

**UNIVERSIDAD INTERNACIONAL S.E.K.**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA COMUNICACIÓN**

Gran reportaje de las Enfermedades

Degenerativas en la Tercera Edad

**TESIS DE GRADO**

**AUTORA: VERÓNICA NARANJO ENRÍQUEZ**

**DIRECTORA: Lcda. Diana Zurita**

**QUITO- ECUADOR**

**Septiembre 2003**

## **DEDICATORIA**

La presente tesis, es el fruto de largo y arduo trabajo, y lo dedico primero a Dios, por ser quien siempre me guía y me acompaña en mi vida. A mis padres, porque gracias a su esfuerzo he logrado culminar esta carrera con éxito.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a mis padres porque a la distancia ellos estuvieron siempre conmigo, por todos sus consejos, amor, y apoyo incondicional, a mis hermanos, que siempre, a través de su ejemplo, inculcaron en mi, deseos de dedicación y superación. A mi querido esposo por haberme brindado mucho amor y comprensión a lo largo de estos cuatro años, y así lograr mi meta. A mis profesores por saber transmitir sin egoísmo sus conocimientos a través de su cátedra para ser una excelente profesional y con especial aprecio a la Licenciada Diana Zurita, quién me ha sabido guiar desinteresadamente mi tesis. A mis amigas por estar siempre a mi lado, compartiendo las alegrías de nuestra vida estudiantil.

## **DECLARATORIA**

“Declaro que la presente investigación realizada por mi persona es original, mencionándose debidamente cualquier referencia de propiedad de ajenos en la que esta investigación se sustenta”.

Verónica Naranjo Enríquez

C.I:1002411807

## Resumen

Existen elementos muy distintivos en el enfrentamiento psicológico de la enfermedad y la muerte durante la tercera edad. No es suficiente que se conciba a la vejez como una prolongación de la adultez o la etapa final de la vida, es necesario involucrarse de lleno en las características específicas de este período de la vida. Este gran reportaje tiene como objetivo adentrarse a cabalidad en la revisión de la vejez y cómo la forma de ver la vida en esta etapa modela la concepción de la muerte con sus enfermedades.

Los medios de comunicación social, particularmente los impresos, salvo alguna excepción, no han contribuido a informar y a educar a esta población. Es fundamental, entonces, propiciar el conocimiento de estas enfermedades que con el tiempo afectan a un considerable porcentaje de la población, y preparar a la misma, tanto para procurar la prevención, a través de pautas adecuadas, así como operar tratamientos adecuados, una vez que la enfermedad se ha suscitado.

La base de datos informativos que se integrará en esta investigación permitirá emprender una serie de reportajes periodísticos que estarán al alcance de los medios impresos interesados, así como los organismos de competencia que pueden asumir la responsabilidad de viabilizar su difusión.

Es de esperarse, además, que la información que se desprenda de esta investigación despierte un gran interés público e impacte especialmente en las personas que se encuentran sobre los 60 años de edad.

El 80% de la población en nuestro país se encuentra en situación de pobreza, y esas condiciones socioeconómicas inciden en los casos de maltrato al anciano. El gobierno debe declarar políticas claras y precisas para garantizar que el adulto tenga salud integral (física, mental y ocupacional y, sobre todo, a que ellos tengan una vida digna como cualquier otro ciudadano.

Es conveniente que el Estado emprenda la promoción de la atención a la salud y a la tercera edad a través de las organizaciones no gubernamentales ONG.

Los ancianos son parte de nuestra sociedad y no deben ser olvidados sino ayudemos para que ellos tengan una vida digna.

## **Abstract**

From a psychological point of view, there are distinctive elements in order to face illness and death once old age has been reached. It's not enough to understand seniorhood as an enlargement of the period of adulthood or as the final stage of life. There are specific characteristics in this life period that need to be understood. The objective of the present great report is to get involved with senior people, and to understand how their point of view during this stage gives form to their understanding of illness and death.

Mass media, newspapers mainly, have not contributed to inform and educate the population. Then, it is of high significance to promote the knowledge of these diseases that currently are affecting a large number of people. Therefore, people needs to be prepared so they will be able to prevent them and also to access to treatment to these illnesses once they have appeared.

The database that will be completed through this research will open the space to begin a series of journals that may be reached by newspapers, government offices, and other institutions that may be interested in understanding the problems of senior citizens. It is also of my concern that the information collected in this research will cause a positive impression in general population and will make people 60 years old and over, feel specially identified by these reports.

80% of Ecuador's population is below the poverty line, and there is a clear correlation between socio-economic conditions and elder abuse. Facing this reality, government has to make a consistent policy that will provide elder people with health care, psychological and occupational care, so they will enjoy a decent life such as that of any other citizen. Government should start these protection systems getting help from NGO's.

Senior citizens are part of our society and they should not be forgotten, but they have to be provided with means to carry on a decent life during their last years.



## **INDICE**

|                          |          |
|--------------------------|----------|
| <b>INTRODUCCIÓN.....</b> | <b>1</b> |
|--------------------------|----------|

### **CAPITULO 1**

|                                                                 |          |
|-----------------------------------------------------------------|----------|
| <b>1. Factores Integrales de la Atención Geriátrica.....</b>    | <b>8</b> |
| 1.1. Salud.....                                                 | 8        |
| 1.2. Premisas.....                                              | 8        |
| 1.3. Geriatria.....                                             | 9        |
| 1.4. El Geriatra y su interacción con otras especialidades..... | 12       |
| 1.5. El Geriatra Contacto Primario.....                         | 13       |
| 1.6. La Atención en los Adultos Mayores.....                    | 14       |

### **CAPITULO 2**

|                                                  |           |
|--------------------------------------------------|-----------|
| <b>2. Las Enfermedades Degenerativas.....</b>    | <b>17</b> |
| 2.1. Definición.....                             | 17        |
| 2.2. Principales Enfermedades Degenerativas..... | 17        |
| 2.2.1. La Esclerosis Múltiple.....               | 18        |
| 2.2.2. Tipos de esclerosis múltiple.....         | 19        |
| 2.2.3. La Tromboflebitis.....                    | 20        |
| 2.2.4. Diagnóstico.....                          | 21        |

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| 2.2.5. Tratamiento.....                 | 23 |
| 2.2.6. La Osteoporosis.....             | 25 |
| 2.2.7. Tratamiento.....                 | 26 |
| 2.2.8. La Diabetes.....                 | 31 |
| 2.2.9. Tratamiento.....                 | 32 |
| 2.2.10. La Hipertensión.....            | 34 |
| 2.2.11. Tratamiento.....                | 35 |
| 2.2.12. El Parkinson.....               | 36 |
| 2.2.13. Tratamiento.....                | 37 |
| 2.2.14. La enfermedad de Alzheimer..... | 38 |

### **CAPITULO 3**

|                                                                       |    |
|-----------------------------------------------------------------------|----|
| 3. Los Indicadores de la Salud.....                                   | 47 |
| 3. 1. El Sistema Integrado de Indicadores para la Salud en el Ecuador |    |
| 3.2. El Programa de Protección de la Salud. ....                      | 51 |

### **CAPITULO 4**

|                                                  |    |
|--------------------------------------------------|----|
| 4. Factores de Deterioro de la Tercera Edad..... | 53 |
| 4.1. Deterioro Cerebral.....                     | 54 |
| 4.2. Deterioro de la Movilidad.....              | 55 |

|                                  |    |
|----------------------------------|----|
| 4.3. Deterioro Motriz.....       | 55 |
| 4.4. Deterioro Nutricional ..... | 55 |

## **CAPITULO 5**

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 5. Efectos del Envejecimiento .....  | 56 |
| 5.1. Órganos y Aparatos Virales..... | 57 |
| 5.2. Sistema Nervioso.....           | 57 |
| 5.3. Aparato Urinario.....           | 58 |
| 5.4. Sistema Osteomuscular.....      | 58 |
| 5.5. Miocardio.....                  | 59 |
| 5.6. Aparato Cardiovascular.....     | 59 |

## **CAPITULO 6**

|                                                          |    |
|----------------------------------------------------------|----|
| 6. La salud del Adulto Mayor en el Ecuador.....          | 60 |
| 6.1. Enfoque Integral Estatal.....                       | 64 |
| 6.2. Enfermedades que afectan a los Adultos Mayores..... | 66 |
| 6.3. Modificaciones de Estilo de Vida.....               | 69 |

## **CAPITULO 7**

|                                         |    |
|-----------------------------------------|----|
| 7. Resultados de la Investigación ..... | 70 |
| 7.1 Conclusiones .....                  | 71 |

|                          |    |
|--------------------------|----|
| 7.2 Recomendaciones..... | 73 |
|--------------------------|----|

7.3 Contenido Modelo del producto comunicacional.

**Título :** Gran Reportaje “ Las Enfermedades Degenerativas de la Tercera Edad “

**Bibliografía**

**ANEXOS**

## **Introducción**

Existen elementos muy distintivos en el enfrentamiento psicológico de la enfermedad y la muerte durante la tercera edad. No es suficiente que se conciba a la vejez como una prolongación de la adultez o la etapa final de la vida, es necesario involucrarse de lleno en las características específicas de este período de la vida. Este gran reportaje tiene como objetivo adentrarse a cabalidad en la revisión de la vejez y cómo la forma de ver la vida en esta etapa modela la concepción de la muerte con sus enfermedades.

Los medios de comunicación social, particularmente los impresos, salvo alguna excepción, no han contribuido a informar y a educar a esta población. Es fundamental, entonces, propiciar el conocimiento de estas enfermedades que con el tiempo, afectan a un considerable porcentaje de la población y preparar a la misma, tanto para procurar la prevención, a través de pautas adecuadas, así como operar tratamientos adecuados, una vez que la enfermedad se ha suscitado. Es importante incrementar en el tratamiento que al avance de la ciencia lo está permitiendo.

La base de datos informativos que se integrará en esta investigación permitirá emprender una serie de reportajes periodísticos que estarán al

alcance de los medios impresos interesados, así como los organismos de competencia que pueden asumir la responsabilidad de viabilizar su difusión. Es de esperarse, además que la información que se desprenda de esta investigación despierte un gran interés público e impacte especialmente en las personas que se encuentran sobre los 60 años de edad.

Es difícil llegar a entender que todas las personas nos volveremos algún día ancianos con el pasar del tiempo y vulnerables a cuantas enfermedades existan, y que nadie nos brindaría un poco de cariño y atención, sino solo maltrato por parte de la sociedad en general.

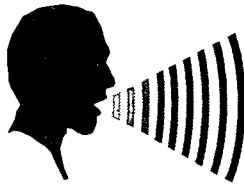
En el país no existen políticas establecidas por el Estado que defiendan los derechos del adulto mayor, como a cualquier ser humano, siendo que hoy en día afectan enfermedades degenerativas a un porcentaje considerable de ancianos y no son tomadas en cuenta por ningún organismo.

De acuerdo al Plan Nacional de Salud para el Adulto Mayor, Proyección Andina”, del Ministerio de Salud Pública <sup>1</sup> **“existen en nuestra población 1’107.291 mayores de 60 años, y la falta de programas sociales y de salud especializada muestra la desatención a este importante sector poblacional”.**

---

<sup>1</sup> MINISTERIO DE SALUD PUBLICA; Comité del Adulto Mayor.2000

## **COMUNICACIÓN**



*Comunicación se define como “el proceso por medio del cual el individuo(el comunicador) transmite estímulos (generalmente símbolos verbales) para modificar el comportamiento de otros individuos (Perceptores).<sup>2</sup>*

Por ser considerado un ser eminentemente social el humano, principalmente gracias al don del lenguaje y desde tiempos inmemorables, ha podido expresar sus necesidades, gustos, disgustos y sentimientos a través de la comunicación (códigos, señas, etc.). Aquí radica la importancia del estudio de la comunicación, la cual constituye un proceso que cambia continuamente con el paso del tiempo y el avance de nuestra cultura y civilización. Haciendo un análisis sobre el proceso comunicativo me he podido dar cuenta de que el principal objetivo de la comunicación es lograr causar un efecto en el perceptor o perceptores. Para lograr este efecto, se deberá cumplir con un ciclo, en el cual intervienen los siguientes factores:

---

<sup>2</sup> MALETZKE, Gerhard.1992.Psicología de la Comunicación Social .Ecuador. Editorial CIESPAL, Pág. 21.

*emisor – mensaje - canal o medio receptor = efecto*

Así mismo, si el efecto ha sido recibido se establece una comunicación de retorno que va de regreso al emisor y que, a la vez, convierte a éste en receptor. Cumpliéndose de esta manera un ciclo óptimo de comunicación.

De no cumplirse con este ciclo, al faltar uno de sus elementos, la comunicación, se convierte en emisión de información netamente, la cual es difundida por la fuente y recibida como tal por el receptor. En este punto, es importante tomar en cuenta la importancia de la “interactividad” en los medios de comunicación, los cuales deben en su mayoría considerar un espacio para escuchar al receptor. Ej. programas de radio y televisión en los cuales, generalmente, se cumple con la función de informar sin dar la oportunidad de la interacción pública.

En la actualidad, conscientes de la importancia de este intercambio, existen ya medios de comunicación que están rompiendo los esquemas tradicionales de comunicación/información, dando más importancia a la participación ciudadana en varios programas. Solamente ahí se estaría cumpliendo con el objetivo de la **comunicación**. La comunicación puede ser vertical cuando es



unidireccional, (ésta permite una relación de dominación y genera conflicto) u horizontal cuando es bidireccional.

Sobre la codificación y decodificación del mensaje, el emisor deberá crear su propio lenguaje. Para que exista la comprensión deseada se debe emplear un código claro y conciso, tomando en cuenta el tipo de perceptores a los cuales nos estamos dirigiendo.

Debe saberse diferenciar a qué tipo de receptores o a qué clase o grupo intelectual o social pertenecen, a fin de llegar con el efecto deseado. En una palabra, se debe codificar el mensaje dependiendo del perceptor. Por lo tanto, este aspecto se resumiría de la siguiente manera: **codificación** = *elaboración de un mensaje* y **decodificación** = *interpretación del mensaje*.

Depende del tipo de mensaje que se va a enviar para escoger el medio a utilizar, sea este directo (voz, gestos, movimientos, cara a cara) o indirecto (impresos, electrónicos, radio, televisión, teléfono).

Así también, se debe tener en cuenta que indicio no es lo mismo que señal; el indicio sugiere y la señal comunica algo. En consecuencia, para

establecer un efectivo proceso de comunicación, debemos fiarnos de señales y no de indicios por ser estos últimos, subjetivos.

### **Comunicación y Salud**

En general no se ubican muchos investigadores a nivel periodístico que se especialicen o tengan una amplia experiencia dentro del ámbito de la salud, a pesar de que la salud constituye un asunto de especial interés mayoritario. La investigación de la comunicación dentro de la conceptualización social en el campo de la salud, constituye un factor poco explorado.

Un campo de tipo macro de inmediato interés para una tendencia en la investigación de la comunicación es la conceptualización que se hace fenómeno salud-enfermedad, **"fundamentalmente el discurso médico como su expresión más formalizada y por sus evidentes connotaciones de poder no solo discursivo, pero también el de otras personas involucradas en la prestación de servicios de salud"**. <sup>3</sup>

Muy vinculada a esto, pero en forma específica, está el área de los que se llaman "proveedores" de la salud, clínicas, consultorios, dispensarios, etc. como a las personas que proveen algún tipo de servicio en la salud: médicos,

---

<sup>3</sup> Julio del Río. Técnicas del Reportaje. Tesis Profesional. Escuela Nacional de Ciencias Políticas y Sociales .UNAM .México 1964.

enfermeras, auxiliares, boticarios, voluntarios o promotores comunitarios. Estas personas son las que en realidad comunican al público en general sobre tan importante tema.

Estos proveedores, posibilitan una verdadera “educación”, especialmente en lo que se refiere a sectores rurales de la población.

Es la comunicación directa entre los elementos y la gente la que hace que se eviten grandes enfermedades, y se instruya sobre el manejo e importancia de la higiene, colaborando directamente con el desarrollo de una población mediante la implementación de técnicas para optimizar la salud pública a través de enfoques preventivos masivos mediante la implementación de campañas de divulgación en la comunidad.

## **CAPITULO 1**

### **1. FACTORES INTEGRALES DE LA ATENCION GERIATRICA:**

#### **1.1. Salud.**

En el Ecuador, corresponde al Estado garantizar este derecho a la población. “El Estado ecuatoriano garantizará el derecho a la salud, su promoción y protección, por medio del desarrollo de la seguridad alimentaria, la provisión de agua potable y saneamiento básico, el fomento de ambientes saludables en lo familiar, laboral y comunitario, y la posibilidad de acceso permanente e interrumpido a servicios de salud, conforme a los principios de equidad, universalidad, solidaridad, calidad y eficiencia”. Según la Constitución Política del Estado en su artículo, donde se asegura que el Estado promoverá la cultura por la salud y la vida.

De su parte, la población correspondiente en la tercera edad, es beneficiaria, igualmente por ley, de un tratamiento profesional. Así lo determinaron en el artículo primero de la Ley Reformatoria a la Ley del Anciano, publicada en el Registro No 439 del 24 de Octubre del 2001”.

“Son beneficiarios de esta Ley las personas naturales que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad. Sean éstas nacionales o extranjeras que se

encuentren legalmente establecidos en el país. Para acceder a las exoneraciones o rebajas en los servicios públicos o privados estipulados en esta Ley, justificarán su condición únicamente con la cédula de: ciudadanía o con el documento legal que les acredite a los extranjeros”<sup>4</sup>

### **1.2. Premisas**

La salud se refiere al estado adecuado de bienestar físico, mental, social y ambiental de los individuos y de los grupos. Se trata de una condición de la vida colectiva, no simplemente de la ausencia de enfermedades en las personas.

Un conocimiento actual y permanente de los procesos sociales e intervenciones sanitarias es imprescindible para analizar, prevenir, diseñar y evaluar la atención requerida por la población para minimizar sus riesgos de enfermar y morir.

### **1.3. La Geriatria**

Conforme a la revista médica especializada “Health Magazine,”<sup>5</sup> “la Geriatria es la rama de la medicina encargada de los problemas médicos de

---

<sup>4</sup> REGISTRO OFICIAL DEL GOBIERNO DEL ECUADOR .No 654.Quito 2002

<sup>5</sup> HEALTH MAGAZINE, Nebraska .EEUU.2002.Pag.35

los individuos en la tercera edad”. Una buena parte de las enfermedades crónico degenerativas se presentan en el anciano. Enfermedades que caen en la esfera de múltiples especialidades tales como: Hipertensión arterial e Insuficiencia cardíaca del área de cardiología, enfermedad cerebro vascular y trastornos degenerativos del sistema nervioso central como la enfermedad de Alzheimer y el Parkinson. Diabetes mellitus y enfermedades de la tiroides que pertenecen a la endocrinología. Cáncer de varios órganos de la oncología, etc.

La diferencia entre los otros especialistas y el geriatra estriba en la multidimensionalidad del manejo de este último.

El Geriatra, conforme el experto Ricardo Salinas Martínez, de la Universidad de Monterrey, y según su libro “ La Tercera Edad” <sup>6</sup> “ no solo contempla el listado tradicional de problemas médicos utilizado en Medicina Interna y sus especialidades, su campo abarca también otras dimensiones: los marcadores de gravedad de las enfermedades, que le permiten establecer metas diagnósticas y de tratamiento acordes a la edad, coincidencia de varias enfermedades y pronóstico de cada paciente”.

---

<sup>6</sup> y <sup>7</sup> Ricardo Salinas Martínez. “La Tercera Edad” –Monterrey- México.2002 Pág.268 y 272.

El estado funcional y movilidad, es decir, si un paciente es capaz de vivir de una manera autónoma o requiere de asistencia para la vida diaria; el estado mental y afectivo que le permite determinar la capacidad del paciente de hacerse responsable de su propio cuidado y su voluntad de vivir una vida plena y satisfactoria dentro de sus limitaciones; el entorno familiar y social y la posibilidad del mismo de atender las diferentes necesidades del paciente; y su nutrición, que puede representar una barrera para la salud en este grupo de edad, inclusive por encima de lo que representa en individuos más jóvenes.

“A este proceso diagnóstico multidimensional se le conoce como *evaluación geriátrica*, la cual permite el establecimiento de metas terapéuticas y de seguimiento a largo plazo del paciente adulto mayor”, asegura el experto.

