 128

CAPÍTULO V 129
Discusión 129

CAPÍTULO VI 145
Conclusiones 145

CAPÍTULO VII 149
Recomendaciones 149

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS 152
Referencias bibliográficas 153
Anexo 1 156
Anexo 2 160

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1: Porcentaje de la población adulta mayor a nivel nacional

GRÁFICO 2: Índice de envejecimiento de América Latina incluido Ecuador

GRÁFICO 3: Analfabetismo en adultos mayores a nivel nacional

GRÁFICO 4: Grupos de ocupación de los adultos mayores a nivel nacional

GRÁFICO 5: Pirámide poblacional mundial

GRÁFICO 6: Pirámide poblacional de Ecuador

GRÁFICO 7: Determinantes del envejecimiento activo

GRÁFICO 8: Factores de riesgo del proceso de fragilización

GRÁFICO 9: Estado nutricional de la muestra AM cesantes, HAIAM, junio-julio 2013

GRÁFICO 10: Depresión en la muestra AM cesantes, HAIAM, junio-julio 2013

GRÁFICO 11: Dependencia en la muestra AM cesantes, HAIAM, junio-julio 2013

GRÁFICO 12: Apoyo socio-familiar de la muestra AM cesantes, HAIAM, junio-julio 2013

LISTA DE TABLAS

TABLA 1: Evolución de la esperanza de vida al nacer

TABLA 2: Diez principales causas de mortalidad general, grupo de 65 años y más, Ecuador 2007

TABLA 3: Distribución de la población de adultos mayores por índice de condiciones sociales

TABLA 4: Actividad preventiva: vacunación en el adulto mayor

TABLA 5: Programas de servicio social y salud al adulto mayor en Ecuador

TABLA 6: Principales cambios biológicos asociados con el envejecimiento

TABLA 7: Criterios de fragilidad

TABLA 8: Población económicamente activa en adultos mayores

TABLA 9: Fuentes de ingreso del adulto mayor

TABLA 10: Mecanismos de aseguramiento del adulto mayor

TABLA 11: Adultos mayores beneficiarios del bono de desarrollo humano

TABLA 12: Características sociodemográficas de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 13: Características del cese laboral de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 14: Características clínicas y de salud de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 15: Enfermedades prevalentes de la PAM, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 16: Prevalencia y relación de aspectos sociodemográficos y socio-laborales de acuerdo al género en la PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 17: Relación entre variables sociodemográficas y depresión en la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 18: Relación entre variables socio-laborales y depresión de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 19: Relación entre variables clínicas, de salud y sociales y depresión de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 20: Relación entre variables sociodemográficas y malnutrición de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 21: Relación entre variables socio-laborales y malnutrición de a muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 22: Relación entre variables clínicas, de salud y sociales y malnutrición de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 23: Relación entre variables sociodemográficas y dependencia de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 24: Relación entre variables socio-laborales y dependencia de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 25: Relación entre variables clínicas, de salud y sociales y dependencia de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 26: Relación entre variables sociodemográficas y falta de apoyo social de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 27: Relación entre variables socio-laborales y falta de apoyo social de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 28: Relación entre variables clínicas y de salud y falta de apoyo social de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 29: Relación entre variables sociodemográficas y polipatología de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 30: Relación entre variables socio-laborales y polipatología de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

TABLA 31: Relación entre variables clínicas y de salud y polipatología de la muestra PAM cesante, HAIAM, junio-julio 2013

GLOSARIO

TÉRMINO	DESCRIPCIÓN
PAM	Población Adulta mayor
EGI	Evaluación Geriátrica Integral
SABE	Salud, Bienestar y Envejecimiento
ICC	Insuficiencia Cardíaca Congestiva
IAM	Infarto Agudo de Miocardio
HTA	Hipertensión Arterial
ECV	Enfermedad Cerebro-Vascular
HPB	Hiperplasia Prostática Benigna
EPOC	Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica
PAE	Población Económicamente Activa
MIES	Ministerio de Inclusión Económica y Social
OMS	Organización Mundial de la Salud
BDH	Bono de Desarrollo Humano
SENPLADES	Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo
MSP	Ministerio de Salud Pública
IESS	Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social
CONADIS	Consejo Nacional de Discapacidades
SRI	Servicio de Rentas Internas
ISSFA	Institutito de Seguridad Social de las Fuerzas Armadas
ISSPOL	Instituto de Seguridad Social de la Policía Nacional
HAIAM	Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor
MNA	Evaluación Mínima de Nutrición
PIB	Producto Interno Bruto

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de los factores biopsicosociales relacionados con el proceso de fragilización en el adulto mayor cesante. Comprobar si existe una relación entre estos factores biopsicosociales y el adulto mayor cesante.

Metodología: Se realizó un estudio descriptivo exploratorio transversal, en la ciudad de Quito-Ecuador, por medio de una encuesta pre-elaborada y con la ayuda de la Escala Geriátrica de Yesavage breve, Índice de Barthel, Examen Nutricional Mínimo breve y Escala e Valoración Socio-familiar de Gijón breve. Se analizó un total de 138 adultos mayores entre 65-96 años, que asistían a la consulta del HAIAM.

Resultados: Se encontró que el 56,5% eran mujeres. El 54,3% de la PAM tenía riesgo de malnutrición, 47,8% tenían depresión en un nivel moderado, 65,9% tenían un grado leve de dependencia y 33,4% tenían riesgo social.

Las enfermedades más prevalentes fueron la HTA, seguida de enfermedades osteoarticulares.

En condiciones del cese, el 54,3% lleva más de 5 años sin trabajar, 52,2% recibieron un ingreso mensual menor al salario mínimo y el 42,8% no recibe ingresos económicos.

Conclusiones: El proceso de fragilización, en la mayoría de los casos, responde a los factores social y económico.

A pesar de que algunas instituciones realizan su labor para proteger y cuidar ésta población; la discriminación y desigualdad es amplia, por lo cual debe actuarse con responsabilidad para disminuir estos factores negativos que se presentan en éste proceso.

Palabras Clave: Fragilidad, Adulto Mayor Frágil, Jubilación, Adulto Mayor, Envejecimiento.

ABSTRACT

Objective: Determine the prevalence of biopsychosocial factors related with the process of frailty in the elderly who ceased their work activities. Check if there are a relationship between these biopsychosocial factors and termination of employment in the elderly.

Methodology: An observational, descriptive and cross-sectional study was realized in Quito's city in Ecuador, through a pre-made quiz, and help of Yesavage Geriatric Scale short form, Barthel Index, Minimal Nutritional Assessment short form and Gijón Scale short form. A total of 138 older adults between 65 to 96 years of age were included, who assisted at HAIAM.

Results: Among the most important results, data shows that 56.5% were women. Of all the population 54,3% were in malnutrition risk, 47,8% had depression al moderate level, 65,9% had a minor degree of dependence and 33,4% had social risk.

The most prevalent diseases were hypertension, followed ostearticular diseases.

About the conditions of retirement, 54,3% spent more than 5 years without working, 52,2% receiving a monthly income below the minimum salary and a population of 42,8% who did not receive incomes.

Conclusions: The process of frailty in the elderly who ceased their work activities, in most cases, responds to social and economic factors.

Although institutions do their work to protect ad care for this population, discrimination and inequality is extensive, which must act responsibly to minimize these factors in the process is presented.

Key Words: Frailty, Frail Elderly, Retirement, Elderly, Aging.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La salud de la población adulta mayor (PAM) es objeto de gran importancia social. La Geriatría, como especialidad médica, ha desarrollado métodos de análisis individual, mediante la evaluación geriátrica integral (EGI), para poder detectar y explicar los problemas de laPAM; con el fin de cubrir las necesidades existentes y poder ofrecer una mejoría en los ámbitos funcional, mental, clínico y social a la PAM y su familia.

Se ha considerado de manera general que a mayor edad existe mayor vulnerabilidad, siendo ésta una concepción incompleta pues existen una serie de factores que influyen en menor o mayor cuantía interactuando entre ellos en el proceso de fragilización de laPAM o, en una etapa avanzada, a la fragilidad en sí.

En Ecuador no se han realizados estudios sobre el proceso de fragilización en sí, más bien sus factores han sido estudiados de una manera aislada más no como en conjunto del proceso.

Sin embargo se realizó una importante investigación sobre la Salud, Bienestar y Envejecimiento (encuesta SABE) en los años 2009-2010, que tuvo como objetivo principal describir y analizar las condiciones de salud, nutrición, cognitivo, estado funcional, acceso y uso a medicamentos, existencia de redes de apoyo familiar y social, historia laboral, acceso y uso

a servicios y condiciones de la vivienda, de la PAM ecuatoriana; en donde se evidenció que en Ecuador en el 2010 laPAM son 1.192.475 y que en el 2015 alcanzara al 12.6% o más, siendo en números absolutos, la población que vive sola de 132.365, de los cuales 40.770 viven en malas e indigentes condiciones.[1]

Con esto podemos decir que laPAM, presentan múltiples comorbilidades, por lo cual tienen mayor riesgo de desarrollar algunas complicaciones; en ellos la necesidad de ayuda a estos problemas crece rápidamente con el envejecimiento; provocando así un cambio en la posición y función que desempeña en la sociedad.

La gran necesidad de apoyo social en laPAM es remediada en la mayor parte por la familia. Es por esto que de los factores del proceso de fragilización es la situación social la que se encuentra más deteriorada, la cual puede incluso llevar al maltrato y junto a esto graves consecuencias; entre éstas se encuentran las dificultades económicas, desvinculo con la familia y con la sociedad en sí.

Algunos autores mencionan la necesidad de intervenir sobre dichos factores como parte esencial del tratamiento y entre estos a la PAM a un grupo social en particular, el cesante, entendiendo como concepción que se trata de una persona que ha finalizado en sus funciones como trabajador activo.

[1] Freire W, Rojas E, Pazmiño L, Fornasini M, Tito S, Buendía P, Waters W, Salinas J, y Álvarez P. Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010. Aliméntate Ecuador/USFQ. 1a ed. Grupo Impresor, Quito Ecuador; 2010. pp. 4: 64-93.

Cuando se cumple una determinada cantidad de años como trabajador activo es inevitable en laPAM pensar en el cese laboral definitivo, el cual causa un alto impacto emocional; sabemos que no a todas las personas les llega ese momento de la misma manera. Algunos se alegrarán porque al fin después de tanto años de arduo trabajo pueden descansar y vivir de una pensión; pero existe el otro grupo de personas que no se alegrarán por esto, al contrario serán momentos de preocupación en ellos.

Desafortunadamente, en Ecuador no toda laPAM accede a una pensión que les permita vivir dignamente, motivo por el cual también se aumenta al cese laboral, el aspecto económico, agravando aún más la situación de laPAM cesante.

Actualmente, con un envejecimiento poblacional progresivo en el que las personas mayores de 65 años cada vez son más, la cesantía en laPAM se ha convertido en un descanso impuesto y en un mecanismo de regulación laboral con un etiquetado social, “jubilado”.

El ser humano, en el tiempo, ha sido educado y adaptado a una sociedad en la que debe ser y sentirse útil, lo cual se ve reflejado en un trabajo asalariado, el no tenerlo conlleva una serie de conflictos internos relacionados con su estatus social y autoestima, que fácilmente pueden desencadenar en muchos problemas de salud.

LaPAM enfrenta una serie de connotaciones negativas que se producen como consecuencia del cese “obligatorio” de la actividad laboral,

las cuales son sólo el reflejo de una política social sin compromiso con ésta población que ha trabajado arduamente, la misma que se evidencia con salarios bajos, servicios médicos deficientes, llevando a una marginalización de este grupo etario, y sobre todo a un aumento veloz del proceso de fragilización.

El problema que presenta en la actualidad el proceso de fragilización en laPAM cesante debería llevar a la sociedad a establecer un excelente control de las comorbilidades, una mejoría en las servicios tanto sociales como los de salud de laPAM que tengan como meta principal prevenir el desarrollo de fragilidad y revertir el proceso de fragilización en la PAM.

Los esfuerzos deben dirigirse a la detección temprana del proceso de fragilización antes de que la discapacidad, la fragilidad en sí, u otra complicación aparezcan. LaPAM en proceso de fragilización podría beneficiarse de complejas intervenciones interdisciplinarios en relación a los cuidados convencionales; sin embargo, es necesario un consenso que defina qué es la fragilidad y fragilización, para así identificar a la población que puede beneficiarse de intervenciones específicas, si bien aún es difícil responder si la aplicación de tales programas podrá retrasar o revertir el fenómeno de la fragilidad.

La movilización de recursos de apoyo (social y/o financiero) suelen ser, en muchas ocasiones, un aspecto prioritario para mejorar la capacidad de afrontamiento de laPAM en proceso de fragilización. El apoyo social puede potenciar la capacidad del paciente para adaptarse y superar la

situación en la que se encuentra, además de fortalecer su autoestima y autocontrol, conduciría a la meta que es mejorar su calidad de vida.

Mucho se habla hoy en día sobre la concientización y la humanización, pero esas palabras poco se ponen en práctica cuando se trata de la PAM; la era tecnológica en la que vivimos nos da gran ventaja para poder ayudar a la PAM en su cuidado y bienestar, y gracias a todo lo que la PAM ha entregado con su sabiduría y experiencia a la sociedad debería ser retribuida de alguna manera, empezando por ser tratados como seres humanos con respeto igual que el resto de personas, hacer cumplir sus derechos, y no dejándolos en rezago de la sociedad.

CAPÍTULO II

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

1.- EL ADULTO MAYOR

1.1.- CONCEPTO

La Geriatría y la Gerontología son ramas que se encuentran en estrecha relación ya que se encargan del estudio de la PAM, en diferentes ámbitos tanto psicológico, biológico y social. La Geriatría se encarga del estudio de las patologías que presenta la PAM, mientras que la Gerontología estudia maneras de promoción y prevención de salud en la PAM.

A pesar de que existen algunos conceptos con los que se define a la PAM, el que presenta mayor aceptación, es el de la Organización Mundial de la Salud (OMS) que define a la PAM como la persona mayor de 60 años que vive en un país en vía de desarrollo y mayor de 65 años para la persona que vive en un país desarrollado. (Acuerdo en Kiev, 1979).[2]

1.2.- EL ADULTO MAYOR EN EL MUNDO

En América Latina y el Caribe, existe una población alrededor de 570 millones de personas, con una esperanza de vida promedio de 74 años.

[2]Novelo H. Situación epidemiológica y demográfica del adulto mayor en la última década. RESPYN México 2003; 5: 1-3.

En Colombia de acuerdo al último censo de población y vivienda realizado en el año 2005 existen 41'242.948 habitantes de los cuales el 6.31% (2'612.508) son adultos mayores de 65 años, con 54.6% conformado por mujeres y un 45.4% conformado por PAM hombres.Colombia presenta una esperanza de vida superior a los 72 años. Entre las principales causas de mortalidad en la PAM se encuentran las enfermedades cardiovasculares seguidas de las enfermedades crónicas de vía respiratoria inferior. En cuanto a su educación alrededor del 23.4% de la PAM son analfabetas con predominio en la población rural. Respecto a las condiciones sociales de éste grupo etario en Colombia más de la mitad de PAM son pobres.[3]

En cuanto a Chile, según el último censo realizado en el año 2012 tiene una población de 17'402.630 personas, donde la población mayor a 60 años se estimó en 2'409.312, es decir aproximadamente 14% de la población, de los cuales el 56.9% son mujeres y el 43.1% son hombres. Chile presenta una esperanza de vida de 75 años. Entre las principales causas de mortalidad de la PAM se encuentra en primer lugar las enfermedades cardiovasculares seguidas a diferencia de nuestra población por enfermedades neoplásicas (estómago y próstata) más no infeccionas. La educación en la PAM chilena llega en un 46.31% tienen educación básica y un 5.9% tiene estudios superiores. Las condiciones socio-económicas en las que se encuentra la PAM chilenos han ido mejorando en el transcurso del

[3] Censo de población y vivienda Colombia 2005. [Sitio en Internet] DANE. Disponible en: http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/censos. Acceso el 3 septiembre 2013.

tiempo que hoy en día un aproximado de 160.000 de adultos mayores son los que se encuentran en pobreza extrema del total de la PAM chilena. [4]

Los países del Caribe presentan algunas similitudes a nuestra población de América Latina, por ejemplo Costa Rica con una población de 4'301.712, del cual un 7.3% (311.712) pertenece la PAM con un 52% de mujeres y un 48% de hombres.La esperanza de vida en ésta población es de 79 años. Las enfermedades que causan mortalidad en la PAM se ubican en primer lugar las cardiovasculares y en segundo lugar osteomusculares a diferencia de la población ecuatoriana. El 64% de la PAM tiene al menos educación básica y un 6% estudios superiores. Aproximadamente 40.000 adultos mayores en Costa Rica se declaran en pobreza extrema y carencia de ingresos económicos.[5]

En cuanto a Cuba tiene una población de 11'241.161 de los cuales 18% (1'435.031) forman parte de la PAM cubana de los cuales 59% son mujeres y 41% hombres.Su esperanza de vida es de 77.8 años. La primera causa de mortalidad en la PAM son enfermedades cardiovasculares seguidas de enfermedades neoplásicas. En cuestión de la educación el 4.6% informó no haber recibido educación mientras que un 44% afirma

[4]Síntesis de Resultados de XVIII Censo de población y VII de vivienda Chile 2012. [Sitio en Internet] INE. Disponible en: http://www.iab.cl/wp-content/themes/IAB/download.php?archivo=11803%7Cresumencenso_2012.pdf. Acceso el 3 septiembre 2013.

[5] Instituto Nacional de Estadística y Censos (Costa Rica) X Censo Nacional de Población y VI de Vivienda: Resultados Generales. 1a ed. San José, Costa Rica: INEC; 2011. 140 p.il

haber tenido educación de nivel medio o superior. Respecto a su situación socio-económica el 12.4% de la PAM son pobres.[6]

En Europa, a diferencia de América Latina, su población presenta un mayor porcentaje de adultos que niños, por lo que su índice de envejecimiento es más alto. Por ejemplo, en España con una población de 46'815.916 de los cuales el 16.9% (7.9 millones) forman parte de la PAM, de los cuales un 60% aproximadamente son mujeres y un 40% son hombres.Presenta una esperanza de vida de 82.3 años. Entre las enfermedades que representan la mayor parte de mortalidad en la PAM en primer lugar se ubican las enfermedades cardiovasculares seguidas de las enfermedades neoplásicas. En el ámbito de la educación aproximadamente el 10% son analfabetos. Y en sus condiciones socio-económicas el 21.1% de la PAM son pobres.[7]

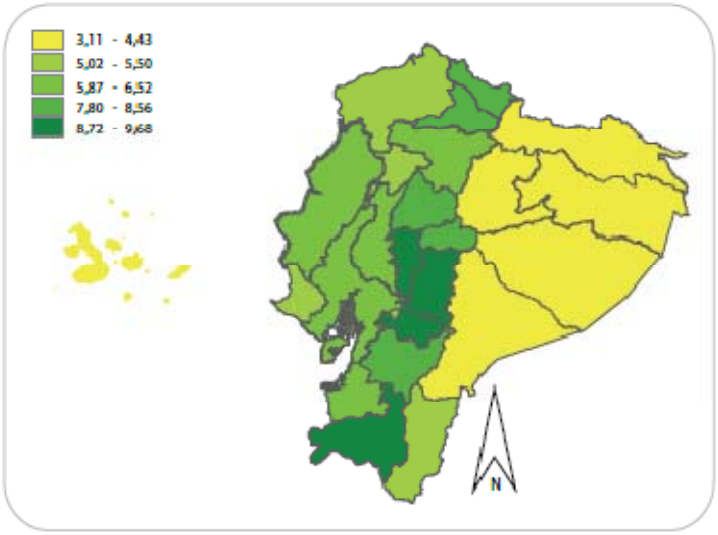
1.3.- EL ADULTO MAYOR EN ECUADOR

De acuerdo al último censo de población y vivienda realizado en el año 2010, en Ecuador existen 940.905 adultos mayores de 65 años y 1'341.709 adultos mayores de 60 años; de una población total de 14'500.000 habitantes, lo cual representa el 6.5% (mayores de 65 años) de la población

[6] Oficina Nacional de Estadísticas. Centro de Estudios de Población y Vivienda. Informe Resumen de proyecto de investigación, 2008 Dic; Cuba.
[7]Abellán A, Ayala A. Un perfil de las personas mayores en España, 2012. Indicadores estadísticos Básicos. Informes Portal Mayores. Madrid 2012; 131: 1-26.

en el país. De esta cantidad de PAM, el 52.6% son mujeres y el 47.4% son hombres[8] (ver gráfico 1).

GRÁFICO 1: PORCENTAJE DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR A NIVEL NACIONAL



FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA.INEC 2010
ELABORADO POR: D. PADILLA.

Además el 55.4% de la PAM nacional, se encuentra congregada en las provincias de Guayas, Pichincha, Manabí y Azuay. Hay que tomar en cuenta también que la provincia que presenta el índice de envejecimiento más alto a nivel nacional es la provincia de Tungurahua con el 29.8%, lo que significa que presentan 30 adultos mayores por cada 100 personas menores a 15 años de edad.

[8] Padilla D. El adulto mayor y la jefatura del hogar. Revista E-análisis. Ecuador 2012; 1:4-7

- **Transición Demográfica**

En Ecuador la tasa de crecimiento demográfico ha aumentado velozmente, se atribuye la causa a la reducción sostenida de la mortalidad y a un aumento persistente de la tasa de fecundidad.

La reducción sostenida de la mortalidad en general es un factor determinante en ésta transición demográfica, gracias a diversos factores que han influido a este acontecimiento, principalmente a la mejora en los avances diagnósticos y terapéuticos.

En relación a la esperanza de vida (número promedio de años de vida para un grupo de personas nacidas en el mismo año) en Ecuador ha ido incrementándose constantemente, para el quinquenio 1965 a 1970 presentó una esperanza de vida de 57.4 años, mientras que para el último quinquenio es de 75 años. Lo que en otras palabras refleja los grandes avances diagnósticos y terapéuticos responsables del aumento de la longevidad y la expectativa de vida, por lo que las personas viven hoy más años que las anteriores generaciones (ver tabla 1).

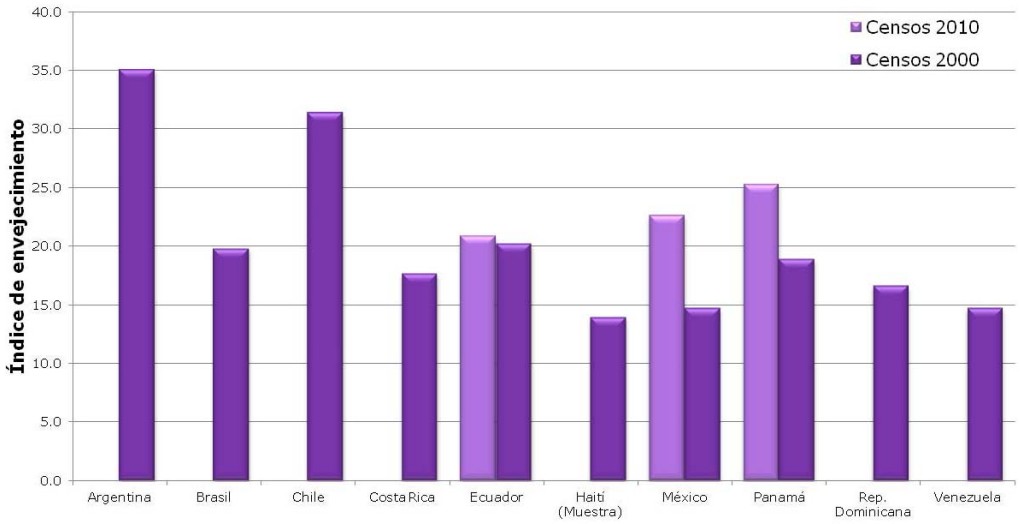
TABLA 1: EVOLUCIÓN DE LA ESPERANZA DE VIDA AL NACER

Ecuador 1965-2010	
Periodos Quinquenales	Años de vida
1965 -1970	57,4
1970 - 1975	60,1
1975 -1980	63,1
1980 -1985	66,9
1985 -1990	67,5
1990 - 1995	70,0
1995 - 2000	72,3
2000 - 2005	74,1
2005 - 2010	75,0

FUENTE: ESTIMACIONES DE POBLACIONES 1950-2025. INEC

En relación con el índice de envejecimiento, en Ecuador es del 21%, lo que significa que presenta 21 adultos mayores por cada 100 personas menores de 15 años de edad (ver gráfico 2).

GRÁFICO 2: ÍNDICE DE ENVEJECIMIENTO DE AMÉRICA LATINA INCLUIDO ECUADOR



FUENTE: CELADE. DIVISIÓN DE LA POBLACIÓN DE LA CEPAL. 2010

- **Perfil Epidemiológico**

La transición epidemiológica se da por el cambio de un patrón de muerte y de causas de morbilidad, que en un principio fue dominado por enfermedades infecciosas con una tasa de mortalidad elevada en las personas jóvenes, y que hoy en día presenta un cambio de patrón dominado principalmente por enfermedades crónicas y degenerativas, en las cuales tenemos las formas de enfermedades más importantes de morbilidad y causa de muerte. [9]

[9] Álvarez P, Pazmiño L, Villalobos A, y Villacís J. Normas y protocolos de atención integral de salud de las y los adultos mayores. MSP. Quito-Ecuador. Mayo 2010

Ecuador presenta éste perfil epidemiológico de transición característico de un país en vías de desarrollo, en el que las enfermedades transmisibles comparten un área importante con las enfermedades crónicas y degenerativas.

En Ecuador, la primera causa de muerte en la PAM es la neumonía, pero si agrupamos el número de casos que existen de adultos mayores con insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), infarto agudo de miocardio (IAM), e hipertensión arterial (HTA) podríamos concluir que las enfermedades crónicas no transmisibles se llevan el primer puesto de causas de mortalidad en la PAM (ver tabla 2).

TABLA 2: DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD GENERAL, GRUPO DE 65 AÑOS Y MÁS, ECUADOR 2007

	(Clasificación Internacional CIE-10 A 3 Dígitos)				
No.	Código	Causas de defunción	No. Casos	%	TASA*
1	J18	Neumonia, organismo no especificado	1876	6,23	23,23
2	I50	Insuficiencia Cardíaca	1802	5,99	22,31
3	I21	Infarto Agudo del Miocardio	1687	5,60	20,89
4	I10	Hipertensión Esencial (Primaria)	1311	4,35	16,23
5	E14	Diabetes Mellitus, no Especificada	1257	4,17	15,56
6	C16	Tumor Maligno del Estómago	1077	3,58	13,33
7	R54	Senilidad	1061	3,52	13,14
8	I64	Accidente Vascular Encefálico Agudo, No Especificado Hemorrágico e Isquémico	811	2,69	10,04
9	I11	Enfermedad Cardíaca Hipertensiva	696	2,31	8,62
10	C61	Tumor Maligno de la Próstata	659	2,19	8,16
		Todas las demás causas	17871	59,36	221,27
		Total Defunciones	30108	100,00	372,78
		Población Estimada **	807 663		

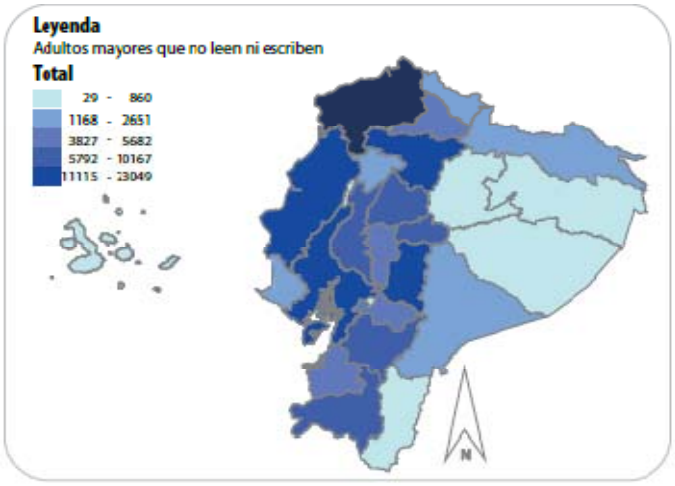
FUENTE: INEC: ANUARIO DE ESTADÍSTICAS VITALES NACIMIENTOS Y DEFUNCIONES 2007
ELABORADO POR: DIRECCIÓN DE NORMATIZACIÓN DEL SNS.

- **Condiciones Sociales**

De acuerdo a la encuesta SABE realizada en el año 2010, aproximadamente el 30% de la PAM residen en las áreas rurales, situación que presenta desventaja en éste grupo etario ya que se limitan el acceso a los servicios básicos y de salud, lo que lleva a un gran impacto sobre el estado de salud y su bienestar.

En cuanto a la educación la PAM en Ecuador tienen un bajo nivel educativo comparado con otros grupos etarios, el cual es el reflejo de los cambios que se han dado en la cobertura del sistema educativo en los últimos años. El porcentaje de analfabetismo total de la PAM es de 24.5%, cuyo porcentaje es mayor en las mujeres con 29% y los hombres con 20%, es decir 1 de cada 4 adultos mayores son analfabetos (ver gráfico 3).

GRÁFICO 3: ANALFABETISMO EN ADULTOS MAYORES A NIVEL NACIONAL



FUENTE: CENSO DE POBLACÓN Y VIVIENDA. INEC 2010
ELABORADO POR: D. PADILLA

Un punto significativo en la PAM es su estado civil, ya que forma parte de uno de los factores protectores más importantes, por el hecho que la pareja satisface las necesidades en esta etapa de la vida; a nivel nacional el 44.48% se encuentra casado, seguido en un porcentaje que cada vez va en aumento a medida que aumenta la edad es el estado de viudo con un 26.89%.[10]

Las condiciones en las que vive la PAM en Ecuador, en la mayor parte son malas, el 57.4% se encuentran en condiciones de pobreza, este porcentaje se vuelve significativamente grande debido a las áreas rurales del país donde 8 de cada 10 adultos mayores forman parte de éste grupo de pobreza.

Según la encuesta SABE, se comprobó que 1 de cada 10 adultos mayores viven en condiciones muy buenas, un poco más de la mitad viven en condiciones buenas y regulares y un tercio de la PAM en condiciones indigentes, es decir 396.000 adultos mayores viven en una gran desigualdad al resto y se evidencia la poca responsabilidad por parte de la sociedad y la familia por ellos (ver tabla 3).

[10] Padilla, Op. Cit., p. 10.

TABLA 3: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN DE ADULTOS MAYORES POR ÍNDICE DE CONDICIONES SOCIALES

Índice	Población Frecuencia	Por ciento %
Condiciones Muy Buenas	128780	10.8
Condiciones Buenas	143289	12.0
Condiciones Regulares	524500	44.0
Condiciones Malas	116362	9.8
Condiciones Indigentes	279544	23.4
Total	1192475	100.0

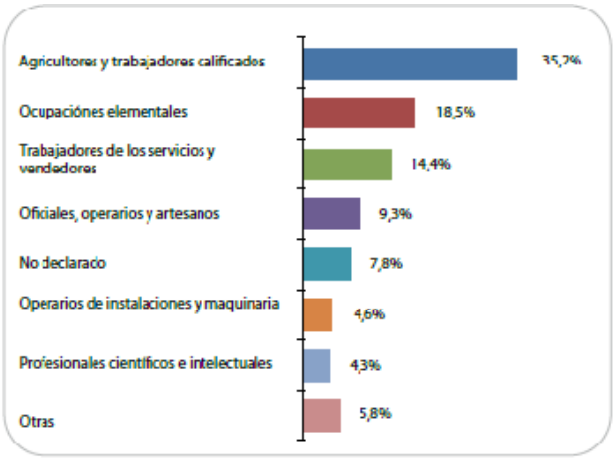
FUENTE: ENCUESTA SABE – PROGRAMA ALIMÉNTATE ECUADOR – MIES 2010

- **Situación Laboral**

Una de las causas más importantes para que se presente ésta condición de vida es que a medida que aumenta la edad en la PAM, la posibilidad de que sea una persona que genere ingresos económicos para su hogar disminuye.

De los 567.687 que se declararon jefes de hogar en el país en el Censo del año 2010, el 42.2% forma parte de la población económicamente activa (PAE), es decir aproximadamente un tercio de toda la PAM, de los cuales el 35% son agricultores y tan sólo un 5% de ellos ocupan puestos de directores, gerentes y personal administrativo, dándonos cuenta así que por el proceso de envejecimiento, en su mayoría, ya no ocupan puestos de “gran importancia” (ver gráfico 4).

GRÁFICO 4: GRUPOS DE OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS MAYORES A NIVEL NACIONAL



FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA. INEC 2010
ELABORADO POR: D. PADILLA

1.3.1.- MARCO JURÍDICO: DERECHOS DE LA PAM EN EL ECUADOR

- **Derechos de la PAM**

Gracias a la Segunda Asamblea Mundial de Envejecimiento realizada en Madrid en el año 2002 en donde se llevó a cabo la organización del Plan de Acción Internacional Madrid, hoy en día en los países en vías de desarrollo como Ecuador se toman en cuenta para poder desarrollar 3 objetivos importantes en la PAM, promover la salud, el bienestar en la vejez, y un entorno favorable en el transcurso de la vejez; a su vez para poder valorar el cumplimiento de estos objetivos se realizó la Segunda Conferencia Intergubernamental sobre Envejecimiento en América Latina y Caribe llevada a cabo en Brasilia (Declaración Brasilia), en la que se insiste en el cumplimiento de los derechos de la PAM, propuestos en el Plan de Acción

Madrid y además promover sistemas de protección en este grupo etario. Es por eso que la Constitución de la República del Ecuador 2008 decreta:

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad.[11]

Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.[12]

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos:

[11] Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador, Montecristi 2008. Capítulo Tercero: Derecho de las personas y grupos de atención prioritaria. [Sitio en Internet] Asamblea Nacional. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf. Acceso el 4 septiembre 2013.

[12] Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador, Montecristi 2008. Capítulo Tercero, Sección Primera: Adultas y adultos mayores [Sitio en Internet] Asamblea Nacional. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf. Acceso el 4 septiembre 2013.

1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas.

2. El trabajo remunerado, en función de sus capacidades, para lo cual tomará en cuenta sus limitaciones.

3. La jubilación universal.

4. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos.

5. Exenciones en el régimen tributario.

6. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley.

7. El acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respeto a su opinión y consentimiento. [13]

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género, la etnia, la cultura y las diferencias propias de las personas, comunidades, pueblos y nacionalidades; asimismo, fomentará el mayor grado posible de autonomía personal y participación en la definición y ejecución de estas políticas. En particular, el Estado tomará medidas de:

[13] Asamblea Constituyente, Op. Cit., p. 20.

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

2. Protección especial contra cualquier tipo de explotación laboral o económica. El Estado ejecutará políticas destinadas a fomentar la participación y el trabajo de las personas adultas mayores en entidades públicas y privadas para que contribuyan con su experiencia, y desarrollará programas de capacitación laboral, en función de su vocación y sus aspiraciones.

3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social.

4. Protección y atención contra todo tipo de violencia, maltrato, explotación sexual o de cualquier otra índole, o negligencia que provoque tales situaciones.

5. Desarrollo de programas destinados a fomentar la realización de actividades recreativas y espirituales.

6. Atención preferente en casos de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

7. Creación de regímenes especiales para el cumplimiento de medidas privativas de libertad. En caso de condena a pena privativa de libertad, siempre que no se apliquen otras medidas alternativas, cumplirán su sentencia en centros adecuados para el efecto, y en caso de prisión preventiva se someterán a arresto domiciliario.

8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas.

9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental. La ley sancionará el abandono de las personas adultas mayores por parte de sus familiares o las instituciones establecidas para su protección.[14]

Art. 42.- Se prohíbe todo desplazamiento arbitrario. Las personas que hayan sido desplazadas tendrán derecho a recibir protección y asistencia humanitaria emergente de las autoridades, que asegure el acceso a alimentos, alojamiento, vivienda y servicios médicos y sanitarios. Las niñas, niños, adolescentes, mujeres embarazadas, madres con hijas o hijos menores, personas adultas mayores y personas con discapacidad recibirán asistencia humanitaria preferente y especializada. Todas las personas y grupos desplazados tienen derecho a retornar a su lugar de origen de forma voluntaria, segura y digna.[15]

[14] Asamblea Constituyente, Op. Cit., p. 20.
[15] Asamblea Constiente. Constitución de la República del Ecuador, Montecristi 2008. Capítulo Tercero, Sección Tercera: Movilidad Humana. [Sitio en Internet] Asamblea Nacional. Disponible en:

Art. 51.- Se reconoce a las personas privadas de la libertad los siguientes derechos:

1. No ser sometidas a aislamiento como sanción disciplinaria.

2. La comunicación y visita de sus familiares y profesionales del derecho.

3. Declarar ante una autoridad judicial sobre el trato que haya recibido durante la privación de la libertad.

4. Contar con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar su salud integral en los centros de privación de libertad.

5. La atención de sus necesidades educativas, laborales, productivas, culturales, alimenticias y recreativas.

6. Recibir un tratamiento preferente y especializado en el caso de las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia, adolescentes, y las personas adultas mayores, enfermas o con discapacidad.

7. Contar con medidas de protección para las niñas, niños, adolescentes, personas con discapacidad y personas adultas mayores que estén bajo su cuidado y dependencia.[16]

---

http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf. Acceso el 4 septiembre 2013.

[16] Asamblea Constituyente. Constitución de la República del Ecuador, Montecristi 2008. Capítulo Tercero, Sección Octava: Personas Privadas de Libertad. [Sitio en Internet] Asamblea Nacional. Disponible en: http://www.asambleanacional.gov.ec/documentos/constitucion_de_bolsillo.pdf. Acceso el 4 septiembre 2013.

2.- ENVEJECIMIENTO

2.1.- POLITICAS DE ENVEJECIMIENTO ACTIVO

2.1.1.- CONCEPTOS DE IMPORTANCIA

El envejecimiento es un proceso universal, natural, progresivo e irreversible, que consiste en la disminución de todos los niveles de organización biológica y afecta a todos los seres vivos.

- La autonomía es la capacidad que tiene el ser humano para poder tomar sus propias decisiones y control de su vida.
- La independencia funcional es la capacidad que tiene el ser humano para poder realizar las actividades de la vida cotidiana.
- La calidad de vida es la percepción que tiene cada ser humano en diversos ámbitos de su vida como su estado de salud, estado psicológico, relaciones sociales y su nivel de independencia en relación con el medio que lo rodea.
- La esperanza de vida saludable o esperanza de vida libre de discapacidad es la cantidad de tiempo en el que las personas viven sin alguna discapacidad.

2.1.2.- EL ENVEJECIMIENTO GLOBAL

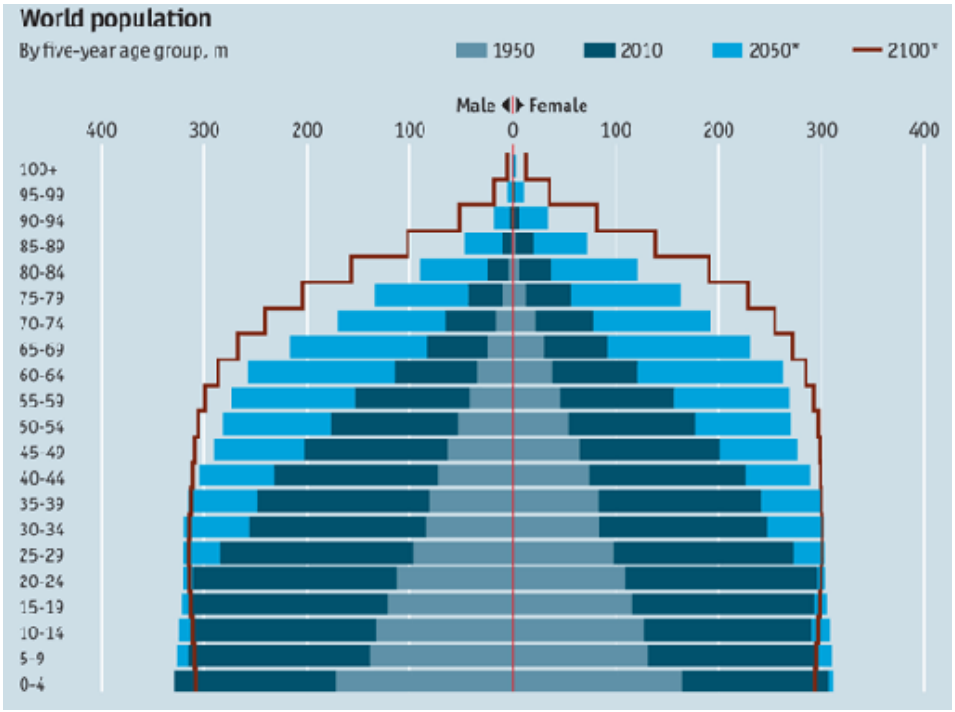
El envejecimiento global es hoy en día un gran éxito, pero a su vez uno de los mayores desafíos, ya que cada uno de los países deberán

trazarse más exigencias en pro del bienestar de éste grupo etario, para lo cual tendrán que promoverse políticas y programas de envejecimiento activo en los cuales se trate de mejorar los ámbitos de salud, económicos y sociales de la PAM.

- **La Revolución Demográfica**

Alrededor del mundo la PAM crece con más velocidad que cualquier otro grupo etario. Según estadísticas se prevé que en el año 2025 habrá mil millones de adultos mayores y en el año 2050 dos mil millones, de los cuales cerca del 80% pertenecerán a los países en vías de desarrollo (ver gráfico 5).

GRAFICO 5: PIRÁMIDE POBLACIONAL MUNDIAL



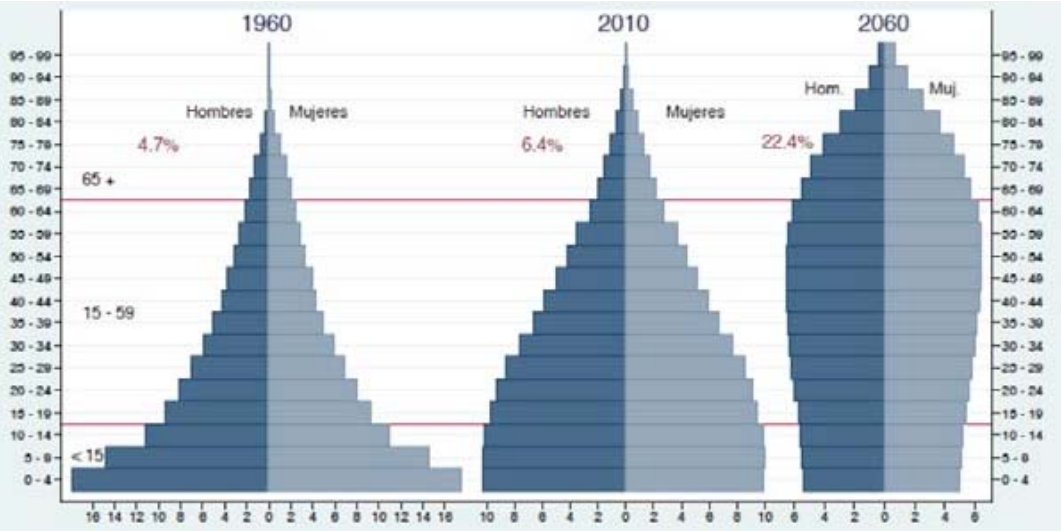
FUENTE: NACIONES UNIDAS 2010

El envejecimiento rápido y continuo de la población se da gracias a la mejora de diagnósticos y tratamientos junto con unas tasas de fertilidad que van en disminución a pesar de las importantes enfermedades que en la actualidad presentan una significativa tasa de mortalidad.

En países desarrollados de los continentes de Europa y Asia se ha observado un envejecimiento que cada vez es más acelerado, situación que no es tan relevante si observamos que en los países en vías de desarrollo se encuentra alrededor del 70% de la PAM y al igual que en los países desarrollados ésta población aumentará rápidamente en los próximos años.

Según las estadísticas a nivel nacional, nuestra pirámide poblacional cambiará a una forma rectangular aumentado en su cima, cambio que se dará por el aumento rápido de la PAM (ver gráfico 6).

GRÁFICO 6: PIRÁMIDE POBLACIONAL DE ECUADOR



FUENTE: CEPAL. PROYECCIONES DE POBLACIÓN
ELABORADO POR: INIGER MIES 2011

2.1.3.- EL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento activo se define como el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el objeto de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen.[17] En otras palabras se trata de incentivar a las personas mientras envejecen a que lleven una vida productiva en la sociedad de acuerdo a sus capacidades y necesidades.

El envejecimiento activo se fundamenta en el cumplimiento de los derechos de la PAM, en los que se reconoce su igualdad en las oportunidades y participación en la sociedad.

Se ha observado tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo que las enfermedades no transmisibles son las principales causes de mortalidad y discapacidad en la PAM, además de ser demasiado costosas. Las investigaciones revelan que el origen del riesgo de enfermedades crónicas, inician en la infancia y con el transcurso de los años aumentan los factores de riesgo para éstas enfermedades, como por ejemplo los hábitos alimentarios, estrés, tabaquismo y/o sedentarismo; que con excelentes programas de prevención desde la niñez podrían evitarse.

[17] Organización Mundial de la Salud, Grupo Orgánico de Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental. Envejecimiento activo: un marco político. RevEspGeriatrGerontol 2002; 37 (S2): 74-105.

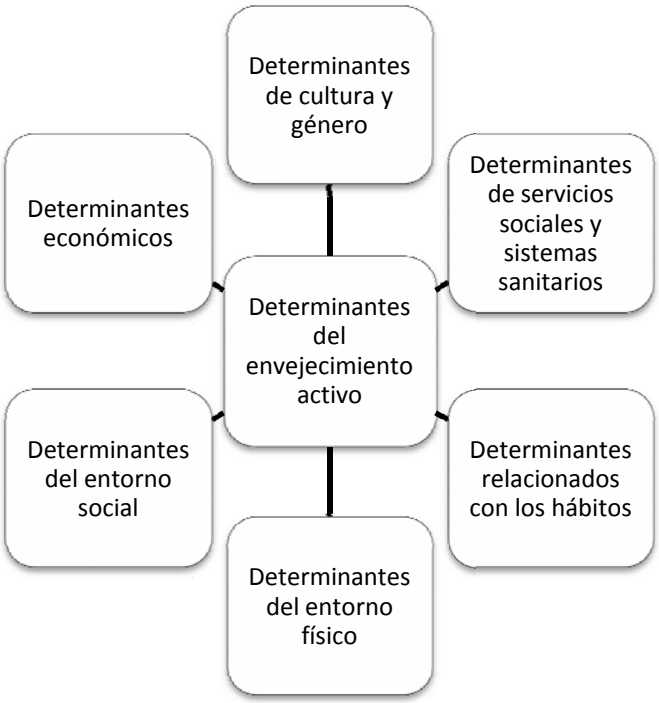
- **Políticas y Programas de Envejecimiento Activo**

El objetivo de tener políticas y programas para un envejecimiento activo es promocionar la creación de ambientes apropiados para la PAM, en donde ellos puedan realizarse como personas de productividad y a la vez tengan beneficios de salud, seguridad y social a su alrededor; todo esto con el fin de tener una PAM sanos, que sean capaces de continuar trabajando, no sólo como beneficio para la PAM, sino también en beneficio de los sistemas gubernamentales de cada país, a quienes les convendría tener mayor cantidad de personas productivas y de ésta manera los costos de pensiones de jubilación, asistencia médica y social disminuirían significativamente.

2.1.4.- DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El envejecimiento activo depende de diversos determinantes, los cuales influyen en la formación de nuevas políticas y programas para la PAM. Entre estos determinantes tenemos: (ver gráfico 7).

GRÁFICO 7: DETERMINANTES DEL ENVEJECIMIENTO ACTIVO



FUENTE: ENVEJECIMIENTO ACTIVO: UN MARCO POLÍTICO. OMS. 2002.
ELABORADO POR: S. VIDAL

- **Determinantes de Cultura y Género**

Los valores y costumbres influyen en la forma en que una sociedad se crea en base a las enseñanzas establecidas por las múltiples generaciones; por ejemplo las culturas en las que existen hogares numerosos, con múltiples generaciones, se observan una gran solidaridad intergeneracional; o en las familias con estilos de vida saludable, se observan medidas a favor de la buena salud.

En el mundo tenemos una gran variedad cultural, distintas etnias que aportan a la sociedad con sus valores y costumbres; los cuales deben ser aceptados y respetados.

En algunas sociedades donde existieron o existen las costumbres del machismo, las mujeres se encontraban en una total e injusta desigualdad en comparación a los hombres, las adultas mayores mujeres, el transcurso de sus años fueron en su mayoría negadas a una educación y trabajo digno, además privadas de los servicios de salud; en el tiempo en que ellas eran jóvenes tenían, obligadas por la sociedad, a cumplir un papel, el de madres y esposas que se encargan del cuidado de sus respectivas familias; y las que en su minoría tenían el “derecho” a trabajar debían renunciarlos por el mismo motivo. Todo esto hablando en término generales.

En los indicadores estadísticos, hoy en día podemos observar una mayor cantidad de mujeres que de hombres en la PAM, las adultas mayores mujeres en el transcurso de su vida han tenido una mejor calidad de vida, lo que ha permitido que su esperanza de vida sea superior al de los adultos mayores hombres, en parte éste cambio se ha dado por la calidad de vida que lleva el hombre adulto mayor, ellos que presentan el estrés y preocupación de su trabajo, y por otra parte en un gran porcentaje son los malos hábitos que presentan, entre ellos el consumo de alcohol, tabaco y/o drogas, falta de ejercicio físico, obesidad, una mala calidad de sueño y malos hábitos alimenticios.

Uno de los más grandes procesos de igualdad entre hombres y mujeres que se ha observado a partir de los mediados del siglo pasado es el derecho a la educación, sin embrago, a nivel mundial observamos que un gran porcentaje son analfabetos y en un mínimo porcentaje tienen estudios

de educación superior; junto con esto también se observa la falta de trabajos con una remuneración digna en éste grupo, que a la final lleva a que en la PAM, las mujeres formen la mayor proporción de pobreza, ya que económicamente, sus ingresos, en su mayoría serán por pensión de viudez o pensiones no contributivas como el “Bono de Desarrollo Humano” (BDH) en Ecuador.

- **Determinantes Relacionados con los Sistemas Sanitarios y Servicios Sociales**

Una buena promoción y prevención de salud disminuye significativamente el riesgo de presentar enfermedades y discapacidades en la PAM y ahorran mucho dinero a los gobiernos y estados. Se ha observado que en un aproximado del 40-70% del total de las enfermedades presentes en la PAM pueden ser prevenibles por medio de cambios de en su estilo de vida y control de factores de riesgo.

En prevención, es necesario, además de modificaciones de estilos de vida, control de factores de riesgo, tener actividades preventivas como la vacunación en la PAM; la vacunas forman parte de las medidas sanitarias que mayor beneficio han producido en todas las etapas de la vida, sobre todo en los extremos de la vida donde se observa mayor susceptibilidad a las enfermedades (ver tabla 4).

TABLA 4: ACTIVIDAD PREVENTIVA: VACUNACIÓN EN EL ADULTO MAYOR

VACUNA	EDAD RECOMENDADA	RECOMENDACIÓN	GRADO DE RECOMENDACIÓN
Vacuna de la Gripe	>65 años	-Vacunación anual sistémica -Vacunación a grupos con enfermedades crónicas	A A
Vacuna del Tétanos-Difteria	Todas las edades	-Primo vacunación si no se ha vacunado previamente. -Dosis de recuerdo cada 10 años	A A
Vacuna Antineumocócica	>65 años	-Vacunación al menos una vez -Si pertenece a un grupo de riesgo (enfermedades crónicas pulmonares, cardiovasculares, metabólicas, institucionalizados) revacunar cada 6 años.	A C

FUENTE: ENVEJECIMIENTO ACTIVO. LIBRO BLANCO. 2011
ELABORADO POR: S. VIDAL

Otra de las actividades preventivas que se debe realizar es la prevención de la dependencia, con el fin de aumentar la expectativa de vida activa libre de discapacidad, prevenir el deterioro funcional, y si éste ya se ha producido, tratar de rescatar el nivel de funcionalidad que tenía el adulto mayor para que pueda subsistir en su hogar con el máximo de independencia posible. Como promoción de salud se deben tomar medidas

que actúen en base de buenos estilos de vida y que mantengan éste estilo de vida.

Por otra parte, existe un gran porcentaje de la PAM que no puede valerse por sí mismo, para ellos se brinda ayuda, para poder controlar o disminuir el progreso de patologías y/o discapacidades, con el fin de mejorar la calidad de vida en la medida posible, a esta PAM, a través de terceros (cuidadores informales) que podrían ser la misma familia o amistades, conocido como asistencia de larga duración. Un ejemplo importante es la depresión, la cual tiene un alto índice en éste grupo etario; y en general, los servicios de salud mental deben formar parte de una asistencia de larga duración, que se encargue de facilitar la participación activa de la PAM, de crear medidas tanto para ellos y sus cuidadores para fomentar la salud y l bienestar en ésta población.

Sin embargo, conforme avanza el envejecimiento se van adquiriendo más enfermedades y una mayor demanda de medicamentos, por lo que, además se debe tener acceso a sistemas de salud de calidad y medicamentos asequibles para toda la PAM.