Se puede decir, entonces, que el paciente que acude al geriatra es aquel con múltiples enfermedades y medicamentos, incapacidad para efectuar las tareas de la vida diaria como el salir de cama, caminar, asearse, ir al baño, comer, preparar una comida, proveerse de lo necesario para la vida e inclusive solicitar ayuda o transportarse.

“El geriatra procede entonces a determinar las capacidades y problemas médicos del paciente, su estado de salud contemplando aspectos funcionales y sociales, y su pronóstico. Así elabora sin metas realistas y eficaces de atenderlo y acompañarlo en esta tercera, o cuarta, fase de la vida”<sup>7</sup> .

#### **1.4. EL GERIATRA Y SU INTERACCIÓN CON OTRAS ESPECIALIDADES**

Según el Doctor Salinas, no todos los ancianos o adultos mayores son candidatos de atención por el geriatra. La literatura médica indica que solo el 10% de los pacientes ancianos muestran este grado de deterioro: funcional, mental, afectivo y social, que amerita la intervención de geriatría.

Es el paciente con múltiples incapacidades el que la requiere. Esto determina quién debe ver al geriatra: su funcionalidad, su estado mental, su entorno social y familiar y no simplemente sus diagnósticos.

El confuso, el triste, el que ingresa al hospital una y otra vez; el limitado a la silla de ruedas o al sillón; el que de pronto ha cambiado de capacidad para atenderse a sí mismo, el que ha cambiado su capacidad para pensar o vivir

---

7 Ricardo Salinas Martínez. “La Tercera Edad” –Monterrey- México.2002 Pág. 272.



plenamente, el aislado, ese es el paciente del geriatra. Sin importar sus diagnósticos.

Visto de esta forma, el geriatra no interfiere con la práctica de otras especialidades. El geriatra ayuda a las otras especialidades. De hecho la intervención del médico geriatra origina nuevos diagnósticos para los cuales se apoya en ellas.

### **1.5. EL GERIATRA COMO CONTACTO PRIMARIO**

Una vez establecido que un paciente se beneficiaría del abordaje multidimensional del médico geriatra, éste debe asumir las responsabilidades de médico de contacto primario. Entre otras están:

- Diagnóstico médico y tratamiento.
- Diagnóstico psicológico y tratamiento.
- Apoyo personal al paciente.
- Comunicar información sobre el diagnóstico, tratamiento, prevención y pronóstico.
- Mantenimiento del paciente con enfermedad crónica.

- Prevención de la incapacidad y la enfermedad a través de la detección, educación, cambios de comportamiento y tratamiento profiláctico.

(Prevenciones secundarias y terciarias)

- Establecer lazos de amistad.
- Acumular conocimientos sobre el paciente.

Dentro de un enfoque integral y humanista, si el pediatra es el primer médico de cada ser humano, el geriatra aspira a ser el último.

### **1.6. La Atención de los adultos mayores**

En la población senil, el envejecimiento nos da como resultado una enfermedad que produce el deterioro de la persona. Esto nos lleva a complicaciones, hospitalizaciones prolongadas y la frecuente necesidad de asilo.

Por ello hay una ingente necesidad de programas específicos de rehabilitación, de vivienda, de promoción de la salud. Lo que vuelve a requerir la atención global y la necesidad del diseño de planes y estrategias específicos para asegurar una mejor calidad de vida en los últimos años de la existencia:

- a) Servicios para ancianos relativamente sanos
- b) Servicios que tiendan a evitar la internación prolongada
- c) Servicios para aquellos que requieran asistencia continua e internación prolongada.

En el diseño se debe procurar combinar efectivamente los servicios sociales y los de salud, promover el mantenimiento a domicilio y la autonomía funcional, y prevenir el asilo.

Conforme disminuye la mortalidad infantil aumenta la esperanza de vida al nacer y disminuye el crecimiento poblacional, avanza en paralelo la transición epidemiológica; sin embargo, el cambio en el perfil de la mortalidad no implica que se hayan abatido los problemas pre-transicionales.

No ha habido un desplazamiento, sino un traslado en el patrón de morbilidad: ha aumentado la proporción de afecciones crónico-degenerativas, pero prevalece la importancia de los problemas infecciosos; inclusive han resurgido enfermedades que se creían erradicadas (cólera y paludismo).

Idealmente, al mejorar las condiciones de vida y de atención a la salud debiera ocurrir una “compresión de la morbilidad”: que las enfermedades

habrían de presentarse cada vez más tarde en la existencia y cada vez por períodos más cortos de tiempo.

Sin embargo, conforme se desplaza el inicio de enfermedades mortales prevenibles como la patología cardiovascular, aumenta la incidencia de enfermedades crónicas no prevenibles como los padecimientos demenciales, la osteoartrosis y el deterioro sensorial, generadores de una gran dependencia funcional.

Es así que este tipo de repercusión de la enfermedad es un indicador altamente significativo y que debe ser considerado en la planeación asistencial, y para la asignación de recursos. En última instancia, el deterioro funcional conduce paulatinamente a la fragilidad del individuo y lo vuelve más vulnerable y menos recuperable.

La fragilidad del individuo depende de su salud física, su situación social y su estado mental. La fragilización se gesta a lo largo de decenios y su consecuencia principal es la dependencia en varios niveles: desde la económica (amplia y autoestimulada), la afectiva y eventualmente la física, que puede llegar a comprometer el desempeño de las más elementales actividades de la vida cotidiana.

“Es claro que la merma de la capacidad funcional y la consiguiente dependencia conducen a un deterioro de la calidad de vida de los mayores. Por otra parte, la dependencia tiene un costo social que se expresa inicialmente en el nivel familiar, pero que ha de ser reconocido por el Estado y abordado para brindar el necesario apoyo de la manera más eficiente posible y buscando siempre la recuperación o por lo menos el mantenimiento del nivel funcional”.<sup>8</sup>

## **CAPITULO 2**

### **2. Las enfermedades degenerativas**

#### **2.1. Definición**

Según el Geriatra Patricio Buendía, Secretario de la Asociación de Médicos Geriatras de Quito, las enfermedades degenerativas son aquellas que a través del tiempo se convierten en patologías, como por ejemplo, el Alzheimer, que es una enfermedad neurodegenerativa, la arterioesclerosis, la presión arterial, la osteoporosis. Todas éstas se vuelven degenerativas porque llegan a un momento en que nuestro cuerpo es tan “sabio” que aprende a convivir, y con uno o con varios microorganismos lo compensa,

---

<sup>8</sup> PRIETO RAMOS OSWALDO. García Enrique. Técnicas de Gerontología Rev. Cub. Adm Salud . Habana. Editorial Científico. Técnica 1984 .

pero también se llega al punto que no puede seguir y es en donde está el proceso degenerativo.

## **2.2. PRINCIPALES ENFERMEDADES**

A continuación se presentan las principales enfermedades degenerativas en la tercera edad, basadas en la Medicina Interna de Harris.<sup>9</sup>

### **2.2.1 La esclerosis múltiple**

La esclerosis múltiple es una enfermedad que afecta a la mielina o materia blanca del cerebro y de la médula espinal, provocando la aparición de placas escleróticas que impiden el funcionamiento normal de esas fibras nerviosas.

La mielina es una sustancia grasa que rodea y aísla los nervios, actuando como la cobertura de un cable eléctrico y permitiendo que los nervios transmitan sus impulsos rápidamente. La velocidad y eficiencia con que se conducen estos impulsos permiten realizar movimientos suaves, rápidos y coordinados con poco esfuerzo consciente.

Los puntos donde se pierde mielina (placas o lesiones) aparecen como zonas endurecidas (tipo cicatriz). En la esclerosis múltiple, estas cicatrices se producen en diferentes momentos y en diferentes zonas del cerebro y de la

---

<sup>9</sup>HARRIS . Medicina Interna .Quito 2002

médula espinal, produciendo inflamaciones que provocan una serie de síntomas que se conocen como brotes repentinos.

En un principio, estos brotes son más frecuentes y existe una mayor tendencia a la recuperación de una manera total o parcial. Con el tiempo, los brotes tienden a remitir, pero a veces este fenómeno no se da y el paciente puede padecer un empeoramiento de algún síntoma.

Se puede decir que las características más destacables de la enfermedad de cara a quien la sufre son las siguientes:

No es contagiosa.

No es hereditaria.

No es un trastorno psiquiátrico.

Es más frecuente en las mujeres.

Suele manifestarse entre los 15 y los 50 años.

No es mortal.

### **2.2.2. Tipos de Esclerosis Múltiple**

El curso de la esclerosis múltiple no se puede pronosticar. Algunas personas se ven mínimamente afectadas por la enfermedad y en otras avanza rápidamente hacia la incapacidad total; pero la mayoría de afectados se sitúa entre los dos extremos.

Si bien cada persona experimenta una combinación diferente de síntomas de esclerosis múltiple, hay varias modalidades definidas en el curso de la enfermedad:

1. Esclerosis Múltiple con recaídas o remisiones: En esta forma de dolencia hay recaídas imprevisibles (exacerbaciones, ataques). La incidencia de esta enfermedad en la población es de aproximadamente un 25 por ciento.
2. Esclerosis Múltiple benigna: Después de uno o dos brotes con recuperación completa, esta forma de esclerosis no empeora con el tiempo y no hay incapacidad permanente. Esta tipo de dolencia sólo se puede identificar cuando hay una incapacidad mínima a los 10-15 años del comienzo, e inicialmente habrá sido calificada como esclerosis múltiple con recaídas o remisiones.

La esclerosis múltiple benigna tiende a estar asociada con síntomas menos graves al comienzo (por ejemplo, sensoriales). La incidencia de la población afectada es de aproximadamente un 20 por ciento.



3. Esclerosis Múltiple progresiva secundaria: En algunas personas que tienen inicialmente esclerosis múltiple con recaídas y remisiones, se desarrolla posteriormente una incapacidad progresiva en el curso de la enfermedad, frecuentemente con recaídas superpuestas.

La frecuencia es de aproximadamente un 15 por ciento.

### **2.2.3 La tromboflebitis**

Esta enfermedad puede definirse como la presencia de trombos dentro de las venas, los que ocasionan una obstrucción en el normal pasaje de la sangre por ellas, acarreando con el tiempo una serie de complicaciones.

Los trombos se producen por diversos factores que hacen que la sangre pierda su estado normal líquido y se transforme en un trombo. Estos factores son el estancamiento de la sangre, lesión de la pared de la vena y la presencia de sustancias que favorecen la coagulación sanguínea.

Todo esto contribuye a que los componentes de la sangre se depositen en las paredes de las venas obstruyéndolas en forma progresiva.

La importancia de la trombosis del sistema venoso reside en que puede ocasionar una flebitis en los miembros afectados o, en caso de desprendimiento del trombo, un trombo embolismo pulmonar.

La tromboflebitis ocurre generalmente en las extremidades, sobre todo en las piernas, y puede afectar a las venas profundas o a las venas superficiales. Es más frecuente si se ha estado en cama mucho tiempo (como ocurre en operados, paralíticos, etc), o si se han tomado hormonas femeninas o estrógenos (anticonceptivos, etc.).

También si se ha estado sentado e inmóvil de forma muy prolongada (durante largos viajes en coche o en avión, por ejemplo), pueden producirse trombosis venosas más fácilmente.

#### **2.2.4.Diagnóstico**

Tromboflebitis superficial. El trombo y la inflamación circundante suelen ser visibles en la piel.

Trombosis venosa profunda. Generalmente ocurre en las piernas, y para llegar al diagnóstico se puede recurrir a un estudio con ultrasonidos llamado pletismografía, o a la inyección de sustancias radiológicas o isotópicas en las venas de las piernas (flebografías).

### **2.2.5.Tratamiento**

La tromboflebitis superficial es de muy buen pronóstico. Sólo requiere tratamiento con elevación del miembro y un anti-inflamatorio.

La tromboflebitis profunda tiene un peligro asociado, la embolia pulmonar o trombo embolismo pulmonar, eventualidad muy grave que hay que tratar desde el primer momento con medicamentos anticoagulantes, generalmente heparina primero y después, cuando ya ha pasado la fase aguda, un anticoagulante oral tipo Sintrom para prevenir que se vuelva a repetir.

La cirugía se emplea en caso de trombosis venosas profundas repetidas. La vena cava, que es la vena principal del abdomen, por la que drenan las piernas su sangre hasta el corazón derecho, puede ser parcialmente "atada" (clampada, según el término empleado por los cirujanos vasculares), de forma que los trombos de las piernas no lleguen al corazón derecho ni, por tanto, a la circulación pulmonar. Con el mismo propósito, a veces se inserta un filtro o "paraguas" en la vena cava inferior mediante cateterización venosa, es decir, sin cirugía.

En la tromboflebitis profunda, cuando es difusa produce un cuadro denominado flegmasía alba dolens, que se manifiesta con aumento de la temperatura local, dolor cuando se palpan los músculos regionales y los

trayectos venosos, principalmente en la pantorrilla, hinchazón y dificultad para caminar.

Cuando la tromboflebitis profunda es masiva, denominada flegmasia cerúlea dolens, el miembro comprometido se encuentra frío y de color violáceo, acompañándose de gran malestar general. Afortunadamente, no es muy frecuente.

Esta enfermedad suele ser autolimitada y no dura más de una a dos semanas. Una vez transcurrido el proceso, termina y el dolor desaparece.

Una dieta rica en calcio y baja en proteínas, sin alcohol y sin tabaco, así como el deporte ayudan a prevenir este mal.

En la tromboflebitis superficial el tratamiento conservador prácticamente la resuelve en la mayoría de los casos.

El mismo consiste en anti-inflamatorios y ácido acetilsalicílico. No es necesaria la internación de la persona ni el uso de antibióticos.

En la tromboflebitis profunda el cuadro es más complejo, por lo que es necesaria la internación en un centro especializado y atendido permanentemente por el servicio de hematología. Los medicamentos de

elección son los anticoagulantes, como la heparina y los cumarínicos durante un tiempo no inferior a los seis meses.

Con esto puede alcanzarse el objetivo primordial que el de prevenir el trombo embolismo pulmonar, además de evitar la progresión del cuadro.

La cirugía está indicada en la tromboflebitis masiva profunda y cuando el cuadro es reciente y compromete una vena de mediano a gran calibre.

#### **2.2.6. La Osteoporosis**

El sistema osteoarticular y las articulaciones pueden sufrir con el paso del tiempo un deterioro y desgaste importantes si no se adoptan medidas en alimentación y estilo de vida. Una de las peores consecuencias de su progresivo deterioro es la osteoporosis. Este trastorno es muy frecuente en la edad avanzada, y suele afectar mayoritariamente a mujeres post-menopáusicas.

En los últimos años, esta dolencia se ha convertido en una enfermedad muy frecuente en la sociedad occidental. Sin embargo, y a pesar de los avances conseguidos, aún existe un gran número de personas potencialmente

afectadas que no han sido diagnosticadas; y de las diagnosticadas, muchas no proceden al tratamiento.

La osteoporosis es una enfermedad que produce una disminución de la densidad de los huesos debido a la pérdida del tejido óseo normal.

El hueso está correctamente calcificado, pero existe menor cantidad de hueso por unidad de volumen y la falta de resistencia de los huesos produce fracturas con facilidad.

El hueso es un tejido vivo, en constante renovación. Por un lado se forma hueso nuevo y, al tiempo, se destruye hueso en la superficie de reabsorción ósea. Aparece osteoporosis cuando se rompe el equilibrio entre ambos procesos, bien porque disminuye la formación de hueso nuevo o bien porque aumenta la reabsorción.

La masa ósea aumenta en los primeros años de vida, durante la adolescencia y en los primeros años de la vida adulta. En la tercera década de la vida se alcanza lo que se conoce como el pico de masa ósea, que determinará si un individuo es proclive a desarrollar osteoporosis a lo largo de su vida. Y esto ocurre porque, tras la menopausia en la mujer, y unos años más tarde en el hombre, se produce una pérdida progresiva de masa ósea.

Con técnicas de densitometría o de tomografía computarizada cuantitativa, se puede medir la masa ósea, y por tanto su disminución en el adulto.

Una dieta adecuada y el ejercicio físico son factores que ayudan a alcanzar un mayor pico de masa ósea y, por tanto, a prevenir la osteoporosis.

Sólo en un pequeño porcentaje de los casos se conoce sus causas. En la osteoporosis secundaria, ésta aparece como consecuencia de otra enfermedad (como diabetes, enfermedades reumáticas, hematológicas).

También el uso continuado de algunos fármacos, como los corticoides o la heparina, pueden producir osteoporosis.

Sin embargo, la gran mayoría de enfermos tiene una osteoporosis primaria.

En ella se distinguen tres grandes grupos, la osteoporosis idiopática juvenil o del adulto, sin causa conocida, la osteoporosis tipo I o posmenopáusica (en la que influye decisivamente la falta de estrógenos que se produce en la mujer en ese período de su vida) y la osteoporosis tipo II o senil.

Existen factores que aumentan la pérdida de masa ósea, como la inmovilización prolongada, el tabaco y el alcohol.

Este trastorno es muy frecuente en la edad avanzada, y suele afectar mayoritariamente a mujeres posmenopáusicas.

En los ancianos se produce la pérdida del tejido óseo, fundamentalmente por las siguientes causas:

- Disminución en las necesidades energéticas.
- Disminución de la masa muscular corporal.
- Menor metabolismo basal.
- Disminución de la actividad física.

#### **2.2.7.Tratamiento**

Es difícil recomendar una dieta o un tratamiento en general. Las recomendaciones parten de factores individuales y particulares como el sexo, el peso, la talla, la actividad que se realice, el estado actual, así como sus anteriores hábitos alimenticios.

Los tratamientos deben apuntar a equilibrar el peso corporal ideal, incluyendo actividad física.

El peso se calcula tomando la altura y restándole 100 unidades (una persona de 1,65 metros debe pesar 65 kilos), menos un 10% en hombres y un 15% en mujeres.



#### **2.2.8. Cantidad de energía y nutrientes**

La cantidad de proteínas debe estar en armonía con la función renal y mantener el equilibrio nitrogenado. El porcentaje respecto a la energía total diaria será del 12 al 15% (siendo el 40% del origen animal y el 60% de origen vegetal).

Los hidratos de carbono representarán del 55 al 60% del aporte calórico diario en forma de carbohidratos complejos, preferentemente. El consumo de azúcar refinado no debe superar el 5%, reservando la posibilidad de ingerir azúcar, glucosa o fructosa a través de frutas y zumos, que aportan sales minerales, vitaminas y fibra dietética.

La ración de fibra debe ser de 30 gramos por día (muy importante en la prevención del estreñimiento, junto al agua en gaseosas, sopas, caldos, verduras, frutas, etc).

- La ración lipídica debe ser del 25 al 30% de la energía total diaria
- Un 8% en forma de ácidos grasos saturados (origen animal)
- Un 12% de mono-insaturados (aceite de oliva)
- Un 10% de ácidos grasos poli-insaturados (aceites de semillas y pescado azul).

Los ancianos con antecedentes de arteroesclerosis deben reducir la cantidad de grasas de origen animal.

- El colesterol debe ser menor a los 300 miligramos al día.

- La leche cubre los requisitos de minerales y vitaminas (2 o 3 veces por día para asegurar el calcio) y en mejor medida si se consume en yogures que mejoran la digestión.

- Verduras y hortalizas (las partes verdes en ensalada y cocidas)

La osteoporosis afecta a una de cada cinco mujeres de más de 45 años y a cuatro de cada diez de más de 75.

El mejor tratamiento de la osteoporosis es la prevención. Una ingesta adecuada de calcio y el ejercicio físico durante la adolescencia y la juventud pueden incrementar el pico de masa ósea, lo cual redundará en una reducción de la pérdida de hueso y en un menor riesgo de fractura en años posteriores. El consumo adecuado de calcio y de vitaminas durante la madurez es esencial para la salud del hueso.

En situaciones de menopausia precoz, las mujeres deben tomar estrógenos para prevenir la pérdida post-menopáusica de hueso; se debe de añadir un progestágeno si el útero está intacto.

El reemplazamiento estrogénico es un tratamiento efectivo para prevenir la pérdida post-menopáusica de hueso y es también efectivo en la prevención de fracturas osteoporóticas.

El tratamiento hormonal sustitutivo requiere de un estricto control ginecológico y una cuidadosa selección de pacientes.

Las mujeres post-menopáusicas, con baja masa ósea u osteoporosis establecida y que tengan contraindicación para el tratamiento hormonal, tendrán en sustitutivo los Bifosfonatos (Alendronato o Etidronato) y la Calcitonina, los medicamentos efectivos para prevenir la pérdida de hueso.