En el artículo 38 de la Constitución vigente de Ecuador, se reconoce la protección social a la PAM. Los servicios sociales forman un conjunto de acciones a favor de la protección y bienestar de la población; asumen demandas de acuerdo a las necesidades de la población, y cada vez presentan nuevos retos, entre los cuales, uno de los más importantes es el envejecimiento de la población(ver tabla 5).

TABLA 5: PROGRAMAS DE SERVICIO SOCIAL Y SALUD AL ADULTO MAYOR EN ECUADOR

PROGRAMA	INSTITUCIÓN	DESCRIPCIÓN
Plan Nacional del Buen Vivir	Secretaria Nacional de Planificación y Desarrollo (SENPLADES)	-Garantiza los derechos universales y la potenciación de las capacidades de cada persona -Reconoce al ser humano como componente fundamental en la sociedad -Promover la igualdad, participación, e integración social.
Jubilación Universal no Contributiva-Bono de Desarrollo Humano	MIES	-Su objetivo principal evitar el progreso de la pobreza en poblaciones prioritarias como la PAM, hasta llegar a la universalización. -Al momento la pensión no contributiva es de 50 dólares mensuales.
Programa "Ecuador sin Barreras"-Misión Solidaria Manuela Espejo	Vicepresidencia de la República	-Viviendas asequibles y equipadas para personas discapacitadas.
Sistema de Acogida a Personas con Discapacidad Severa	Vicepresidencia de la República	-Contribuir con el cuidado y atención a personas con discapacidad a través del Bono Joaquín Gallegos Lara de 240 dólares mensuales.
Proyecto "Integración Social y Mejoramiento de la Movilidad y Autonomía de las Personas con Discapacidad"	Vicepresidencia de República	-Entrega de prótesis y órtesis a personas con discapacidad, entre ellos gran porcentaje de la PAM.
Plan de Acción Nacional para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor	MSP	-Fortalecer la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, con el fin de mejorar la calidad de vida de la PAM
Plan de Acción Interinstitucional para Adultos Mayores-Envejecimiento Activo y Saludable	MSP	-Trabajar colectivamente con las instituciones que ofrecen servicios a la PAM, para mejorar su salud y recursos humanos.

PROGRAMA	INSTITUCION	DESCRIPCION
Programa de Atención Integral Gerontológica	MIES	-Conforma un rede de servicios para la atención integral de la PAM, para satisfacer necesidades de salud, nutrición, recreación, ocupación, promoción, defensa y restitución de derechos
Red de Protección Solidaria	MIES	-Protección a todas las personas que sufran de enfermedades catastróficas o de alta complejidad.
Proyecto Adulto Mayor del Programa Aliméntate Ecuador	MIES	-Mejorar la calidad nutricional en la PAM con la entrega de un complemento alimentario que cubre el 30% de las necesidades nutricionales de la PAM
Campaña Nacional de Sensibilización	MIES	-Movilizar y sensibilizar a la población con el fin de ofrecer un proceso de envejecimiento digno y saludable
Seguro de Pensiones	IESS (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social)	-Protege económicamente a los afiliados y jubilados -Las prestaciones vigentes a la PAM son: jubilación por vejez, pensiones de Montepío, mejoras de jubilación por vejez, auxilio en funeral y aumento excepcional.
Programa del Adulto Mayor	IESS	-Promoción, prevención y cuidado integral de la salud a través de talleres de terapia ocupacional, socio-recreativas y de integración
Eliminación de Barreras Físicas y Arquitectónicas para Personas con Discapacidad	Consejo Nacional de Discapacidades (CONADIS)	-Accesibilidad adecuada del espacio público.
Aplicación de deducibles y exoneración del pago de impuestos	Servicio de Rentas Internas (SRI)	-Devolución del IVA en un monto máximo mensual -Aplicación del deducible de pago en el Impuesto a la Renta -Exoneración del Impuesto ambiental a la propiedad de vehículos -Rebaja en el avalúo de vehículos a PAM
Primer Censo Nacional de Personal Jubilado o en Servicio Pasivo a Nivel Nacional	Policía Nacional del Ecuador	-Promover acciones de cuidado a la PAM policial.
Programa Salud Integral de	Municipio del Distrito	-Promueve la integración social y comunitaria de la PAM y las personas con

Adultos Mayores y Personas con Discapacidad 60 y Piquito	Metropolitano de Quito	discapacidad.

FUENTE: AVANCE EN EL CUMPLIMIENTO DE DERECHOS DE LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES. MIES. 2012
ELABORADO POR: S. VIDAL

- **Determinantes Relacionados con los Hábitos**

Tener la costumbre de mantener un estilo de vida saludable es muy importante en la PAM, gracias a ello se previene en gran cantidad la discapacidad, el deterioro del nivel funcional, se prolonga la longevidad y sobretodo mejora la calidad de vida. Entre los determinantes conductuales tenemos:

Tabaquismo: El tabaco forma parte de una importante causa de muerte y a la vez de un importante factor de riesgo modificable, que además del sin número de enfermedades que puede provocar su consumo influye en la pérdida del estado funcional, ya que acelera la tasa de reducción de la densidad ósea, fuerza muscular y función respiratoria. Las ventajas que hay al dejar de fumar son enormes, uno de los ejemplos más importantes es el hecho que disminuye significativamente el riesgo de enfermedades pulmonares, infecciosas y cerebrovasculares.

Actividad Física: Mantenerse físicamente activo tiene demasiados beneficios, retrasa y previene el deterioro funcional manteniendo la mayor independencia posible durante el mayor período de tiempo, además de disminuir el riesgo de caídas, ayuda a mantener una buena masa muscular y

estabiliza la densidad ósea previniendo hacia la aparición y desarrollo de osteoporosis, mejora la salud mental y favorece a una mejor conservación funcional de los aparatos cardiovascular, respiratorio y osteoarticular; mejorando con todos estos beneficios la calidad de vida y un envejecimiento activo saludable, tanto en la PAM sanos como en los que padecen de alguna enfermedad crónica. Además de que los gastos en salud se disminuyen significativamente cuando la PAM permanece en actividad.

Por el contrario, la falta de actividad física es uno de los problemas principales de salud pública, el sedentarismo aumenta el riesgo de sobrepeso, obesidad, enfermedades cardiovasculares, diabetes y discapacidad llevando a la dependencia.

Es deber de los estados implementar programas para la PAM, proporcionándoles espacios seguros y actividades físicas acorde a su edad; existen propuestas hoy en día, de ejercicio físico en la PAM realizado al aire libre con aparatos de salud instalados en espacios públicos, pero principalmente educar a lo largo de la vida que la actividad física es indispensable en cualquier edad, género y nivel social.

En países en vías de desarrollo como Ecuador, la PAM en gran proporción, realiza trabajos físicos exhaustivos que podrían causar lesiones y consigo acelerar la discapacidad; en estos casos los gobiernos deberían realizar promoción dirigida a cambiar estas tareas exhaustivas, con el fin de reducir probables lesiones y discapacidad.

Alimentación Saludable: En la PAM, la deficiente alimentación está dada por un acceso limitado a los alimentos, problemas socioeconómicos, falta de conocimiento de una buena alimentación conforme avanza la edad, la incorrecta selección de alimentos, enfermedades, problemas de movilidad del tracto digestivo, disminución de secreciones gástricas, uso de fármacos que pueden interferir en la absorción de alimentos, pérdida de dentadura, discapacidad cognitiva y/o física que no le permitan comprar y preparar los alimentos, la inactividad física, etc., que causan desde desnutrición hasta sobrepeso u obesidad.

Por lo tanto la alimentación debe tener un equilibrio entre los nutrientes principales proteínas, grasas y carbohidratos para prevenir el riesgo de sufrir enfermedades crónicas y discapacidades. Además es importante la ingesta adecuada de micronutrientes sobretodo de calcio y vitamina D como medida preventiva de osteoporosis y por ende, prevención de fracturas. Por último es muy importante la ingesta de cantidades adecuadas de agua por la mayor predisposición de deshidratación en la PAM.

Se ha observado en la sociedad una tendencia al sobrepeso en la PAM, también en algunos estudios se ha encontrado una relación entre la obesidad y aumento de riesgo de discapacidad, que junto con otros factores de riesgo como un mal hábito alimentario, sedentarismo, progresivamente llevan a ser propensos a enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, diabetes y a la obesidad en sí.

La importancia de una valoración nutricional completa en la PAM debe formar parte de las políticas sanitarias de los estados, y de una rutina de estudio en la PAM, principalmente en aquellos con problemas de nutrición, enfermedades crónicas, enfermedades de salud mental, en los adultos mayores con polifarmacia e intervenidos quirúrgicamente en el tracto digestivo.

Entre los problemas de desnutrición se asocia una mala salud bucal y aumentando el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles; por lo cual es necesario que desde edades muy tempranas se realice promoción en el cuidado de dentadura y prevención de las caries, además de servicios de cuidado bucal y un cómodo acceso a las prótesis dentales.

Alcohol: Se ha observado que el consumo de alcohol es más frecuente en personas jóvenes que en la PAM, pero entre la PAM que consume grandes cantidades de alcohol son asociados con tendencias de desnutrición y enfermedades hepáticas, gástricas y del páncreas, por lo cual también deberían existir programas de ayuda para la regularización de consumo del alcohol en la PAM.

Medicamentos: La PAM tiende a utilizar mayor cantidad de medicamentos que la población joven debido a diversos problemas crónicos, en muchas ocasiones se prescriben demasiados medicamentos a la PAM que a la final conllevan a la iatrogenia, situación común en la PAM, debido a las interacciones farmacológicas, reacciones adversas, o por una dosificación inadecuada; por lo tanto es deber de los profesionales que

brindan servicios de salud explicar los riesgos, ventajas y desventajas de la medicación, dosificar adecuadamente la medicación prescrita y prevenir la polifarmacia.

NOTA: En la bibliografía original se coloca este acápite como determinante conductual, cuando debería ser utilizado como hábito; según el diccionario de la Real Academia Española[18]. Una conducta es la manera en la que los hombres se comportan con su vida y acciones, mientras que un hábito es un modo especial de proceder por repetición de actos iguales o semejantes, u originado por tendencias instintivas. Motivo por el cual fue modificado.

- **Determinantes Relacionados con el Entorno Físico**

Entornos Físicos: Los entornos físicos que tomen en cuenta las necesidades de la PAM son de gran importancia; en el transcurso del tiempo se ha observado que la migración es un factor constante en las personas en búsqueda de mejores condiciones de vida, razón por la cual las regiones menos favorables para mejorar las condiciones de vida quedan marginadas, volviendo a su población muy vulnerable, entre ellos la PAM.

En lugares donde la PAM vive alrededor de entornos inseguros, con múltiples barreras físicas y arquitectónicas prefieren no salir, lo que conlleva al aislamiento social, depresión y algún grado de dependencia o discapacidad por falta de movilidad.

[18] Real Academia Española. [Sitio en Internet]. RAE. Disponible en: http://www.rae.es/. Acceso el 6 septiembre 2013.

Una situación parecida es la de la PAM que vive en zonas rurales, comenzando por el hecho que existen 3 problemas importantes en éstas zonas, el despoblamiento debido por el abandono de éstas zonas fundamentalmente por mujeres jóvenes en edad reproductiva, produciendo el segundo problema: la masculinización, y por último el envejecimiento; los cuales producen en la población vulnerable, la PAM, limitación de apoyo social, poco o ningún acceso a servicios sociales y de salud adecuados; llevando así a una mayor dependencia en la PAM.

Es necesario en las zonas tanto rurales como urbanas tener servicios adecuados y asequibles de salud, sociales y de transporte; sobre todo en las áreas rurales mantener un desarrollo socioeconómico, combatir la pobreza, la igualdad de oportunidad y promover empleo para favorecer tanto a la población joven para revertir la migración, como a la PAM para favorecer el envejecimiento activo con la mejora de la calidad de vida en éstas áreas.

Seguridad de las Viviendas: Una ubicación adecuada de una vivienda respecto a cercanía de familiares, servicios sociales, de salud y transporte son esenciales en la PAM para presentar una apropiada interacción social y evitar el aislamiento.

Conjuntamente, es necesario que las personas que trabajan en edificación tomen en cuenta que en gran proporción la PAM vive sola; por lo cual tener medidas de seguridad para prevención de accidentes como caídas que pueden llevar a discapacidad son indispensables para una buena calidad de vida.

- **Determinantes Relacionados con el Entorno Social**

Apoyo social: La PAM es más propensa a vivir sola, en la mayoría de los casos por pérdidas de seres queridos; razón por la cual son vulnerables al aislamiento social y la soledad, los mismos que se asocian con una salud global y bienestar tanto físico como mental precarios que como consecuencia producen altas tasas mortalidad y morbilidad.

La falta de apoyo en un gran porcentaje se observa más en los adultos mayores hombres que las adultas mayores mujeres; aunque en algunos de los casos también se observa en las adultas mayores que se quedan viudas.

Los gobiernos, personal de salud y social deberían promover la creación de redes de apoyo para la PAM entre la misma PAM, voluntarios, vecinos, familiares tanto de la misma edad como de generaciones posteriores.

Violencia y Abuso: La violencia y abuso contra la PAM se produce en la mayoría de los casos por los propios familiares y cuidadores institucionales; aunque también se presenta en casos de la PAM que vive sola y son propensos a sufrir asaltos.

El abuso y violencia son causas importantes de enfermedades, aislamiento, pérdida de productividad y daño en la salud mental de la PAM. Es común que la PAM no denuncien estos actos, ya que produce miedo a la represión que se pueda tomar contra ellos.

La PAM frágil o se encuentran en proceso de fragilización son las más vulnerables de la PAM para que sus derechos no sean cumplidos; en muchas ocasiones, la fragilidad es causada por una falta de autonomía lo que provoca que la PAM esté indefensa y esto es aprovechado para la privación de sus derechos.

Es indispensable por parte de los funcionarios jurídicos, servicios sociales y de salud detectar la violencia y abuso en la PAM para que en cada uno de los casos se haga justicia. Además es indispensable concientizar a las nuevas generaciones sobre la situación, recordar los valores perdidos y evitar los actos discriminatorios contra la PAM.

Educación y Alfabetización: Se ha observado que en la PAM que tiene mayor riesgo de discapacidad, muerte y altos índices de desempleo es la PAM que tiene bajo nivel de educación; no tanto por el hecho del envejecimiento sino por el hecho de tener diversos problemas laborales que nos les permiten desarrollarse en un ámbito laboral gratificante.

La educación es un aspecto muy importante en la PAM ya que en el transcurso de su vida les ayuda a desarrollarse y adaptarse en la sociedad y continuarían independientes, con trabajo y metas propias a lo largo de su vida. El nivel alto de instrucción en la PAM hace que presente mayor participación y capacidades para realizar un determinado tipo de actividad; mientras que si la PAM no ha podido tener un buen desarrollo educativo en su vida tiene menos posibilidades de ser una persona competitiva,

productiva o no tendrá una gran motivación para aprovechar las oportunidades que se le presenten.

El trabajo y todo lo que se ha aprendido en el transcurso del mismo puede suplir las pérdidas físicas o mentales que tenga una persona; es decir si un adulto mayor en su trabajo realiza actividades productivas y gratificantes, con estos dos hechos cubre su falta de agudeza visual, audición o un nivel leve de pérdida de la memoria. Lamentablemente, éste es el caso de un escaso número de la PAM, ya que en países como Ecuador, con altos índices de analfabetismo en la PAM, no tienen los fundamentos para poder tener un trabajo productivo y gratificante, sumado a esto, las discapacidades que presenta.

Se deberían iniciar pautas educativas para la PAM, tratar de que tengan una educación digna; aunque no sea para tener un trabajo, pero si para que tengan una mayor participación y puedan ser incluidos en una sociedad de igualdad de derechos.

- **Determinantes Económicos**

Ingresos: Para un verdadero envejecimiento activo, es de mucha importancia disminuir los niveles de pobreza en la PAM; generalmente es la PAM que vive en zonas rurales la que no tiene suficientes ingresos económicos para subsistirse y son ellos, junto los que no reciben una pensión por todos sus años de trabajo, los más pobres, los que presentan mayor riesgo de desarrollar discapacidades, enfermedades, de no poseer

bienes propios y tener servicios sociales y de salud dignos que a la final llevan a encontrarse en proceso de fragilización o en fragilidad.

La principal fuente de ingresos de la PAM en Ecuador, es por medio del sistema de pensiones que reciben por parte del IESS para la mayoría de sus afiliados por vejez, invalidez o viudedad, además de un sistema de pensión no contributiva para los que no reciben su jubilación; sin embargo no llegan a ser lo suficientemente atractivas económicamente, por lo que sus ingresos son escasos, y su consumo se basa en lo esencial para subsistir en el hogar; si contamos con el hecho de que la canasta básica en Ecuador tiene un valor de 587 dólares americanos.

Trabajo: La PAM para que forme parte de un envejecimiento activo, es necesario que tenga una vida productiva, que pueda contribuir a la sociedad de acuerdo a sus capacidades en la participación de un trabajo.

En países en vías de desarrollo como Ecuador, la PAM se ve en la necesidad de continuar económicamente activos; el problema de éste medio es que gracias a la tecnología e industrialización, el trabajo tradicional y/o artesanal de la PAM sobre todo en zonas rurales ya no es bien remunerado y además está en extinción.

Deberían desarrollarse proyectos que garanticen a la PAM de acuerdo a sus capacidades, un trabajo digno, puede éste tener o no tener remuneración, pero el hecho es que se sientan productivos. Hoy en día la proporción de la PAM que participa en un trabajo lo hace por medio de

voluntariados, esto beneficia a gran escala en sus relaciones sociales y su bienestar tanto físico como mental, además de sentirse productivos, contribuyen enormemente en beneficio de las personas más necesitadas de apoyo social; por lo cual se debería incentivar éste tipo de trabajos en ellos.

2.1.5.- DESAFÍOS DE LA POBLACIÓN QUE ENVEJECE

- **La Doble Carga de la Enfermedad**

En los países en vías de desarrollo con Ecuador, se enfrentan a múltiples enfermedades, entre las principales las infecciosas y de desnutrición, pero en los últimos años por los cambios en los estilo de vida y trabajo, éstas enfermedades han ido cambiando, ahora se enfrentan en mayor porcentaje a las enfermedades de los estilos de vida, es decir las enfermedades no transmisibles; siendo éstas las que causan los índices más altos de mortalidad, morbilidad y discapacidad.

Es necesario continuar con las políticas de erradicación de la desnutrición y enfermedades infecciosas que siguen formando parte importante en Ecuador, pero además se deben desarrollar políticas en prevención y promoción a favor de la erradicación de las enfermedades no transmisibles crónicas.

- **Mayor Riesgo de Discapacidad**

Como hemos mencionado anteriormente las enfermedades crónicas están formando parte de las enfermedades principales en Ecuador;

enfermedades que son causa importante de discapacidad, y que a la final producirán una mala calidad de vida y grandes costos para el estado.

La mayor parte de la PAM desarrolla algunas discapacidades conforme envejecen, generalmente discapacidades que pudieron prevenirse en un determinado momento de la vida. En las personas que ya presentan estas discapacidades, se ha observado, gracias a los avances tecnológicos mejores diagnósticos y tratamientos precoces para su prevención y para el control de las discapacidades haciéndolas menos dependientes.

Se necesitan excelentes políticas para prevenir la dependencia en la PAM discapacitada, son necesarios lugares de trabajo sin obstáculos, con horarios flexibles y de acuerdo para las discapacidades que poseen; buenos programas de actividad física para mantener su movilidad y/o recuperar la fuerza perdida, programas educativos; ayudas con aparatos auditivos y de visión; accesos adecuados y cercanos tanto sociales como de salud; todos estos proyectos ayudarán a que tengan a pesar de su discapacidad un envejecimiento activo.

- **Asistencia a las Poblaciones que Envejecen**

Es necesaria una buena asistencia en servicios sanitarios y sociales, especializados en la atención de la PAM, que cubran todas las necesidades que presenten.

En algún momento también necesitarán asistencia de residencias especializadas para la PAM, con cuidadores capaces de cubrir todas las

falencias que presentan; a estas personas que deben remunerarles dignamente ya que el trabajo que realizan es un trabajo arduo y de mucha dedicación.

- **Feminización del Envejecimiento**

Como se ha mencionado anteriormente hay mayor proporción de mujeres adultas mayores que hombres adultos mayores, significado de su mayor porcentaje como género y mayor esperanza de vida, así como son un grupo mayor son el género que más discriminación sufren respecto a ingresos económicos, educación, fuente de trabajo, incluso violencia; motivo por el cual son más susceptibles de sufrir pobreza asilamiento social y discapacidad, es decir en un proceso de fragilización.

El estado debería incentivar el apoyo y protección a la mujer adulta mayor en todas las edades, garantizándole una vida digna, sin precariedades ni discriminación.

- **Las Desigualdades**

El grupo etario de la PAM como tal, es propensa a sufrir discriminación por parte de la sociedad, aunque las mujeres están en desventaja en éste punto; también hay discriminación en el hombre adulto mayor, uno de los ejemplos más claros es el aislamiento social, que como consecuencia acarrea los problemas de pobreza, desempleo, acceso limitado a servicios de salud y sociales.

Las políticas de todos los países deberían garantizar que se cumplan los derechos de todas las personas sin importar su edad, sobre todo el de las personas más vulnerables de la sociedad, entre ellos la PAM.

- **La Economía de la Población que Envejece**

Uno de los problemas más grandes del envejecimiento por parte de los políticos responsables sea la gran demanda de este grupo etario a servicios sanitarios y de salud, y de ésta manera un aumento en los costos de atención.

Es necesario seguir fomentando los programas de promoción y prevención de las enfermedades crónicas ya que reducen significativamente las discapacidades, o tratar de retrasarlas a la edad más tardía posible, y de ésta manera se benefician de una mejor calidad de vida con independencia el mayor tiempo posible; además del gran ahorro que producen al estado.

Otro aspecto favorable es la intervención de los políticos en programas en pro de envejecimiento activo además de prevención de enfermedades; por ejemplo una mejoría en los hábitos alimentarios, actividad física, incluso en aumentar los índices de alfabetización y trabajo.

Las entidades que ofrecen los servicios sociales deben tomar en cuenta que poco a poco nos acercamos a un envejecimiento global, y que en algún momento va a ser difícil subsistir a toda la PAM jubilada; el sistema de pensiones debe ser para las personas que en verdad ya no sean capaces de ser productivos en la sociedad; se ha establecido que a los 65 años una

persona ya no es capaz de aportar productivamente a una sociedad lo cual es falso, existen un sinnúmero de adultos mayores que pueden aportar de acuerdo a sus capacidades a la sociedad, personas que no presentan ninguna capacidad y que con su experiencia benefician enormemente al país; es necesario reconocer y aprovechar las capacidades de esta PAM en la que se beneficien la PAM con un trabajo digno que les permita tener una buena calidad de vida y además se beneficie el mismo estado con la repartición de una pensión mensual que podría proporcionarse en otro momento posterior de la vida.

- **Forjar un Nuevo Paradigma**

Siempre se ha visto asociado a la PAM con enfermedades, vulnerabilidad, dependencia y jubilación, lo cual es falso; existe un gran porcentaje de la PAM que son autónomos incluso en edades avanzadas, muchos de ellos siguen activos con algún empleo sea remunerado o de voluntariado.

Es momento de crear un nuevo paradigma en que la PAM sea partícipe activo de la sociedad, que se empleen programas de educación para todas las edades y que de la misma manera existan oportunidades de ingreso al mundo laboral para todas las edades; dejando atrás todos los estereotipos negativos de la vejez.

2.1.6.- MARCO POLÍTICO PARA UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO

El marco político para un envejecimiento activo se basa en tres pilares importantes: salud, participación y seguridad.

- **Salud**

Cuando la PAM presenta menos riesgos posibles de padecer enfermedades crónicas se benefician de una buena calidad de vida, libre de discapacidades el mayor tiempo posible; por el contrario si ya padecerían de estas enfermedades se debe ofrecer la mejor asistencia en servicios sociales y de salud que cubran todas las necesidades.

Es indispensable fomentar los programas de promoción y prevención para reducir significativamente los factores de riesgo, enfermedades crónicas, discapacidades, desnutrición y mortalidad prematura, y mejorar la calidad de vida, salud mental y física; además de poder brindar tratamientos eficaces, independiente del nivel social, cultural, o la zona donde habite, toda la PAM debe tener acceso a estos programas.

- **Participación**

La PAM debe continuar participando activamente en la sociedad con o sin una remuneración, sin discriminación y de acuerdo a sus necesidades, capacidades y preferencias.

Los programas de participación deben proporcionar educación a cualquier edad, con conocimientos básicos de salud y cuidado; disminuir la

pobreza fomentando la participación del trabajo y generando ingresos económicos, incentivar las actividades de voluntariado que a pesar de que no tienen una remuneración les brinda un trabajo gratificante con el prójimo.

- **Seguridad**

En todo momento se debe garantizar la protección de la PAM con el cumplimiento de sus derechos. Todos los programas de políticas para un envejecimiento activo deben cubrir todas las necesidades de seguridad que requiera la PAM; es indispensable garantizar la dignidad de las personas, ofrecer un buen sistema de seguridad social y jurídica con el fomento de programas para reducir las desigualdades de la PAM en la sociedad.

2.2.- TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO

- **Programación Genética o Reloj Biológico**

Las células de los seres vivos se encuentran programadas para multiplicarse en un número predeterminado de veces, al completar éste proceso mueren; esto depende de la longitud de sus telómeros, los cuales forman parte de los extremos del cromosoma, compuestos de secuencias repetitivas de ADN.

Cuando se produce la división celular, ésta duplica su ADN pero no copia toda la secuencia del telómero, por lo cual éste se acorta en cada división hasta desaparecer; provocando un estado de senescencia en el cual se pierde la capacidad de división celular, y finalmente produciendo la activación de los procesos de apoptosis o muerte celular programada.

- **Estrés Oxidativo**

Con el paso de los años se produce un aumento del daño celular provocado por la exposición a los radicales libres, los mismos que se producen en la mitocondria durante la realización de diversos procesos.

Cuando la célula envejece se producen alteraciones importantes en la mitocondria una de éstas, la mayor producción de radicales libres, los cuales sumados a mecanismos de regulación deficientes provocan un círculo vicioso con mayor daño celular con una complicada reparación de la misma y producción continua de los radicales libres.

- **Eje Neuroendocrino o Teoría Hormonal**

Las hormonas, principalmente los estrógenos, melatonina y hormona de crecimiento son las hormonas mensajeras encargadas de que lleguen los estímulos para que se puedan realizar algunas funciones, entre ellas, la estimulación de la división celular.

Los estrógenos producen la estimulación de proteínas, entre ellas las proteínas de los astrocitos que forman parte del eje neuroendocrino, otra hormona como la melatonina se ha observado que mientras se reducen sus cantidades disminuyen las funciones en cerebro, bazo y timo; finalmente un nivel disminuido de hormona de crecimiento tiene como consecuencia un disminución en la masa muscular, fuerza y capacidad para realizar ejercicio; en resumen una disminución de la secreción de cualquiera de estas hormonas acelera el proceso del envejecimiento.

2.3.- CAMBIOS ASOCIADOS AL ENVEJECIMIENTO

Entre los principales cambios biológicos asociados con el envejecimiento tenemos: (ver tabla 6).

TABLA 6: PRINCIPALES CAMBIOS BIOLÓGICOS ASOCIADOS CON EL ENVEJECIMIENTO

CAMBIOS	DESCRIPCIÓN
Visión	-Disminución tamaño de pupila -Menor transparencia y mayor espesor del cristalino y córnea -Disminución de agudeza visual y distinción de colores -Disminución de movimientos de músculos oculares
Audición	-Alteración del nervio auditivo produciendo disminución de agudeza para frecuencias altas -Engrosamiento del tímpano y pérdida de elasticidad -Persistencia de tinitus.
Gusto y Olfato	-Disminución y atrofia de las papilas gustativas -Disminución de producción de saliva -Disminución de células receptoras del bulbo olfatorio
Tacto	-Disminución de la producción de colágeno y pérdida de grasa subcutánea y masa muscular -Difícil distinción de sensaciones térmicas -Disminución para detectar el tacto o la presión -Afectación de la motricidad fina
Sistema Muscular	-Pérdida de masa muscular y atrofia de las fibras musculares
Sistema Esquelético	-Disminuye la densidad ósea -Desmineralización ósea, mayor riesgo de fracturas
Sistema Articular	-Degeneración de cartílagos, tendones y ligamentos -Deformidad de articulaciones

CAMBIOS	DESCRIPCION
Sistema Cardiovascular	-Pérdida de la capacidad de contracción -Estrechez de vasos sanguíneos y pérdida de elasticidad -Válvulas cardíacas gruesas y menos flexibles
Sistema Respiratorio	-Atrofia y debilitamiento de los músculos intercostales -Deterior del tejido pulmonar=Disminución de la cantidad de O2 en sangre
Sistema Excretor	-Disminución de capacidad para elimina los desechos -Aumento de frecuencia miccional -Menor capacidad para concentrar la orina -Disminución niveles de renina y aldosterona -Menor hidroxilación vitamina D
Sistema Digestivo	-Pérdida de piezas dentarias -Disminución de los movimientos esofágicos -Disminución capacidad para secretar enzimas digestivas -Atrofia de la mucosa gastrointestinal y menor absorción de nutrientes -Disminución del tono muscular peristaltismo
Sistema Nervioso Central	-Disminución de la memoria -Menor velocidad de procesamiento -Disminución de la destreza motora -Menor focalización de actividad neuronal -Disminución de la masa cerebral -Pérdida neuronal

FUENTE: VIVE UN ENVEJECIMIENTO ACTIVO. DRA. NINA GRPAMUNT. 2010
ELABORADO POR: S. VIDAL

3.- FRAGILIDAD Y SÍNDROME DE FRAGILIDAD

3.1.- SÍNDROME DE FRAGILIDAD: CONCEPTO Y CRITERIOS

Este concepto se define en base del fenotipo estandarizado y establecido por Linda Fried, incluyendo 5 componentes para la evaluación del síndrome de fragilidad y que al tener 3 o más de estos componentes, estos serán positivos para a presencia de dicho síndrome:

1.- Pérdida de peso no intencionada ≥ 4,6kg o ≥ 5% del peso corporal en el último año

2.- Debilidad identificada con dinamómetro de mano por baja fuerza prensora menor al percentil 20

3.- Cansancio autorreferido

4.- Lentitud de la marcha mediante velocidad para caminar 4 metros menor al percentil 20

5.- Inactividad física identificada por el cálculo de kilocalorías consumidas semanalmente

3.1.1.- FISIOPATOLOGÍA DEL SÍNDROME DE FRAGILIDAD

A un cambio físico muy importante se le atribuye la causa más relevante del síndrome de fragilidad, la sarcopenia, definida como la pérdida de masa muscular apendicular esquelética asociada con el transcurso del envejecimiento.

La sarcopenia se puede dar por causas multifactoriales, entre ellas cambios intrínsecos propios del músculo como la pérdida de fibras musculares de contracción rápida y de capacidad glucolítica (fibras IIb) y la presencia de cambios estructurales como disminución de la síntesis de proteínas mitocondriales, miofibrilares y de miosina y actina.

Conforme la cantidad de masa muscular va disminuyendo disminuye también su calidad, y así asociándola como factor de riesgo para el desequilibrio, marcha lenta y caídas.

La pérdida muscular es reemplazada por tejido adiposo y fibroso, ésta infiltración de grasa intramuscular interviene en la producción de marcadores inflamatorios, provocando mayor daño muscular y junto con los otros cambios extrínsecos como la disminución de factores hormonales como los andrógenos, involucrados en la producción del anabolismo celular, que en respuesta a ésta disminución de andrógenos se produce un incremento de leptina, la cual junto con la inmovilidad y el sedentarismo promueven el catabolismo del músculo, produciendo finalmente una reducción del estado funcional, llevando consigo a una disminución de la capacidad de realizar diversas actividades de la vida diaria, discapacidad y muerte.

3.2.- FRAGILIDAD: CONCEPTO Y CRITERIOS

Estado de disminución de reservas fisiológicas y capacidad de respuesta a estresores de un individuo, provocándole incapacidad, dependencia, vulnerabilidad y en última estancia la muerte.

Existen algunos criterios para definir fragilidad, entre ellos tenemos: (ver tabla 7).

TABLA 7: CRITERIOS DE FRAGILIDAD

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
MEDICOS	-Padecer enfermedades crónicas o invalidantes -Presencia de síndromes geriátricos -Mala salud autopercibida -Caídas a repetición -Polifarmacia -Ingreso hospitalario reciente o continuo ->1 visita domiciliaria al mes
FUNCIONALES	-Dificultad a la deambulación y movilización -Dependencia para la realización de ABVD -Dependencia para la realización de ABIVD
MENTALES	-Deterioro cognitivo -Depresión
SOCIODEMOGRÁFICOS	-Vivir solo -Viudedad reciente -Edad > 80 años -Sexo femenino -Escasos ingresos económicos -Nivel de instrucción bajo -Presencia o ausencia de cuidador

FUENTE: ¿QUIÉNES SON ANCIANOS FRÁGILES-ANCIANOS DE RIESGO? ESTUDIO EN PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS DEL ÁREA SANITARIA DE GUADALAJARA (I) E. MAESTRO CASTELBLANQUE, V. ALBERT CUÑAT 2002.
ELABORADO POR: S. VIDAL

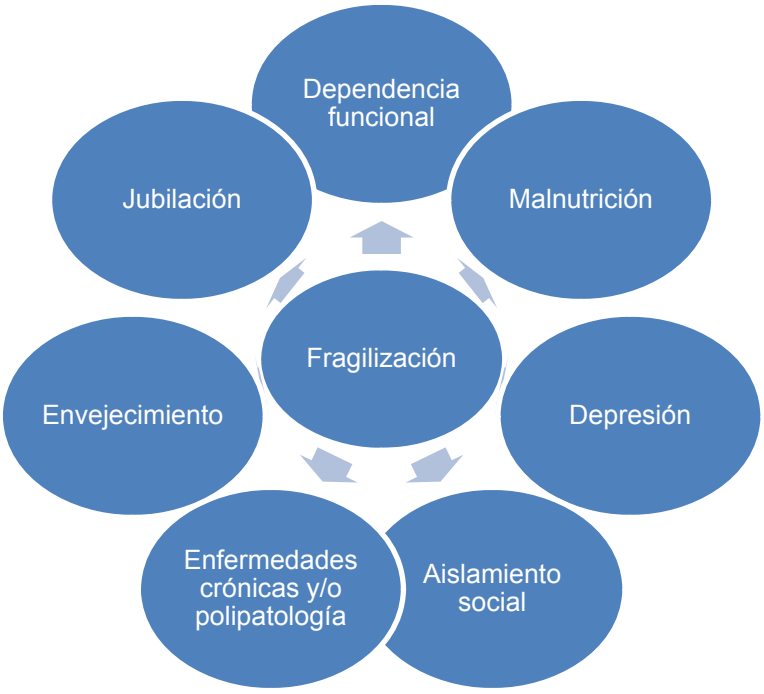
3.2.1.- PROCESO DE FRAGILIZACIÓN

Proceso que conduce a un estado de fragilidad originado por el entorno y las barreras sociales, y eventualmente por el funcionamiento de la persona.

3.2.1.1.- FACTORES DE RIESGO DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN

Los siguientes factores de riesgo forman parte del ciclo de la fragilización: (ver gráfico 8).

GRÁFICO 8: FACTORES DE RIESGO DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN



FUENTE:LOS HÁBITOS ALIMENTARIOS EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LOS PROCESOS PROTECTORES Y DETERIORANTES EN SALUD. S. RESTREPO. 2006
ELABORADO POR: S. VIDAL

- **Dependencia funcional:** es la incapacidad que tiene el ser humano para poder realizar con normalidad las actividades de la vida diaria.
- **Malnutrición:** estado de desequilibrio a nivel celular entre el aporte de nutrientes y necesidades del organismo.
- **Depresión:** es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de baja autoestima, tristeza, pérdida de interés sentimientos de culpa.
- **Aislamiento social:** es la situación que se presenta con la persona que no participa tanto de la vida social, política, cultural y/o económica de su población por carecer de recursos, capacidad y/o derechos.
- **Polipatología:** coexistencia de dos o más enfermedades crónicas
- **Enfermedades crónicas:** son enfermedades larga duración y de progresión lenta.
- **Envejecimiento:** es un proceso universal, natural, progresivo e irreversible, que consiste en la disminución de todos los niveles de organización biológica y afecta a todos los seres vivos.
- **Jubilación:** es la finalización de la actividad laboral y percibe una pensión.

Estos factores demuestran que el proceso de fragilización es un problema psicosocial que puede evitarse, más no un problema de

funcionamiento de la PAM y de esta manera evitar que se produzca un estado de fragilidad y finalmente que conduzca a la dependencia.

4.- CESE LABORAL EN EL ADULTO MAYOR

4.1.- CESE LABORAL

Definimos al cese laboral como el dejar de realizar las actividades de trabajo que se estaban realizando cotidianamente y por la que se recibía una remuneración en cualquier momento determinado y por cualquier razón, sea esta voluntaria u obligatoria.

El cese laboral y el envejecimiento son dos de los fenómenos de mayor impacto en la vida de una persona y de una sociedad, en primer lugar porque, con los avances científicos, aumentan cada vez más las expectativas y posibilidades de vida de la PAM. En segundo lugar, porque esto dificulta en términos económicos la atención de esta población. Y en tercer lugar, porque en los países subdesarrollados sigue siendo muy bajo el nivel de aseguramiento social de la PAM. Lo cierto es que todas estas transformaciones económicas, sociales, culturales y políticas, hacen cada vez más difícil y problemático el bienestar de la PAM y, en especial, la de todas aquellas que se enfrentan y/o ingresan al proceso de jubilación.

Para algunos adultos mayores el cese laboral es una experiencia positiva, oportuna para disfrutar el tiempo libre y liberarse de los compromisos laborales. Para otras, el retiro laboral supone una pérdida de poder adquisitivo y un descenso en la autoestima, pues experimentan el fin

de un ciclo vital y con él ven terminadas las percepciones de autoridad y productividad asociadas al trabajo.

Sin duda el bienestar económico es un marcador de gran importancia al momento de determinar el bienestar en la vejez considerando a todo entorno socioeconómico dentro del cual transcurre esta y ha sido frecuentemente menospreciado por los estudiosos de la calidad de vida, quienes lo han restringido y limitado solamente al ámbito material de la vida de las personas. Sin embargo, como apunta Pérez Ortiz (1997)[19] el bienestar económico de las personas mayores "necesariamente nos lleva más allá del análisis de la posición económica relativa de los individuosancianos en momentos actuales medida utilizando algún indicador de renta y también más allá dela incidencia que la pobreza pueda tener en este segmento de la sociedad, o del análisis del importede las pensiones que perciben".

Cuando un análisis considera el bienestar económico en su sentido amplio, es posible utilizar todos los recursos disponibles para enfrentar el problema social de la vejez en una forma que llegue más allá de los ingresos económicos, sea cual fuere su origen, para atender a otro tipo de recursos disponibles, específicamente los humanos. Si tomamos en cuenta que la mayoría de los servicios que reciben las personas mayores se canalizan a través de la ayuda informal y de las redes primarias en que está inserta la

[19]Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Publicación de las Naciones Unidas. Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile. Diciembre 2001.

PAM, se aprecia que su bienestar no depende sólo de su capacidad de pago sino también de la naturaleza, calidad y cuantía de las redes primarias (Pérez Ortiz, 1992).[20]

4.2.- CESE LABORAL EN ECUADOR

El cese laboral tiene una connotación en la esfera psico-afectiva de gran importancia en todo ser humano, pues es ampliamente reconocido el concepto de que el trabajo dignifica a la persona y le da un lugar en el mundo, le hace sentir importante y le provee de los medios económicos para afrontar la vida.

Cuando esta actividad es detenida abruptamente y más aun de forma obligatoria produce una serie de cuestionamientos en el ser humano, que de una u otra forma producen inestabilidad e inseguridad ante la duda de que será del porvenir de este y de los suyos en los tiempos venideros, sobre todo cuando no ha existido una adecuada preparación y planificación previa al evento.

Si sumamos todo esto a las dificultades propias que se presentan en el adulto mayor, tanto físicas como psicológicas, confluyen todas hacia una misma directriz, el empeoramiento de la calidad de vida, lo cual hace de este un tema de suma importancia y lastimosamente un campo muy poco estudiado en el que dependerá principalmente de poseer un conocimiento fidedigno de las situaciones actuales de la PAM y de las realidades del cese

[20] Ibid., p. 63.

laboral en cada medio en particular, para las posteriores acciones preventivas y correctivas sobre dicha problemática, y mejorar así en términos generales la calidad de vida de toda la PAM enfrentada a este proceso.

Ecuador por supuesto como muchos otros países en vías de desarrollo no es la excepción, he aquí la importante razón de esta investigación.

En Ecuador no existe un sistema de preparación para la jubilación, existiendo sin embargo dos tipos de pensiones las contributivas y las no contributivas, las cuales serán analizadas más adelante, quedando así a manos del azar o de la iniciativa propia de la PAM lo que será de la misma en dicha etapa; los avances de las autoridades gubernamentales en Ecuador en cuanto a proveer de un ingreso mínimo a la PAM se han hecho notar mediante los datos de la encuesta SABE, sin embargo la problemática de fondo así como la intervención preventiva está muy lejos de ser la adecuada.

A continuación algunos datos para la mejor comprensión de lo anteriormente descrito.

4.2.1. ESTADÍSTICAS

Se ha observado que la cantidad relativa de personas mayores de 60 años que forma parte de la fuerza de trabajo desciende de manera importante respecto a las edades más jóvenes. Los ingresos de las personas

jóvenes son equitativos entre ellos, mientras que la distribución de ingresos mientras aumenta la edad es más desigual.

Conforme aumenta la edad de las personas hay un incremento de los ingresos laborales, llegando a un pico entre las edades de 45 a 59 años, y después comienza a disminuir en las edades mayores, momento en el que llega la jubilación.

Se puede observar cierta asociación positiva entre los niveles de pobreza de cada país y el porcentaje de personas de edad que están en actividad, por ejemplo en Ecuador, Bolivia y Honduras, de acuerdo a los elevados niveles de pobreza es de esperar una tasa de actividad mayor a la observada. En Ecuador, la participación de la PAM en la actividad económica está muy por sobre el promedio de lo esperado.

En el siguiente cuadro se presenta información sobre la proporción de adultos mayores que sigue siendo económicamente activa por sexo y edad. De este cuadro se desprende que más de la mitad de los adultos mayores son todavía parte de la población económicamente activa. Entre los hombres, la proporción es mayor (más de dos tercios) que entre las mujeres(ver tabla 8).

TABLA 8: POBLACION ECONOMICAMENTE ACTIVA EN ADULTOS MAYORES

	Mujer %	Hombre %	Total %
Noactivos	62.1	32.3	48.4
Activos	37.9	67.7	51.6
Total	100	100	100

FUENTE: ENCUESTA SABE- PROGRAMA ALIMÉNTATE ECUADOR. MIES 2010

En América Latina, “tan sólo 4 de cada 10 personas mayores de 70 años, cuentan con ingresos provenientes de alguna jubilación o pensión” (Romero, 2010).[21]

En el Ecuador del total de adultos mayores existe un 25.4 % que no recibe ningún tipo de ingreso, siendo apenas un 17,5 % de ellos quienes reciben una pensión por jubilación y un 23.3 % que reciben una pensión de tipo no contributiva (BDH) (ver tabla 9).

[21] Giraldo G, y Arango G. Caracterización de la jubilación y sus efectos en la calidad de vida de los docentes jubilados y en proceso de jubilación en el ambiente universitario. Rev Eleuthera. 2011; 6:148-164.

TABLA 9: FUENTES DE INGRESO DEL ADULTO MAYOR

Edad	Ingreso por trabajo %	Jubilación o pensión %	Familiares de otro país %	Familiares dentro del país %	Rentas o ingresos bancarios %	Bono de desarrollo humano %	Otras Fuentes %	No reciben ningún ingreso %
60 a 64 años	61.7	9.4	12	39.5	5.5	8.3	4	37.1
65 a 74 años	54.4	17.5	13.6	39.7	5.8	25.1	3.3	24.6
75 o más	26.4	25.2	13.3	39.8	5.7	30.1	2.7	17.7
Promedio	46.5	17.5	12.9	39.5	5.7	23.3	3.2	25.4

FUENTE: ENCUESTA SABE. ECUADOR 2010

Así pues en el Ecuador como en varios otros países existen dos tipos de pensiones que reciben la PAM beneficiarias de la misma.

Pensión Contributiva: Aquella pensión entregada por el IESS en la cual el monto recibido será proporcional a las aportaciones realizadas durante toda su vida, pudiendo acceder a esta de varias maneras sea por afiliación general o por afiliación voluntaria.

Pensión No Contributiva: En el Ecuador a ésta se le conoce como el BDH.

4.2.2. JUBILACIÓN

La jubilación cuya importancia desborda lo puramente laboral para extenderse a toda la vida económica, social y familiar presente y futura. La jubilación define legal y convencionalmente la entrada a la vejez.

Socialmente se le ha considerado al rol del jubilado como un" rol sin rol". Hay ciertos planteamientos mentales economicistas que consideran a los jubilados como pasivos que sustraen bienes y servicios de la economía sin aportar nada.

Es claro el impacto que las políticas públicas, específicamente las de jubilación y pensiones, ejercen sobre la PAM y sobre la percepción que de ellos tiene el resto de la sociedad, y plantearse ciertas preguntas como: ¿La jubilación es experimentada como un derecho o como un castigo por las personas mayores?, ¿hasta qué punto las políticas de jubilación y de pensiones contribuyen a la integración social de las personas mayores?, al ser el estado quien controla el establecimiento de políticas públicas las cuales definen de muchas maneras el comportamiento de las sociedades es necesaria la concientización de organismos reguladores sobre la problemática.

El trabajo para la gran mayoría de las personas ocupa un puesto central en su vida, aparte de ser el medio habitual para la supervivencia, cumple otros objetivos igualmente esenciales: auto expresión, relaciones sociales, oportunidades para aprender, servir a la sociedad y mejoramiento

de la calidad de vida. Es así que en el momento de convertirse en jubilado y dejar atrás el mundo que lo rodeó durante un largo tiempo y que lo identificaba como persona productiva, se generan cambios con respecto a la perspectiva que se tiene frente a la vida.

La jubilación repercute en diversos niveles de la vida, desde los ámbitos familiar y económico hasta el uso del tiempo libre. En ese sentido, la jubilación es un proceso amplio que requiere de estrategias para poderla vivir a plenitud y que no altere su bienestar. Así, por ejemplo, cuando se percibe que el monto de la pensión es significativamente menor a la del salario, muchas personas sienten que estar pensionado o jubilado, en lugar de ser una recompensa constituye un castigo. Si a eso se le suma que la persona al retirarse encuentra que ya sus hijos se han independizado, o existe una situación de viudez o un retiro inesperado, como a veces ocurre, la situación se agrava.

En ese sentido, Hidalgo (2002)dice que la jubilación viene a representar una crisis muy severa, sobre todo para aquellas personas que no han elaborado proyectos de vida y contactos sociales fuera del trabajo, lo que hace que el ajuste a la jubilación les sea más dificultoso. Las pérdidas como elemento inherente a la jubilación son definidas como todo acontecimiento significativo para un ser humano en el que se rompe o deteriora un eslabón, lazo o nexo, bien sea afectivo emocional, social o

simbólico, biológico o de cualquier otra naturaleza que sea de importancia para el individuo.[22]

Es fundamental, comprender las implicaciones que tienen para la persona las pérdidas, contemplar el concepto sobre el grado de apego que tenía la persona ante el objeto, sujeto o hecho que le causó el sentimiento de pérdida. Ese apego viene determinado por la necesidad que tiene de seguridad y protección. Por esa razón al romperse el eslabón, la persona se vea amenazada al punto de desatar estados de ansiedad que pueden tener diversas manifestaciones: llanto, enojo y hasta la muerte. En el caso de que el pesar sea muy intenso y prolongado los efectos para la salud serán muy dañinos. (Hidalgo, 2002).[23]

La etimología del término "jubilación" está en jubilarse, que proviene de *iubilum*, alegría que se manifiesta vivamente, lo que contrasta en realidad con la realidad de la mayoría de la PAM.

En Ecuador existen algunos datos de gran importancia que han marcado un camino de inicio en cuanto a políticas de inclusión social para la PAM como la encuesta SABE de la que hemos hecho mención previamente.

A continuación podemos observar los mecanismos de aseguramiento y cuantos adultos mayores están ligados a algún tipo de seguridad social (ver tabla 10).

[22]Alpizar I. Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. Revista de la facultad de ciencias sociales de la Universidad Nacional 2011; 31 (42 supl): 15-26.
[23]Ibid., p. 70.

TABLA 10: MECANISMOS DE ASEGURAMIENTO DEL ADULTO MAYOR

BASE	Adultos Mayores	Medios de verificación
Registro Civil	1´088.040	Base a octubre 2010
IESS	285.356	Boletín Estadísticos 2007
ISFA	37.763	Boletín estadístico Junio 2010
ISPOL	57.116	Boletín estadístico febrero 2010
MIES-PPS	493.033	Habilitados a noviembre 2010
Saldo por incluir	214.772	
% por incluir	20%	

FUENTE: CENSO DE POBLACIÓN Y VIVIENDA ECUADOR. INEC 2010

La comisión de legislación y codificación por medio de la Constitución de la República del Ecuador expide el código del trabajo, que relacionado con la jubilación decreta:

Art. 216.- Jubilación a cargo de empleadores.- Los trabajadores que por veinticinco años o más hubieren prestado servicios, continuada o interrumpidamente, tendrán derecho a ser jubilados por sus empleadores de acuerdo con las siguientes reglas:

1. La pensión se determinará siguiendo las normas fijadas por el IESS para la jubilación de sus afiliados, respecto de los coeficientes, tiempo de servicios y edad, normas contempladas en los estatutos vigentes al 17 de noviembre de 1938. Se considerará como "haber individual de jubilación" el formado por las siguientes partidas: a) Por el fondo de reserva a que tenga derecho el trabajador; y, b) Por una suma equivalente al cinco por ciento del

promedio de la remuneración anual percibida en los cinco últimos años, multiplicada por los años de servicio.

2. En ningún caso la pensión mensual de jubilación patronal será mayor que la remuneración básica unificada media del último año ni inferior a treinta dólares de los Estados Unidos de América (US $ 30) mensuales, si solamente tiene derecho a la jubilación del empleador, y de veinte dólares de los Estados Unidos de América (US $ 20) mensuales, si es beneficiario de doble jubilación. Exceptuase de esta disposición, a los municipios y consejos provinciales del país que conforman el régimen seccional autónomo, quienes regularán mediante la expedición de las ordenanzas correspondientes la jubilación patronal para éstos aplicable. Las actuales pensiones jubilares a cargo de los empleadores en sus valores mínimos se sujetarán a lo dispuesto en esta regla.

3. El trabajador jubilado podrá pedir que el empleador le garantice eficazmente el pago de la pensión o, en su defecto, deposite en el IESS el capital necesario para que éste le jubile por su cuenta, con igual pensión que la que le corresponda pagar al empleador, o podrá pedir que el empleador le entregue directamente un fondo global sobre la base de un cálculo debidamente fundamentado y practicado que cubra el cumplimiento de las pensiones mensuales y adicionales determinados en la ley, a fin de que el mismo trabajador administre este capital por su cuenta. Sin perjuicio de lo dispuesto en el inciso anterior, el jubilado no podrá percibir por concepto de jubilación patronal una cantidad inferior al cincuenta por ciento del sueldo,

salario básico o remuneración básica mínima unificada sectorial que correspondiere al puesto que ocupaba el jubilado al momento de acogerse al beneficio, multiplicado por los años de servicio. El acuerdo de las partes deberá constar en acta suscrita ante notario o autoridad competente judicial o administrativa, con lo cual se extinguirá definitivamente la obligación del empleador.

4. En caso de liquidación o prelación de créditos, quienes estuvieren en goce de jubilación, tendrán derecho preferente sobre los bienes liquidados o concursados y sus créditos figurarán entre los privilegiados de primera clase, con preferencia aun a los hipotecarios. Las reglas 1, 2 y 3, se refieren a los trabajadores que no llegaren a ser afiliados al IESS hasta el momento de obtener su jubilación. A los trabajadores que se hallaren afiliados cuando soliciten la jubilación, se aplicarán las mismas reglas, pero el empleador tendrá derecho a que del fondo de jubilación formado de acuerdo con la regla 1, se le rebaje la suma total que hubiere depositado en el IESS en concepto de aporte del empleador o por fondo de reserva del mismo. En todo caso se tomarán en cuenta para la rebaja del haber individual de jubilación, los valores que por fondos de reserva hubiese legalmente depositado el empleador o entregado al trabajador. [24]

Art. 217.- Caso de fallecimiento de un trabajador en goce de pensión jubilar.- Si falleciere un trabajador que se halle en goce de pensión jubilar,

[24] Procuraduría General del Estado. Código del trabajo. [Sitio en Internet] Procuraduría General del Estado. Disponible en: http:www.pge.gob.ec/es/documentos/doc.../225-codigo-del-trabajo.html. Acceso el 8 septiembre 2013.

sus herederos tendrán derecho a recibir durante un año, una pensión igual a la que percibía el causante, de acuerdo con las "Disposiciones Comunes" relativas a las indemnizaciones por "Riesgos del Trabajo.[25]

Art. 219.- Exoneración de impuestos.- Las pensiones jubilares no están sujetas al pago de impuesto alguno.[26]

Sin embargo como se observó en la tabla 10, estas leyes en su mayoría no se cumplen.