El caminar y los ejercicios de extensión de la columna pueden estabilizar o incluso incrementar ligeramente la masa ósea y mejorar el balance y la fuerza musculares, previniendo caídas y fracturas.

Las fracturas vertebrales deben tratarse inicialmente con reposo, analgésicos, lumbostato y rehabilitación. Otros posibles tratamientos, actualmente en estudio, incluyen vitamina D, fluoruros y hormona paratiroidea.

### **2.2.8. La Diabetes**

Aproximadamente de 100 a 120 millones de personas alrededor del mundo sufren de diabetes. Cerca de 800.00 nuevos casos son diagnosticados como pacientes diabéticos cada año; sin embargo, existe un número considerable de personas que la padecen y lo desconocen.

Hay muchas interrogantes a las que se debe dar respuesta para poder conocer esta enfermedad, sus síntomas y características y, por consiguiente, estar alertas, ante su posible aparición.

“El azúcar o, más específicamente, la glucosa es fundamental para el adecuado funcionamiento de las células. Es como el combustible que las hace mover” <sup>10</sup> .

La Diabetes Mellitus es el nombre que se le ha dado a un grupo de enfermedades caracterizadas por la incapacidad del organismo de metabolizar la glucosa correctamente.

La diabetes es una enfermedad en la que el cuerpo no produce o no usa insulina adecuadamente. La insulina es una hormona necesaria para

---

<sup>10</sup> BURGE MR s. Sulphonylurea-induced hypoglycaemia in type 2 Diabetes Mellitus.A .Diab Obes Metab USA.1999

convertir el azúcar, los almidones y otros alimentos, en la energía que se necesita para la vida diaria.

La causa de la diabetes es un misterio. No obstante, hay factores genéticos y ambientales, tales como la obesidad y la falta de ejercicio, los cuales parecen jugar un papel importante en la causa de la diabetes.

Pero, fundamentalmente, las recomendaciones deben centrarse en conciencia sobre la necesidad de mantener un hábito alimenticio sano y responsable.

El tratamiento debe ser individualizado y debe cubrir la condición médica, psicosocial y el estilo de vida del paciente.

#### **2.2.9. Tratamiento**

Tratamiento de la diabetes tipo 1: La falta de producción de insulina en el páncreas hace que la diabetes tipo 1 sea difícil de controlar.

El tratamiento requiere un régimen estricto que por lo regular incluye una dieta cuidadosamente diseñada, actividades físicas bien planeadas, pruebas de glucosa en la sangre hechas en el hogar varias veces al día e inyecciones diarias de insulina.

Tratamiento de diabetes tipo 2: Incluye particularmente control en la dieta, ejercicio, pruebas de glucosa en la sangre hechas en el hogar y, en algunos casos, medicamentos orales y hasta insulina. Cerca de un 40% de las personas con diabetes tipo 2 requiere inyecciones de insulina, que ocurren con igual frecuencia en hombres y mujeres.

Los síntomas de la diabetes tipo 1, aparecen de repente; en cambio, los de tipo 2 se desarrollan gradualmente y pueden ser sutiles, incrementándose su probabilidad de aparición con el paso de los años. La sintomatología es muy similar en ambos tipos.

Los síntomas comunes que muestra una persona diabética son:

Incremento de la frecuencia de orina (poliuria).

Incremento de la sed (polidipsia).

Pérdida de peso, aún cuando existe un incremento del apetito; (polifagia).

Aunque menos comunes, la hiperglicemia, puede causar:

Visión borrosa. debilidad y fatiga, infecciones.

### **2.2.10. La hipertensión**

Afecta al 33% de los mayores de 60 años. Muchas veces coincide con enfermedades como la diabetes, obesidad, aterosclerosis, enfermedades degenerativas que pueden contribuir a la aparición de hipertensión.

La presión arterial es uno de los signos vitales que más prestan atención las personas de tercera edad, pues lo consideran como un indicativo del estado de su corazón. De ahí que sea solicitada su medida al médico de su confianza.

Generalmente, ella debe ascender ligeramente a partir de la sexta década de vida pudiendo llegar como parámetro normal hasta 170/90 entre octogenarios. No está demás decir que los valores tensionales son una característica individual y por muy bajos que éstos sean, son compatibles con la existencia. Dependen del peso, el endurecimiento de las arterias y el metabolismo de cada uno.

En envejecidos, su aumento se debe precisamente a los factores anotados, a los que habría que añadir el estado emocional, así como su respuesta a los estímulos geográficos ambientales (clima).

En quienes tienen tendencia a que se eleve, su control debe hacerse dos veces por semana, en diferentes horarios, y en ambos brazos. Si el valor es de 180/90 o pasa de él, en varias tomas, hay que considerar el uso de una medicación y la adopción de medidas colaterales como el cuidado de la dieta, el medio físico en que se habita, y siempre buscando los motivos de la elevación.

Ciertamente, no todo viejo es hipertenso, ni viceversa. Hasta que no se haya hecho un buen diagnóstico, no deberán emplearse fármacos que podrían provocar efectos secundarios futuros, porque dicho sea de paso, las dosis tienen que ajustarse gradual y progresivamente de acuerdo al caso.

#### **2.2.11. Tratamiento.**

La hipertensión no puede curarse en la mayoría de casos, pero puede controlarse. En general el paciente hipertenso debe llevar a cabo un tratamiento de por vida, regularmente, para bajar la presión y mantenerla estable. Los fármacos son solo parte del tratamiento, pero el médico es quien al chequear y puede mandar a bajar de peso y no abusar del consumo de la sal, hacer ejercicio físico y medidas primordiales de control.

Los cambios en los hábitos de vida pueden ser muy útiles para la hipertensión por lo que el paciente deberá hacerlos, además de seguir la



medicación de forma regular. Es muy importante que los pacientes visiten al médico y de ninguna manera se auto receten.

#### **2.2.12. El Parkinson.**

El Mal de Parkinson es uno de los desórdenes degenerativos del cerebro más frecuentes en personas de más de 65 años, que sufren temblores, rigidez y bradicinesia, que es una ralentización extrema de los movimientos. Aunque sus causas son desconocidas, se sospecha que los factores genéticos son responsables en parte del mal en las personas mayores.

Los síntomas que definen al paciente con la enfermedad de Parkinson son: cara inexpresiva, rigidez, pobreza y lentitud de movimientos voluntarios, temblor normalmente de reposo, postura encorvada y marcha apresurada.

El inicio es difícil de diagnosticar, pues solamente es torpeza, disminución del movimiento de brazos al andar y ligero temblor que se incrementa con situaciones de angustia o de ansiedad. El cuadro es lentamente progresivo y genera una incapacidad total del enfermo en ausencia de manejo adecuado.

Paraclínicos: Se debe hacer diagnóstico diferencial, con temblor, enfermedades del cerebelo, otras patologías de movimientos involuntarios, endocrinopatías, en especial la relacionadas con tiroides, por tanto se hará una evaluación de funciones diarias en base a capacidad de movimiento, se

harán estudios de fisiología para medir el temblor, caracterizarlo, “se harán estudios de neuro-imagen, tomografía y resonancia magnética para descartar o confirmar lesiones a nivel de los ganglios basales que puedan explicar una enfermedad de Parkinson” <sup>11</sup> o, en su defecto, dar otro diagnóstico que como parte de su manifestación clínica incluye este síndrome extrapiramidal( se refiere al sistema relacionado o dañado en los casos de Parkinson.)

#### **2.2.13. Tratamiento**

Generalmente de apoyo, se utilizan medicinas para combatir la rigidez muscular y la sensación de letargo que éstos sufren, pero no consigue la remisión del problema. En todo caso, es fundamental que no se permita el avance del atrofiamiento de los órganos, mediante el ejercicio que será planificado y dirigido por expertos.

#### **2.2.14. La Enfermedad de Alzheimer**

De las enfermedades que se agrupan bajo el común denominador de demencias, la de Alzheimer, también denominada demencia presenil, es la

---

<sup>11</sup> Ibidem. Pág.342 .Quito 2002

que más afecta en la actualidad a las personas adultas y, de manera especial, a las que alcanzan las edades más avanzadas.

La enfermedad de Alzheimer produce una disminución de las funciones intelectuales lo suficientemente grave como para interferir con la capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Es la más común de las demencias.

La enfermedad de Alzheimer es progresiva, degenerativa del cerebro y provoca deterioro de memoria, de pensamiento y de conducta. La persona que la padece puede experimentar o sentir confusión, desorientación en tiempo y en espacio, cambios en la personalidad y de conducta, alteraciones en el juicio, dificultad para encontrar palabras, finalizar ideas o pensamientos y para seguir instrucciones. Finalmente, incapacita a quien la padece, a cuidar de sí mismo.

Según el neurólogo especializado, Ramiro Montenegro, ex Director del Servicio de Neurología del Hospital Carlos Andrade Marín, y Profesor de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Quito, la enfermedad de Alzheimer se produce por un proceso degenerativo que ocasiona una importante pérdida de células cerebrales, así como una acumulación de sustancias anormales en el espacio intercelular.

La consecuencia de estas alteraciones es el deterioro progresivo de las facultades mentales hasta el punto en que el enfermo se encuentra totalmente incapacitado para realizar cualquier función normal.

Entre las teorías más corrientes sobre su origen figuran la que se basa en la modificación genética; se acepta la que dice que esta enfermedad corresponde a la alteración de un cromosoma en la red generativa y de la intervención de agentes inmunitarios y tóxicos; y la de un aporte deficiente de oxígeno y glucosa a las células cerebrales por mala circulación sanguínea.

#### **2.2.15. Síntomas**

Alzheimer es una enfermedad demencial que lleva a una pérdida de la capacidad intelectual. Los síntomas normalmente se presentan en adultos mayores de 65 años (aunque también puede afectar a personas de 40 y 50 años), pueden incluir pérdidas en las habilidades del lenguaje - como dificultad para encontrar palabras; problemas en el pensamiento abstracto, juicio pobre, desorientación en tiempo y espacio, trastornos de memoria, alucinaciones en el oído y visión, también en su conducta y personalidad.

El resultado general es una notoria disminución en las actividades personales y en el desempeño del trabajo y que termina en un estado de postración.

A pesar de que las características individuales pueden alterar la forma en que se presenta la enfermedad, lo más corriente es que en la primera fase se produzcan síntomas de pérdida de la memoria reciente. Además se observa en el enfermo una disminución de la capacidad de respuesta refleja, causa de accidentes y también de equivocación de su comportamiento social y laboral.

Así mismo, con el tiempo presenta crecientes dificultades en el uso del lenguaje, por lo cual disminuye su capacidad de comunicación.

También comienza a manifestar dificultades para coordinar los movimientos y para mantener el equilibrio, por lo cual aumenta su sensación de inseguridad, y sufre una desorientación en cuanto al tiempo y al espacio se refiere. Aparecen, asimismo, los trastornos de ambulación, típicos de la enfermedad, con el consecuente incremento del riesgo de golpes y caídas, accidentes también frecuentes entre quienes padecen esta enfermedad, y los cambios de humores repentinos y agudos que, sin causa aparente, pueden llevar del ataque de risa a un marcado episodio de tristeza, con llanto incluido.

La enfermedad de Alzheimer no hace distinción de clase socioeconómica, raza, sexo o grupo étnico, afecta por igual a hombres y mujeres, aunque más frecuentemente a personas mayores. Suele aparecer esta enfermedad a partir de los 50 años. Aproximadamente 10% en mayores de 65 años y 47% en mayores de 85 aquí en la ciudad de Quito. El alto grado de incapacidad que afecta a quienes padecen esta enfermedad se debe a su grave carácter degenerativo.

Es muy común que los pacientes en estados terminales de Alzheimer pierdan peso, tengan dificultad al tragar, al caminar y al hablar, así como incontinencia urinaria y fecal. Acostados pueden adoptar una posición fetal. Investigaciones más modernas atribuyen a las deficiencias de las sustancias que permiten la comunicación entre las células cerebrales, denominadas neuro- transmisores, tal como es el caso de smog, cigarrillo, alimentos grasos, falta de ejercicio físico e intelectual.

La causa de la enfermedad es desconocida; los investigadores trabajan sobre posibles causas, tales como daño neurológico, deficiencias químicas, anormalidades genéticas, virus, tóxicos ambientales y disfuncionamiento en el sistema de inmunodeficiencia.

Debido a los numerosos adelantos técnicos que se han producido en el último decenio, se puede diagnosticar la enfermedad de Alzheimer con mayor precisión. De ahí que hoy la enfermedad se conozca mejor y que se diagnostiquen con mayor acierto casos que antes se atribuían, de forma vaga e imprecisa a un estado de arteriosclerosis o de senilidad.

Existe una mayor predisposición en los hijos y hermanos de pacientes con Alzheimer para contraer la enfermedad. Esta mayor predisposición no involucra herencia. Sólo el 10% de las demencias tipo Alzheimer son hereditarias (Alzheimer familiar).

Para dicho diagnóstico debe contarse con más de un miembro afectado (generalmente tres o más miembros) con un diagnóstico de certeza, es decir, una confirmación anátomo-patológica.

Se pide a los familiares que requieran este estudio anátomo-patológico del cerebro de su familiar como un derecho propio a conocer el diagnóstico definitivo y como contribución para la investigación genética del Alzheimer, el conocimiento de la enfermedad y el avance de la ciencia para encontrar causas y curas.

La consecuencia de estas alteraciones es el deterioro progresivo de las facultades mentales hasta el punto en que el enfermo se encuentra totalmente incapacitado para realizar cualquier función normal.

Por desgracia, esta terrible enfermedad no tiene aún cura; sólo se trata con algunos ejercicios de rehabilitación, en la medida en que el afectado puede realizarlos, y ciertos fármacos que pueden retrasar el proceso. A causa de la carga física, psíquica y económica que representa para la familia un enfermo de Alzheimer, se han creado asociaciones en los Estados Unidos, Europa, Suiza, Canadá, encargadas de suministrar a quienes lo soliciten asesoramiento sobre los aspectos legales, económicos, científicos y asistenciales que implican para los familiares este tipo de enfermos.

No existe ningún tratamiento capaz de curar la enfermedad de Alzheimer, si bien algunos fármacos estimulantes de la transmisión nerviosa pueden atenuar algunos síntomas.

El diagnóstico, como el de cualquier demencia, es difícil especialmente en las primeras fases, puesto que un leve deterioro de la capacidad mental es frecuente y normal en edades avanzadas. Se efectúa mediante largos y costosos estudios clínicos, técnicos y biológicos.



También se utilizan las pruebas de capacidad y de habilidad intelectual, y unos cuestionarios especiales destinados a detectar los trastornos de quien se sospecha que puede padecer la enfermedad, comparándolos de forma periódica y controlando su evolución.

Pero, a pesar de los adelantos técnicos actuales, por desgracia todavía puede tardarse entre cinco y diez años en diagnosticar la enfermedad. El único medio de absoluta precisión se consigue a través del estudio de muestras cerebrales obtenidas por aspiración o punción cerebral, en donde vamos a encontrar las venas y arterias estrechas en su luz (diámetro) denominado arteriosclerosis.

Esta enfermedad tiene su origen en ciertos rasgos genéticos, pero también el mal es ocasionado por una serie de acontecimientos que pueden llevar las personas en la vida individual, como es el hábito en las comidas, en el ambiente que ahora se encuentra completamente saturado por agentes tóxicos; además la falta de lectura, de preparación en la memoria como en la visión.

Un enfermo de Alzheimer se vuelve una gran carga para la familia, ya que se convierte en un ser completamente incapacitado.

En un hospital geriátrico podríamos decir que ya existen estos pacientes, aunque no sean todavía diagnosticados, pero presentan los síntomas, señala el experto Ramiro Montenegro.

Al no haber la alimentación a esta neurona, existe un daño y la muerte de ciertas neuronas que pueden causar la trombosis, y otras enfermedades que podrían causar la parálisis de todo el cuerpo.

Una forma de prevención a esta dolencia que se viene realizando desde hace cinco años se encuentran realizando algunas pruebas preventivas de estas enfermedades que la persona puede tener en su vida, las realizan desde que el bebe tiene 12 horas de nacido.

Consiste en extraer tres gotas de sangre, y colocarlas en un papel que tiene un formulario especial de barras genéticas, cuyo estudio permite determinar 30 enfermedades que la persona puede tener en el futuro.

En los Estados Unidos esta prueba procede obligatoriamente como parte de la historia clínica del niño recién nacido, a quién se le practican todos estos exámenes. En Suiza, las escuelas médicas sostienen que este examen podrá descubrir por lo menos 300 enfermedades; y si nosotros aquí se

hablan de que la prueba determina 30 enfermedades y una de ellas se refiere al riesgo de que la persona va o no ha tener Alzheimer, pues es un gran logro dentro de la ciencia.

## **CAPITULO 3**

### **3. LOS INDICADORES DE LA SALUD EN EL ECUADOR**

3.1 El Sistema Integrado de Indicadores para la Salud en el Ecuador elaboró un conjunto de indicadores resumen de las causas de muerte que muestran claramente el descenso progresivo de la mortalidad por enfermedades prevenibles típicas de los países en desarrollo y el ascenso por enfermedades crónico-degenerativas que caracterizan a las sociedades desarrolladas.

Este cambio sugiere que el reto de las políticas de salud es el diseño de políticas integrales que continúen el combate a las epidemias de la pobreza y anticipen las implicaciones del envejecimiento de la población.

El diagnóstico se ve dificultado por las peculiaridades de presentación de la enfermedad en geriatría; cada paciente merece atención individualizada.

Siempre es útil recordar que en el viejo muchas enfermedades pueden presentarse con la misma sintomatología, como sucede en el caso de la astenia y anorexia.

Los síntomas pueden incluso darse en una esfera distinta a la del aparato o sistema afectado por el proceso patológico; por ejemplo, deterioro del estado mental o incontinencia en presencia de neumonía o infección urinaria.

Es común hablar de una “presentación atípica de la enfermedad” en el anciano en relación con los estándares del adulto joven, al grado de poder incluso delinear modelos específicos de presentación de la enfermedad en geriatría.

Otro hecho relevante es que con frecuencia la queja principal, al momento de la consulta, no refleja la repercusión en el estado general que es, en realidad, el problema principal. El motivo de consulta corresponde a menudo al síntoma más familiar o fácilmente reconocible, o a un problema que, en opinión del paciente o del cuidador primario, permite legitimar el acceso al sistema de salud.

Es de llamar la atención que condiciones frecuentemente asociadas a la vejez, como las caídas, la incontinencia o la falla cerebral constituyan rara vez la queja principal. El médico halla con frecuencia que los síndromes geriátricos, que constituyen la parte principal de los problemas de salud, son presentados de manera colateral y suelen ser soslayados por buscar un motivo de consulta “facilitador”, que el enfermo cree que puede más eficazmente provocar una respuesta favorable por parte del médico.

Hay además ciertos desórdenes asociados al envejecimiento y a los cuales el viejo es particularmente proclive: los trastornos motores del esófago y la osteoartrosis son un ejemplo. Para cualquier síntoma dado, las opciones de diagnóstico diferencial varían: lo que en el joven hace pensar en reflujo gastroesofágico puede corresponder a carcinoma en el viejo; si la rectorragia en el joven hace pensar en enfermedad inflamatoria intestinal, diverticulosis o angiodisplasia serán los diagnósticos más probables en el anciano.

Además, el mismo proceso patológico en los extremos de la vida se comporta de manera distinta.

Es así que la mala absorción intestinal que en el joven se presenta con abundantes evacuaciones en el viejo puede hacerse manifiesta sólo cuando la osteomalacia secundaria lleva a una fractura del cuello femoral. Lo que

pareciera corresponder a una misma enfermedad en distintos grupos de edad puede en realidad obedecer a diversa etiología. Por ejemplo, el cáncer, gástrico bajo la imagen clínica de la acalasia; o bien, la colitis isquémica puede llenar los criterios diagnósticos de la colitis ulcerativa.

Por último, hay que recordar que algunas complicaciones de enfermedades comunes ocurren sólo décadas después de iniciado el proceso y son por ende más frecuentemente observadas en el viejo. Esto ocurre con las manifestaciones neoplásicas del celíaco, las complicaciones de la hipertensión arterial o las manifestaciones tardías de la diabetes mellitus.

Además, el anciano es vulnerable por la fragilidad de su entorno y deterioro de su capacidad económica, situaciones que limitan las posibilidades de apego a las recomendaciones terapéuticas o incluso el acceso a los servicios de salud. La elevada frecuencia de deterioro mental y motriz contribuyen a obstaculizar el proceso de atención.

El médico responsable del cuidado de ancianos debe siempre ser diligente en la búsqueda de enfermedades tratables, independientemente de que un síntoma o signo dado tenga prevalencia en una población anciana. Se dice

que los contactos de los ancianos con el personal de salud no conducen a una respuesta terapéutica apropiada en un número significativo de casos.

Esta ineficiencia puede obedecer a varias causas: insuficiente reporte de la enfermedad por parte del paciente, patrones alterados de presentación y respuesta a la misma, e insuficiente reconocimiento de la influencia de los factores psico-sociales en la enfermedad geriátrica.

***Las patologías crónico degenerativas, tales como los padecimientos cardiovasculares, el cáncer, la diabetes mellitus y sus complicaciones, son las principales causas de morbi-mortalidad geriátrica, al lado de padecimientos demenciales y particularmente la enfermedad de Alzheimer, las afecciones osteoarticulares y el deterioro sensorial, auditivo y visual. Cabe hacer mención además de patologías que están resurgiendo como la tuberculosis y el cólera.***

El Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador (SIISE), a su vez, las integró en cinco grupos: enfermedades prevenibles, enfermedades crónico-degenerativas, violencia, otras causas y signos, síntomas y estados morbosos mal definidos.

### **3.2.2 El Programa de Protección de la Salud**

El Programa está implementando el Portafolio de Salud del Ecuador conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud. Coordina las acciones de diversos servicios sociales y de salud para el bienestar de los ancianos, programas de seguridad y la prevención de accidentes y violencia, así como la atención médica a las víctimas de estas injurias.

El programa trabaja para fomentar la incorporación de las inquietudes de orden psicológico en los programas de salud y mejorar los niveles técnicos de los servicios de salud mental. Contribuye a mejorar la capacidad de los países para reducir la morbilidad y la mortalidad resultante de las enfermedades crónicas no transmisibles y favorece las actividades relacionadas con la prevención de la ceguera y la atención a las enfermedades oculares.

Todas estas acciones se sitúan dentro de un marco general de reorientación de los servicios de salud.

Las acciones incluyen: apoyo a la detección sistemática y oportuna, el diagnóstico y la atención eficaz de los individuos en situaciones de alto riesgo o ya afectados por la enfermedad, incluyendo técnicas de intervención, la adopción de normas, medidas de vigilancia, seguimiento y supervisión. También incluyen el ajuste de los servicios para mejorar el



acceso, la eficiencia, la eficacia y la distribución de los servicios de salud, y el adiestramiento del personal en las nuevas estrategias de promoción y protección.

La atención de los ancianos ofrece un buen ejemplo de la filosofía que orienta la protección de la salud en la Organización Panamericana de la Salud. Mediante el mantenimiento de la salud física, mental y social, los adultos mayores son capaces de llevar una vida activa y productiva.

En Ecuador y Puerto Rico varios proyectos apoyan una mejor calidad de la vida para un número significativo de personas mayores, sin alterar sus modelos culturales básicos. Un estudio similar, que incluye a unas 10.000 personas, de los 60 años en adelante, fue llevada a cabo por el Sistema Nacional de Apoyo Integral de la Familia, de Cuernavaca, México con asesoramiento técnico de la Organización Panamericana de la Salud. OPS

Con asistencia de la OPS, El Salvador creó una Secretaría Nacional de la Familia con un programa de protección de los ancianos y una fundación de la tercera edad. Ecuador y Costa Rica crearon Comisiones Nacionales para la Tercera Edad, también con asesoramiento de la OPS, con personal técnico y

financiero para: desarrollo y fortalecimiento de la infraestructura de los servicios de salud; programas de adiestramiento para especialistas en ciencias sociales y en enfermedades cardíacas, educación, las organizaciones comunitarias y los profesionales de los medios de comunicación.

## **CAPITULO 4**

### **4. FACTORES DE DETERIORO EN LA TERCERA EDAD**

Además de las numerosas patologías que pueden concurrir en un anciano, el estilo de vida tiene un papel preponderante para la evolución del estado funcional, fundamentalmente factores como la dieta y la actividad física, cruciales en los programas de prevención.

#### **4.1. Deterioro cerebral**

Afecta hasta al 10% de los mayores de 60 años y para el cual no existe forma alguna de prevención, puede aliviarse en su repercusión funcional y familiar con un abordaje adecuado. Pero según las recomendaciones del doctor Patricio Buendía, Secretario de la Asociación de Médicos de

Gerontología en Quito, se debe realizar ejercicio físico y oxigenar el cerebro y su circulación.

#### **4.2. Deterioro de la movilidad.**

Así como en el cerebro y las partes del cuerpo es muy común que no tienen movilidad y por consecuencia de numerosas causas que con frecuencia concurren en un mismo enfermo complicando su evolución; la rehabilitación permite habitualmente mejorar la capacidad funcional.

En los casos más graves encierra además el riesgo de desarrollar escaras de decúbito, padecimiento grave, prolongado y oneroso.

#### **4.3. Deterioro motriz**

Con el deterioro motriz aumenta el riesgo de caídas y el inherente riesgo de fracturas. La fractura del cuello femoral es de tratamiento costoso y técnicamente complejo, podría evitarse emprendiendo las medidas necesarias para mantener la movilidad y evitar la osteoporosis.

#### **4.4. Deterioro nutricional**

El deterioro del estado nutricional y la baja respuesta inmune que suele acompañarle son frecuente complicación de la poli patología aunque las medidas preventivas suelen ser simples y de bajo costo.

La victimización, el abuso y maltrato de los ancianos comienza a ser un problema que se observa con frecuencia, sobre todo en situaciones de alta dependencia con respecto a su cuidador y particularmente por el deterioro intelectual. La identificación oportuna es necesaria y potencialmente eficaz.

## **CAPITULO 5**

### **5. EFECTOS DEL ENVEJECIMIENTO SOBRE LOS ORGANOS Y APARATOS VITALES**

#### **5 .1.Sistema nervioso**

Las alteraciones neurológicas son también profundas, especialmente a partir de los 75 años. Dentro del cerebro se observa una pérdida de neuronas, cambios dendríticos, acumulación de pigmento, disminución de los neurotransmisores y un descenso discreto del peso cerebral. Sin embargo, que se sepa, el impacto de estos cambios sobre la función cerebral no altera el tratamiento clínico de los pacientes. El descenso del rendimiento, que se observa en las pruebas habituales de la función neurológica en clínica tiene mayor importancia.

La función neurológica es un área en donde el rendimiento varía considerablemente con la edad; cuando una persona intenta mantenerse de pie con los ojos cerrados, la amplitud media de la oscilación corporal aumenta aproximadamente en un 30% entre los 20 y 30 años. Esta observación, asociada al descenso de la función propioceptiva, explica que

una minoría significativa de ancianos tenga dificultades para realizar la prueba , e incluso a pesar de no padecer una patología evidente.

## **5.2. Aparato urinario**

Los cambios fisiológicos que ocurren en el aparato urinario se asocian con frecuencia a síntomas en los adultos de edad sanos. Así, el 64 % de los individuos de 65 o más años se levantan por la noche para orinar; el 40 % no experimenta la sensación previa a la micción y el 29 % refiere pérdidas ocasionales de orina ("accidentes").

La capacidad de concentración disminuye, mientras que la orina residual se incrementa moderadamente con la edad. Por otro lado, el flujo sanguíneo renal prácticamente se reduce á la mitad y los túbulos renales van perdiendo capacidad para concentrar la orina, lo que obliga al riñón a trabajar por la noche (momento en donde el flujo sanguíneo es óptimo) para eliminar los solutos de la sangre.

Estos factores se combinan y provocan un aumento de la frecuencia urinaria, que incluye la nicturia, en la mayoría de los ancianos. La hipertrofia prostática es un hallazgo prácticamente universal en el varón y acentúa la nicturia, polaquiuria y disminución del chorro urinario.

Por último, el aclaramiento de creatinina disminuye continuamente con la edad a un ritmo aproximado, de 1 % al año, a partir de los 40 años, aunque existen variaciones considerables entre los individuos. Esta reducción en el aclaramiento de la creatinina aumenta la susceptibilidad de los ancianos a los efectos tóxicos de los fármacos que se eliminan por el riñón.

### **5.3. Sistema Osteomuscular.**

Los cambios osteomusculares que ocurren con el envejecimiento son muy importantes, aunque el desuso probablemente contribuye en la misma medida que el propio envejecimiento. La masa muscular disminuye en un 30 por ciento, al igual que la potencia, y resistencia de los músculos.

Esta reducción de la función muscular se asocia al depósito microscópico de lipofucsina, disminución de las miofibrillas y reducción llamativa de la actividad de las enzimas oxidativas glucolíticas. La falta de entrenamiento es uno de los factores que influyen en los cambios musculares, como lo refleja el hecho de que los músculos cardíaco y diafragmático apenas se alteren con el envejecimiento.

Los cambios de la estructura y de la composición de los huesos ocurren siempre. El más notorio es la disminución de la densidad ósea. La densidad ósea alcanza un valor máximo en los varones y mujeres durante la década

de los 30 y comienzos de la de los 40 y luego comienza a disminuir de manera gradual.

La velocidad de desmineralización es más rápida en la mujer que en el varón, especialmente durante los cinco años que siguen a la menopausia. Si la densidad ósea se reduce lo suficiente como para provocar fracturas ante traumatismos mínimos, se habla de que existe osteoporosis. Como ya se advirtió previamente, los cambios degenerativos de las articulaciones (artrosis) relacionados con la edad son muy frecuentes.

#### **5.4 Miocardio**

La decadencia fisiológica del envejecimiento es un fenómeno prácticamente universal, que varía entre los diferentes órganos y aparatos. A continuación, se resumen algunos de los cambios en los órganos y aparatos más importantes desde el punto de vista clínico: cardiovascular, pulmonar, urinario, gastrointestinal, osteomuscular y neurológicos.

#### **5.5. Aparato cardiovascular.**

La mayor parte de las disfunciones cardiovasculares son consecuencia de la enfermedad más que del envejecimiento. La presión arterial tiende a elevarse con la edad, la función contráctil del miocardio disminuye y las reservas cardíacas disminuyen en las personas sanas. El aparato cardiovascular casi nunca falla, salvo en casos de enfermedad o demanda



física extraordinaria, como sucede durante la hiper- hidratación peri operatoria. Sin embargo, la enfermedad de las arterias coronarias es muy frecuente en los ancianos y representa la causa principal de muerte entre los adultos de 65 o más años.

## **CAPITULO 6**

### **6. LA SALUD DEL ADULTO MAYOR.**

En el país, en general, faltan políticas, programas, servicios y recursos humanos especializados en el campo de la gerontogeriatría.

Los servicios del Ministerio de Salud Pública para el grupo de mayores de 60 años, además de escasos, son inespecíficos y carecen de componentes de fomento, educación, auto cuidado y rehabilitación. El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS) estableció un programa focalizado en los grupos de apoyo mutuo y en la salud mental.

También el Hospital del Adulto Mayor en la ciudad de Quito, espera por la aprobación de la Unidad del Adulto Mayor en el Ministerio de Salud Pública, para que se incorporen recursos financieros para esta área.

#### **6.1. LA SALUD DEL ADULTO MAYOR EN EL ECUADOR**

En el año 2002 se registraron 904.761 personas de más de 60 años, de las cuales 432.580 son hombres y 472.180 son mujeres, según el Registro Oficial No, 654, del 3 de Sep del 2002. Estos datos estadísticos nos

muestran que la composición de la población ecuatoriana adulta es del 7.11% en ese año.

Existen 76 establecimientos en el Ecuador que prestan atención a nivel nacional, 66 privadas y 10 del Estado. Dentro de las instituciones que prestan servicio estatal se creó solamente una nueva.

Todos estos establecimientos cuentan con comedores, sanitarios, lavandería, servicios de ropería, y con un dispensario médico.

El Ministerio de Bienestar Social se encarga de la administración de tres de estas casas asistenciales, el Ministerio de Salud Pública se encarga de cuatro unidades geriátricas.

En la ciudad de Ibarra está el Hogar de Ancianos León Ruales, en Riobamba Hogar de Ancianos de Riobamba, en la ciudad de Quito el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, y en la ciudad de Ambato la Unidad Geriátrica en el Hospital de Ambato, el Centro corresponde al Ministerio de Defensa Nacional y 3 al Instituto Nacional del Niño y de la Familia y el resto son privadas.

Solo 36 de estas casas reciben apoyo del Ministerio de Bienestar Social, mediante convenios; también existen 112 organizaciones a través del Programa Mundial de Alimentos, esta ayuda la reciben todos 8.632 adultos mayores, pero no se lleva un seguimiento nutricional.

Según los informes de la Jefatura de la Dirección de Gerontología del Ministerio de Bienestar Social, en Pichincha existen 2000 adultos mayores no jubilados que forman parte de la Federación de la Tercera Edad de la Provincia, y solamente cuentan con un taller de costura, mas no con un dispensario médico, ni de rehabilitación.

Dentro de la ciudad de Quito, y según la investigación evaluativa realizada por la Unidad del Adulto Mayor del Ministerio de Salud Pública, en los hogares para los ancianos que se encuentran trabajando con todos los equipamientos necesarios ya instalados está el 26,92%, y el 19,23 trabaja con apenas la mitad de capacidad, y el 53,83% de las casas de servicio se encontraban en su funcionamiento con un 50% debajo de sus condiciones.

Las casas asistenciales que se encuentran bajo la administración del Estado trabajan en situaciones precarias, no aptas para su funcionamiento.

Lamentablemente en el Ecuador no se cuenta con capacitación debida para los médicos especialistas en esta área. Actualmente en la ciudad de Quito se cuenta con 8 geriatras, y 15 médicos a nivel estatal. Existen 3 médicos geriatras en el Azuay, 2 en Loja, 1 en Chimborazo, y 2 en Guayas.

Y es una pena que no exista un centro de capacitación geriátrica para las enfermeras y médicos de esta especialidad al igual que los fisioterapistas,

dietistas, asistentes sociales y terapeutas ocupacionales. Al momento existe una gran demanda de adultos mayores y no hay el personal capacitado.

El Gobierno Nacional y el Ministerio de Salud recién están implementando un programa para el anciano, a través del Comité Nacional del Adulto Mayor.

No existen en el país leyes establecidas para el funcionamiento de centros geriátricos que brinden atención para los ancianos enfermos, y ni siquiera información sobre la prevención a sus varias enfermedades. Y ningún tipo de atención personalizada que mejore su calidad de vida.

Al Ministerio de Salud Pública le corresponde impulsar y llevar a la práctica las políticas geriátricas, y luego de haber ya pasado 10 años de haberse promulgado la Ley especial del Anciano, que así lo establece, no se avizoran la efectividad de estas políticas.

Más aún, la Ley especial del Anciano No.127, publicada en el R.O. 806 del 6 de noviembre de 1991, establece compromisos legales de algunos Ministerios y entre ellos para el Ministerio de Salud Pública en cuanto se refiere a los derechos y protección que tienen los adultos mayores.

En el Ecuador se observa, en los últimos veinticinco años, el descenso de la mortalidad por causas prevenibles y el ascenso por enfermedades crónico-degenerativas."Esta tendencia ha dado como resultado que, en 1992, el perfil

de la mortalidad del país cambie por primera vez en su historia, la mortalidad por causas crónico-degenerativas”.<sup>12</sup>

El reconocimiento de la existencia de diversos modelos con problemática también específica, permitirá mejorar la detección precoz de problemas comunes. Tales problemas si son tardíamente identificados, además de ser fuente de deterioro funcional, impiden acciones curativas oportunas: el enfoque preventivo es esencial.

Las muertes por enfermedades crónico-degenerativas han aumentado en las últimas décadas: en 1979, correspondían al 16,3% de las muertes en las áreas rurales y al 29,2% en las urbanas; según los datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos y en 1998, al 40,4% en las zonas rurales y al 40,6% en las urbanas, según los datos del Sistema Integrado para la Salud en el Ecuador.

---

<sup>12</sup> “*Estadísticas Vitales: Nacimientos y Defunciones*” del Instituto Ecuatoriano de Estadísticas y Censos. INEC 1979 – 2000.

### Las enfermedades que afectan a la población femenina

| MAYOR DOLENCIA | % MAS DE 60 AÑOS |
|----------------|------------------|
| VISUAL         | 14.3%            |
| AUDITIVA       | 3.2%             |
| DIGESTIVA      | 9.2%             |
| RESPIRATORIA   | 1.6%             |
| ÓSEO           | 15.1%            |
| ARTRITIS       | 15.9%            |
| CARDIOLÓGICO   | 10.8%            |
| OTRAS          | 30%              |

Dra .Fabiola Arguello, Ex directora del la Unidad del Adulto Mayor.<sup>13</sup>

---

<sup>13</sup> Ministerio de Bienestar Social .Quito 2002

## **6.2. Enfermedades que afectan a los adultos mayores**

El experto Horacio Rodríguez, Presidente de la Asociación de Médicos Gerontológicos de Quito, que en el Ecuador asegura que las enfermedades más comunes entre las personas de la tercera edad (alrededor del 50% de los jubilados pertenecen a este grupo) son las osteo-musculares (artritis, osteoporosis, secuelas de artritis y de fracturas), las cuales llegan a producir inmovilidad, y las cardiovasculares (hipertensión, infartos, secuelas de infartos, diabetes), las cuales tienen que ver con el nivel de ansiedad al que se ven sometidos.

Según este especialista, durante los primeros meses del congelamiento de los depósitos bancarios en el año 2000, aumentó el índice de infartos, crisis de ansiedad y suicidios en las personas mayores, entre quienes estos hechos casi pasan desapercibidos, puesto que no se producen con la espectacularidad con la que ocurren entre los jóvenes.

Los ancianos no necesitan lanzarse del décimo piso, sino solo consumir una dosis excesiva de sus medicinas y punto, dice Rodríguez.

Además, este médico ha constatado un éxodo de los pacientes de los Hospitales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social a las unidades médicas del Ministerio de Salud. Una situación insostenible para este grupo, puesto que las medicinas más baratas contra la hipertensión cuestan por lo



menos 6 dólares mensuales, pero estas regularmente suelen estar asociadas con otras como diabetes o colesterol. Eso, para alguien que gana 20 dólares mensuales, resulta simplemente su sentencia de muerte, afirma Rodríguez.

Es claro que todos los pacientes hipertensos deben ser tratados, sin embargo, no tendría sentido toda la investigación científica y todos los recursos destinados en este campo sino se trabaja en la prevención de la enfermedad. A no ser que se realicen grandes esfuerzos en prevenir la enfermedad, el problema sería eterno y lo único que se haría sería detectar la enfermedad y ordenar el tratamiento.

La prevención de la enfermedad es un aspecto muy importante para interrumpir el ciclo absolutamente costoso de manejar la hipertensión y todas sus complicaciones.

La importancia de la prevención de la enfermedad se basa en varios hechos contundentes, como por ejemplo:

1. Una porción muy importante de la enfermedad cardiovascular se presente en personas cuya presión sanguínea está por encima del nivel óptimo pero no tan alto para ser diagnosticada o tratada como hipertensión.

De lo anterior se desprende que un enfoque que cubra toda la población buscando disminuir la presión sanguínea aliviará considerablemente el riesgo.

2. El tratamiento de la hipertensión, por muy cuidadoso que sea, plantea costos financieros y efectos adversos potenciales.
3. Muchos pacientes a los cuales claramente se les ha detectado e informado que padecen hipertensión, no realizan los cambios de vida aconsejados, ni se toman la medicación o la toman de manera irregular produciendo fallas en la respuesta terapéutica.
4. La elevación de la presión arterial, así como la hipertensión, no son consecuencias directas e inevitables del proceso de envejecimiento.

Por lo anterior, si se desarrollan estrategias en todos los frentes para prevenir que la población aumente su presión arterial y para reducir las cifras tensionales altas aunque sea solo un poco, se afectaría la morbilidad y la mortalidad cardiovascular en conjunto tanto o más que aquella de tratar únicamente las personas con enfermedad establecida.

El objetivo de la prevención y el manejo de la hipertensión es el de reducir la morbilidad y la mortalidad mediante los métodos menos invasivos.

Lo anterior puede alcanzarse si logra mantener una ritmo por debajo de 140 mm, además, controlar otros factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular. Al disminuir los niveles, habrá una significativa ganancia para prevenir el accidente cerebro vascular, preservar la función renal y prevenir o disminuir la progresión de la falla cardíaca .