4.2.3. BONO DE DESARROLLO HUMANO

En Ecuador se ha creado un tipo de pensión no contributiva que abarca en su cobertura también a la PAM. Según datos del MIES se han presentado 4 fases de las cuales describiremos brevemente dos de ellas en las que se observa un claro avance, sobre todo en cuanto a la cobertura de la PAM.

Primera Fase: 1998-2002

El Bono Solidario fue creado en Octubre de 1998focalizado en madres, la PAM y personas con discapacidad, existía inicialmente unatransferencia no condicionada de dinero con una focalización mediante iglesias. Las personas se acercaban a registrarse como “pobres”y el pago se hacía a través del sistema bancario lo cual conllevaba varios incrementos a la transferencia monetaria. En esa época se repartía el bono con una

[25]Ibid., p. 74.
[26]Ibid., p.74

cantidad de 150.000 sucres (15 dólares), equivalente a 1 ½ barril de petróleo (10 dólares) en esa época.

Cuarta Fase: 2009-2010

Se realizó una nueva selección de la base de beneficiarios de acuerdo a la encuesta socio-económica (registro social 2009) existiendo un Incremento de los beneficiarios: Madres (570.550), PAM (232.520) y personas con discapacidad (50.350), además de la creación de los programas de pensión para la PAM y personas con discapacidad, así como el incremento del monto de transferencia a $50, equivalente a menos de la mitad del barril del petróleo (107 dólares) al momento (ver tabla 11).

TABLA 11: ADULTOS MAYORES BENEFICIARIOS DEL BONO DE DESARROLLO HUMANO

AÑO	BENEFICIARIOS	% DE MUJERES	% DE HOMBRES
2008	274.522	58%	42%
2009	371.261	56%	44%
2010	496.899	57%	43%
2011	536.185	56%	44%

FUENTE: SECRETARIA DE PROTECCIÓN SOCIAL
ELABORADO POR: S. VIDAL

4.3.- EFECTOS EN LA CALIDAD DE VIDA

La jubilación puede definirse de muchas maneras y se presenta de diversas formas en cada persona y en cada situación, y esto genera actitudes cambiantes.

El llamado “trauma de la jubilación” o “síndrome jubilatorio” lo sufren muchas personas mayores, pensionistas, cesantes, retirados, jubilados y, por desgracia, la mayoría de las personas no son conscientes de este problema. Para muchos jubilados y pensionistas el cese de la vida laboral les ocasiona traumas y síndromes variados como consecuencia de la nueva etapa jubilatoria. Han nacido para trabajar. Dejar de trabajar es un cambio demasiado fuerte para algunos, que no llegan a superar, que les puede ocasionar trastornos físicos y psíquicos y que, si no se remedia, puede provocar una aceleración importante del proceso de envejecimiento personal y una pérdida de salud y bienestar, llevando a encontrarse en un proceso de fragilización.

No cabe duda que con el retiro laboral se produce una ruptura en las condiciones de la vida social; se produce una ruptura de las relaciones profesionales (no se ve ya a los compañeros de empresa o fábrica), un cambio en la naturaleza de ciertas relaciones (ya no se puede hablar del trabajo) y una modificación en las relaciones hogareñas con el cónyuge (se pasa de doce a quince horas de vida en común a veinticuatro; de donde se desencadena una perturbación en los equilibrios afectivos).

Se da una ruptura en las condiciones de vida financiera: la pérdida de una parte de los recursos tiene por efecto la perturbación del equilibrio general del presupuesto y sus repercusiones psicológicas y fisiológicas. La jubilación por sí sola implica una pérdida, implica una pérdida del papel profesional, una pérdida de estatus, una pérdida de oportunidades, de contacto social derivado del trabajo (relaciones sociales, contactos interpersonales). Si bien estas situaciones son propias del retiro, quizá lo más apropiado sea hablar de un cambio de papeles más que de una pérdida.

Por esa particularidad, la jubilación tiende a resultar una etapa en la cual se dificultan los respectivos ajustes. En ese contexto, adquiere sentido el acompañamiento gerontológico con el fin de facilitar la adaptación a dicha etapa la cual se dificulta al identificarse la jubilación con incapacidad o deterioro. Hacer frente a la jubilación no siempre es tarea fácil, si bien, al principio hay euforia, después se puede dar el desencanto, el cual puede estar acentuado en función de las circunstancias personales. Aunque la jubilación no afecta a todas las personas por igual, lo cierto es que la transición implica hacer ciertos ajustes.

La adaptación a la jubilación implica saber valorar y aprovechar una mayor disponibilidad de tiempo, sin tener que someterse a las presiones propias de una vida laboral activa.

CAPÍTULO III

MÉTODOS

1.- JUSTIFICACIÓN

El problema que presenta en la actualidad el proceso de fragilización de la PAM cesante, conlleva a la necesidad de estudiar más a fondo éste aspecto.

Como se ha mencionado anteriormente en el proceso de fragilización inciden algunos factores en distintos ámbitos: físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales, los cuales pueden progresar a la fragilidad y luego a una dependencia funcional; por ésta razón la mayoría de las personas al llegar a su etapa laboral final, generalmente en Ecuador a los 65 años; se encuentran en proceso de fragilización, volviendo a esta etapa (edad) el principal factor de riesgo, por el cual su atención debe ser individualizada y especializada con un abordaje importante de los sistemas asistenciales primordialmente social y de salud; que presenten propuestas preventivas a ésta situación.

Un estudio realizado por Lalived'Epinay (1998) demostró que entre la PAM joven el 88% eran independientes, el 8% frágiles y el 4% dependientes, mientras que entre los mayores de 80 años sólo el 50% era independientes, el 24% eran frágiles y el 26% restante dependientes. Además se observó que la edad promedio de las personas independientes era de 63 años, la de

las personas frágiles 76 años y la de las dependientes 79 años. De ésta manera puede establecerse que el proceso de fragilización se hace manifiesto pasados los 70 años hasta cerca de los 75 años.

Por otra parte, sería necesario analizar los cambios que se producen en el bienestar social de la PAM, a medida que avanza el proceso de fragilización se considera que tanto el hogar, como sistemas sociales y de salud no presentan los recursos suficientes para ayudar a éste grupo etario, por cuanto con el transcurso del tiempo podrían presentar más problemas los cuales podrían ser irreversibles.

Es muy importante también darnos cuenta que el envejecimiento, al igual que otras etapas de la vida, produce pérdidas y ganancias. Por un lado representa el desafío de la culminación de la vida laborar para dar paso a nuevas metas y roles sociales, mientras que por el otro lado, el mismo hecho del envejecimiento genera diversas situaciones entre ellas y muy importantes; el incremento de factores de riesgo, de enfermedades, de discapacidades, incluso llegar hasta la muerte.

Este doble aspecto del envejecimiento se expresan tanto en una dimensión micro-social como una macro-social. A nivel micro-social el envejecimiento requiere mecanismos de adaptación y respuesta frente al cambio que implica el retiro de la vida productiva y la posible fragilización; mientras que a nivel macro-social, preocupa la capacidad de sostenimiento económico de los AM y la calidad de vida durante el envejecimiento. En otras palabras los gastos del sistema de salud y del sistema social en los AM

se incrementan sustantivamente a medida que avanza el proceso de envejecimiento y la fragilización. [27]

El proceso de fragilización es una parte de la Geriatría que no ha sido muy estudiada, por otra parte tenemos a la fragilidad en sí que como se ha explicado ha sido estudiada a fondo, al ser así no se le está dando la importancia que en verdad merece la PAM, porque se dan soluciones cuando un problema ya se encuentra establecido y en la mayoría de casos es irreversible, cuando en realidad se deberían dar estas soluciones al detectarse desde un principio, ya que ahí es el momento donde se puede intervenir en casi todos los casos de una manera exitosa.

El simple hecho de reconocer estas falencias, le da a la PAM un rol importantísimo en nuestro medio, ya que en gran parte podría prevenirse el proceso de fragilización; por este motivo, es de gran importancia dar a conocer estos hechos sobre todo al sistema de salud, estado, instituciones públicas y privada, a la familia y a la sociedad que se encuentra en intervención directa con la PAM.

Hay que avanzar en la identificación de las medidas necesarias para evitar la fragilización de la PAM y promover la aplicación de aquellas ya reconocidas, como es el mantener o mejorar el estado nutricio, evitar los tan hablados malos hábitos para una mejor calidad de vida en la PAM, ejecutar acciones para prevenir el deterioro funcional, desarrollar alternativas a la

[27]Arlegui M. Capacidades y necesidades frente al envejecimiento. Situación de los adultos mayores en la Argentina en los aglomerados urbanos (2004-2006). Tesis de Maestría. Argentina; 2009.

hospitalización, y fortalecer y ampliar sus redes sociales y sanitarias; en otras palabras trabajar en pro de un envejecimiento activo.

Si llegará a demostrarse la significancia que tiene toda esa esfera biopsicosocial contribuyente a la fragilización de la PAM, entendida ahora como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante, beneficiaría para tomar conciencia de estos aspectos en la PAM y sobretodo beneficiaría en gran parte a una mejor calidad de vida.

2.- PROBLEMAS

¿Cuál es la prevalencia de los factores biopsicosociales del proceso de fragilización en el adulto mayor cesante en el Hospital de Atención Integral al Adulto Mayor?

3.- OBJETIVOS

3.1.- OBJETIVO GENERAL

Determinar la prevalencia de factores biopsicosociales relacionados con el proceso de fragilización en el adulto mayor que cesó sus actividades laborales.

3.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Comprobar si existe una relación entre la malnutrición y el adulto mayor cesante.

- Determinar si existe una relación entre la depresión y el adulto mayor cesante.
- Establecer si existe una relación entre la dependencia y el adulto mayor cesante.
- Comprobar si existe una relación entre la falta de apoyo social y el adulto mayor cesante.
- Establecer si existe una relación entre la polipatología y el adulto mayor cesante.

4.- HIPÓTESIS

El cese de las actividades laborales influye en la prevalencia del proceso de fragilización en el adulto mayor.

5.- CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión

- Edad mayor de 60 años
- Adultas mayores mujeres y adultos mayores hombres
- PAM que haya cesado sus actividades laborales
- PAM que consienta la realización del estudio

Criterios de Exclusión

- Edad menor de 60 años

- PAM con enfermedad aguda o crónica que les impida responder la encuesta
- PAM con pérdida sensorial total de visión y audición
- PAM que presente alteraciones psicológicas o psiquiátricas que impidan responder la encuesta
- PAM que labore actualmente
- PAM que no consienta la realización del estudio

6.- METODOLOGÍA

6.1.- METODOLOGÍA GENERAL DE LA INVESTIGACIÓN

Esta tesis forma parte de un estudio realizado en un grupo etario específico, el adulto mayor, en el que se trata de abarcar la mayoría de ejes de investigación: eje médico, psicológico, cultural, social y económico.

La metodología de ésta investigación permite realizar la observación, descripción y un análisis de la realidad con el apoyo de un instrumento (encuesta), previamente aprobado, que facilita la validación de la información.

6.2.- METODOLOGÍA DEL TRABAJO DE CAMPO

Una vez establecida y aprobada la autorización y apoyo del HAIAM, se inicia la investigación con la ayuda de la investigadora principal y el

instrumento diseñado para esta investigación, la encuesta (previamente aprobada), que permite obtener información sobre:

- Datos de filiación de importancia
- Situación económica
- Situación al cese laboral
- Antecedentes personales de relevancia
- Valoración nutricional
- Valoración afectiva
- Valoración funcional
- Valoración socio-familiar

7.- OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

La operacionalización de variables fue tomada de cada uno de los ítems de la encuesta realizada a la PAM.

VARIABLE ESPECÍFICA	CONCEPTO	INSTRUMENTO	CATEGORÍA / ESCALA	INDICADOR
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo	Encuesta de la autora	Años	# Años 65-75 76-85 86-96
Género	Proceso de combinación y mezcla de rasgos genéticos dando por resultado la	Encuesta de la autora	Hombre Mujer	#Hombres/universo #Mujeres/universo

	especialización de organismos en hombre y mujer.			
Estado Civil	Situación personal en que se encuentra o no una persona en relación a otra.	Encuesta de la autora	Soltero Casado Unión Libre Separado Divorciado Viudo	#Soltero/universo #Casado/universo #UniónLibre/universo #Separado/universo #Divorciado/universo #Viudo/universo
Nivel de Instrucción	Grado de estudios realizados o en curso.	Encuesta de la autora	Analfabeto Primaria Completa Primaria Incompleta Secundaria Completa Secundaria Incompleta Superior Completa Superior Incompleta	# de casos Analfabeto/universo # de casos Primaria completa/universo # de casos Primaria incompleta/universo # de casos Secundaria completa/universo # de casos Secundaria incompleta/universo # de casos Superior completa/universo # de casos Superior incompleta/universo
Convivencia	Acción de vivencia en compañía de otro u otros.	Encuesta de la autora	Sólo Cónyuge Hijos Cónyuge e hijos Otros familiares Otros	# de casos solos/universo # de casos cónyuge/universo # de casos hijos/universo # de casos cónyuge e hijos/universo # de casos otros familiares/universo # de casos otros/universo
Número de hijos	Cantidad de hijos vivos que tiene	Encuesta de la autora	Hijos	#Hijos -1 - 0 1-5 6-11
Tiempo de cese laboral	Tiempo trascurrido en años en el que un empleado dejo	Encuesta de la autora	Años	# Años <1 1-5

	de ocupar su lugar de trabajo de manera definitiva.			>5
Ingreso mensual	Ganancia económica percibida regularmente por algún concepto	Encuesta de la autora	Sin ingresos Menor al salario mínimo Igual al salario mínimo Mayor al salario mínimo	# de casos sin ingresos/universo # de casos menos al salario mínimo/universo # de casos igual al salario mínimo/universo # de casos mayor al salario mínimo/universo
Motivo del cese laboral	Causa por la que concluye la actividad laboral	Encuesta de la autora	Obligado Voluntario	# de casos obligado/universo # de casos voluntario/universo
¿Desearía seguir trabajando?	Querer continuar la actividad laboral	Encuesta de la autora	SI NO	#casos SI/universo #casos NO/universo
Actividades recreativas	Toda actividad realizada por una persona con objeto principal de implicarle a participar en ella o de ofrecerle servicios con finalidad de ocio, entretenimiento y diversión.	Encuesta de la autora	Toda la semana 4-6 veces/semana 1-3 veces/semana Nunca	# de casos toda la semana/universo # de casos 4-6 veces/semana/universo # de casos 1-3 veces/semana/universo # de casos nunca/universo
Percepción del cese laboral	Sensación que resulta de la terminación de la actividad laboral	Encuesta de la autora	Excelente Muy Buena Buena Regular Mala	# de casos excelente/universo # de casos muy buena/universo # de casos buena/universo # de casos regular/universo # de casos mala/universo
Adaptación al	Proceso por el que	Encuesta de la	Excelente	# de casos

cese laboral	una persona se acomoda a la terminación de la actividad laboral	autora	Muy Buena Buena Regular Mala	excelente/universo # de casos muy buena/universo # de casos buena/universo # de casos regular/universo # de casos mala/universo
Polipatología	Según la OMS la polipatología se define por la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas que conllevan la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas.	Encuesta de la autora (OMS)	SI NO	# de casos Si/universo # de casos No/universo
Enfermedades crónicas no transmisibles	Según la OMS son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades fueron agrupadas de la sgt. Manera: 1.Gastrointestinales: Gastritis crónica Ca Gástrico Colon Irritable Hígado Graso 2.DM2 3.HTA 4.Osteoarticulares Osteoporosis Escoliosis Artritis Artrosis	Encuesta de la autora	Enfermedades: Gastrointestinales DM2 HTA Osteoarticulares Cardiovasculares Otros No Patologías	# de casos de enfermedad crónica/universo

	5.Cardiovasculares Dislipidemia IAM ECV Arritmia Cardíaca ICC 6.Otros Hipotiroidismo Migraña Insomnio Parkinson HPB EPOC Insuficiencia renal crónica Epilepsia Depresión Glaucoma Psoriasis Anemia 7.No patologías			
Polifarmacia	Según la OMS polifarmacia es el consumo de 3 o más medicamentos simultáneamente	Encuesta da la autora (OMS)	SI NO	# de casos Si/universo # de casos No/universo
Consumo de alcohol	Tomar alcohol	Encuesta de la autora	Muy frecuente Frecuente Poco frecuente Nunca	# de casos muy frecuente/universo # de casos frecuente/universo # de casos poco frecuente/universo # de casos nunca/universo
Consumo de tabaco	Fumar tabaco	Encuesta de la autora	Muy frecuente Frecuente Poco frecuente Nunca	# de casos muy frecuente/universo # de casos frecuente/universo # de casos poco frecuente/universo # de casos

				nunca/universo
Hospitalizaciones en el último año	Ingresos a un hospital en el último año	Encuesta de la autora	SI NO	# de casos SI/universo # de casos NO/universo
Antecedentes de caídas en el último año	Se definen como acontecimientos involuntarios que hacen perder el equilibrio y dar con el cuerpo en tierra u otra superficie firme que lo detenga, en el último año	Encuesta de la autora	SI NO	# de casos SI/universo # de casos NO/universo
Malnutrición	Consecuencia de no cumplir con una dieta equilibrada en calidad y en cantidad. Se considerará que no presenta malnutrición al valor de estado nutricional normal y que si presenta malnutrición al valor de riesgo de malnutrición y malnutrición.	Evaluación Mínima de Nutrición (MNA) abreviada	SI NO	# de casos Si/total de observaciones # de casos No/total de observaciones
Depresión	Enfermedad mental que consiste en un trastorno del estado de ánimo. Se considerará no depresivo el valor normal y depresivo a los niveles moderado y severo	Escala de Depresión Geriátrica (EDG) de Yesavage abreviada	SI NO	# de casos Si/total de observaciones # de casos No/total de observaciones
Estado Funcional	Capacidad de desenvolverse	Índice de Barthel	SI	# de casos Si/total de observaciones

	como ser integral. Se considerará que si hay dependencia a los grados total, grave, moderado y leve, y que no hay dependencia al grado de independiente		NO	# de casos No/total de observaciones
Apoyo social	Conjunto de recursos humanos y materiales con que cuenta un individuo o familia para superar una determinada crisis. Se considerará que no presenta falta de apoyo al valor normal o riesgo social leve y que si presenta falta de apoyo al valor de riesgo social intermedio y riesgo social elevado	Escala socio-familiar de Gijón	SI NO	# de casos Si/total de observaciones # de casos No/total de observaciones

8.- MUESTRA

Toda la muestra del estudio fue tomada en el HAIAM; la muestra se calculó de la siguiente manera:

$$\mathrm{N} = \mathrm{Z}\alpha^2 \frac{PQ}{\boldsymbol{e}^2}$$

N: Población de la muestra

$Z\alpha^2$: Nivel de confianza (1.96; 95%)

P: Prevalencia de la enfermedad (0.11)

Q: 1-P

e^2: Error de la muestra (0.05)

Población de la muestra
$\mathbf{N = 1.96^2 \frac{(0.11)(1-0.11)}{0.05^2}}$
$\mathbf{N = 3.84 \frac{(0.11)(0.89)}{0.0025}}$
$\mathbf{N = 3.84 \frac{0.09}{0.0025}}$
$\mathbf{N = 3.84(36)}$
N = 138

La prevalencia de la enfermedad fue tomada de un estudio de gran importancia que se realizó en el país, el estudio SABE, del cual se tomó como dato la prevalencia de depresión en el adulto mayor, uno de los factores que fueron medidos en nuestro estudio.

Los pacientes de la muestra fueron incluidos en el estudio de manera intencional, siempre que acepten formar parte del estudio y que presenten todos los elementos de inclusión señalados anteriormente.

9.- TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo exploratorio transversal, debido a que se evaluó cuál es la prevalencia de los factores biopsicosociales relacionados con el proceso fragilización en el adulto mayor que cesó sus actividades laborales.

10.- PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE MUESTRA

La información se recogió durante los meses de junio y julio del presente año, por medio de encuestas elaboradas por la autora, las cuales incluyen datos generales y clínicos del paciente (edad, género, comorbilidades, polifarmacia, etc.), así como información relacionada con el cese de sus funciones laborales (ANEXO 1).

Además se aplicaron los siguientes test para medir el restante de factores biopsicosociales relacionados con el proceso de fragilización en el adulto mayor.

Evaluación Mínima de Nutrición (MNA)del adulto mayor abreviada

Para valorar el estado nutricional del paciente se ha empleado en algunos países ésta evaluación, por ejemplo Gazzotti y cols., realizaron un estudio para observar el acuerdo inter-observadores, el cual se definió por Kappa de Cohen cuyo valor fue de 0.51, demostrándose una concordancia significativa inter-observador.

Además se realizó otro estudio en Barcelona en el que se realizaron 2 mediciones de la consistencia interna por medio de la alfa de Cronbach en los cuales se obtuvieron resultados 0.83 y 0.74; indicando así una excelente fiabilidad.

En cuanto a su validación de acuerdo a Vellas y cols., determinaron el potencial discriminatorio del MNA y clasificaron a los sujetos en 3 categorías; a partir de éste estudio, otros autores han analizado la validez del criterio correlacionando la escala con marcadores biológicos y otras escalas geriátricas. Por todo esto es una escala muy útil en este estudio.

Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage abreviada

Ésta ha sido utilizada en muchas ocasiones en los adultos mayores para valorar su estado afectivo; por su alto nivel de confiabilidad y validez, los cuales han sido medidos en algunos estudios, por ejemplo en uno de ellos se determinó su consistencia interna con la fórmula 20 Kuder-Richardson, equivalente al coeficiente de alfa de Cronbach.

Además se ha aplicado la fórmula de Mosier para el cálculo de la confiabilidad del constructo, equivalente al coeficiente omega. Es así como en el presente estudio se observó una alta confiabilidad del constructo; ésta fue comparable con la que informaron otros estudios en población geriátrica española (De Dios et al., 2001; Martínez et al., 2005), estadounidense (Friedman et al., 2005), británica (Sutcliffe et al., 2000), holandesa (Van

Marwijk et al., 1995) y colombiana (Campo-Arias et al., 2008), al obtener coeficientes alfa en rangos aceptables.

En otros estudios la escala muestra una consistencia interna más fuerte con coeficientes alfa entre 0.80 y 0.89 (Almeida & Almeida, 1999; Brown &Schinka, 2005; Cheng&Chan, 2004; Hoyl et al., 2000).

En una adaptación española se analiza la fiabilidad inter-observador e intra-observador medidas a través del índice de Kappa ponderado, obteniendo valores de 0,655 ($p<0,001$) y 0,951 ($p<0,001$) respectivamente, para un punto de corte de 5 o más.

La consistencia interna medida por el coeficiente de alfa de Cronbach alcanzó un valor de 0.99 (Martínez et al., 2002), además se obtuvo una sensibilidad y especificidad del 81.1 y 76.7 respectivamente. De ésta manera se concluye que la GDS-15 muestra aceptable consistencia interna y alta confiabilidad de constructo.

Índice de Barthel para las actividades de la vida diaria

En éste índice se ha encontrado una buena fiabilidad inter-observador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, con respecto a la fiabilidad intra-observador se han obtenido índices de Kappa entre 0.84 y 0.9; y en su evaluación de la consistencia interna, se ha obtenido un alfa de Cronbach de 0.86-0.92.

Es por esto que el índice de Barthel es un instrumento de gran utilidad en la rehabilitación, por su validez y fiabilidad, es fácil de aplicar y de interpretar.

Escala de valoración socio-familiar de Gijón para el adulto mayor abreviada

Esta escala presenta un coeficiente de fiabilidad inter-observador de 0,95; un coeficiente alfa de Cronbach de 0,4467, lo que demuestra una consistencia interna moderada a pequeña.

A pesar de esta falta de homogeneidad interna en la escala se considera que tiene una importancia relativa, dado que su fin es más discriminativo que descriptivo, por lo que en su diseño se han incluido variables o ítems que miden dimensiones diferentes. Este hecho se debe a que la valoración social está determinada por un conjunto de variables muy diversa, por lo que no es factible obtener un instrumento con un alto grado de relación.

Así, por ejemplo, la situación económica y ambiente familiar tiene un gran peso en elentorno social, por lo que no se podría excluirlos a la hora de hacer una valoración, aunque su inclusión en el instrumento le reste relación entre sí.

Por todo esto la escala permite la detección de situaciones de riesgo o problemática social con un grado de fiabilidad alto y de validez aceptable,

siendo útil para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención social o sanitaria de la PAM.

Las encuestas elaboradas por la autora y los test preestablecidos que se utilizaron fueron heteroaplicados por la autora del estudio a cada uno de los pacientes que aceptaron participar en la investigación (ANEXO 2) y que cumplían con los criterios de inclusión.

11.- ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis univarial y bivarial, además se utilizaron la prueba de Chi cuadrado, OR y prueba Z para determinados análisis; conjuntamente con el apoyo del Programa Estadístico "SPSS V18.0 statistics".

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

1.- DESCRIPCIÓN DE LA POBLACIÓN ESTUDIADA

En total se estudió una PAM de 138 personas, de ambos géneros, que asiste a la consulta externa del HAIAM, y que al momento no se encontraban realizando algún tipo de actividad laboral.

2.- PREVALENCIA DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

Del total de la población estudiada, el mayor porcentaje fueron mujeres con el 56,5 %, con edad comprendida entre 65 y 75 años; y con predominio de nivel de instrucción primaria completa (ver tabla 12).

Además de la PAM evaluada, el mayor porcentaje fueron casados, convivían con su cónyuge y tenían entre 1 a 5 hijos (ver tabla 12).

TABLA 12: CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		N°	Porcentaje (%)
SEXO	H	60	43,5
	M	78	56,5
EDAD	65-75	83	60,1
	76-85	47	34,1
	86-96	8	5,8
NIVEL DE INSTRUCCION	ANALFABETO	23	16,7
	PRIMARIA INCOMPLETA	38	27,5
	PRIMARIA COMPLETA	49	35,5
	SECUNDARIA INCOMPLETA	16	11,6
	SECUNDARIA COMPLETA	8	5,8
	SUPERIOR INCOMPLETA	1	,7
	SUPERIOR COMPLETA	3	2,4
ESTADO CIVIL	SOLTERO	14	10,1
	UNION LIBRE	1	0,8
	CASADO	77	55,8
	SEPARADO	2	1,4
	DIVORCIADO	10	7,2
	VIUDO	34	24,6
CONVIVENCIA	CONYUGE	52	37,7
	CONYUGE E HIJOS	24	17,4
	HIJOS	31	22,5
	OTROS FAMILIARES	8	5,8
	SOLO	23	16,7
N° HIJOS	0 HIJOS	6	4,3
	1-5 HIJOS	101	73,2
	6-11 HIJOS	31	22,5

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

3.- PREVALENCIA DE ASPECTOS RELACIONADOS CON EL CESE LABORAL EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

El tiempo de cese laboral fue dividido en rangos de menor de un año, de 1 a 5 años y mayor de 5 años, el mayor porcentaje fue el rango mayor de 5 años (ver tabla 13).