Este objetivo puede lograrse mediante modificaciones en el estilo de vida y un tratamiento farmacológico que una adecuada respuesta terapéutica y con mínimos efectos diversos.

### **6.3. Modificaciones del estilo de vida.**

Uno de los aspectos claves del de las modificaciones del estilo de vida son su potencial para prevenir la hipertensión, además de haberse demostrado que logran disminuir la presión aumentada y que pueden reducir otros factores de riesgo cardiovascular. Pero quizá lo más importante es que estas ganancias se realizan con mínimos costos y mínimos efectos adversos.

Si bien sabemos la dificultad de cambiar hábitos personales y de mantener estos cambios, deben realizarse los mejores esfuerzos en este aspecto, ya que, además, existe una correlación con la necesidad de utilizar un mejor número de dosis de medicamentos.

### **Alimentación sana después de los 40, para tener una mejor vejez.**

En las personas mayores, el estado de salud tiene mucha mayor relación con la actividad física y el estado nutricional tiene mucha más interacción con los cambios orgánicos.

## **CAPITULO 7**

### **7.Resultados de la investigación.**

La salud de los pueblos debe ser uno de los primeros objetivos y obligaciones de cualquier sistema social, pues de no llevarse a la práctica este principio, esta sociedad debe atenerse a consecuencias agravantes como las que sufren las personas de la tercera edad, que en su oportunidad pusieron las bases de ese cimiento y que es propensa a adolecer de enfermedades degenerativas fisiológicas y psicológicas.

La investigación concluyó con sus objetivos, poniendo como referencia que en estos últimos tiempos los medios de comunicación se han preocupado de participar en campañas y programas de educación sobre la salud. Sería muy importante que la tercera edad sea uno de sus temas de investigación.

### **7.1. Conclusiones :**

- La situación del adulto mayor en nuestro país es de pobreza, ya que el 80% de la población incide en el agravamiento de las condiciones socioeconómicas y del maltrato al anciano.
- El único proyecto relevante que el Ministerio de Salud, pretende instrumentar dentro de un Proyecto Regional Andino está formulado desde el año 2000, sin que merezca la atención prioritaria de los responsables a fin de que se implemente el mismo.
- Existe una falta de conocimiento sobre las enfermedades que afectan al adulto mayor y sin embargo no son informadas. Es importante que se divulgue esta información en el país por medio de los medios de comunicación.
- Existe mucha despreocupación de las instituciones públicas y privadas en mantener a los ancianos con el cuidado respectivo, y sobre todo no cuenta con personal especializado y capacitado para que atienda a estas personas. (En el anexo 1, se registra referencialmente un cuadro de los Centros de atención al Adulto Mayor en la ciudad de Quito).

- Es importante conocer que los ancianos en muchos de los centros - asilos de nuestro país, no tienen ninguna actividad designada, como manualidades en donde desarrollen alguna actividad física y mental.
- Como consecuencia de que en el Ecuador, las entidades oficiales, no priorizan la atención en el área de la salud que por derecho constitucional a la población se le garantiza, no existe estudios e investigaciones que permitan ubicar la realidad de la tercera edad.

## **7.2.Recomendaciones:**

- En el Ecuador se debería implementar un sistema de atención al adulto mayor de manera integral, y valorizar a los ancianos.
- Es importante que las organizaciones y las instituciones para los adultos mayores, analicen en forma muy particular la situación del envejecimiento en el contexto social y realicen políticas de integración del adulto mayor dentro de la sociedad.
- Existen algunas enfermedades que afectan a los ancianos y que deben ser tratadas con rapidez, por médicos dedicados a la gerontología, especializados en trato con el adulto y lograr la recuperación del mismo.
- Es fundamental que la familia también tome cartas en el asunto sobre el envejecimiento, ya que no todos los ancianos tienen alguien cercano que le pueda atender, y ni siquiera los que se encuentran internados en las casas de asilo.

- El gobierno debe declarar políticas claras y precisas para garantizar que el adulto tenga salud integral (física , mental y ocupacional), y sobre todo a que ellos tengan una vida digna como cualquier otro ciudadano.
- Sería conveniente que el Estado emprenda en la promoción de la atención a la salud e la tercera edad a través de las Organizaciones no gubernamentales.
- Los medios de comunicación deben colaborar decididamente en la concientización y difusión en la población, sobre las enfermedades que afectan a la tercera edad, su tratamiento y sobre todo la forma de prevenir. Precisamente esta investigación, presentan un banco completo de información de esta problemática que esta al alcance de todos los comunicadores sociales, que aporten a responder a la obligación de colaborar a la concientización preventiva de la población. Se incluye además un reportaje de introducción para este efecto, que constituye el producto comunicacional con el que se culmina la investigación.



- El contenido del reportaje que se anexa, está al alcance de cualquier medio impreso para iniciar una serie informativa, sobre la divulgación preventiva de las enfermedades degenerativas de la Tercera Edad.

## **1. CONTENIDO DEL GRAN REPORTAJE:**

### **1.1. Título:**

#### **Las Enfermedades Degenerativas en la Tercera Edad.**

**Más de un millón de personas de la Tercera Edad, en el país carecen de una atención profesional, a pesar de que está garantizada en la Constitución Política del Estado, y expresamente en la “Ley del Anciano” en donde se exige un buen trato para los adultos mayores de nuestra sociedad. . .**



## **Editorial.**

Las personas mayores son vistas a menudo como un grupo homogéneo de personas frágiles que no aportan nada a la familia y a la sociedad, sin embargo, esos tópicos cambian cada día.

La tercera edad, en nuestra actualidad y en nuestro sistema de vida, de todas maneras, es período de cambios profundos que, si no es bien enfrentado, puede derivar en una crisis que dañe definitivamente la salud física y psíquica de las personas que lo experimentan.

La disminución de la relevancia social, la violenta alteración de las relaciones interpersonales, el agotamiento de sus funciones, el agobio de las enfermedades degenerativas o el temor de no saber como enfrentarlas, a parte del el miedo a la muerte, o las depresiones, son parte de esta etapa en dónde las personas no pueden olvidar su identificación o valor en la sociedad.

Hay muchas personas de edad avanzada que gozan de una impecable salud, pero son quienes siguieron un régimen de vida muy estricto, y que realizan ejercicio diario y cuidan su alimentación para poder conservarse bien, gracias a la constancia.

En el ámbito mundial, los países desarrollados se preocupan más por la población anciana, que en los países en vías de desarrollo, es decir un 14% de mayores de 65 años frente a un 5% respectivamente.

En el Ecuador existen 1107.291 personas de la tercera edad, de las cuales algunas son tratadas en centros públicos y otras en privados, y sufren de enfermedades óseo musculares, y cardiovasculares.

En la práctica, el Estado, al igual que el Ministerio de Salud Pública no garantiza el bienestar de los ancianos, ni tampoco crean verdaderas políticas que velen por su salud.

#### **Al pasar de los 60 años, sufrimos demencias.**

Con su cara triste y su mirada desorientada, pasa las horas interminables en el hospital del Adulto Mayor, el Señor César Merchán de 78 años de edad, ex coronel de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, quién sufre de la enfermedad de Alzheimer, que es una enfermedad neurodegenerativa, que afecta a las neuronas del cerebro, y con el tiempo la incapacidad de realizar movimientos coordinados.

Esta enfermedad es un tipo de demencia producida por una sustancia llamada "amiloides", que se deposita en las neuronas lo que causa una disminución de memoria. La persona que padece este mal puede experimentar o sentir confusión, desorientación en el tiempo y espacio, al

igual que cambios en su personalidad y conducta, dificultad en pronunciar palabras o finalizar ideas o pensamientos, es decir incapacita a la persona de cuidar de si mismo.

Merchán ya lleva 2 años en el Centro, pero gracias a la prestación de los servicios de una enfermera particular y a las atenciones del Hospital, su condición es estable.

**Alto porcentaje de la población la padece.**

**La Diabetes: Una epidemia en el Ecuador**

Según el Doctor Walter de la Torre especialista en endocrinología y nutrición, en los últimos años se han registrado más o menos un promedio de 500 mil pacientes, diagnosticados con la diabetes, que parece ser una epidemia en el Ecuador.

Esta enfermedad se da a causa de la mala alimentación, ya que con el trabajo o las ocupaciones, el hábito de comer se vuelve secundario, y se prefiere a veces comer comida rápida más conocida, como la comida “chatarra”, por falta de tiempo. Al cabo de los años esta enfermedad se hace presente, por lo que corresponde visitar a un nutricionista para que prescriba

una dieta balanceada baja en grasas y así poder estar sanos y bien alimentados.

### **Centros Gerontológico que atienden el la ciudad de Quito**

En la ciudad de Quito existen 15 centros gerontológicos con atención a los adultos mayores, con los que trabaja el Ministerio de Bienestar Social, pero lamentablemente estos centros tienen una limitada infraestructura por lo que algunos albergan a 10 o 20 ancianos y los mas grandes atienden hasta 300 adultos. La trabajadora Social del Ministerio de Bienestar Social, Nelly Villarroel, dió a conocer que los centros son saturados de pacientes y que muchas veces por no tener los recursos necesarios tienen que ser enviados fuera de la ciudad a otros centros para que sean atendidos.

Según Villarroel, estos centros cuentan con la calidad que los pacientes de la tercera edad necesitan, así como la atención médica, manejo nutricional, y las diferentes actividades de esparcimiento en dónde los pacientes de la tercera edad se sientan a gusto.

### **Osteoporosis: La Enfermedad Silenciosa.**

En el Ecuador se calcula que existen 300 mil mujeres y 50 mil hombres en riesgo de contraer la osteoporosis, ésta enfermedad se origina por un desgaste de la masa muscular, que produce el debilitamiento de los huesos lo que causa su ruptura. Las áreas más sensibles son la cadera y la espalda.

Según el Dr. Santiago Córdova, Director de la Unidad de Ginecología del Hospital Metropolitano de Quito, existe un gran peligro de contraer esta enfermedad, a causa de la malnutrición que conduce a la falta de calcio en los huesos.

La masa ósea aumenta en los primeros años de vida, durante la adolescencia y en los primeros años del adulto. En la tercera década de la vida se alcanza lo que se conoce como el pico de masa ósea, que determinará si un individuo es proclive a desarrollar osteoporosis a lo largo de su vida.

Otros factores que originan enfermedad son los malos hábitos como: fumar, y tomar bebidas alcohólicas y no realizar actividades deportivas.

Aunque esta enfermedad no conduce a la muerte, afecta determinadamente la vida diaria de una persona, a la que puede conducirle a la invalidez o a la postración.

### **Conozcamos la Arteriosclerosis en la Tercera Edad:**

Según el oncólogo José María Aguirre, la arterioesclerosis es el endurecimiento de las arterias cuando se acumulan sustancias en las paredes de las mismas de colesterol, minerales, sangre. Esta enfermedad afecta sobre todo a las arterias de tamaño mediano, como son las coronarias, las carótidas y cerebrales.

El proceso de esta enfermedad se puede dar en años, sin que uno se de cuenta, hasta que al paciente le falta el flujo sanguíneo en alguna parte del cuerpo, como puede ser las piernas, los brazos, creando un intenso dolor. Esto se da generalmente en las articulaciones en donde doblamos, también pequeños derrames o mareos.

Es importante que el paciente se realice radiografías en donde al médico le permite ver sus arterias, o vasos sanguíneos. Hasta el momento no se conoce ninguna forma de prevenir esta enfermedad que especialmente afecta a las personas de la tercera edad. Se recomienda mantener una buena dieta y mantener las actividades físicas. El tratamiento para esta enfermedad es distinto para cada persona por eso es importante acudir al médico.





### **La tercera edad**

En el Ecuador, por razones múltiples y complejas de orden sociológico y económico, se va transformando en un país mayoritariamente de tercera edad.

Muchos años atrás, había toda una política para la estimulación de matrimonios y los nacimientos a partir de una educación y un régimen de salud que en general era financiado por el estado.

Pero eso quedó atrás. También quedó atrás el mito de que la tercera edad, entendida como una edad superior a los 60 años, era una época donde comenzaba un proceso de reclusión y de involución.

La Tercera edad, en nuestra actualidad y en nuestro sistema de vida, de todas maneras es un tiempo de cambios profundos que, si no es bien enfrentada, puede derivar en una crisis que dañe definitivamente la salud física y psíquica de las personas que la experimentan.

La disminución de la relevancia social, la violenta alteración de las relaciones interpersonales, el agotamiento de las funciones que determinaron un status,

el agobio de las enfermedades mal llamadas degenerativas o el temor a enfrentarlas, la pérdida o el alejamiento de los objetos de la identificación (vale decir, los hijos, y a veces la pareja), el frecuente aislamiento, la soledad existencial, el temor a la muerte, conducen a estas personas a profundos estados de desencanto, agotamiento y depresión. Por otra parte, la insistencia social en el deterioro y en la incapacidad creciente de estas personas, que se traduce en el hecho de no ofrecerles "empleo", institucionalizan y consolidan la crisis, añadiéndole la desesperanza.

Pero más que el peso o los prejuicios que reinan en nuestro medio, el derrotismo que invade a muchas personas de mas de 50 años proviene de sus propios prejuicios, de su desconcierto espiritual, de las enfermedades que no saben enfrentar, de las ilusiones gratuitas, injustas o infundadas que se han estado formulando, de su temor a la muerte y al mas allá, de un insuficiente entendimiento del mundo, de los procesos de cambio y del futuro.

Las tentativas metodológicas que pretenden responder a la situación no han sido exitosas. Se pretende que el anciano olvide su edad o la soporte como un mal necesario; que asuma una ideología lírica de optimismo y fé; o bien que se enajene tratando de repetir las proezas físicas de la edad joven sobre la base de determinados estímulos. Ancianos que participan en duras

pruebas atléticas o ancianas en gimnasia aeróbica pueden llegar a ser tentativas y métodos enajenantes que sacrifiquen incluso la dignidad de las personas de más edad en pos del lucro y de los logros publicitarios.

Es indudable que se necesita una capacitación para la tercera edad en un período previo y dentro del mismo esquema laboral.

Esa capacitación tiene que fundamentarse en el avance hacia una autonomía y una productividad, que seguramente no estuvo al alcance de la persona común en la juventud o en la madurez. La experiencia adquirida, las tecnologías que han ido asumiendo la persona en su gestión laboral y, más que nada, sus posibilidades de libertad y opción son una buena base para avanzar en la dirección señalada.

Es un hecho que en la edad avanzada, el sedentarismo o los deportes irracionales de edades anteriores pesan considerablemente. El cuerpo se va constituyendo en un lastre y no en una palanca para nuestras expectativas y necesidades intelectuales o espirituales. Enfermedades circulatorias, reumatismo, colesterol, problemas de presión, reducción de la capacidad respiratoria, molestias o enfermedades de columna, dificultades para oír o para ver, inhabilidades sexuales se van haciendo mas frecuentes en la medida que se avanza en edad. Pero, es la edad la que produce todas estas enfermedades.

Existen sobrados antecedentes para responder con un no categórico. Hay muchas personas de edad avanzada lucidas y de salud sobresaliente. Hay muchos jóvenes con lumbago y colesterol alto. Pensamos que pesan mas en las personas los años de stress y depresión mal enfrentados, la vida sedentaria, la dieta irracional, la pérdida del rango respiratorio, los mitos y supersticiones negativos, el derrotismo frente a la edad, y la gratuita convicción de que ya es tarde para reaccionar y se ha perdido la oportunidad. Por el contrario, podemos decir que siempre es oportuno para empezar una reacción. Todos los días estamos naciendo de nuevo con más experiencia y con más capacidad de libertad. La naturaleza es muy noble y esta a favor de quien quiere vivir plenamente y se esfuerza con constancia.

### **La Diabetes**

Según el Doctor Jorge Noboa, hay muchas interrogantes a las que se debe dar respuesta para poder conocer esta enfermedad, sus síntomas y características, estar alertas ante su posible aparición.

La diabetes es una enfermedad en la que que el cuerpo no produce o no usa insulina adecuadamente. La insulina es una hormona necesaria para convertir el azúcar, los almidones y otros alimentos, en la energía que se necesita para la vida diaria. La causa de la diabetes es un misterio.

No obstante, hay factores genéticos y ambientales tales como la obesidad y la falta de ejercicio, los cuales son papeles muy importantes en esta enfermedad.

Es muy importante para las personas diabéticas conocer los síntomas de este mal, como es el incremento de la frecuencia de orina, de la sed, pérdida de peso, o visión, y a la vez fatiga e infecciones en el cuerpo.

### **La Osteoporosis.**

Según el Doctor Eduardo Vela, esta enfermedad degenerativa del sistema Osteomuscular y las articulaciones pueden sufrir con el paso del tiempo el deterioro o desgaste, si las personas de la tercera edad no adoptan mejores medidas de alimentación y cuidado. Este trastorno suele afectar más a las mujeres postmenopáusicas, debido a la disminución de densidad en los huesos. El hueso debe estar correctamente calcificado, para evitar la pérdida de tejido óseo normal y la posibilidad de fractura.

Los factores que aumentan la pérdida de la masa ósea, como la inmovilización prolongada, son: el tabaco, café y el alcohol.

Esta enfermedad no presenta síntomas, por eso se le conoce como una dolencia silenciosa, sin embargo existe la disminución de energía, de la masa muscular corporal, y de la actividad física.

### **El Alzheimer**

Esta enfermedad según el Neurólogo Ramiro Montenegro, se produce por un proceso degenerativo que ocasiona una importante pérdida de células cerebrales, así como la acumulación de sustancias que causan el deterioro progresivo de las facultades mentales en el cerebro.

Esta demencia se presenta en los adultos mayores a los 60 años, y quienes lo sufren tienen desorientación, problemas en el pensamiento abstracto, juicio pobre, trastornos con la memoria. Esta enfermedad no hace distinción de la clase socioeconómica, raza, sexo, afecta a los hombres y a las mujeres.

Se utilizan pruebas de capacidad y de habilidad intelectual, especiales para detectar el trastorno, y para determinar este mal de Alzheimer comparándolos periódicamente y controlando su evolución.

No existe ningún tipo de cura o tratamiento para esta enfermedad, toda vez que es progresiva, y lamentablemente lleva a la mortalidad. Preventivamente se recomienda hacer ejercicio para aumentar la irrigación de la sangre al cerebro.

## **Léxico especializado**

**dendríticos.-** es una alteración de la morfología y el funcionamiento de las dendritas, las cuales pueden producir parálisis, parkinson, artereosclerosis.

**neurotransmisores.-**son todos los nervios que salen del cerebro y de la médula.

**propioceptiva.-** es la capacidad de comprender todas las situaciones que nos rodean. Estas pueden ser la luz, ruido, percepciones etc.

**micción .-** orinar

**túbulos.-**son microconductos que se encuentran en el riñón, órgano por el cual se filtran los líquidos.

**solutos.-** son partes que no se diluyen, como la glucosa, creatinina, ácido úrico.

**polaquiuria.-** aumento en micciones o ganas de ir al baño, especialmente en las enfermedades de vías urinarias.

**lipofucsina.-**es una enzima que quema la grasa de la sangre por ejemplo los triglicéridos o el colesterol.

**enzimas oxidativas glucolíticas.-** sustancias que queman la azúcar de la sangre ejemplo la insulina que quema la glucosa en la sangre.

**nicturia.-**es el aumento de micciones, especialmente en la noche ejemplo los diabéticos o las personas que tengan tumores cerebrales.

## Bibliografía

- BUCK, Carol. "La Creación de la Salud". En: Organización Panamericana para la Salud/OMS. Promoción de la salud: una antología (Publicación científica No. 557). Washington 1996.
- DIRECCION NACIONAL DE GERONTOLOGÍA, PROCURADURIA GENERAL DEL ANCIANO, MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. Ley reformatoria a la Ley del Anciano, promulgada ene el Registro Oficial No.439 del 24 de oct del 2001.
- DA SILVA, Katia. "Mortalidade materna: avaliação da situação no Ríó de Janeiro, no período 1977 a 1987". Cadernos de saúde pública (Fundação Oswaldo Cruz, Brasil), vol. 8, no. 4, octubre-diciembre, 1992.
- HEALTH MAGAZINE, Nebraska 2002
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICAS Y CENSO INEC  
Resultados Definitivos del V Censo de Población y IV de Vivienda. Resumen Nacional. Quito, NOV 1990.  
Resultados Definitivos del IV Censo de Población V de Vivienda. Resumen Nacional. Provincia del Guayas .Quito Nov 2001.  
Resultados Definitivos del IV Censo de Población V de Vivienda. Resumen Nacional. Provincia de Pichincha. Quito,Nov del 2001.
- MALETZKE,G 1992.Psicología de la Comunicación Social. Ecuador Editorial Quipus, pag.21
- MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. DIRECCION NACIONAL DE GERONTOLOGIA, PROCURADURIA GENERAL DEL ANCIANO,.



Ley Especial del Anciano .No 127, promulgada en el Registro Oficial No.806 del 6 de Nov de 1991.

- MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. Manual y normas técnicas establecidas por la Dirección Nacional de Gerontología para el funcionamiento de los centros y residencias gerontológicas, promulgado en el Registro Oficial No.654 del 3 de sep del 2002.
- MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL. Dirección Nacional de Gerontología. Instituciones de atención al anciano a nivel nacional, Quito 2001.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA EN EL ECUADOR. DIRECCION DE RELACIONES INTERNACIONALES. Proyecto de creación de la unidad técnica administrativa de atención al adulto mayor, convenio Ecuador – Cuba julio 2002.
- MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA. Dirección de Relaciones Internacionales, Plan de Salud Para el Alto Mayor. Proyección Andina 2002-2005 Quito 2002.
- OPS /OMS. Estadísticas de Salud de las Américas. Washington: OPS, 1995.
- OPS /OMS. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Washington: Organización Panamericana para la Salud.
- OPS /OMS. Renovación de la estrategia de salud para todos. Informe del Director General. Washington, D.C.: OPS/OMS, 1995.
- Pan American Sanitary Conference

- SAN MARTÍN, Hernán. Salud y enfermedad. México: Prensa Médica Mexicana, 1984.
- SCHADE DS, JOVANOVIĆ L, PLACEBO. Controlled, randomized study of glimepiride in patient with type 2 diabetes mellitus for whom diet therapy is unsuccessful. Clin Pharmacol, 1998;38.
- Sistema Integrado de Indicadores Sociales del Ecuador -SIISE, 1997-2002.
- Situación de la Mujer Adulta en el Ecuador. Quito. Ecuador .2002
- THE AMERICAN JOURNAL OF MEDICINE; VOLUME 108, APRIL 17, 2000
- VELASCO, Margarita. "El reto de la salud para todos". En: STFS. Pobreza y capital humano en el Ecuador (El desarrollo social en el Ecuador 1). Quito: STFS e INEC, 1997.
- VOS, Rob. "Hacia un sistema de indicadores sociales". Documentos de trabajo del Sistema Integrado de Indicadores de la Salud en el Ecuador SIISE (Quito), No. 1, 1998.
- **Entrevistas.**
- Doctor Eduardo Vela, Fisiatra
- Fabiola Arguello, Geriatra
- Patricio Buendía, Geriatra
- Doctor Ramiro Montenegro, Neurólogo
- Doctor Jorge Noboa ,Médico Familiar
- Doctor José María Oncólogo
- Nelly Villarroel, Trabajadora Social MBS
- Doctor Walter de la Torre, Endocrinología y Nutrición

Consulta en Internet:

[www.un.org/spanish/envejecimiento.cobertura](http://www.un.org/spanish/envejecimiento.cobertura)

# ANEXOS

## Las Enfermedades Degenerativas en la Tercera Edad



*La senectud debe ser venerada, no por su sabiduría, sino por su experiencia, ya que son el ejemplo de generaciones y de toda una sociedad en el país.*

Más de un millón de personas de la Tercera Edad, en el país, carecen de una atención profesional, a pesar de estar garantizada en la Constitución Política del Estado, y consta expresamente en la "Ley del Anciano" en donde se exige un buen trato para los adultos mayores de nuestra sociedad.

### EDITORIAL

Las personas mayores son vistas a menudo como un grupo homogéneo de personas frágiles que no aportan nada a la familia y a la sociedad, sin embargo, esos tópicos cambian cada día.

La tercera edad, en nuestra actualidad y en nuestro sistema de vida, de todas maneras, es período de cambios profundos que, si no es bien enfrentado, puede derivar en una crisis que dañe definitivamente la salud física y psíquica de las personas que lo experimentan.

La disminución de la relevancia social, la violenta alteración de las relaciones interpersonales, el agotamiento de sus funciones, el agobio de las enfermedades degenerativas o el temor de no saber como enfrentarlas, a parte del el miedo a la muerte, o las depresiones, son parte de esta etapa en dónde las personas no pueden olvidar su identificación o valor en la sociedad.

Hay muchas personas de edad avanzada que gozan de una impecable salud, pero son quienes siguieron un régimen de vida muy estricto, y que realizan ejercicio diario y cuidan su alimentación para poder conservarse bien, gracias a la constancia.

En el ámbito mundial, los países desarrollados se preocupan más por la población anciana, que en los países en vías de desarrollo, es decir un 14% de mayores de 65 años frente a un 5% respectivamente.

En el Ecuador existen 1107.291 personas de la tercera edad, de las cuales algunas son tratadas en centros públicos y otras en privados, y sufren de enfermedades óseo musculares, y cardiovasculares.

En la práctica, el Estado, al igual que el Ministerio de Salud Pública no garantiza el bienestar de los ancianos, ni tampoco crean verdaderas políticas que velen por su salud.

#### PÁG. 2

- ▶ DEMENCIA SIN RETORNO.
- ▶ OSTEOPOROSIS: ENFERMEDAD SILENCIOSA.
- ▶ ALTO PORCENTAJE DE DIABETES EN NUESTRA POBLACIÓN.

#### PÁG. 3

- ▶ EDAD DORADA.
- ▶ CENTROS GERONTOLÓGICOS DE QUITO.
- ▶ LA ATENCIÓN A LOS ADULTOS MAYORES.

#### PÁG. 4

- ▶ PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN ADULTOS MAYORES.
- ▶ ENTREVISTA A EDUARDO VELA DIR. HOSPITAL ADULTO MAYOR.





*La mirada lejana y triste de este anciano parece pedir más atención y preocupación.*

## DEMENCIA SIN RETORNO

Con su cara triste y su mirada desorientada, pasa las horas interminables en el Hospital del Adulto Mayor, el Señor César Merchán de 78 años de edad, ex coronel de la Fuerza Aérea Ecuatoriana, quién sufre de la enfermedad de Alzheimer, que es una enfermedad neurodegenerativa, que afecta a las neuronas del cerebro, y con el tiempo la incapacidad de realizar movimientos coordinados.

Esta enfermedad es un tipo de demencia producida por una sustancia llamada "miloide", que se deposita en las

neuronas lo que causa una disminución de memoria.

La persona que padece este mal puede experimentar o sentir confusión, desorientación en el tiempo y espacio, al igual que cambios en su personalidad y conducta, dificultad en pronunciar palabras o finalizar ideas o pensamientos, es decir incapacita a la persona de cuidar de si mismo.

Merchán ya lleva 2 años en el Centro, pero gracias a la prestación de los servicios de una enfermera particular y a las atenciones del Hospital, su condición es estable.

## ALTO PORCENTAJE DE DIABETES EN NUESTRA POBLACIÓN.

Alto porcentaje de la población la padece.

La Diabetes: Una epidemia en el Ecuador

Según el Doctor Walter de la Torre especialista en endocrinología y nutrición, en los últimos años se han registrado más o menos un promedio de 500 mil pacientes, diagnosticados con la diabetes, que parece ser una epidemia en el Ecuador.

Esta enfermedad se da a causa de la mala alimentación, ya que con el trabajo o las ocupaciones, el hábito de comer se vuelve secundario, y se prefiere a veces comer comida rápida más conocida, como la comida "chatarra", por falta de tiempo. Al cabo de los años esta enfermedad se hace presente, por lo que corresponde visitar a un nutricionista para que prescriba una dieta balanceada baja en grasas y así poder estar sanos y bien alimentados.

## OSTEOPOROSIS: LA ENFERMEDAD SILENCIOSA

Según el Dr. Santiago Córdova, Director de la Unidad de Ginecología del Hospital Metropolitano de Quito, existe un gran peligro de contraer esta enfermedad, a causa de la mala nutrición que conduce a la falta de calcio en los huesos.

La masa ósea aumenta en los primeros años de vida, durante la adolescencia y en los primeros años del adulto.

En la tercera década de la vida se alcanza lo que se conoce como el pico de masa ósea, que determinará si un individuo es proclive a desarrollar osteoporosis a lo largo de su vida.

Otros factores que originan enfermedad son los malos hábitos como: fumar, y tomar bebidas alcohólicas y no realizar actividades deportivas.

Aunque esta enfermedad no conduce a la muerte, afecta determinadamente la vida diaria de una persona, a la que puede conducirle a la invalidez o a la postración.

En el Ecuador se calcula que existen 300 mil mujeres y 50 mil hombres en riesgo de contraer la osteoporosis, esta enfermedad se origina por un desgaste de la masa muscular, que produce el debilitamiento de los huesos lo que causa la ruptura, las áreas más sensibles son la cadera y la espalda.





# LA EDAD DORADA

En el Ecuador, por razones múltiples y complejas de orden sociológico y económico, se va transformando en un país mayoritariamente de tercera edad.

Muchos años atrás, había toda una política para la estimulación de matrimonios y los nacimientos a partir de una educación y un régimen de salud que en general era financiado por el estado.

Pero eso quedó atrás. También quedó atrás el mito de que la tercera edad, entendida como una edad superior a los 60 años, era una época donde comenzaba un proceso de reclusión y de involución.

La Tercera edad, en nuestra actualidad y en nuestro sistema de vida, de todas maneras es un tiempo de cambios profundos que, si no es bien enfrentada, puede derivar en una crisis que dañe definitivamente la salud física y psíquica de las personas que la experimentan.

La disminución de la relevancia social, la violenta alteración de las relaciones interpersonales, el agotamiento de las funciones que determinaron un status, el agobio de las enfermedades mal llamadas degenerativas o el temor a enfrentarlas, la pérdida o el alejamiento de los objetos de la identificación (vale decir, los hijos, y a veces la pareja), el frecuente aislamiento, la soledad existencial, el temor a la muerte, conducen a estas personas a profundos estados de desencanto, agotamiento y depresión. Por otra parte, la insistencia social en el deterioro y en la incapacidad creciente de estas personas, que se traduce en el hecho de no ofrecerles "empleo", institucionalizan y consolidan la crisis, añadiéndole la desesperanza.

Pero más que el peso o los prejuicios que reinan en nuestro medio, el derrotismo que invade a muchas personas de más de 50 años proviene de sus propios prejuicios, de su desconcierto espiritual, de las enfermedades que no saben enfrentar, de las ilusiones gratuitas, injustas o infundadas que se han estado formulando, de su temor a la muerte y al más allá, de un insuficiente entendimiento del mundo, de los procesos de cambio y del futuro.

Las tentativas metodológicas que pretenden responder a la situación no han sido exitosas. Se pretende que el anciano olvide su edad o la soporte como un mal necesario; que asuma una ideología lírica de optimismo y fé; o bien que se enajene tratando de repetir las proezas físicas de la edad joven sobre la base de determinados estímulos.

## Centros Gerontológicos en Quito

Centros Gerontológico que atienden el la ciudad de Quito.

En la ciudad de Quito existen 15 centros gerontológicos con atención a los adultos mayores, con los que trabaja el Ministerio de Bienestar Social, pero lamentablemente estos centros tienen una limitada infraestructura por lo que algunos albergan a 10 o 20 ancianos y los mas grandes atienden hasta 300 adultos. La trabajadora Social del Ministerio de Bienestar Social, Nelly Villarroel, dió a conocer que los centros son saturados de pacientes y que muchas veces por no tener los recursos necesarios tienen que ser enviados fuera de la ciudad a otros centros para que sean atendidos.

Según Villarroel, estos centros cuentan con la calidad que los pacientes de la tercera edad

necesitan, así como la atención médica, manejo nutricional, y las diferentes actividades de esparcimiento en donde los pacientes de la tercera edad se sientan a gusto.

### Centros de Atención

Hogar Ciudad de Alegría  
Hogar de Ancianos Bethama  
Hogar San Pedro de Cayambe  
Hogar de Ancianos Catalina Laborde  
Hogar de Ancianos San Vicente de Paúl  
Hospital Adulto Mayor  
Hogar de Ancianos Betavoth  
Hogar de Ancianos Los Años Dorados  
Hogar Santa Teresita de Calcuta  
Hogar de Ancianos Corazón de María  
Centro Gerontológico de Pílo  
Hogar de Ancianos Vilcabamba  
Hogar de Ancianos San Joaquín  
Centro Diurno Aurora  
Hogar de Ancianos El Belén  
Centro Diurno Agua Viva  
Hogar de Ancianos Copitos de Nieve  
Hogar de Ancianos Divino Niño

FUENTE: MINISTERIO DE SALUD



La tercera edad, una etapa a la que no todos llegaremos, respetémosla.

Ancianos que participan en duras pruebas atléticas o ancianas en gimnasia aeróbica pueden llegar a ser tentativas y métodos enajenantes que sacrifiquen incluso la dignidad de las personas de más edad en pos del lucro y de los logros publicitarios.

Es indudable que se necesita una capacitación para la tercera edad en un período previo y dentro del mismo esquema laboral.

Esa capacitación tiene que fundamentarse en el avance hacia una autonomía y una productividad, que seguramente no estuvo al alcance de la persona común en la juventud o en la madurez. La experiencia adquirida, las tecnologías que han ido asumiendo la persona en su gestión laboral y, más que nada, sus posibilidades de libertad y opción son una buena base para avanzar en la dirección señalada.

Es un hecho que en la edad avanzada, el sedentarismo o los deportes irracionales de edades anteriores pesan considerablemente. El cuerpo se va constituyendo en un lastre y no en una palanca para nuestras expectativas y necesidades intelectuales o espirituales. Enfermedades circulatorias, reumatismo, colesterol, problemas de presión, reducción de la capacidad respiratoria, molestias o enfermedades de columna, dificultades para oír o para ver, inhabilidades sexuales se van haciendo mas frecuentes en la medida que se avanza en edad. Pero, es la edad la que produce todas estas enfermedades.

Existen sobrados antecedentes para responder con un no categórico. Hay muchas personas de edad avanzada lucidas y de salud sobresaliente. Hay muchos jóvenes con lumbago y colesterol alto. Pensamos que pesan mas en las personas los años de stress y depresión mal enfrentados, la vida sedentaria, la dieta irracional, la pérdida del rango respiratorio, los mitos y supersticiones negativos, el derrotismo frente a la edad, y la gratuita convicción de que ya es tarde para reaccionar y se ha perdido la oportunidad. Por el contrario, podemos decir que siempre es oportuno para empezar una reacción.

Todos los días estamos naciendo de nuevo con más experiencia y con más capacidad de libertad. La naturaleza es muy noble y esta a favor de quien quiere vivir plenamente y se esfuerza con constancia.

## La Atención de los Adultos Mayores

En la población senil, el envejecimiento, nos da como resultado una enfermedad que produce el deterioro de la persona. Esto nos lleva a complicaciones, hospitalizaciones prolongadas y la frecuente necesidad de asilo.

- Servicios para ancianos relativamente sanos.
- Servicios que tiendan a evitar la internación prolongada.
- Servicios para aquellos que requieran asistencia continua e internación prolongada.

Por ello hay una ingente necesidad de programas específicos de rehabilitación, de vivienda, de promoción de la salud. Lo que vuelve a requerir la atención global y la necesidad del diseño de planes y estrategias específicos, para asegurar una mejor calidad de vida en los últimos años de la existencia:

En el diseño se debe procurar combinar efectivamente los servicios sociales y los de salud, promover el mantenimiento a domicilio y la autonomía funcional, y prevenir el asilo. También realizar dietas que ayuden a los ancianos a nutrirse y evitar la malnutrición, al igual que a realizar ejercicios para mantenerse saludables y libres de enfermedades que nos llevan a la postración.



## PRINCIPALES PATOLOGÍAS EN ADULTOS MAYORES

### Arteroesclerosis



Según el oncólogo José María Aguirre, la arteroesclerosis es el endurecimiento de las arterias cuando se acumulan sustancias en las paredes de las mismas de colesterol, minerales, sangre. Esta enfermedad afecta sobre todo a las arterias de tamaño mediano, como son las coronarias, las carótidas y cerebrales.

El proceso de esta enfermedad se puede dar en años, sin que uno se de cuenta, hasta que al paciente le falta el flujo sanguíneo en alguna parte del cuerpo, como puede ser las piernas, los brazos, creando un intenso dolor. Esto se da generalmente en las articulaciones en dónde doblamos, también pequeños derrames o mareos.

Es importante que el paciente se realice radiografías en dónde al médico le permite ver sus arterias, o vasos sanguíneos.

Hasta el momento no se conoce ninguna forma de prevenir esta enfermedad que especialmente afecta a las personas de la tercera edad. Se recomienda mantener una buena dieta y mantener las actividades físicas. El tratamiento para esta enfermedad es distinto para cada persona por eso es importante acudir al médico.

Entrevista:  
Doctor Eduardo Vela  
Director del Hospital Adulto Mayor



Existen 64 ancianos que sufren de enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central, la hipertensión, la artrosis.

¿Tiene casos como de Parkinson o Alzheimer?  
Tenemos dos casos de Parkinson y dos casos de Alzheimer.

¿Cuáles son las causas de estas enfermedades en el adulto mayor?  
De estas dos últimas enfermedades, son degenerativas del sistema nervioso central, y en el caso específico de Alzheimer se caracteriza por el deterioro de sus funciones de memoria, concentración, y aprendizaje.

¿Cuántos médicos Geriátricos trabajan en el hospital?  
Tenemos profesionales, dos médicos internistas, un fisioterapeuta, y un gerontólogo que está por terminar su contrato, al igual que el psiquiatra.

### Osteoporosis

Según el Doctor Eduardo Vela, esta enfermedad degenerativa del sistema Osteomuscular y las articulaciones pueden sufrir con el paso del tiempo el deterioro o desgaste, si las personas de la tercera edad no adoptan mejores medidas de alimentación y cuidado. Este trastorno suele afectar más a las mujeres postmenopáusicas, debido a la disminución de densidad en los huesos. El hueso debe estar correctamente calcificado, para evitar la pérdida de tejido óseo normal y la posibilidad de fractura.



Los factores que aumentan la pérdida de la masa ósea, como la inmovilización prolongada, son: el tabaco, café y el alcohol.

Esta enfermedad no presenta síntomas, por eso se le conoce como una dolencia silenciosa, sin embargo existe la disminución de energía, de la masa muscular corporal, y de la actividad física.

### Diabetes

Según el Doctor Jorge Noboa, hay muchas interrogantes a las que se debe dar respuesta para poder conocer esta enfermedad, sus síntomas y características, estar alertas ante su posible aparición.

La diabetes es una enfermedad en la que el cuerpo no produce o no usa insulina adecuadamente. La insulina es una hormona necesaria para convertir el azúcar, los almidones y otros alimentos, en la energía que se necesita para la vida diaria. La causa de la diabetes es un misterio.

No obstante, hay factores genéticos y ambientales tales como la obesidad y la falta de ejercicio, los cuales son papeles muy importantes en esta enfermedad.

Es muy importante para las personas diabéticas conocer los síntomas de este mal, como es el incremento de la frecuencia de orina, de la sed, pérdida de peso, o visión, y a la vez fatiga e infecciones en el cuerpo.



### Alzheimer

Esta enfermedad según el Neurólogo Ramiro Montenegro, se produce por un proceso degenerativo que ocasiona una importante pérdida de células cerebrales, así como la acumulación de sustancias que causan el deterioro progresivo de las facultades mentales en el cerebro.

Esta demencia se presenta en los adultos mayores a los 60 años, y quienes la sufren tienen desorientación, problemas en el pensamiento abstracto, juicio pobre, trastornos con la memoria. Esta enfermedad no hace distinción de la clase socioeconómica, raza, sexo, afecta a los hombres y a las mujeres.

Se utilizan pruebas de capacidad y de habilidad intelectual, especiales para detectar el trastorno, y para determinar este mal de Alzheimer comparándolos periódicamente y controlando su evolución.

No existe ningún tipo de cura o tratamiento para esta enfermedad, toda vez que es progresiva, y lamentablemente lleva a la mortalidad. Preventivamente se recomienda hacer ejercicio para aumentar la irrigación de la sangre al cerebro.

### Parkinson.

El Mal de Parkinson es uno de los desórdenes degenerativos del cerebro más frecuentes en personas de más de 65 años, que sufren temblores, rigidez, que es una ralentización extrema de los movimientos. Aunque sus causas son desconocidas, se sospecha que los factores genéticos son responsables en parte del mal en las personas mayores.