El mayor porcentaje de la PAM (52,2%) percibe un ingreso mensual menor al salario mínimo y el 42,8% no percibe ingresos (ver tabla 13).

El motivo de cese laboral en su mayor porcentaje fueron voluntarios, cabe recalcar que en el ítem de cese voluntario fueron incluidos la PAM que dejó de trabajar por voluntad propia por enfermedad. Además el 55,1% de la PAM refiere que desearía trabajar (ver tabla 13).

La sensación que tuvieron por el cese laboral en su mayoría estaban inconformes, y el estado de ánimo al cese laboral el mayor porcentaje de la PAM (48,6%) señalaron estar igual, seguido del 40,6% que señalaron haber empeorado (ver tabla 13).

TABLA 13: CARACTERÍSTICAS DEL CESE LABORAL DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		N°	Porcentaje (%)
TIEMPO DEL CESE LABORAL	<1 AÑO	4	2,9
	1-5 AÑOS	59	42,8
	>5 AÑOS	75	54,3
INGRESO MENSUAL	> al salario mínimo	7	5,1
	< al salario mínimo	72	52,2
	Sin ingresos	59	42,8
MOTIVO DEL CESE LABORAL	OBLIGADO	52	37,7
	VOLUNTARIO	86	62,3
DESEO DE TRABAJAR	NO	62	44,9
	SI	76	55,1
SENSACION AL CESE LABORAL	CONFORME	17	12,3
	MOD. CONFORME	6	4,3
	POCO CONFORME	51	37
	INCONFORME	64	46,4
ESTADO DE ANIMO AL CESE LABORAL	EMPEORADO	56	40,6
	IGUAL	67	48,6
	MEJOR	15	10,9

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

4.- PREVALENCIA DE ASPECTOS CLÍNICOS Y DE SALUD EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

EL mayor porcentaje de PAM nunca realizó ninguna actividad recreativa; la mayoría de los encuestados mencionó que no ha consumido tabaco ni alcohol. El 53,6% de la PAM tuvo polifarmacia (ver tabla 14).

Respecto a las hospitalizaciones en el último año el 8% refirió haber tenido más de 3 hospitalizaciones; y los que han sufrido caídas en el último año, un 30,4% ha sufrido 3 o más caídas (ver tabla 14).

La polipatología se presentó en el 66,7%; y entre las más prevalentes de la muestra se obtuvo en primer lugar a la HTA, seguida de las osteoarticulares (ver tabla 15).

TABLA 14: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE SALUD DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		N°	Porcentaje (%)
ACTIVIDADES RECREATIVAS	NUNCA	72	52,2
	1-3 V/SEMANA	43	31,2
	4-6 V/SEMANA	10	7,2
	TODA LA SEMANA	13	9,4
POLIPATOLOGIAS	NO	46	33,3
	SI	92	66,7
POLIFARMACIA	NO	64	46,4
	SI	74	53,6
ALCOHOL	FRECUENTE	1	,7
	POCO FRECUENTE	12	8,7

	NUNCA	125	90,6
TABACO	MUY FRECUENTE	1	,7
	FRECUENTE	1	,7
	POCO FRECUENTE	6	4,3
	NUNCA	130	94,2
HOSPITALIZACIONES EN EL ULTIMO AÑO	NO	127	92,0
	SI	11	8,0
CAIDAS EN EL ULTIMO AÑO	NO	96	69,6
	SI	42	30,4

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

TABLA 15: ENFERMEDADES PREVALENTES DE LA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO, 2013

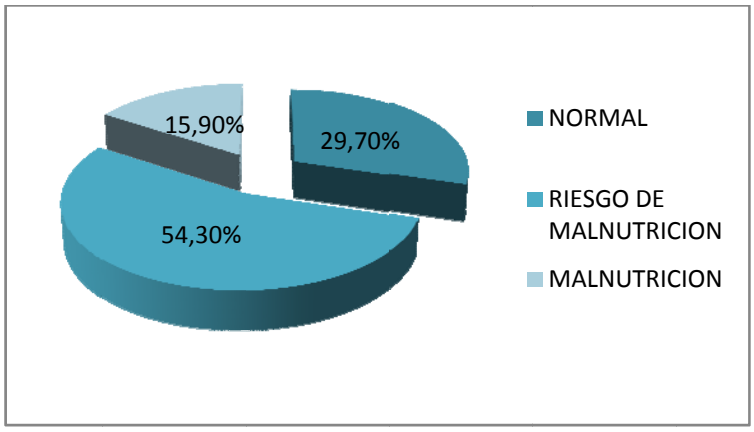
		N°	Porcentaje (%)
GASTROINTESTINAL	NO	117	84,8
	SI	21	15,2
DIABETES MELLITUS TIPO 2	NO	104	75,4
	SI	34	24,6
HIPERTENSION ARTERIAL	NO	60	43,5
	SI	78	56,5
OSTEOARTICULARES	NO	86	62,3
	SI	52	37,7
CARDIOVASCULARES	NO	129	93,5
	SI	9	6,5
OTRAS PATOLOGÍAS	NO	104	75,4
	SI	34	24,6
NO PATOLOGÍAS	NO	121	87,7
	SI	17	12,3

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

5.- ESTADO NUTRICIONAL EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

De acuerdo al test del MNA, se observó que el mayor porcentaje (54,3%) de la muestra estudiada presentó riesgo de malnutrición (ver gráfico 9).

GRÁFICO 9: ESTADO NUTRICIONAL DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

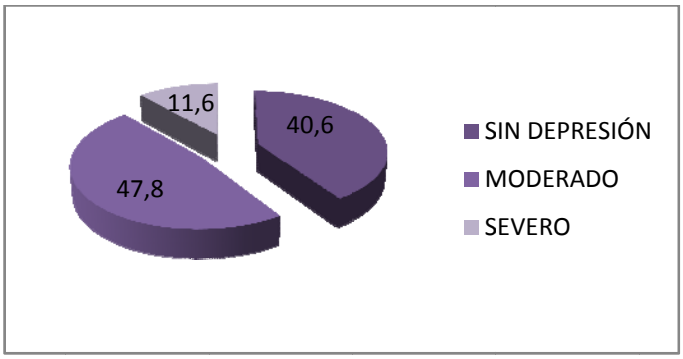


FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

6.- PREVALENCIA DE DEPRESIÓN EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

De la información obtenida con la Escala Geriátrica de Yesavage, el mayor porcentaje de la muestra estudiada (47,8%), presentó un nivel de depresión moderada (ver gráfico 10).

GRÁFICO 10: DEPRESIÓN EN LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

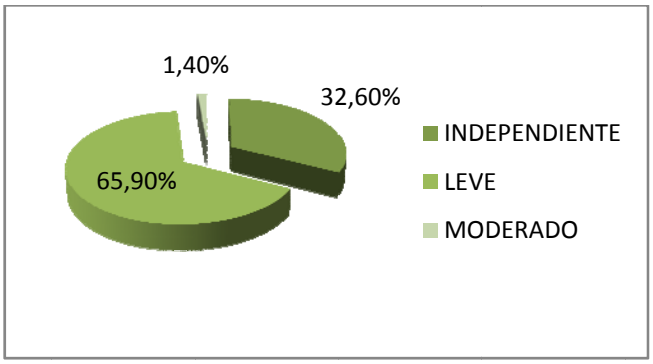


FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

7.- PREVALENCIA DE DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

El 65,9% de la muestra estudiada presento un grado de dependencia leve, según el Índice de Barthel (ver gráfico 11).

GRÁFICO 11: DEPENDENCIA EN LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO, 2013

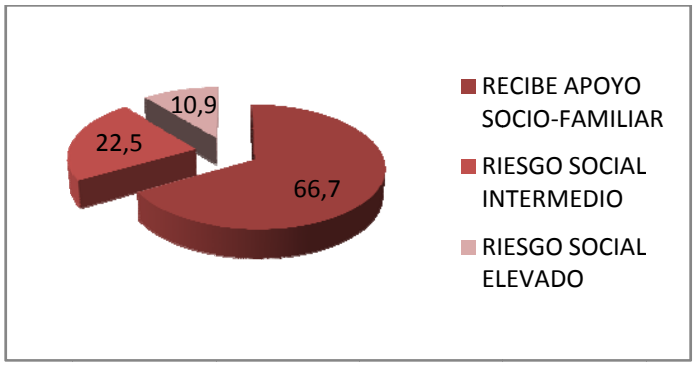


FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

8.- PREVALENCIA DE FALTA DE APOYO SOCIO-FAMILIAR EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

El mayor porcentaje (66,7%) tuvo apoyo socio-familiar o un riesgo social leve, según la Escala de Gijón (ver gráfico 12).

GRÁFICO 12: APOYO SOCIO-FAMILIAR DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO, 2013



FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

9.- PREVALENCIA Y RELACIÓN DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOLABORALES DE ACUERDO AL GÉNERO EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

El grupo de estado civil se observó una diferencia importante en el grupo de los viudos siendo el 61,8% para las mujeres y 38,2% para los hombres (ver tabla 16).

En el nivel de instrucción se observó que del grupo de las personas analfabetas el 78,3% eran mujeres y el 21,7% eran hombres yla prueba Z

determinó una diferencia estadísticamente significativa para las mujeres en relación con los hombres (ver tabla 16).

En la situación económica, de los que recibían un salario menor al mínimo el 55,6% fueron mujeres y de los que no tenían ningún tipo de ingresos el 57,6% fueron mujeres igualmente (ver tabla 16).

TABLA 16: PREVALENCIA Y RELACIÓN DE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y SOCIOLABORALES DE ACUERDO AL GÉNERO EN LA PAM CESANTE HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		GÉNERO				
		N° (%)	N° (%)	OR (IC 95%)	Chi² (p)	Prueba Z
		H	M			
INSTRUCCIÓN	Analfabeto	5 (21,97**	18 (78,3)		11,65 (0,07)	*
	Primaria Incompleta	15 (39,5)	23 (60,5)			
	Primaria Completa	24 (49,0)	25 (51,0)			
	Secundaria Incompleta	9 (56,3)	7 (43,8)			
	Secundaria Completa	3 (37,5)	5 (62,5)			
	Superior Incompleta	1 (100,0)	0 (0)			
	Superior Completa	3 (100,0)	0 (0)			
ESTADO CIVIL	Soltero	4 (28,6)**	10 (71,4)		5,31 (0,37)	
	Unión Libre	1 (100,0)	0 (0)			
	Casado	37 (48,1)	40 (51,9)			
	Separado	0 (0)	2 (100,0)			
	Divorciado	5 (50,0)	5 (50,0)			
	Viudo	13 (38,2)	21 (61,8)			
INGRESO MENSUAL	Mayor al salario mínimo	3 (42,9)**	4 (57,1)		0,58 (0,97)	
	Menor al salario mínimo	32 (44,4)	40 (55,6)			
	Sin ingresos	25 (42,4)	34 (57,6)			

**N% fila

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

10.- RELACIÓN ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SOCIOLABORALES, CLÍNICOS, DE SALUD Y SOCIALES CON DEPRESIÓN EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

10.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y depresión en la PAM cesante estudiada

Las mujeres tuvieron mayor prevalencia de depresión que los hombres, con un OR de 1,38 (IC: 0,69-2,74); en la edad se observó un mayor porcentaje de depresión en el grupo de 86 a 96 años (ver tabla 16).

La mayor prevalencia de depresión se presentó en la PAM analfabeta, la prueba Z determinó una diferencia estadísticamente significativa en comparación con otros niveles de instrucción (ver tabla 16).

Respecto al estado civil, el grupo de los divorciados presentó mayor prevalencia de depresión (80%), seguido de los viudos (61,8%); y según la convivencia los que viven con sus hijos presentaron mayor depresión, seguidos de los que viven solos (ver tabla 16).

TABLA 17: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEPRESIÓN EN LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		DEPRESIÓN[1]				
		N° (%)	N° (%)	OR (IC 95%)	Chi² (p)	Prueba Z
		SI	NO			
SEXO	H	33 (55,0)*	27 (45,0)			
	M	49 (62,8)	29 (37,2)	1,38 (0,69-2,74)		
EDAD	65-75	47 (56,6)**	36 (43,4)		1,17 (0,55)	
	76-85	29 (61,7)	18 (38,3)			
	86-96	6 (75,0)	2 (25,0)			
INSTRUCCIÓN	Analfabeto	19 (82,6)**	4 (17,4)		11,99 (0,06)	*
	Primaria Incompleta	23 (60,5)	15 (39,5)			
	Primaria Completa	28 (57,1)	21 (39,5)			
	Secundaria Incompleta	8 (50,0)	8 (50,0)			
	Secundaria Completa	4 (50,0)	4 (50,0)			
	Superior Incompleta	0 (0)	1 (100,0)			
	Superior Completa	0 (0)	3 (100,0)			
ESTADO CIVIL	Soltero	8 (57,1)**	6 (42,9)		4,67 (0,45)	
	Unión Libre	1 (100,0)	0 (0)			
	Casado	42 (54,5)	35 (45,5)			
	Separado	2 (100,0)	0 (0)			
	Divorciado	8 (80,0)	2 (20,0)			
	Viudo	21 (61,8)	13 (38,2)			
CONVIVENCIA	Cónyuge	29 (55,8)**	23 (44,2)		2,59 (0,62)	
	Cónyuge e hijos	13 (54,2)	11 (45,8)			
	Hijos	22 (71,0)	9 (29,0)			
	Otros familiares	4 (50,0)	4 (50,0)			
	Solo	14 (60,9)	9 (39,1)			

*N% columna
**N% fila
[1]Según Escala de Yesavage

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

10.2.- Relación entre aspectos socio-laborales y depresión en la PAM cesante estudiada

El mayor porcentaje de depresión, se presentó en el grupo de la PAM que había cesado sus labores por un tiempo mayor a 5 años (60%) (ver tabla 17).

Con el motivo del cese laboral los que fueron voluntarios presentan mayor depresión que los que fueron obligados, con un OR de1,64 (IC: 0,81-3,30); y de los que deseaban trabajar el 58,5% tenía depresión en relación con los que no deseaban trabajar, con un OR de 1,41 (IC: 0,71-2,79)(ver tabla 17).

El 63,9% de los que perciben un ingreso menor al salario mínimo presentaron depresión y un 61% de los que no tienen ingresos; obteniendo estos resultados un chi² de 10,90 con una p de 0,004 (ver tabla 17).

La mayor prevalencia de depresión se presentó en la PAM poco conforme al cese laboral, la prueba Z determinó una diferencia estadísticamente significativa en comparación con otras sensaciones al cese laboral, y obteniendo estos resultados un chi² de 11,89 y una p de 0,008; y de los que habían empeorado con el cese laboral tuvieron el mayor porcentaje de depresión, la prueba Z determinó una diferencia estadísticamente significativa en comparación con otros estado de ánimo al cese laboral, un chi² de 6,59 y una p de 0,03 en estos resultados (ver tabla 17).

TABLA 18: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIOLABORALES Y DEPRESIÓN DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		DEPRESIÓN[1]				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
TIEMPO DEL CESE	< 1 año	2 (50,0)**	2 (50,0)		0,15 (0,92)	
	1-5 años	35 (59,3)	24 (40,7)			
	> 5 años	45 (60,0)	30 (40,0)			
MOTIVO DEL CESE	Obligado	27 (51,9)*	25 (48,1)			
	Voluntario	55 (64,0)	31 (36,0)	1,64 (0,81-3,30)		
INGRESO MENSUAL	> al salario mínimo	0 (0)**	7 (100,0)		10,90 (0,004)	
	< al salario mínimo	46 (63,9)	26 (36,1)			
	Sin ingresos	36 (61,0)	23 (39,0)			
DESEO DE TRABAJAR	Si	48 (58,5)**	28 (50,0)	1,41 (0,71-2,79)		
	No	34 (41,5)	28 (50,0)			
SENSACION AL CESE	Conforme	5 (29,4)**	12 (70,6)			
	Mod. conforme	4 (66,7)	2 (33,3)			
	Poco conforme	38 (74,5)	13 (25,5)		11,89 (0,008)	*
	Inconforme	35 (54,7)	29 (45,3)			
ESTADO DE ANIMO AL CESE	Mejor	6 (40,0)**	9 (60,0)			
	Igual	36 (53,7)	31 (46,3)			
	Empeorado	40 (71,4)	16 (28,6)		6,59 (0,03)	*

*N% columna
**N% fila
[1]Según Escala de Yesavage

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

10.3.- Relación entre aspectos clínicos, de salud y sociales y depresión en la PAM cesante estudiada

En las actividades recreativas se observa que el mayor porcentaje de depresión lo tuvo el grupo que realiza de 1 a 3 veces a la semana actividades recreativas (ver tabla 18).

En cuanto a la depresión y la polipatología no se encontró una relación significativa; y el 54,9% que presentó polifarmacia tuvo depresión en relación a los que no presentaron polifarmacia, con un OR de 1,13 (IC: 0,57-2,23) (ver tabla 18).

De los que presentaron caídas en el último año el 69% tuvieron depresión, con un OR de 1,81 (IC: 0,84-3,90) (ver tabla 18).

El 80,5% que presentó malnutrición tuvo depresión, con un OR de 3,32 (IC: 1,55-7,10) (ver tabla 18).

Los que presentaron dependencia funcional el 69,5% tuvo depresión, con un OR de 1,26 (IC: 0,61-2,60) (ver tabla 18).

El 69,6% que tuvo falta de apoyo social tuvo depresión, con un OR de 1,92 (IC: 0,90-4,06) (ver tabla 18).

TABLA 19: RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS, DE SALUD Y SOCIALES Y DEPRESIÓN DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 213

		DEPRESIÓN[1]				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
ACTIVIDADES	Nunca	42 (58,39)**	30 (41,7)		2,50 (0,47)	
RECREATIVAS	1-3 V/Semana	29 (67,4)	14 (32,6)			
	4-6 V/Semana	5 (50,0)	5 (50,0)			
	Toda la semana	6 (46,2)	7 (53,8)			
POLIPATOLOGIA	Si	53 (64,6)*	39 (69,6)		0,37 (0,54)	
	No	29 (35,5)	17 (30,4)			
POLIFARMACIA	Si	45 (54,9)**	29 (51,8)	1,13 (0,57-2,23)		
	No	37 (45,1)	27 (48,2)			
CAIDAS EN EL	Si	29 (69,0)*	13 (31,0)	1,81 (0,84-3,90)		
ÚLTIMO AÑO	No	53 (55,2)	43 (44,8)			
MALNUTRICION	Si	66 (80,5)**	31 (55,4)	3,32 (1,55-7,10)		
	No	16 (19,5)	25 (44,6)			
DEPENDENCIA	Si	57 (69,5)**	36 (64,3)	1,26 (0,61-2,60)		
	No	25 (30,5)	20 (35,7)			
FALTA DE APOYO	Si	32 (69,6)*	14 (30,4)	1,92 (0,90-4,06)		
SOCIAL	No	50 (54,3)	42 (45,7)			

*N% columna
**N% fila
[1]Según Escala de Yesavage

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

11.- RELACIÓN ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SOCIOLABORALES, CLÍNICOS, DE SALUD Y SOCIALES CON MALNUTRICIÓN EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

11.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y malnutrición en la PAM cesante estudiada

El 76,9% de las adultas mayores mujeres tuvieron malnutrición en relación con los hombres, con un OR de 2,07 (IC: 0,98-4,34); y con un predominio de malnutrición en las edades comprendidas entre 76 a 85 años (ver tabla 19).

En los niveles de educación más bajos predominó la malnutrición, es así que en la PAM de analfabetos el 78,3% tuvo malnutrición (ver tabla 19).

Según la convivencia, la PAM que predomina con malnutrición fueron los que viven solos con un 82,6% (ver tabla 19).

TABLA 20: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y MANUTRICIÓN DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		MALNUTRICION ²				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
SEXO	H	37 (61,7)*	23 (38,3)			
	M	60 (76,9)	18 (23,1)	2,07 (0,98-4,34)		
EDAD	65-75	57 (68,7)**	26 (31,3)		0,563 (0,75)	
	76-85	35 (74,5)	12 (25,5)			
	86-96	5 (62,5)	3 (37,5)			
INSTRUCCIÓN	Analfabeto	18 (78,3)**	5 (21,7)		5,96 (0,42)	
	Primaria Incompleta	28 (73,7)	10 (26,3)			
	Primaria Completa	35 (71,4)	14 (28,6)			
	Secundaria Incompleta	10 (62,5)	6 (37,5)			
	Secundaria Completa	5 (62,5)	3 (37,5)			
	Superior Incompleta	0 (0)	1 (100,0)			
	Superior Completa	1 (33,3)	2 (66,7)			
CONVIVENCIA	Cónyuge	37 (71,2)**	15 (28,8)		3,97 (0,41)	
	Cónyuge e Hijos	15 (62,5)	9 (37,5)			
	Hijos	22 (71,0)	9 (29,0)			
	Otros Familiares	4 (50,0)	4 (50,0)			
	Sólo	19 (82,6)	4 (17,4)			

*N% columna
**N% fila
²Según MNA

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

11.2.- Relación entre variables socio-laborales y malnutrición en la PAM cesante estudiada

Los que perciben un ingreso mensual menor al salario mínimo el 77,8% tuvieron malnutrición, la prueba Z determinó una diferencia estadísticamente significativa en comparación con otros ingresos mensuales, un chi² de 12,62 y con una p de 0,002 (ver tabla 20).

De acuerdo con estado de ánimo el 78,6% que señaló haber empeorado tuvo malnutrición (ver tabla 20).

TABLA 21: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIOLABORALES Y MALNUTRICIÓN DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		MALNUTRICION²				
		N° (%)	N° (%)	OR (IC 95%)	Chi² (p)	Prueba Z
		SI	NO			
INGRESO MENSUAL	> al salario mínimo	1 (14,3)**	6 (85,7)			
	< al salario mínimo	56 (77,8)	16 (22,2)		12,62 (0,002)	*
	Sin ingresos	40 (67,8)	19 (32,2)			
ESTADO DE ANIMO AL CESE	Mejor	8 (53,3)**	7 (46,7)		4,21 (0,12)	
	Igual	45 (67,2)	22 (32,8)			
	Empeorado	44 (78,6)	12 (21,4)			

*N% columna
**N% fila
²Según MNA

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

11.3.- Relación entre aspectos clínicos, de salud y sociales y malnutrición en la PAM cesante estudiada.

El 72,2% que nunca realiza actividades recreativas tuvo malnutrición (ver tabla 21).

Entre la malnutrición y polipatología, igualmente entre malnutrición y polifarmacia no se encontró una relación significativa; pero al analizarla con un tipo de patología la HTA presenta un OR de 1,56 (IC: 0,74-3,25) (ver tabla 21).

En cuanto a la relación entre malnutrición y dependencia funcional no se encontró una relación estadísticamente significativa (ver tabla 21).

Por último en la falta de apoyo social y malnutrición tampoco se encontró una relación estadísticamente significativa (ver tabla 21).

TABLA 22: RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS, DE SALUD Y SOCIALES Y MALNUTRICIÓN DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		MALNUTRICION²				
		N° (%)	N° (%)	OR (IC 95%)	Chi² (p)	Prueba Z
		SI	NO			
ACTIVIDADES	Nunca	52 (72,2)**	20 (27,8)		1,87 (0,59)	
RECREATIVAS	1-3 V/Semana	31 (72,1)	12 (27,9)			
	4-6 V/Semana	7 (70,0)	3 (30,0)			
	Toda la semana	7 (53,8)	6 (46,2)			
POLIPATOLOGIAS	Si	64 (66,0)*	28 (68,3)		0,06 (0,79)	
	No	33 (34,0)	13 (31,7)			

HTA	Si	58 (59,8)	20 (48,8)	1,56 (0,74-2,25)	
	No	39 (40,2)	21 (51,2)		
POLIFARMACIA	Si	51(52,6)*	23 (56,1)		0,14 (0,70)
	No	46 (47,4)	18 (43,9)		
DEPENDENCIA	Si	63(64,9)*	30 (73,2)		0,88 (0,34)
	No	34 (35,1)	11 (26,8)		
FALTA DE APOYO SOCIAL	Si	32 (69,6)*	14 (30,4)		0,01 (0,89)
	No	65 (70,7)	27 (29,3)		

*N% columna
**N% fila
²Según MNA

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

12.- RELACIÓN ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SOCIOLABORALES, CLÍNICOS, DE SALUD Y SOCIALES CON DEPENDENCIA FUNCIONAL EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

12.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y dependencia funcional en la PAM cesante estudiada

Las mujeres presentaron dependencia funcional en un 62,4% en relación con los hombres, con un OR de 2,07 (IC: 1,006-4,26); y según la edad el grupo de las edades comprendidas entre 76 a 85 años el 100% presentó algún grado de dependencia funcional, estos resultados arrojaron un chi² de 8,32 con una p de 0,01 (ver tabla 22).

De la PAM que vive con sus hijos el 77,4%, presentó dependencia funcional seguida de los que viven solos con un 69,6% (ver tabla 22).

TABLA 23: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y DEPENDENCIA DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		DEPENDENCIA³				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
SEXO	H	35 (37,6)**	25 (55,6)			
	M	58 (62,4)	20 (44,4)	2,07 (1,006-4,26)		
EDAD	65-75	49 (59,0)**	34 (41,0)		8,32 (0,01)	
	76-85	38 (76,6)	11 (23,4)			
	86-96	8 (100,0)	0 (0)			
CONVIVENCIA	Cónyuge	32 (61,2)**	20 (38,5)		6,16 (0,18)	
	Cónyuge e hijos	18 (75,0)	6 (25,0)			
	Hijos	34 (77,4)	7 (22,6)			
	Otros familiares	3 (37,5)	5 (62,5)			
	Solo	16 (69,6)	7 (30,4)			

*N% columna
**N% fila
³Según Índice de Barthel

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

12.2.- Relación entre aspectos socio-laborales y dependencia funcional en la PAM cesante estudiada

Los que dejaron de trabajar hace más de 5 años el 76% tuvieron dependencia funcional, la prueba Z determinó una diferencia estadísticamente significativa en comparación con otro tiempo de cese laboral; y los que tuvieron un cese voluntario el 64,2% tuvieron dependencia funcional, con un OR de 1,006 (IC: 0,48-2,09) (ver tabla 23).

Los que no tuvieron ingresos el 69,5% tuvo dependencia funcional seguidos de los que tuvieron ingresos menor al salario mínimo (ver tabla 23).

El 51,6% de los que desean trabajar tuvieron dependencia, frente al 62,2% que si desea trabajar pero que no tuvieron dependencia, con un OR de 0,64 (IC: 0,31-1,34) (ver tabla 23).