Los síntomas que definen al paciente con la enfermedad de Parkinson son la cara inexpresiva, rigidez, pobreza y lentitud de movimientos voluntarios, temblor normalmente de reposo, postura encorvada y marcha apresurada definen al paciente con enfermedad de Parkinson.

El inicio es difícil de diagnosticar, pues solamente es torpeza, disminución del movimiento de brazos al andar, y ligero temblor que se incrementa con situaciones de angustia o de ansiedad.

Es muy importante tener muy en cuenta a estos enfermos, ya que tienen una tremenda rigidez que los imposibilita realizar cualquier tipo de actividades.

#### ¿A quiénes denominamos Adultos Mayores?

De acuerdo a nuestra legislación es toda persona hombre o mujer mayor de 65 años de edad. Pero esperamos que esta ley sea revisada o se modifique, ya que en el hospital a partir de los 45 años en hombres y de 40 años las mujeres son consideradas de la tercera edad, por los cambios hormonales, y por el cambio del aparato genitourinario en los varones.

#### ¿Dentro de las enfermedades degenerativas quienes sufren más, los hombres o las mujeres?

Actualmente de acuerdo a las estadísticas del hospital y de consulta externa, tenemos más pacientes mujeres, creo que por la proporción estadística esta a unos 5 o dos por uno.

#### ¿Existe algún tipo de prevención?

Tenemos un equipo multidisciplinario que se encarga mediante los chequeos de medicina preventiva, tanto para los controles de presión arterial, como los chequeos de nutrición, y los controles de odontología. Para evitar que los pacientes se deterioren rápidamente.

#### ¿Cree usted doctor que en los últimos años se han aumentado estas enfermedades degenerativas?

Por lo menos aquí en el hospital, yo que ya trabajo como tres años, pienso que se han disminuido, gracias a las medidas preventivas que coordinamos con el Municipio y con la Delicia de prevención cívica, tanto en la zona de Cotacollo y en el área del norte.

#### ¿Cuántos Centros existen para atención al Adulto Mayor en Quito?

No le podría decir exactamente, por que hay una gran cantidad de centros unos son oficiales, como los que dependen del Ministerio de Bienestar Social y como los que dependen del Ministerio de Salud, y los que están a cargo del municipio de Quito como el "Hogar Vida" en Conocoto, en donde les reciben temporalmente, son personas que están enfermas pero son autosuficientes. En la última reunión que fue a nivel nacional en Conocoto nos hicieron conocer que hay centros con fines de lucro, y otros por ayuda social, que son llamados asilos, hogares de reposo o pensionados.

#### ¿Cuántos gerontólogos existen en Quito?

Yo soy fisiatra pero pertenezco a la Sociedad de Gerontólogos de Pichincha, y hay 18 médicos.

#### ¿Qué proyectos tienen para el Adulto Mayor?

Bueno, al respecto estamos trabajando en el Comité del Adulto Mayor, en el departamento de Relaciones Internacionales del Ministerio de Salud, en donde conformamos médicos fisiatras, gerontólogos, y personas que son allegadas que tiene que ver con el adulto mayor. Se trata de crear primero una ley para el adulto mayor y que se les de una personería jurídica, y segundo que se cree un centro piloto aquí en el hospital, pero parece que por recorte económico estamos sin concretar la obra. Ahora todo lo que hacemos es para beneficio del adulto mayor.



## CENTROS DE ATENCION AL ADULTO MAYOR EN LA CIUDAD DE QUITO

| INSTITUCION                         | PROVINCIA | DIRECCION                         | REPRESENTANTE LEGAL    | ORGANIZACIÓN ADMINISTRADORA              | NO- ANCIANOS | PUBLICA o PRIVADA |
|-------------------------------------|-----------|-----------------------------------|------------------------|------------------------------------------|--------------|-------------------|
| Hogar de Ancianos Corazon de Maria  | Pichincha | Av. La Prensa y Tuñiño            | Sor Manuela Villarino  | Comunidad de las Hijas de la Caridad     | 80           | Privado           |
| Hogar San Vicente de Paul           | Pichincha | Calvario # 161 y Padre Granja     | Sra. Angélica de Pérez | Instituto Nacional del Niño y la Familia | 56           | Privado           |
| Hogar de Ancianos Catalina Laborre  | Pichincha | San Vicente de Paul               | Sor Inés Benítez       | Fundación Santa Ana y San Joaquín        | 35           | Privado           |
| Hogar san Pedro de Cayambe          | Pichincha | Rocaflente S-N                    | Sor Josefina Calero    | Unión de Mujeres Evangélicas             | 45           | Privado           |
| Hogar Santa Ana y San Joaquín       | Pichincha | km 1 Via Quinindé                 | Sor Martha Luna        | Fundación San José                       |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos Bethama           | Pichincha | Llano Chico -Calderón             | Sra. Elisa del Salto   | Ministerio de Salud Pública              | 170          | Estatal           |
| Hogar Ciudad de la Alegria          | Pichincha | Ciudadela Blosa                   | Sra. Cecilia de Paz    | Unión de Israelitas                      |              | Privado           |
| Hospital del Adulto Mayor           | Pichincha | Ludeña # 1105                     | Dr. Patricio Lasso     |                                          |              |                   |
| Hogar de Ancianos Betavoth          | Pichincha | Bolivia # 355                     |                        |                                          |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos San Rafael        | Pichincha | Av. Progreso #1076                | Dra. Susana Enríquez   |                                          |              | Privado           |
| Hogar Santa Teresa de Calcuta       | Pichincha | Guayaquil- Tumbaco                |                        |                                          |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos Otoño Feliz       | Pichincha | San Rafael                        | Sra. Sonia Andrade     | Fundación Los Años Dorados               |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos Ternura de Abuelo | Pichincha |                                   |                        |                                          | 6            | Privado           |
| Hogar de Ancianos Los Años Dorados  | Pichincha | M. Pastor # 26                    | Sra. Mariana Almeida   |                                          |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos Divino Niño       | Pichincha | Av. Lola Quintana #12-51-Conocoto | Sra. Dolores García    |                                          |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos Copitos de Nieve  | Pichincha | San Rafael                        | Sr. Angel Lema         |                                          | 15           | Privado           |
| Centro Diurno Agua Viva             | Pichincha | La Primavera- Cumbaya             |                        |                                          |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos El Belén          | Pichincha | Pasaje el Arenal #225 -Calderón   | Patricio del Posso     |                                          |              | Privado           |
| Centro Diurno Aurora                | Pichincha | Calle E #111 Y Manuel Vald.       | Dr. Guillermo García   | Corporación Gerontológica San Joaquín    |              | Privado           |
| Hogar de Ancianos Vida              | Pichincha | Francisco del Campo #138          | Dra. Fabiola Torres    | Ministerio de Defensa Nacional           | 50           | Estatal           |
| Hogar de Ancianos San Joaquín       | Pichincha | San Camilo -Calderón              | Lic. Cecilia Freire    |                                          |              | Privado           |
| Centro Villa Hogar la Esperanza     | Pichincha | Sangolquí                         | Cmel. Luis Zurita      | Asociación Esperanza para el Futuro      | 40           | Privado           |
| Hogar de Ancianos Vilcabamba        | Pichincha | San Rafael                        |                        | Ministerio de Salud Pública              | 90           | Estatal           |
| Centro Gerontológico de Píallo      | Pichincha |                                   |                        |                                          |              |                   |



# REGISTRO OFICIAL

## ORGANO DEL GOBIERNO DEL ECUADOR

Administración del Sr. Dr. Gustavo Noboa Bejarano  
Presidente Constitucional de la República

### TRIBUNAL CONSTITUCIONAL

Año III -- Quito, Martes 3 de Septiembre del 2002 -- N° 654

DR. JORGE A. MOREJON MARTINEZ  
DIRECTOR

Teléfonos: Dirección: 2901 - 629 -- Suscripción anual: US\$ 120  
Distribución (Almacén): 2234 - 540 -- Impreso en la Editora Nacional  
Quito: Avenida 12 de Octubre N 16-114 y Pasaje Nicolás Jiménez  
Sucursal Guayaquil: Dirección calle Chile N° 303 y Luque -- Telf. 2527 - 107  
3.500 ejemplares -- 40 páginas -- Valor US\$ 0.50

### SUMARIO:

Págs.

Págs.

#### FUNCION LEGISLATIVA

##### EXTRACTOS:

- 23-888 Proyecto de Ley de Comunas ..... 2

#### FUNCION EJECUTIVA

##### DECRETO:

- 3052 Dispónese que cese la facultad de la Corporación Financiera Nacional de recibir certificados de depósitos reprogramados y certificados de pasivos garantizados o no por la Agencia de Garantía de Depósitos ..... 3

##### ACUERDOS:

#### MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL:

- 1002 Apruébase el Manual y las Normas Técnicas establecidos por la Dirección Nacional de Gerontología para el funcionamiento de los centros y residencias gerontológicas ..... 3

- 1167 Expídese el Reglamento de contratación para la adquisición de bienes, ejecución de obras y prestación de servicios no regulados por la Ley de Consultoría ..... 16

#### MINISTERIO DE RELACIONES EXTERIORES:

- 0269 Autorizanse funciones al Subsecretario Regional del Litoral ..... 20

#### RESOLUCIONES:

##### SERVICIO DE RENTAS INTERNAS:

- 0490 Expídese el Instructivo para el procedimiento de autorización de establecimientos gráficos ..... 20
- 0727 Dispónese que los contribuyentes, cuyo domicilio fiscal esté establecido en la provincia de Esmeraldas y cuyo noveno dígito de su RUC sea 4, 7 ó 0, podrán presentar sus anexos de retención de impuesto a la renta en las oficinas del SRI en Esmeraldas ..... 21

##### JUNTA BANCARIA:

- JB-2002-474 Reforma a la normatividad sobre normas ecuatorianas de contabilidad ..... 22

##### SUPERINTENDENCIA DE BANCOS Y SEGUROS:

Califícanse a varias personas para que puedan ejercer el cargo de peritos evaluadores en las instituciones del sistema financiero, bajo control:

- SBS-DN-2002-0576 Señor Milton Miguel Molina Palomeque ..... 23
- SBS-DN-2002-0578 Señor Raúl Alfredo Enderica Negrete ..... 23
- SBS-DN-2002-0579 Señor Pablo Rubén Olala Zapata ..... 24

No. 3052

**Gustavo Noboa Bejarano**  
**PRESIDENTE CONSTITUCIONAL DE LA**  
**REPUBLICA**

**Considerando:**

Que mediante decretos ejecutivos Nos. 1492 y 75, publicados en los registros oficiales Nos. 320 y 19 de 17 de noviembre de 1999 y 17 de febrero del 2000, respectivamente, se dispuso que los certificados de depósitos reprogramados y certificados de pasivos garantizados debían ser obligatoriamente recibidos por la Corporación Financiera Nacional;

Que mediante Resolución No. SBS-2002-0065 de 29 de enero del 2002, la Superintendencia de Bancos, como autoridad de control, aprobó el Plan de Regularización de la Corporación Financiera Nacional, en el que dispone una serie de acciones para fortalecer la actividad de la Corporación con el propósito de servir mejor a la reactivación del aparato productivo del país y para superar los problemas de liquidez de la misma;

Que mediante Decreto Ejecutivo No. 2408, publicado en el Suplemento del Registro Oficial No. 527 de 5 de marzo del 2002, el Gobierno Nacional consideró prioritario apoyar el fortalecimiento institucional y financiero de la Corporación Financiera Nacional, afirmando su papel de institución financiera del desarrollo económico del país, así como de organismo que impulsa el crédito para reactivar el sistema productivo del país, por lo cual es necesario dejar sin efecto la facultad señalada en el primer considerando de este decreto; y,

En ejercicio de las atribuciones que le confieren el Art. 171, numeral 9 de la Constitución Política de la República del Ecuador y el Art. 91 del Estatuto del Régimen Jurídico y Administrativo de la Función Ejecutiva,

**Decreta:**

Art. 1.- Disponer que a partir de la vigencia de este decreto, cese la facultad de la Corporación Financiera Nacional de recibir certificados de depósitos reprogramados y certificados de pasivos garantizados o no por la Agencia de Garantía de Depósitos prevista en los decretos ejecutivos No. 1492, publicado en el Registro Oficial No. 320 del 17 de noviembre de 1999 y No. 75, publicado en el Registro Oficial No. 19 de 17 de febrero del 2000.

Art. 2.- La Corporación Financiera Nacional podrá endosar bajo la modalidad "no a la orden" al Ministerio de Economía y Finanzas, los Certificados de Depósitos Reprogramados (CDR'S) o Certificados de Pasivos Garantizados (CPG'S), quedando expresamente prohibido que dicha Cartera de Estado los vuelva a endosar o negociar y deberá mantenerlos en custodia hasta que se liquiden las obligaciones de la Agencia de Garantía de Depósitos con dicho Ministerio.

Art. 3.- De la ejecución del presente decreto, que entrará en vigencia a partir de su publicación en el Registro Oficial, encárguese al Ministro de Economía y Finanzas.

Dado en el Palacio Nacional, en Quito, a agosto 29 del 2002.

f.) Gustavo Noboa Bejarano, Presidente Constitucional de la República.

Es fiel copia del original.- Lo certifico.

f.) Marcelo Santos Vera, Secretario General de la Administración Pública.

No. 1002

**Dr. Ernesto Pazmiño Granizo**  
**MINISTRO DE BIENESTAR SOCIAL (E)**

**Considerando:**

Que el envejecimiento es un fenómeno universal que afecta a todas las personas, familias, comunidades y sociedades; es parte del curso de la vida por lo cual requiere un enfoque intergeneracional orientado a la búsqueda del bienestar a lo largo del ciclo vital;

Que el envejecimiento de la población es un fenómeno global que requiere de la adopción de medidas internacionales, nacionales, regionales y locales;

Que las personas de edad deberán poder disfrutar de sus derechos humanos y libertades fundamentales cuando residan en hogares o instituciones donde se les brinden cuidados o tratamiento, con pleno respeto de su dignidad, creencias, necesidades e intimidad, así como debe respetarse su derecho a adoptar decisiones sobre su cuidado y sobre la calidad de su vida;

Que las personas de edad deberán tener la posibilidad de vivir en entornos seguros y adaptables a sus preferencias personales y a sus capacidades en continuo cambio;

Que las personas de edad deberán poder disfrutar de los cuidados y la protección de la familia y la comunidad de conformidad con el sistema de valores culturales de cada sociedad;

**MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL****DIRECCION NACIONAL DE GERONTOLOGIA****"PRINCIPIOS, MANUAL Y NORMAS TECNICAS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS GERONTOLOGICOS DE ATENCION PUBLICOS Y PRIVADOS PARA LOS/LAS ADULTOS/AS MAYORES DEL ECUADOR".****INDICE****Presentación****CAPITULO I**

Establecimiento de los principios de funcionamiento de los centros gerontológicos

**CAPITULO II**

Normas para el otorgamiento de permisos de funcionamiento de los centros gerontológicos.

**2.1. Normas de detección del abuso y/o negligencia institucional del adulto/a mayor**

**2.1.1. Abandono institucional**

**2.1.2. Violencia física**

**2.1.3. Violencia sexual**

**2.1.4. Negligencia física**

**2.1.5. Violencia psicológica**

**2.1.6. Negligencia psicológica**

**2.1.7. Violencia económica o material**

**2.1.8. Negligencia económica**

**2.2. Habilitación y funcionamiento de los centros gerontológicos**

**2.2.1. Centros del día y residencias para adultos/as mayores autónomos/as**

**2.2.2. Centros del día o residencias para adultos/as mayores dependientes**

**3. Especificaciones técnicas para el funcionamiento de los centros gerontológicos**

- especificación Técnica No. 1.- Arquitectónicas
- especificación Técnica No. 2.- Del personal
- especificación Técnica No. 3.- Habitaciones
- especificación Técnica No. 4.- Servicios higiénicos
- especificación Técnica No. 5.- Areas comunes
- especificación Técnica No. 6.- Area sanitaria
- especificación Técnica No. 7.- Comedor
- especificación Técnica No. 7.- Mobiliario

**CAPITULO IV**

Requisitos para obtener los permisos de funcionamiento de los centros gerontológicos.

Plano del local

Listado de equipos y mobiliario

Reglamento Interno del Funcionamiento Normativa del Régimen Interior

- 1. Objetivos del Centro y Determinación de los Servicios que Brindará

- 4.3.2 Características de las personas destinatarias
- 4.3.3 Requisitos de acceso al servicio
- 4.3.4 Criterios de selección
- 4.3.5 Capacidad
- 4.3.6 Derechos y obligaciones de los/as adultos/as mayores en los hogares/residencias y centros gerontológicos
- 4.4 Plan de Trabajo de acuerdo a las características de los usuarios/as del centro o residencia gerontológica
- 4.5 Del permiso sanitario
- 4.6 Permiso de funcionamiento de bomberos

**PRESENTACION**

El perfil que caracteriza al grupo de población anciana que vive en la actualidad en un centro residencial es cada vez más variado en diferentes necesidades tanto físicas, como psíquicas y sociales, lo que se traduce en las personas encargadas de su cuidado y atención en un quehacer diario no pocas veces difícil.

Los cambios que deben darse al interior de estos centros para mejorar la calidad de atención de los/las mayores, obligan cada día a ser más profesionalizados y especializados, y que prevé la necesidad de dotarlos de nuevos modelos de gestión, gestión basada en la calidad, en donde se reconozcan las necesidades particulares e individuales de cada adulto/a mayor en donde se tendrá en cuenta la promoción de la autonomía y la ciudadanía, la participación en el propio cuidado, la capacidad de elección y la dignidad.

Cada centro debe tener una misión y visión institucional que permita establecer planes y programas de atención diferenciados según el grupo de adultos/as mayores a ser atendidos (demencias, autónomos, crónicos, paliativos, etc.); lo que permitirá contar con todos los implementos arquitectónicos, técnicos y humanos que logren una óptima atención sea en los servicios públicos o privados.

La atención además requiere de un análisis al ingreso y un plan individualizado de cuidados, un seguimiento y reevaluación a través de la utilización de instrumentos que permitan la correcta ubicación y atención de la persona mayor en el centro residencial.

El presente manual define procedimientos técnicos de atención e infraestructura en base a los cuales se puede obtener el permiso de operación en el Ministerio de Bienestar Social - Dirección Nacional de Gerontología, como lo establece la Ley del Anciano vigente.

**CAPITULO I****ESTABLECIMIENTO DE LOS PRINCIPIOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS GERONTOLOGICOS**

El envejecimiento es un fenómeno universal que afecta a todas las personas, familias, comunidades y sociedades; es parte del curso de la vida por lo cual requiere un enfoque intergeneracional orientado a la búsqueda del bienestar a lo largo del ciclo vital.

El envejecimiento de la población es un fenómeno global que requiere la adopción de medidas internacionales, nacionales, regionales y locales.

Según datos estadísticos y demográficos sobre la población ecuatoriana, en la composición del grupo de mayores de 60 años constituye un 7.11% de la población ecuatoriana, con una preponderancia de las mujeres de un 4.4% sobre los hombres, un aumento importante de la longevidad, suelen vivir en compañía del cónyuge o solas, en su domicilio o en instituciones.

En el 2002 existen 904.761 adultos mayores, de los cuales 432.580 son varones y 472.180 son mujeres.

Aproximadamente solo 4.591 adultos/as mayores viven en hogares de ancianos, quienes con un limitado poder adquisitivo, sufren enfermedades crónicas que poco a poco van limitando su autonomía. Precisamente por estas características, las personas ancianas suelen ser más vulnerables y están más fácilmente predispuestas a necesitar atención de distintos profesionales y a diferentes niveles.

La situación del adulto mayor en el Ecuador<sup>1</sup> es precaria y existe ausencia de políticas sociales de vejez y envejecimiento y una débil normativa secundaria que permita regular el quehacer gerontológico en el país, por lo que el 28 de marzo del 2002 se suscribe el Acuerdo Ministerial No. 00681 que expide el Reglamento para el otorgamiento de permisos de funcionamiento de centros de atención a los/as adultos/as mayores por parte del sector público y privado, que tiene por objetivo garantizar los derechos constitucionales y legales de los/las adultos/as mayores de al menos sesenta y cinco años de edad institucionalizados en el ámbito nacional; Reglamento que regula las obligaciones de los centros, los requisitos de funcionamiento para obtener el permiso obligatorio de funcionamiento y las sanciones por el funcionamiento inadecuado de los centros (negligencia, abuso, incumplimiento de normas sanitarias, etc.).