TABLA 24: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIOLABORALES Y DEPENDENCIA DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		DEPENDENCIA[3]				
		N° (%)	**N° (%)**	**IC (95%)**	**Chi ² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
TIEMPO DEL	<1 año	2 (50,0)**	2 (50,0)			
CESE	1-5 años	34 (57,6)	25 (42,4)			
	> 5 años	57 (76,0)	18 (24,0)		5,64 (0,60)	*
INGRESO	> al salario mínimo	3 (42,9)**	4 (57,1)		2,05 (0,35)	
MENSUAL	< al salario mínimo	48 (68,1)	23 (31,9)			
	Sin ingresos	41 (69,5)	18 (30,5)			
MOTIVO DEL	Obligado	35 (37,6)**	17 (37,8)			

CESE	Voluntario	58 (64,2)	28 (62,4)	1,006 (0,48-2,09)
DESEO DE TRABAJAR	Si	48 (51,6)**	28 (62,2)	0,64 (0,31-1,34)
	No	45 (48,4)	17 (27,8)	

*N% columna
**N% fila
³Según Índice de Barthel
FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

12.3.- Relación entre variables clínicas, de salud y sociales y dependencia en la PAM cesante estudiada

Los que nunca realizaron actividades recreativas presentaron el mayor porcentaje de dependencia funcional (ver tabla 24).

El 71,1% que presentó polipatología tuvo dependencia funcional, con un OR de 1,78 (IC: 0,85-3,75); y entre polifarmacia y dependencia funcional no se encontró una relación estadísticamente significativa (ver tabla 24).

La PAM que presentó caídas el 76,2% tuvo dependencia en relación con los que no presentaron caídas, con un OR de 1,83 (IC: 0,80-4,18) (ver tabla 24).

El 76,1% que tuvo falta de apoyo tuvo dependencia, con un OR de 1,86 (IC: 0,83-4,14) (ver tabla 24).

TABLA 25: RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS, DE SALUD Y SOCIALES Y DEPENDENCIA DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		DEPENDENCIA³				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (P)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
ACTIVIDADES	Nunca	51 (54,8)*	21 (46,7)		1,37 (0,71)	
RECREATIVAS	1-3 V/Semana	26 (28,0)	17 (37,8)			
	4-6 V/Semana	7 (7,5)	3 (6,7)			
	Toda la semana	9 (9,7)	4 (8,9)			
POLIPATOLOGIA	Si	66 (71,7)*	26 (28,3)	1,78 (0,85-3,75)		
	No	27 (58,7)	19 (41,3)			
POLIFARMACIA	Si	49 (52,7)*	25 (55,6)		0,10 (0,75)	
	No	44 (47,3)	20 (44,4)			
CAIDAS EN EL	Si	32 (76,2)*	10 (23,8)	1,83 (0,80-4,18)		
ÚLTIMO AÑO	No	61 (63,5)	35 (36,5)			
FALTA DE APOYO	Si	35 (76,1)*	11 (23,9)	1,86 (0,83-4,14)		
SOCIAL	No	58 (63,0)	34 (37,0)			

*N% columna
**N% fila
³Según Índice de Barthel

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

13.- RELACIÓN ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SOCIOLABORALES, CLÍNICOS Y DE SALUD CON FALTA DE APOYO SOCIAL EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

13.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y falta de apoyo social en la PAM cesante estudiada

Las mujeres presentaron 54,3% de falta de apoyo, pero de la PAM que tuvo apoyo social el mayor porcentaje lo tuvieron las adultas mayores mujeres con un 57,6%, con un OR de 0,87 (IC: 0,43-1,78); según la edad la falta de apoyo social predominó en los que tuvieron de 65 a 75 años (ver tabla 25).

Los que presentaron falta de apoyo social en mayor porcentaje fueron los casados con el 37%, seguido de los viudos con el 34,8%, con un chi² de 13,2 con una p de 0,02; y en relación a la convivencia, la PAM de los que viven solos tuvieron el mayor porcentaje de falta de apoyo social, la prueba Z determinó una diferencia estadísticamente significativa en comparación con otra convivencia, un chi² de 28,9 con una p <0,001 (ver tabla 25).

TABLA 26: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y FALTA DE APOYO SOCIAL DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		FALTA DE APOYO SOCIAL[4]				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
SEXO	H	21 (45,7)**	39 (42,4)			
	M	25 (54,3)	53 (57,6)	0,87 (0,43-1,78)		
EDAD	65-75	31 (67,4)*	52 (56,5)		3,68 (0,15)	
	76-85	11 (23,9)	36 (39,1)			
	86-96	4 (8,7)	4 (4,3)			
ESTADO CIVIL	Soltero	7 (15,2)*	7 (7,6)		13,2 (0,02)	
	Unión libre	1 (2,2)	0 (0)			
	Casado	17 (37,0)	60 (65,2)			
	Separado	0 (0)	2 (2,2)			
	Divorciado	5 (10,9)	5 (5,4)			
	Viudo	16 (34,8)	18 (19,6)			
CONVIVENCIA	Cónyuge	9 (17,3)**	43 (82,7)			
	Cónyuge e hijos	6 (5,0)	18 (75,0)			
	Hijos	9 (29,0)	22 (71,0)			
	Otros familiares	4 (50,0)	4 (50,0)			
	Solo	18 (78,3)	5 (21,7)		28,9 (<0,001)	*

*N% columna
**N% fila
[4]Según Escala de Gijón

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

13.2.- Relación entre aspectos socio-laborales y falta de apoyo social en la PAM cesante estudiada

Los que cesaron sus actividades laborales hace más de 5 años el 50% no tuvieron apoyo social, seguido de los que cesaron entre un año a 5 años con el 47,8% (ver tabla 26).

De acuerdo al ingreso mensual el mayor porcentaje de falta de apoyo lo tuvieron los que tuvieron ingreso menor al salario mínimo seguido de los que no tuvieron ingresos (ver tabla 26).

TABLA 27: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIO-LABORALES Y FALTA DE APOYO SOCIAL DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		FALTA DE APOYO SOCIAL[4]				
		N° (%)	N° (%)	OR (IC 95%)	Chi² (p)	Prueba Z
		SI	NO			
TIEMPO DEL CESE	< 1 año	1 (2,2)*	3 (3,3)		0,78 (0,67)	
	1-5 años	22 (47,8)	37 (40,2)			
	> 5 años	23 (50,0)	52 (56,5)			
INGRESO MENSUAL	> al salario mínimo	1 (2,2)*	6 (6,5)		1,21 (0,54)	
	< al salario mínimo	25 (54,3)	47 (51,1)			
	Sin ingresos	20 (43,5)	39 (42,4)			

*N% columna
**N% fila
[4]Según Escala de Gijón
FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

13.3.- Relación entre variables clínicas y de salud y falta de apoyo social en la PAM cesante estudiada

Los que presentaron polipatología el 67,4% tuvieron falta de apoyo social y con un OR de 1,92 (IC: 0,49-2,23) (ver tabla 27).

TABLA 28: REACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y DE SALUD Y FALTA DE APOYO SOCIAL DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		FALTA DE APOYO SOCIAL[4]				
		N° (%)	N° (%)	OR (IC 95%)	Chi² (p)	Prueba Z
		SI	NO			
POLIPATOLOGIAS	Si	31 (67,4)**	61 (66,3)	1,05 (0,49-2,23)		
	No	15 (32,6)	31 (33,7)			

*N% columna
**N% fila
[4]Según Escala de Gijón

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

14.- RELACIÓN ENTRE ASPECTOS SOCIODEMOGRÁFICOS, SOCIOLABORALES, CLÍNICOS Y DE SALUD CON POLIPATOLOGÍA EN LA PAM CESANTE ESTUDIADA

14.1.- Relación entre aspectos sociodemográficos y polipatología en la PAM cesante estudiada

De las adultas mayores mujeres el 64,1% tuvieron polipatología en relación con los hombres, con un OR de 2,54 (IC: 1,23-5,24); y según la

edad hubo mayor predominio de polipatología en las edades comprendidas entre 86 a 96 años con un 87,5% (ver tabla 28).

La polipatología se evidencia en los niveles bajos de educación, es así que el mayor porcentaje se presentó en los que tienen primaria completa (ver tabla 28).

TABLA 29: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS Y POLIPATOLOGÍA DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		POLIPATOLOGIA[5]				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
SEXO	H	33 (35,9)**	27 (58,7)			
	M	59 (64,1)	19 (41,3)	2,54 (1,23-5,24)		
EDAD	65-75	53 (63,9)**	30 (36,1)		1,9 (0,38)	
	76-85	32 (68,1)	15 (31,9)			
	86-96	7 (87,5)	1 (12,5)			
INSTRUCCIÓN	Analfabeto	19 (20,7)*	4 (8,7)		6,68 (0,35)	
	Primaria Incompleta	25 (27,2)	13 (28,3)			
	Primaria Completa	31 (33,7)	18 (39,1)			
	Secundaria Incompleta	9 (9,8)	7 (15,2)			
	Secundaria Completa	4 (4,3)	4 (8,7)			
	Superior Incompleta	1 (1,1)	0 (0)			
	Superior Completa	3 (3,3)	0 (0)			

*N% columna
**N% fila
[5]Según OMS

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

14.2.- Relación entre variables socio-laborales y polipatología en la PAM cesante estudiada

La polipatología se evidenció en mayor porcentaje en los que cesaron sus actividades laborales hace más de 5 años (ver tabla 29).

De los que presentaron polipatología el 51,1% tuvo ingresos menores al salario mínimo, seguido del 43,5% que no tuvo ingresos (ver tabla 29).

De los que presentaron polipatología el 45,7% tuvo igual estado de ánimo al cese, seguido de los que habían empeorado (42,4%) (ver tabla 29).

TABLA 30: RELACIÓN ENTRE VARIABLES SOCIOLABORALES Y POLIPATOLOGÍA DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		POLIPATOLOGIA[5]				
		N° (%)	N° (%)	OR (IC 95%)	Chi² (p)	Prueba Z
		SI	NO			
TIEMPO DE CESE	<1 año	2 (50,0)**	2 (50,0)		1,45 (0,48)	
	1-5 años	37 (62,7)	22 (37,3)			
	>5 años	53 (70,7)	22 (29,3)			
INGRESO MENSUAL	> al salario mínimo	5 (5,4)*	2 (4,3)		0,16 (0,92)	
	< al salario mínimo	47 (51,1)	25 -(54,3)			
	Sin ingresos	40 (43,5)	19 (41,3)			
ESTADO DE ANIMO AL CESE	Mejor	11 (12,0)*	4 (8,7)		1,001 (0,60)	
	Igual	42 (45,7)	25 (54,3)			
	Empeorado	39 (42,4)	17 (37,0)			

*N% columna
**N% fila
[5]Según OMS

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

14.3.- Relación entre variables clínicas y de salud y polipatología de la PAM cesante estudiada

El 75% de los pacientes que recibe polifarmacia, tiene polipatología, con un OR de 25,6 (IC: 8,62-69,70) (ver tabla 30).

De los que presentaron polipatología fueron en su mayor porcentaje los que nunca realizan actividades recreativas (ver tabla 30).

TABLA 31: RELACIÓN ENTRE VARIABLES CLÍNICAS Y DE SALUD Y POLIPATOLOGÍAS DE LA MUESTRA PAM CESANTE, HAIAM, JUNIO-JULIO 2013

		POLIPATOLOGIA[5]				
		N° (%)	**N° (%)**	**OR (IC 95%)**	**Chi² (p)**	**Prueba Z**
		SI	NO			
POLIFARMACIA	SI	69 (75,0)**	5 (10,9)	25,60 (8,62-69,70)		
	NO	23 (25,0)	41 (89,1)			
ACTIVIDADES	Nunca	49 (53,3)*	23 (50,0)		0,44 (0,93)	
RECREATIVAS	1-3 V/Semana	27 (29,3)	16 (34,8)			
	4-6 V/Semana	7 (7,6)	3 (6,5)			
	Toda la semana	9 (9,8)	4 (8,7)			

*N% columna
**N% fila
[5]Según OMS

FUENTE: ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR CESANTE
ELABORADO POR: S. VIDAL

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

En el transcurso de las últimas décadas se ha evidenciado importantes avances tecnológicos, uno de los más importantes en el ámbito de la medicina, grandes descubrimientos que han permitido mejoras en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos; lo que ha llevado hoy en día, a tener una alta expectativa de vida en relación al siglo pasado; y un gran triunfo pero a la vez un gran desafío para el siglo actual y los que vendrán.

No es novedad que nos enfrentamos a un envejecimiento global, motivo por el cual se necesita emplear programas y estrategias que cumplan con todos los requisitos para un envejecimiento saludable, el cual implica abarcar todos los factores de relevancia (evaluados en el estudio) como el físico, biológico, afectivo, cultural y social, entre otros, en pro de éste envejecimiento saludable y prevención del proceso de fragilización y fragilidad.

Este estudio presenta datos muy importantes sobre los factores que influyen en el proceso de fragilización en la PAM; la muestra proviene de una población en la que se estudiaron 78 mujeres y 60 hombres, lo que implica mayor presencia femenina así como en la mayoría de estudios en éste grupo etario; y con el mayor porcentaje de edades comprendidas entre 65 a 75 años.

Los niveles de instrucción que se evidencian son muy bajos, con un porcentaje de personas analfabetas del 16%, y estudios primarios del 63% datos muy similares a los encontrados en SABE con un porcentaje del 76% que indicaron tener menos de 6 años de escolaridad, y en Colombia con un porcentaje de personas analfabetas del 20,3%, mayor al de éste estudio, además estos porcentajes de baja escolaridadse incrementan en la población femenina.[2829] Al contrario de Chile y España donde en los estudios se observan los mayores porcentajes; en España el 70.5% tienen estudios primarios completos y en Chileuna instrucción secundaria incompleta con el 17,1% e instrucción secundaria completa con el 20,1%.[3031]

El estado civil es un factor clave determinante en el bienestar de la PAM, el 55.8% se encuentra casado, el 37%.7 vive con su cónyuge y el 17% con su cónyuge y sus hijos; siendo porcentajes claves ya que se relacionan con una adecuada situación de apoyo socio-familiar. Por el contrario existe un 16.7% de la PAM que refiere vivir sola lo que significa un riesgo social grave, siendo un factor de riesgo muy importante que influye en el proceso de fragilización y a la vez una situación muy preocupante.

[28]Freire W, Rojas E, Pazmiño L, Fornasini M, Tito S, Buendía P, Waters W, Salinas J, y Álvarez P. Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010. Aliméntate Ecuador/USFQ. 1a ed. Grupo Impresor, Quito Ecuador; 2010. pp. 4: 64-93.

[29] Gómez J, Curcio C, y Henao G. Fragilidad en ancianos colombianos. RevMedica Sanitas 2012; 15 (4): 8-16.

[30] Tapia C, Varela H, Barra L, Ubilla M, Iturra V, et al. Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de Antofagasta. RevMed Chile 2010; 138: 444-451.

[31]Abizanda P, López-Torres J, Romero L, López M, Sánchez P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. Rev EspGeriatrGerontol. 2011. doi: 10.1016/j.regg.2010.10.004.

Un problema de gran importancia a nivel mundial es la HTA, enfermedad más prevalente en el presente estudio, y en comparación con Colombia, Chile, Cuba, México, Costa Rica y España, la HTA también fue la más prevalente; seguida de problemas ostearticulares con un gran porcentaje;[32][33][34][36][37] junto con ello se aumenta el problema de polifarmacia en el 46.4% de la PAM; problemas que con un mejor sistema de salud y prevención desde muy temprana edad podrían evitarse.

En la situación socio-laboral se observan problemas muy importantes en la PAM, personas que han dejado de trabajar, en su mayoría voluntariamente por problemas de salud que le dificultaban realizar sus actividades laborales con normalidad, inconformes con su cese, con un estado de ánimo que ha empeorado a raíz del mismo, personas que no reciben una pensión jubilar digna y merecida por sus años de trabajo, al contrario en un 52,2% de la PAM tiene ingresos menores al salario mínimo que corresponden en su mayoría al BDH; y otro gran porcentaje con 42.8% que refieren no tener ningún ingreso, es decir personas que viven en la extrema pobreza; la situación no es muy diferente en países como Colombia y en Cuba que a pesar de que ellos sí reciben una pensión jubilar

[32] Gómez, Op. Cit., p. 129
[33] Tapia, Op. Cit., p.129
[34] Alonso P, Sansó F, Díaz-Canel A, y Carrasco M. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. RevCub Salud Pública 2009; 35 (2): 1-14.
[35] Ruiz-Arregui L, Ávila J, Amieva H, Borges-Yánez S, Villa-Romero A, et al. The Coyoacan cohort study: design, methodology, and participant´s haracteristics of a mexican study on nutritional and psychosocial markers of frailty. Thejournal of frailty and aging. 2013.
[36] Fernández X, y Robles A. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. 200. Viii, 237p. [Sitio en Internet] Centro Centroamericano de Población-Universidad de Costa Rica. Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html. Acceso el 30 septiembre 2013.
[37] Abizanda, Op. Cit., p.129

“adecuada” el 35% de la PAM estudiada refiere que le alcanza a penaspara satisfacer solamente las necesidades básicas.[38]

Existen algunos problemas de salud que se presentan en la PAM, que interfieren en su bienestar, entre ellos la malnutrición en un 54.3% la PAM presentó riesgo de malnutrición, y un 15.6% malnutrición; en parte ésta situación es común en éste grupo etario en la cual influyen muchos factores como físicos en los que se incluyen problemas de masticación, salivación y deglución, factores fisiológicos como la disminución del metabolismo basal, trastorno de absorción, cambios propios de la edad en la composición corporal, y otros factores psicosociales que aunque no son propios de la edad se observan en el estudio como pobreza, limitación de recursos, aislamiento, soledad ,inadecuados hábitos alimentarios y un nivel bajo de escolaridad que influyen en gran parte en la malnutrición; y aspectos que a la final favorecen al proceso de fragilización de la PAM; en estudios similares como en Costa Rica, alrededor del 24% de la PAM tenía bajo peso siendo un factor de riesgo importante para malnutrición;[39] otro estudio importante es el estudio Coyoacan en México, donde se utilizó la misma escala para medir malnutrición MNA en donde se encontró 24% de la PAM con riesgo de malnutrición y 3.4% con malnutrición;[40] situación alarmante para Ecuador ya que es una diferencia abismal en comparación al estado nutricional de su PAM.

[38] Alonso, Op. Cit., p.130
[39] Fernández, Op. Cit., p.130
[40] Ruiz-Arregui, Op. Cit., p.130

En la esfera afectiva se evidenció depresión en un nivel moderado en el 47.8% y en el severo 11.6%, siendo porcentajes muy elevados de depresión en la PAM; en un estudio Chileno se evidenció con la escala de Yesavage un grado de depresión leve en el 10% presentándose un grado moderado y severo en el 90% restante[41], siendo también porcentajes elevados para ésta población; al contrario en otras poblaciones a pesar de que se evidenció depresión no son porcentajes tan elevados como en Ecuador y Chile, tal es el caso de Colombia donde se evidenció un 38% con depresión[42], otro estudio en México se encontró una población de 20,4% con depresión[43]; pero también se encontraron porcentajes mucho más bajos de depresión como es el caso de Costa Rica donde se aplicó la escala de Yesavage y se evidenció un 11% con riesgo de depresión y un 6% con depresión establecida[44] y en Cuba donde se evidenció un 15,8% de depresión.[45]

En la esfera funcional el 65.9% presentaba un grado de leve de dependencia y sólo el 32.6% es independiente; en otros estudios de otros países se encontró; en Chile que el 24,7% presentaba un grado leve a moderado de dependencia[46]; y en un estudio Mexicano presentaron algún grado de dependencia el 34,7%.[47]

[41] Tapia, Op. Cit., p.129
[42] Gómez, Op. Cit., p.129
[43] Ruiz-Arregui, Op. Cit., p.130
[44]Fernández, Op. Cit., p.130
[45] Alonso Op. Cit., p. 130
[46] Tapia, Op. Cit., p. 129
[47] Ruiz-Arregui, Op. Cit., p 130

Por último en el apoyo socio-familiar el 66.7% recibe apoyo socio-familiar o que presenta un riesgo social leve y el 34.4% presentaba riesgo social intermedio o elevado, siendo un nivel aceptable de apoyo familiar, pero todavía un gran porcentaje presenta falta del mismo; en el estudio FRADEA realizado en España emplearon la misma escala (Escala de Gijón) para valorar el apoyo socio-familiar, en éste estudio se encontró que el 85% de la PAM estudiada recibe apoyo social-familiar o que presenta un riesgo social leve[48]; siendo un porcentaje mayor de apoyo socio-familiar al presentado en Ecuador.

Si bien la malnutrición no mostró una relación significativa con algunos factores de importanciacomo la dependencia funcional, falta de apoyo social y polipatología, por el hecho de que la PAM con malnutrición y riesgo de malnutrición es demasiado grande, si la tuvo con la depresión el 80,5% que presentó malnutrición tuvo depresión, con un OR de 3,32 (IC:1,55-7,10).

La depresión en la PAM además de demostrar una fuerte relación con la malnutrición, también la presentó con los que presentaron dependencia funcional el 69,5% tuvo depresión, con un OR de 1,26 (IC: 0,61-2,60); por último el 69,6% que tuvo falta de apoyo social tuvo depresión, con un OR de 1,92 (IC: 0,90-4,06).

Con la dependencia funcional se observó una relación con el 71,1% que presentó polipatología tuvo dependencia funcional, con un OR de 1,78

[48]Abizanda, Op. Cit., p. 129

(IC: 0,85-3,75), además la PAM que presentó caídas el 76,2% tuvo dependencia, con un OR de 1,83 (IC: 0,80-4,18), por ultimo el 76,1% que tuvo falta de apoyo tuvo dependencia, con un OR de 1,86 (IC: 0,83-4,14).

Finalmente la relación de polipatología con estos factores se presentó con el 67,4% que tuvieron falta de apoyo social y con un OR de 1,92 (IC: 0,49-2,23) y con el 75% de los pacientes que recibió polifarmacia, con un OR de 25,6 (IC: 8,62-69,70).

El estudio en sí, mostró relaciones existentes muy fuertes entre los factores físicos, biológicos, afectivos, funcionales y sociales del proceso de fragilización.

No sólo se presentaron relaciones fuertes con los propios factores del proceso de fragilización sino también con características socio-demográficas relevantes; tal es el caso de la adulta mayor mujer, la población más vulnerable, la población más vulnerable en el grupo de adultos mayores.

En éste estudio se evidenció que la mujer presentaba bajos niveles de instrucción (18% analfabetas), que en gran porcentaje son viudas, presentan escasos ingresos económicos en un 40%, algunas sin ingresos con el 34%, mucho menos con una pensión jubilar. Son las mujeres también las más propensas a tener un mal estado nutricional el 76.9% de ellas, dependencia funcional con 62,4%, depresión con el 68% y falta de apoyo social el 53%; aunque tanto el grupo de hombres y mujeres son propensos a todos estos problemas, hay una relación más fuerte con las mujeres; resultados muy

similares los encontró SABE donde el 75,3% de las mujeres señaló tener menos de 6 años de estudios escolares, con un promedio de 32,2% de mujeres viudas; mujeres que señalaron en un promedio de 23,6% vivir en condiciones indigentes y sin ningún tipo de apoyo social, porcentaje que el mismo aumentaba con la edad, un 44,4% presentó depresión, el 31% presentó uno o más limitaciones en ABVD y respecto al estado nutricional el 65,4% de las mujeres presentó sobrepeso y obesidad.[49]En países de América Latina como México se evidenció un promedio de 19,6% de analfabetismo en las mujeres frente al 15% que presentaron los hombres, existiendo una diferencia abismal con Ecuador, además un 62% fueron viudas, el 11,3% señaló una mala situación socio-económica, 30% presentó depresión, el 35% presentó riesgo de malnutrición y 18,4% presentó malnutrición, por último el 49% presentó alguna limitación funcional.[50] Otro estudio que analizó la situación de la mujer adulta mayor fue en Colombia donde el 63,4% refirió tener menos de 5 años de educación, el 53,4% refirió vivir en la pobreza, el 35,6% presentó depresión y el 25,1% escaso apoyo social.[51] Toda ésta situación pone a Ecuador en una situación alarmante para éste género en específico que poco a poco forma parte del proceso de fragilización y muy pronto a la fragilidad y dependencia.

Siempre las poblaciones con mayor pobreza y la falta de un buen nivel de educación, son las más vulnerables, si a esto sumamos el grupo etario específico la PAM que viven solos, se vuelve más vulnerable aún; en

[49] Freire, Op. Cit., p. 129
[50] Ruiz-Arregui, Op. Cit., p. 130
[51] Gómez, Op. Cit., p. 129

éste estudio al igual que en Colombia, Cuba, el estudio Coyoacam de México y FRADEA de España, se demuestra que el inicio de fragilidad en la PAM, empeora el proceso por la falta de educación e información propia de estas poblaciones, falta de recursos necesarios para subsistir, teniendo como consecuencia grandes problemas de salud como los ya antes mencionados.

La relación existente entre estos factores del proceso de fragilización con la situación del cese laboral y situación socio-económica, es muy fuerte y a la vez muy alarmante; los factores de éste proceso se ven muy marcados conforme avanzan los años del cese laboral, con la inconformidad de su cese laboral y más aún el hecho de no haber recibido una preparación para el mismo, además de la alarmante situación de verse obligados a renunciar a su única y escasa fuente de trabajo por problemas de salud incapacitantes, y sobre todo con el problema de no presentar una pensión jubilar que les permita vivir tranquilos y dignamente.

El estudio presentó algunas limitaciones como por ejemplo algunas personas por estar preocupadas de no perder sus respectivos turnos en la consulta, contestaban las encuestas sin darse cuenta de sus respuestas, situación que pudo haber originado sesgos en las respuestas; además hubieron casos en que las personas no deseaban realizar la encuesta o no terminaban de contestarla por el hecho de que contenía muchos ítems lo que lo que la hacía larga y cansada, por lo cual la encuesta ya no era válida y tenía que repetirse con otra persona.

Algunas preguntas realizadas en la encuesta, como por ejemplo, las que se sitúan en el acápite de situación económica y cese laboral, son preguntas de opinión personal, por lo tanto las respuestas son subjetivas y pudieron ser sesgadas.

Uno de los instrumentos utilizados para la medición fue la Escala de Valoración Socio-familiar de Gijón, una escala que no demuestra una excelente consistencia interna en su validación, por el que hecho que mide varios ítems que no tienen relación entre sí y al ser utilizada en la entrevista, los resultados que presentó no fueron estadísticamente significativos.

En todo el trascurso del estudio se han evidenciado 3 problemas bases: por un lado se encuentra el envejecimiento global como desafío, más no como triunfo, acompañado de la feminización del envejecimiento; por otro lado tenemos a los mitos y estereotipos negativos infundados sobre el envejecimiento; y por último el cese laboral y todo lo que éste implica.

El envejecimiento global implica muchas responsabilidades para los gobiernos y la sociedad; en primer lugar porque la PAM ha sido el grupo etario más rezagado por parte de los gobiernos, razón por la cual no existen programas ni políticas adecuadas para mejorar el bienestar de ellos; en segundo lugar porque en los servicios de salud no hay una cantidad suficiente de especialistas que abastezca a toda la PAM habiendo muchos más riesgos de iatrogenias en ellos y además no hay planes adecuados de prevención y promoción en esta población; y por último existen limitados servicios sociales que se encargan de proporcionar todos los recursos

necesarios para su bienestar, sobre todo en las poblaciones más necesitadas.

Si al envejecimiento global se le suma el hecho de la feminización a esta población el problema, la situación se vuelve más alarmante; hoy en día, las adultas mayores mujeres son mujeres que han tenido muchas limitaciones en el trascurso de sus vidas, son mujeres que no tenían derecho a una educación adecuada, muchos menos pensar en la idea de trabajar, ellas tenían un rol específico el ser madres y cuidador de su esposo y hogar, de esa manera menospreciándolas en una sociedad machista donde el hombre es el único que tiene el derecho y la capacidad para “mantener” el hogar; éstas mujeres ahora son las que más necesidades sociales y económicas tienen, son mujeres en la mayoría viudas, solas, que se encuentran en la extrema pobreza, o en el mejor de los casos recibiendo una pensión de viudez “suficiente” para vivir. Este grupo vulnerable, debería tener una atención por parte de los gobiernos, tratar de mejor sus condiciones de vida y con esto ofrecerles una mejor calidad de vida.

¿En qué momento la etapa de la adultez mayor llegó a ser la etapa más triste y más deprimente del ciclo de la vida?, ¿En qué momento los adultos mayores llegaron a ser viejos, ancianos e inútiles en la sociedad?, en el momento que la sociedad lo impuso así y los mismos adultos mayores lo aceptaron con resignación de esa manera.

Existen un sinnúmero de mitos y estereotipos negativos alrededor del envejecimiento, que los adultos mayores son torpes, son lentos, ya no son

útiles, ya no tienen la capacidad de realizar las actividades laborales con normalidad, todo esto es una gran falsedad; el hecho de ser mayor no significa lo mismo que ser inútil, cuantos trabajos de gran importancia realizan los adultos mayores en la sociedad la misma que se vuelve ciega y cerrada ante eso, aunque estos no sean remunerados o muy bien remunerados no significa que no realicen una actividad laboral.

En la comunidad es un orgullo observar que las personas en mayor porcentaje que trabajan en voluntariados, servicios sociales, sean los adultos mayores; personas dedicadas y preocupadas de ofrecer un futuro mejor a las nuevas generaciones; dentro de la familia el gran trabajo que realizan cuidando a sus nietos y bisnietos, ayudando con los quehaceres del hogar o haciendo los “mandados”, todos estos trabajos muy importantes dentro del hogar. Entre los trabajos remunerados que realizan los adultos mayores están el mantener las tradiciones históricas presentes en la familia y la sociedad con la elaboración de comidas típicas o trabajos artesanales típicos; estos trabajos no tomados en cuenta como trabajos en sí pero que lo son y fundamentales para conservar nuestras costumbres.

Por último se encuentra el cese laboral, la jubilación, etapa que tiene que llegar en algún momento pero no llega en la forma adecuada; la adultez mayor implica muchos retos por parte de los adultos mayores, comenzando por el hecho de ya no cumplir un rol tan importante como es el trabajar, un golpe muy fuerte si no hubo preparación para el mismo, si a esto se asocia el hecho de que el estado ofrece jubilaciones que no satisfacen todas las

necesidades que deben tener los adultos mayores como personas, o peor aún, saber que después del cese laboral no tendrá ningún tipo de ingreso económico, nunca verán al cese laboral como una época de tranquilidad y merecido descanso sino como una situación alarmante a la cual hay que temer.

Los gobiernos en todo el mundo, y el de Ecuador, no están preparados para el envejecimiento global que se está viviendo, mucho menos para poder ofrecer excelentes pensiones jubilares, el seguro social muy pronto no va a soportar esta situación, y de hecho ya se está observando esto, países que poco a poco están aumentando los años de trabajo para jubilarse, un caso muy reciente el de España que de los 60 años que se jubilaban se incrementaron a los 65 años para tratar de sostener la economía y el sistema de pensiones[52]; y sin ir muy lejos el caso de Ecuador, en el cual desde el próximo año sólo se podrá recibir una pensión jubilar de 30.000 dólares para los trabajadores del sector público y un máximo de 38.000 dólares para los trabajadores del sector privado.

Esta situación es imposible de sostener, los gobiernos deben tomar en cuenta el hecho de que la expectativa de vida ha incrementado desmedidamente, que hay que pagar un pensión jubilar a una persona de 65 años que puede vivir 30 años más; es preocupante que países como Colombia y Cuba entiendan que una persona a partir de los 55 años ya no

[52]Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMERSO. Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Madrid: Edición Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011. pp. 4 Economía y Personas Mayores. p: 171-221

es útil hablando productivamente, que esa sea la edad en que la ley de sus países permita jubilarse, cuando una persona a esa edad es completamente productiva, con capacidad de poder dar mucho más para su trabajo, incluso a los 65 años que es la edad en común de jubilación en la mayoría de países, también son personas que de acuerdo a sus capacidades pueden ser útiles y productivas para la sociedad.

La pobreza en Ecuador es muy grande, y un gran porcentaje de la PAM a pesar de los largos y arduos años de trabajo al cesar sus actividades no reciben una pensión, motivo por el cual el gobierno de Ecuador como el de otros países ha creado sistemas de pensiones no contributivas para las poblaciones más necesitadas, entre ellos la PAM; pero la pensión contributiva no es nada más que una burla a ésta población, después de tantos años de trabajo recibir una mensualidad de 50 dólares y que a duras penas cubre a 500.000 adultos mayores, se pretende que con esa cantidad subsistan durante un mes, ni las necesidades básicas se pueden cubrir con la cantidad de dinero que “regala” el gobierno si sólo la canasta básica en Ecuador tiene un costo de 587 dólares.

No todos los países tienen un sistema deplorable de pensiones contributivas, hay algunos que aunque no son los adecuados son mejores, en América Latina la pensión contributiva en Chile llega a los 148 dólares, cubriendo al 60% de la población pobre en dicho país, y en Europa en

países como España dependiendo el caso puede superar los 400 dólares[53]; toda ésta situación es muy desalentadora para Ecuador, siendo un país que tiene exorbitantes cantidades de "oro negro" y uno de los principales productores de petróleo en América Latina, con un barril de petróleo que supera los 100 dólares, ofrece un BDH de apenas 50 dólares cuando el mismo inició en el gobierno de Jamil Mahuad con 15 dólares y un barril de petróleo de 10 dólares; el gobierno presente se dice llamar un gobierno de un país sin desigualdades, con un Producto Interno Bruto (PIB) que en el último año ha crecido 5% y que cerró el último año con 84.53 miles de millones, de los cuales 6.000 mil millones son destinados para el gasto social, incluida en ésta el pago de pensiones y sin embargo tiene una pésima distribución de su riqueza y un pésimo sistema de seguridad social.

Algunos estudios demuestran que el riesgo de pobreza es casi el doble en la PAM que en otro grupo poblacional, y que uno de cada 3 adultos mayores está en ésta situación.[54] Todo esto reflejado por una sociedad y gobiernos irresponsables y deshumanizados hacia la situación que vive la PAM.

Ya es hora de ponerle un alto a la injusticia, discriminación y desigualdad que hay para la PAM, los gobiernos, la sociedad, los servicios

[53] Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones (FIAP). Programas de pensiones no contributivas en países FIAP. Parte I: América Latina. Santiago; 2011 [Sitio en Internet] Federación Internacional de Administradoras de Fondos de Pensiones. Disponible en: http://www.fiap.cl/prontus_fiap/site/artic/20110508/asocfile/20110508205321/src_pensiones_no_contributivas_en_paises_fiap__parte_i_latam___vers__08_05_11_.pdf. Acceso el 30 septiembre 2013

[54] Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMERSO, Op. Cit., p. 140.

sociales y de salud, los sistemas de seguridad social, las nuevas generaciones que van hacia el camino de la adultez mayor y la misma PAM deben hacer conciencia de ésta situación. Ya es hora de que Ecuador adopte políticas y programas que prevengan esta problemática que conlleva un sinnúmero de acontecimientos crueles que terminan en un proceso de fragilización y más avanzado, en fragilidad en la PAM, e impide que Ecuador pueda tomar la vía de un verdadero desarrollo, condenándose durante siglos a pertenecer a la lista de países imposibilitados de superar la pobreza, y malas condiciones socio-económicas y de salud. Ningún país puede considerarse rico cuando tiene una gran población en la pobreza y desamparo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

1.- La PAM que cesó sus actividades laborales muestra una alta prevalencia en todos los factores biopsicosociales involucrados en el proceso de fragilización, y en general una fuerte asociación entre sí.

2.- La depresión se asoció con la PAM cesante conforme aumentaba la edad, el tiempo de cese laboral y los que dejaron de trabajar voluntariamente, además con mayores porcentajes de asociación en mujeres, en bajos niveles de instrucción y en general con una mala situación social y económica.

3.- La valoración de malnutrición a través de MNA manifestó una relación muy fuerte de riesgo de malnutrición y malnutricióncon la PAM conforme aumentaba la edad y el tiempo de cese laboral, además de manifestarse en mayor porcentaje en mujeres, en niveles de educación bajos y en escasos ingresos económicos.

4.- La dependencia funcional se incrementó conforme incrementaba la edad y conforme incrementaba el tiempo de cese laboral con una asociación muy significativa para éste último, además de asociarse especialmente con las mujeres y la PAM que no tenía ningún tipo de ingreso económico.

5.- La falta de apoyo social se relacionó con la PAM cesante conforme incrementaba el tiempo de cese laboral y en edades tempranas de la adultez mayor, además se asoció con la PAM cesante que percibió escasos ingresos económicos.

6.- La polipatología se asoció con la PAM cesante conforme aumentaba la edad y el tiempo de cese laboral, además en grandes porcentajes se evidenció en mujeres, en bajos niveles de educación y en ingresos económicos precarios.

7.- Dentro de la PAM, el mayor porcentaje fueron adultas mayores mujeres, y son las más vulnerables ya que son las que presentan en su mayoría el proceso de fragilización, al ser éste grupo donde se encontraron los mayores porcentajes de niveles de instrucción bajos, mayor porcentaje de viudas que los hombres, con escasos ingresos económicos; además respecto a su salud fueron la población más prevalente de depresión, malnutrición, dependencia funcional y polipatología.

8.- La condición social y económica deteriorada por el cese laboral podría ser un importante contribuyente del proceso de fragilización.

CAPÍTULO VII

RECOMENDACIONES

Al evidenciar que las condiciones socioeconómicas son los principales determinantes de salud y de un inadecuado proceso de envejecimiento llamado “fragilización” se recomienda:

1.- Mejorar las condiciones sociales y económicas de los adultos mayores fragilizados por la cesantía con el fin de:

- Promover la formación de políticas para un envejecimiento activo, que permitan un retiro parcial versus un retiro completo de la actividad laboral, mermando el impacto de este fenómeno en la PAM y darle el adecuado seguimiento al mismo.
- Promoción de políticas de participación activa de la PAM en el ámbito laboral, como parte importante en una sociedad productiva de acuerdo a las capacidades de cada uno de ellos.
- Reconocer en la sociedad las actividades voluntarias que realizan los adultos mayores, ofreciendo estímulos o compensaciones por el mismo.
- Mejorar el sistema de cobertura nacional de afiliación y jubilación, con el fin de que toda la PAM pueda formar parte de éste derecho.
- Promover el desarrollo de una legislación, establecimiento de leyes y regulaciones estatales basadas en convenciones de derechos de las personas mayores con el respectivo seguimiento y vigilancia de

cumplimiento de las mismas estableciendo así condiciones de vida digna para la PAM.

- Aumentar el monto de la pensión mensual del BDH y la cobertura de la PAM que la recibe, con el fin de llevar una vida digna y satisfacer todas sus necesidades.
- Mejorar la accesibilidad a la vivienda, con la creación de espacios que faciliten la actividad diaria, maximizando la autonomía e independencia de la PAM, y a la vez que asegure y potencie sus capacidades.
- Potencias los servicios profesionales de cuidado al adulto mayor dependientes no dependiente, como uno de los principales fundamentos de una mejor calidad de vida.

2.- Mejorar el acceso a los servicios de salud pública de los adultos mayores fragilizados por la cesantía con la finalidad de:

- Proveer a los adultos mayores de un personal calificado con conocimientos geriátricos en la atención primaria de salud (APS), que actúen adecuadamente sobre aspectos relacionados con los estilos de vida y hacia la detección precoz de procesos que comprometan la calidad de vida de la PAM.
- Promover la formación de atención especializaday especialistas en el área de Geriatría y Gerontología, con el fin de contar con los recursos necesarios para la atención adecuada, individualizada y prioritaria de la PAM estableciendo prioridades, y asignando recursos para la

consiguiente reducción de la morbilidad y aplazamiento de la invalidez de la PAM.

- Capacitar continua y adecuadamente al personal de salud en la Valoración Geriátrica Integral, así como el llevar un registro adecuado de la información generada de dicha actividad, con el fin de poder brindar los servicios necesarios de manera oportuna y profesional mediante procesos de promoción, prevención a este grupo poblacional.

PÁGINAS COMPLEMENTARIAS

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.- Abizanda P, López-Torres J, Romero L, López M, Sánchez P, et al. Fragilidad y dependencia en Albacete (estudio FRADEA): razonamiento, diseño y metodología. RevEspGeriatrGerontol. 2011. doi: 10.1016/j.regg.2010.10.004.

2.- Allevato M, y Gaviria J. Envejecimiento. ActTerapDermatol 2008; 31:154.

3.- Alonso P, Sansó F, Díaz-Canel A, y Carrasco M. Diagnóstico de fragilidad en adultos mayores de una comunidad urbana. RevCub Salud Pública 2009; 35 (2): 1-14.

4.- Alpizar I. Jubilación y calidad de vida en la edad adulta mayor. Revista de la facultad de ciencias sociales de la Universidad Nacional 2011; 31 (42 supl): 15-26.

5.- Altalef E. Atención integral al adulto mayor. Plan Gerontológico. Aportes para el logro de objetivos y recomendaciones para la acción. Conferencia Interamericana de seguridad social. Argentina.

6.- Aranibar P. Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. Publicación de las Naciones Unidas. Serie Población y Desarrollo. Santiago de Chile, 2001.

7.- Asociación para el aprendizaje permanente y la participación social de las personas mayores. Mitos y realidades de las personas mayores. Quinta jornada. Bilbao; 2005.

8.- Ávila-Funes J, Aguilar S, y Melano E. La fragilidad, concepto enigmático y controvertido de la geriatría. La visión biológica. GacMédMéx. (Publicación 3; 144 vol: 255-262).

9.- Barrero C, García S, y Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plast&RestNeurol. 2005; 4 (1-2): 81-85.

10.- Cabrera D, Menéndez A, Sánchez A, Acebal V, García J, et al. Evaluación de la fiabilidad y valides de una escala de valoración social en el anciano. Aten Primaria. 1999; 23: 433-40.

11.- Espínola B. Avances en el cumplimiento del plan internacional de Madrid sobre el envejecimiento. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. Argentina; 2005.

12.- Fernández X, y Robles A. I Informe estado de situación de la persona adulta mayor en Costa Rica. 200. Viii, 237p. [Sitio en Internet] Centro

Centroamericano de Población-Universidad de Costa Rica.Disponible en: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/espam.html. Acceso el 30 septiembre 2013.

13.- Freire W, Rojas E, Pazmiño L, Fornasini M, Tito S, Buendía P, Waters W, Salinas J, y Álvarez P. Encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento SABE I Ecuador 2009-2010. Aliméntate Ecuador/USFQ. Quito-Ecuador; 2010.

14.- Giraldo G, y Arango G. Caracterización de la jubilación y sus efectos en la calidad de vida de los docentes jubilados y en proceso de jubilación en el ambiente universitario. Rev Eleuthera. 2011; 6:148-164.

15.- Gómez-Angulo C, y Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructural factorial. UniversitasPsychologica. 2010; 10 (3): 735-743.

16.- Gómez J, Curcio C, y Henao G. Fragilidad en ancianos colombianos. RevMedica Sanitas 2012; 15 (4): 8-16.

17.- Gutierrez L. El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe. México 1999; 19, pp.125-147.

18.- Hervás A, y García E. Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano. Perspectiva desde un centro de salud. AnSistSanitNavar. 2005; 28 (1): 35-47.

19.- Instituto de Mayores y Servicios Sociales-IMERSO. Envejecimiento Activo. Libro Blanco. Madrid: Edición Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad; 2011.

20.- Jurschik P. Evaluación del estado nutricional de la población mayor de diferentes niveles asistenciales. Utilidad clínica de la escala “Mini NutritionalAssessment” (MNA). Universidad de Lleida. Facultad de Medicina. 2007. 1-93.

21.- Madrid A, y Garcés E. La preparación para la jubilación: revisión de los factores psicológicos y sociales que inciden en un mejor ajuste emocional al final del desempeño laboral. Anales de Psicología; Murcia 2000. (Publicación 1; 16 vol: 87-99)

22.- Martínez J, Onís C, Dueñas R, Albert C, Aguado C, et al. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. MEDIFAM. 2002; 12: 620-630.

23.- Ministerio de Inclusión Económica y Social. Agenda de igualdad para adultos mayores 2012-2013. 2a ed. Ecuador 2011.

24.- Montenegro L, Salazar C, De La Puente C, Gómez A, y Ramírez E. Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de adultos mayores. Acta Med Per 2009; 26 (3): 169-174.

25.- Naciones Unidas. CEPAL. Panorama Social de América Latina. 2012.

26.- Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento active: un marco político. RevEspGerontol 2002; 37 (S2): 74-105.

27.- Padilla D. El adulto mayor y la jefatura del hogar. INEC. Revista E-análisis. Ecuador 2012.

28.- Partezani R, Rino M, Zanetti M, Nogueira M, Oliveira L, et al. La vivencia de un grupo de jubilados-anciano: investigación-acción. Rev Latino-Am 1997. (Publicación 4; 5 vol: 85-89)

29.- Restrepo S, Morales R, Ramírez M, López M, y Varela L. Los hábitos alimentarios en el adulto mayor y su relación con los procesos protectores y deteriorantes en salud. RevChilNutr. 2006. (Publicación científica 3; 33 vol).

30.- Romero A. Fragilidad: un síndrome geriátrico emergente. RevElec Ciencias Médicas en Cienfuegos. 2010; 8 (6): 81-90.

31.- Roqué M. Una mirada social de la fragilidad en la vejez. Revista RIICOTEC. IMERSO. 2008; 12: 28-39.

32.- Ruiz-Arregui L, Ávila J, Amieva H, Borges-Yánez S, Villa-Romero A, et al. The Coyoacan cohort study: design, methodology, and participant´s haracteristics of a mexican study on nutritional and psychosocial markers of frailty. The journal of frailty and aging. 2013.

33.- Tapia C, Varela H, Barra L, Ubilla M, Iturra V, et al. Valoración multidimensional del envejecimiento en la ciudad de Antofagasta. RevMed Chile 2010; 138: 444-451.

ANEXO 1

ENCUESTA DE FACTORES DEL PROCESO DE FRAGILIZACIÓN EN EL ADULTO MAYOR QUE CESÓ SUS ACTIVIDADES LABORALES

1.-Datos de Filiación

Edad:
Género: 1☐ Mujer 2☐ Hombre
Estado civil: 1☐Soltero 2☐Casado 3☐ Unión Libre 4☐ Separado 5☐Divorciado 6☐ Viudo ☐
Nivel de instrucción: 1☐ Analfabeto 2☐Primaria Completa 3☐Primaria Incompleta 4☐ Secundaria Completa 5☐ Secundaria Incompleta 6☐ Superior Completa 7☐ Superior Incompleta
Convivencia: 1☐ Sólo 2☐Cónyuge 3☐Hijos 4 ☐ Cónyuge e hijos 5 ☐Otros familiares 6☐ Otros Quiénes:
Número de hijos:

2.-Situación Económica y Cese Laboral

Tiempo de cese laboral:
Ingreso mensual: 1☐ Sin ingresos 2☐ Menor al salario mínimo 3☐ Igual al salario mínimo 4☐ Mayor al salario mínimo
Motivo del cese laboral: 1☐Obligado 2 ☐Voluntario
¿Desearía seguir trabajando?: 1 ☐ Si 2 ☐No
Actividades recreativas: 1☐Toda la semana 2☐ 4-6veces/semana 3☐1-3veces/semana 4☐Nunca
Cuando le dijeron que tenía que dejar de trabajar usted se sintió: 1☐Conforme
2☐Moderadamente conforme 3☐Poco conforme 4☐ Inconforme
¿Desde que ha dejado de trabajar su estado de ánimo ha sido? 1☐ Mejor 2☐ Igual 3☐Empeorado

3.-Antecedentes Personales

Polipatologías: 1☐ Si 2☐No ***(Responda afirmativo si tiene 2 o más patologías)**
Enumere sus patologías:
- -
- -
- -

Polifarmacia: 1☐ Si 2 ☐No ***(Responda afirmativo si utiliza 3 o más medicamentos simultáneamente)**
Consumo de alcohol: 1☐ Muy frecuente 2☐Frecuente 3☐ Poco frecuente 4☐Nunca
Consumo de tabaco: 1☐ Muy frecuente 2☐Frecuente 3☐ Poco frecuente 4☐Nunca
Hospitalizaciones en el último año: 1☐ Si 2 ☐No ***(Responda afirmativo si fue hospitalizado 3 o más veces)**
Antecedentes de caídas en el último año: 1☐Si 2☐No ***(Responda afirmativo si sufrió 3 o más caídas)**

4.-Nutrición
Valoración del estado nutricional basado en MNE breve
A.- ¿Ha disminuido su ingesta de comida en los últimos tres meses debido a pérdida del apetito, problemas digestivos, dificultades para masticar o para tragar?
☐0 = ha comido mucho menos ☐1 = ha comido menos ☐2 = ha comido igual
B.- ¿Ha perdido peso en los últimos tres meses?
☐0=Mayor de 3kg o 6.6 lbs ☐ 1= No conoce ☐2=Pérdida entre 1 y 3kg ☐3=No existe pérdida de peso
C.- Movilidad
☐0=En la cama o en silla de ruedas ☐ 1=Puede salir de la cama o la silla, pero no afuera
☐2=Puede ir afuera
D.- ¿Ha sufrido una situación de estrés psicológico o enfermedad aguda en los últimos tres meses?
☐0=Si ☐ 2=No
E.- Presencia de problemas neuropsicológicos
☐0=Demencia o depresión severa ☐ 1=Demencia moderada ☐ 2=Ausencia de problemas psicológicos

F.- Índice de masa Peso kg_____ Talla mt_____ IMC ___
☐0=IMC menos de 19 ☐ 1=IMC entre 19 – menor a 21 ☐2=IMC entre 21 – menor a 23 ☐3=IMC 23 o mayor
Puntaje total_____
☐12-14 puntos: estado nutricional normal
☐8-11 puntos: riesgo de malnutrición
☐0-7 puntos: malnutrición

5.-Estado Afectivo
Valoración de depresión basado en el test de Yesavage breve

	ESCALA DE VALORACION GERIATRIA YESAVAGE	SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?		
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades o intereses?		
3	¿Siente que su vida está vacía?		
4	¿Se encuentra aburrido a menudo?		
5	¿Tiene buen ánimo a menudo?		
6	¿Tiene miedo de que algo malo le esté pasando?		
7	¿Se siente feliz muchas veces?		
8	¿Se siente abandonado a menudo?		
9	¿Prefiere quedarse en casa que salir y hacer cosas nuevas?		
10	¿Encuentra que tiene más problemas de memoria que el resto de la gente?		
11	¿Piensa que es maravilloso vivir?		
12	¿Se siente bastante inútil?		
13	¿Se siente lleno de energía?		
14	¿Siente que su situación es desesperada?		
15	¿Cree que mucha gente está mejor que UD.?		

Respuesta depresivas: NO: en 1–5–7–11–13 SI: 2-3-4-6-8-9-10-12-14-15
☐0 – 5 puntos: normal
☐6 – 10 puntos: moderadamente deprimido
☐11 – 15 puntos: muy deprimido

6.-Estado funcional

Valoración del estado funcional basado en el Índice de Barthel

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)		
Parámetro	**Situación del paciente**	**Puntuación**
Total:		
Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc. - Dependiente	10 5 0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. - Dependiente	5 0
Deposiciones	- Continencia normal - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para	10 5

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de Barthel)		
Parámetro	**Situación del paciente**	**Puntuación**
	administrarse supositorios o lavativas - Incontinencia	 0
Micción	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda - Incontinencia	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa... - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo - Dependiente	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros - Independiente en silla de ruedas sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo - Dependiente	10 5 0

Grados de dependencia:
☐0 Total
☐20-35 Grave
☐40-55 Moderado
☐≥ 60 Leve
☐100 Independiente

7.-Apoyo socio-familiar

7.1.-Valoración del apoyo socio-familiar basado en la Escala de Jijón breve

Situación familiar	**Puntuación**
Vive con cónyuge y/o familia sin conflicto.	1
Vive con cónyuge de similar edad.	2
Vive con familia y/o cónyuge, pero no pueden o no quieren atenderlo.	3
Vive solo y tiene hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.	4
Vive solo y carece de hijos y/o familia o viven alejados.	5
Relaciones sociales	**Puntuación**
Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio.	1
Sólo se relaciona con familia, vecinos, otros, sale de casa.	2
Sólo se relaciona con familia, sale de casa.	3
No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana).	4
No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana).	5
Apoyos red social	**Puntuación**
No necesita ningún apoyo.	1
Recibe apoyo de la familia y/o vecinos.	2
Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).	3
Tiene soporte social pero es insuficiente.	4
No tiene ningún soporte social y lo necesita.	5

Puntuación final:
☐ ≤ 7 puntos: normal o riesgo social bajo.
☐ 8-9 puntos: riesgo social intermedio.
☐ ≥ 10 puntos: riesgo social elevado (problema social).

ANEXO 2

CONSENTIMIENTO INFORMADO

He sido invitado(a) a participar en la investigación acerca de la prevalencia de factores biopsicosociales relaciones con el proceso de fragilización en el adulto mayor que cesó sus actividades laborales. Entiendo que recibiré y realizaré un cuestionario acerca del tema y además se me han informado de que la información aquí dada es confidencial.

Al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y explicado y que comprendo perfectamente su contenido. Se me han dado oportunidades de formular preguntas y que todas han sido respondidas o explicadas en forma satisfactoria.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Fecha (Día/mes/año) _____

Nombre del Participante_____

_____

Firma