Este reglamento es parte de un Sistema de Otorgamiento de los Permisos de Funcionamiento de los Centros de Atención Gerontológica y Geriátrica que tiene por objetivo realizar un monitoreo eficaz de la actividad gerontológica en el país con el afán de mejorar la calidad de vida de los y las adultos y adultas mayores institucionalizados.

El Acuerdo 00681 señala en el Art. 4 que los permisos de funcionamiento son obligatorios y se otorgará sobre la base de parámetros establecidos en los manuales de funcionamiento estipulados por la Dirección Nacional de Gerontología.

El presente Manual de Funcionamiento de los Centros Gerontológicos establece parámetros técnicos básicos de funcionamiento de los centros gerontológicos públicos y privados a nivel nacional.

Los permisos de funcionamiento de los centros de atención gerontológica tienen un carácter de anual y son el único requisito que acredita a un centro de este tipo a funcionar de manera legal. Además acreditado el centro para el funcionamiento, la institución será incorporada en el Registro Nacional de Permisos de Funcionamiento de la Dirección Nacional de Gerontología del Ministerio de Bienestar Social.

Para emitir el permiso de funcionamiento de los centros de atención gerontológica y geriátrica de manera general ha de evaluar:

- Niveles de calidad de la estructura (disponibilidad de metros cuadrados por cada residente, accesibilidad y calidad de los servicios higiénicos, presencia de zonas verdes, espacios para actividades deportivas, apertura hacia el territorio circundante...).
- Niveles de calidad del personal (cantidad de encargados por cantidad de residentes, presencia de operadores de distintas profesiones para atender a las distintas exigencias...).
- El control a fin de garantizar la integridad de los adultos/as mayores, de acuerdo a las sanciones previstas en el Acuerdo 00681 de los centros de atención gerontológica se sujeta a los informes médicos psicológico o psiquiátrico legales, preferentemente emitidos por el Servicio Médico Legal de la Policía, designados por parte de los comisarios nacionales de policía o las autoridades competentes.
- La exigencia de que en todo centro, residencia u hogar se constituya un Comité de Participación integrado por miembros elegidos por los residentes con cadencia plurianual, para expresar sus orientaciones acerca de la organización de la vida diaria de la residencia: horario de comidas, de visitas, de salidas..., definición de actividades culturales y de recreo, verificación de eventuales aumentos de las mensualidades.

## CAPITULO II

### NORMAS PARA EL OTORGAMIENTO DE PERMISOS DE FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS GERONTOLOGICOS

Como lo establece la Ley del Anciano, la Dirección Nacional de Gerontología otorga los respectivos permisos de operación a entidades públicas y privadas, con el objeto de garantizar el ejercicio de los derechos constitucionales y legales de los/as adultos/as mayores que se encuentran en establecimientos que brindan atención gerontológica.

El Art. 3 del Reglamento para el otorgamiento de permisos de funcionamiento de los centros de atención a los/las adultos/as mayores, señala que previo a la obtención de los permisos anuales posterior a la inscripción en el Registro Nacional de Centros de Atención al Adulto Mayor, se requerirá el informe favorable de la Dirección Nacional de Gerontología.

Este informe se realizará analizando la documentación respectiva y la evaluación y seguimiento del funcionamiento de las instituciones públicas y privadas que brindan atención gerontológica a los adultos/as mayores.

Los centros gerontológicos obtendrán el respectivo permiso, cuando del análisis técnico se concluya que la calidad de las prestaciones para los adultos/as mayores en los centros e residencias son adecuadas sobre todo en relación a:

- Los aspectos referidos a la conducción técnica administrativa y a su responsabilidad legal, a cuyo fin, la dirección de la institución deberá proveer la documentación que lo certifique.

<sup>1</sup> Situación del adulto mayor en el Ecuador. Director Nacional de Gerontología MBS. Quito 2002.

**MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL**  
**DIRECCION NACIONAL DE GERONTOLOGIA**  
ROBLES 850 Y PAEZ - TELEFAX: 2503082

**POBLACIÓN GENERAL**

|                                 |                   |
|---------------------------------|-------------------|
| POBREZA EN EL MEDIO RURAL       | 80 %              |
| INDIGENCIA                      | 40 %              |
| PROMEDIO DE ESCOLARIDAD         | 4 AÑOS            |
| TASA DE MORTALIDAD INFANTIL     | 64 X 100          |
| MIGRACIÓN                       | 4 %               |
| VIVIENDA                        | 35 % HACINADA     |
| POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA | NO SUPERA EL 30 % |

|                            |                                      |
|----------------------------|--------------------------------------|
| EL PROMEDIO DE VIDA ACTUAL | 67 AÑOS EN LOS HOMBRES<br>73 MUJERES |
|----------------------------|--------------------------------------|

|                                     |                                              |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|
| TASA APROXIMADA DE MORTALIDAD ANUAL | 65 AÑOS EN ADELANTE, FUE<br>ALREDEDOR DEL 3% |
|-------------------------------------|----------------------------------------------|

**PROYECCIONES DE LA POBLACIÓN DE MAS DE 60 AÑOS SEGÚN EL BOLETÍN DEL  
ENVEJECIMIENTO Y BOLETÍN DE LA SALUD - TERREMOTO DEMOGRAFICO**

**EN EL MUNDO**

|                                                                                                                                    |             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
| 2.000                                                                                                                              | 41 MILLONES |
| 2.025                                                                                                                              | 47 MILLONES |
| <b>PRINCIPALES DATOS ESTADÍSTICOS DE LA POBLACIÓN DE LA TERCERA EDAD SEGÚN EL<br/>INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICAS Y CENSOS.</b> |             |

|                                                        |                   |
|--------------------------------------------------------|-------------------|
| <b>POBLACIÓN GENERAL</b>                               | <b>12'156.608</b> |
| HOMBRES                                                | 6'018.353         |
| MUJERES                                                | 6'138.255         |
| URBANA                                                 | 7'431.355         |
| RURAL                                                  | 4'725.253         |
| <b>POBLACIÓN DE TERCERA EDAD<br/>DE MAS DE 65 AÑOS</b> | <b>813.624</b>    |
| HOMBRES                                                | 388.689           |
| MUJERES                                                | 424.935           |
| URBANA                                                 | 476.727           |
| RURAL                                                  | 336.897           |

ANALFABETISMO  
ALFABETA  
NO DECLARADO

218.528  
592.451  
2.645

**ESTADO CIVIL**

UNIDO  
SOLTERO  
CASADO  
DIVORCIADO  
VIUDO  
SEPARADO  
NO DECLARADO

90.012  
129.027  
345.747  
16.827  
199.625  
30.873  
2.315

**POBLACIÓN ECONÓMICAMENTE ACTIVA  
TOTAL**

MIEMBROS DEL PODER EJECUTIVO  
PROFESIÓN CIENTÍFICA INTELLECTUAL  
TÉCNICOS Y PROFESIÓN NIVEL MEDIO  
EMPLEADOS DE OFICINA  
TRABAJADOR DE LOS SERVICIOS  
AGRICULTURA Y TRABAJO CALIFICADO  
OFICIALES OPERARIOS Y ARTESANOS  
OPERADORES DE INSTALACIONES Y MAQUINARIAS  
TRABAJO NO CALIFICADO  
FUERZAS ARMADAS  
NO DECLARADO  
TRABAJADOR NUEVO

262.802  
3.060  
7.068  
1.938  
5.202  
30.515  
82.945  
30.602  
7.250  
74.084  
278  
18.942  
918

POBLACIÓN ACTIVA  
POBLACIÓN INACTIVA  
JUBILADOS  
HOMBRES  
MUJERES

262.802  
429.847  
61.734 DE UN TOTAL DE 89.314  
45.109 DE UN TOTAL DE 65.409  
16.625 DE UN TOTAL DE 23.905

PENSIONISTAS  
HOMBRES  
MUJERES  
NO DECLARADO

8.156 DE UN TOTAL DE 17.760  
3.450 DE UN TOTAL DE 9.065  
4.706 DE UN TOTAL DE 8.695  
120.975

**POBLACIÓN DE TERCERA EDAD POR GRUPOS DE EDAD**

65 A 69 AÑOS  
70- 74 AÑOS  
75 A 79 AÑOS  
80 A 84 AÑOS  
85 A 89 AÑOS  
90 A 94 AÑOS  
95 AÑOS Y MAS

244.031  
194.686  
142.949  
97.462  
63.167  
5.570  
31.943

PROVINCIA DE TUNGURAHUA  
60 A 69 AÑOS  
70 AÑOS Y MAS

22.860  
25.194

PROVINCIA DE NAPO

|               |       |
|---------------|-------|
| 60 A 69 AÑOS  | 2.367 |
| 70 AÑOS Y MAS | 2.053 |

PROVINCIA DE CHIMBORAZO

|               |        |
|---------------|--------|
| 60 A 69 AÑOS  | 22.779 |
| 70 AÑOS Y MAS | 23.341 |

PROVINCIA DE PICHINCHA

|               |        |
|---------------|--------|
| 60 A 69 AÑOS  | 97.759 |
| 70 AÑOS Y MAS | 99.159 |

TOTAL

|               |         |
|---------------|---------|
| 60 A 69 AÑOS  | 537.698 |
| 70 AÑOS Y MAS | 569.593 |

- A PESAR DEL AUMENTO DE LA URBANIZACIÓN LA MAYORIA DE LA POBLACIÓN VIVIRA EN ZONAS RURALES

- EL ENVEJECIMIENTO TIENE REPERCUSIONES VIRTUALMENTE EN TODOS LOS AMBITOS DEL ESTADO ( SALUD, MERCADOS DE EMPLEO, TRABAJO, PROTECCIÓN SOCIAL)

- EL SEGMENTO QUE MAS RAPIDO CRECE ES LA DE 80 AÑOS O MAS

EL NUMERO DE MUJERES DE EDAD SUPERA AL DE LOS HOMBRES Y ESTE AUMENTO ES MAS PRONUNCIADO EN EDADES MAS AVANZADAS.

- EN EL ECUADOR

|       |           |
|-------|-----------|
| 2.000 | 876.109   |
| 2025  | 2'235.007 |



## ¿Qué es la enfermedad de

# Alzheimer?

La enfermedad de Alzheimer es un tipo de demencia. La palabra demencia se aplica a un deterioro de las habilidades intelectuales adquiridas como la memoria, la orientación, el pensamiento abstracto y las alteraciones del comportamiento. Esta enfermedad constituye la más común de las demencias.

Es importante que cualquier problema de memoria se investigue, ya que puede ser una señal de alerta de enfermedades como son: la depresión, infecciones, anemia, deficiencias nutricionales, deshidratación, enfermedades de la tiroides, entre otras.

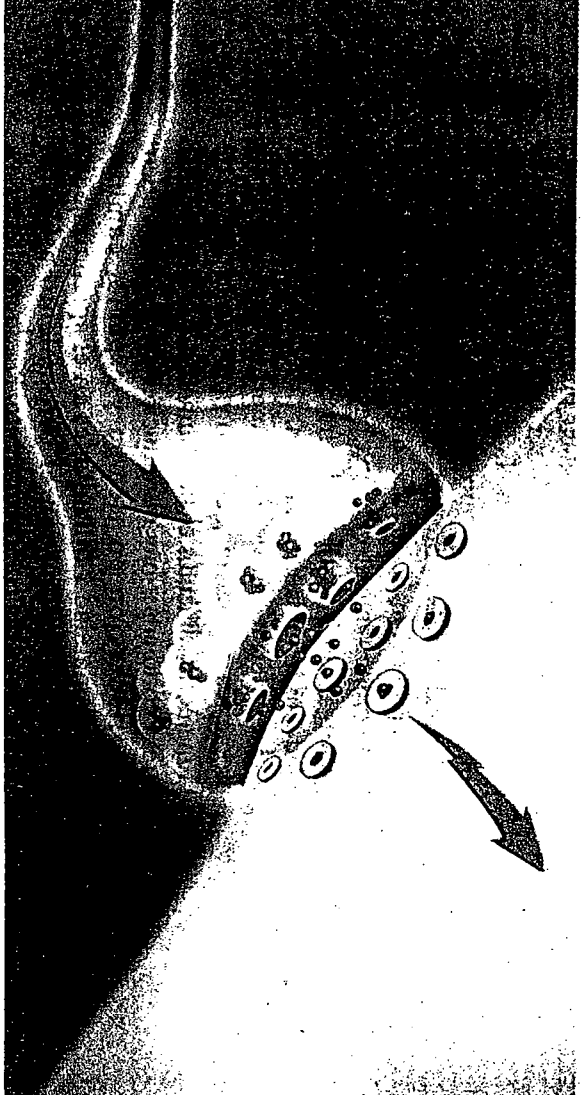
La primera regla para abordar problemas de memoria y de comportamiento en una persona anciana es, «no prejuizar sin investigar». La frase «es normal para su edad», es infundada y peligrosa.

La enfermedad de Alzhéimér, es degenerativa y progresiva que afecta al cerebro y provoca la pérdida de la memoria, dificulta el razonamiento y el desempeñar tareas cotidianas, hay disminución del sentido crítico, desorientación en tiempo y espacio, cambios de personalidad y dificultades en el aprendizaje, en la comunicación y en el pensamiento así como alteraciones del comportamiento. Puede manifestarse a partir de los 40 años de edad, intensificándose en forma exponencial a partir de los 60 años.

En México, Estados Unidos y otros países del mundo, el 80% de los pacientes son tratados en sus hogares, lo que demuestra la importancia de orientar a la familia en cuestiones relativas a los cuidados de los enfermos.

Debido a que es una enfermedad crónica de evolución lenta (que puede durar hasta 20 años), y tomando en cuenta que en las fases avanzadas el paciente se vuelve completamente dependiente, incapaz de alimentarse por sí solo, bañarse o vestirse, el impacto económico sobre la sociedad es considerable. Es por estos problemas que la enfermedad de Alzheimer traspasa las fronteras de la medicina, para convertirse en un problema de orden socio-económico, con una enorme repercusión en el núcleo familiar.

Se calcula que para el año 2025, habrá en el mundo 1,135 millones de personas mayores de 60 años, de las cuales, 34 millones padecerán algún tipo de demencia<sup>1</sup>. La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad hasta este momento incurable, de origen desconocido y cuya prevalencia aumenta dramáticamente con la edad.



## factores predisponen a las personas a padecer la enfermedad de Alzheimer?

El factor de riesgo más conocido y aceptado universalmente es la edad; a medida que envejecemos, mayor es el riesgo de desarrollar algún tipo de

demencia. También se han considerado el sexo femenino, el síndrome de Down y antecedentes familiares de enfermedad de Alzheimer.



## órgano se encuentra afectado?

La enfermedad de Alzheimer se caracteriza por determinadas alteraciones en la corteza cerebral que provocan una pérdida masiva de neuronas y la formación de unas estructuras que se llaman placas seniles. Estas alteraciones se localizan

en importantes áreas del cerebro que afectan la función intelectual, incluyendo la memoria y el aprendizaje, lo que conlleva a la pérdida de las funciones del conocimiento y a la aparición de la demencia.



## sustancia química se encuentra afectada?

Para que exista una perfecta comunicación entre las células nerviosas (neuronas), es necesaria la presencia de determinadas sustancias químicas que actúan como transmisores para que el mensaje entre una neurona y otra pueda ser transmitido; estas sustancias químicas se llaman neurotransmisores.

Se sabe que en la enfermedad de Alzheimer hay una alteración de estos sistemas, particularmente del sistema colinérgico (neurotransmisor:

acetilcolina), en corteza cerebral e hipocampo, en donde se detecta una clara disminución de la actividad y de los niveles de la acetilcolina. Esta disminución está relacionada con la aparición de los primeros síntomas de la enfermedad de Alzheimer, ya que la acetilcolina es uno de los neurotransmisores más importantes en el proceso de la memoria.

Aún se desconocen los factores que condicionan la degeneración de las neuronas y la formación de placas seniles.

## **¿Existe una predisposición genética para heredar la enfermedad?**

La enfermedad de Alzheimer no suele considerarse como hereditaria;

sin embargo, se ha demostrado que si existen varios casos de la enfermedad en una misma familia y sobre todo, si iniciaron a edades tempranas (40 - 50 años) es más probable que las

siguientes generaciones desarrollen la enfermedad.

Las estadísticas muestran que el 15% de los pacientes han tenido algún familiar con enfermedad de Alzheimer y el 85% han desarrollado la enfermedad sin ningún antecedente previo.

## **¿Por qué son las causas?**

Las causas de la enfermedad de Alzheimer son hasta el momento desconocidas. Aceptando la existencia de una predisposición genética, parte de las investigaciones han sido orientadas hacia esta área. Otras teorías han relacionado la enfermedad con toxinas ambientales o alteraciones

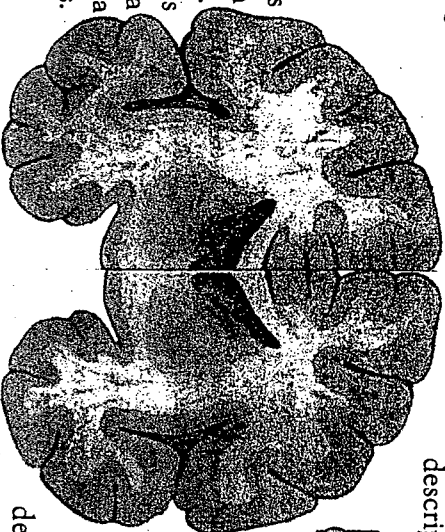
inmunológicas, pero los datos obtenidos son poco concluyentes.

Dentro de las teorías más estudiadas están la tóxica, la genética y la de los radicales libres.

## **¿Cómo se hace el diagnóstico?**

El hecho de presentar pérdida de memoria no es exclusivo de la enfermedad de Alzheimer. El diagnóstico precoz sigue siendo clínico, generalmente se hace por exclusión (al descartar otras enfermedades que puedan mostrar los mismos síntomas) y su confirmación definitiva es a través de un examen del cerebro después de la muerte. La primer evaluación médica de

un paciente con demencia, tiene como meta descartar la posibilidad de un cuadro de demencia reversible y la asociación con enfermedades subyacentes. Todas las personas con demencia deben ser sometidas a una evaluación detallada que consiste en: entrevista con el paciente y sus familiares, examen físico, exámenes de laboratorio y pruebas neuropsicológicas.



## **Entrevista**

La primer visita del enfermo al médico deberá ser en compañía de algún familiar que conozca y describa los cambios y problemas del paciente; se deberán preguntar los primeros signos anormales que se detectaron (fecha, tipo), su evolución (tiempo de duración, situaciones importantes), descripción detallada de los

problemas actuales, enfermedades previas, situaciones mal definidas del pasado (desmayos, caídas, convulsiones) y medicamentos utilizados anteriormente y en el presente. Además se deberá explorar la memoria, el comportamiento, la comunicación, la autonomía, la orientación en el tiempo y el espacio y los hábitos.

## **Exámenes físicos:**

Deberá ser completo con énfasis en el sistema neurológico.

## **Exámenes de laboratorio e imagen:**

No existe un examen de laboratorio que identifique la enfermedad de Alzheimer. Un método de aproximación diagnóstica se realiza por exclusión de otras posibles condiciones. Dentro de estas condiciones se incluyen problemas tratables y reversibles como la depresión, alteraciones de la tiroides, reacción adversa a fármacos, deficiencias vitamínicas, etc.

Algunas pruebas complementarias son: en sangre biometría hemática, química sanguínea, vitaminas, hormonas tiroideas; examen general de orina, electrocardiograma, de electroencefalograma, radiografía de tórax, tomografía computarizada y resonancia magnética. Estos exámenes serán complementados en una segunda fase con tomografía computarizada de cráneo, electroencefalograma, evaluación psiquiátrica, pruebas neuropsicológicas y en algunas ocasiones hasta estudio de líquido cefalorraquídeo. También se incluyen la resonancia magnética nuclear y la tomografía por emisión de positrones. La biopsia cerebral es un procedimiento de excepción y raramente indicado.

## Síntomas y evolución:

Existe gran preocupación entre los familiares con respecto a las etapas o fases de la enfermedad, ya que generalmente quieren saber en qué fase se encuentra su enfermo.

Aunque el desarrollo de la enfermedad varía de un enfermo a otro, se ha intentado clasificar el desarrollo de la enfermedad en tres etapas. En la etapa inicial destaca una falla en la memoria y alteraciones neurológicas.

En la etapa intermedia se

agrega el deterioro del lenguaje y habilidades motoras.

En la etapa avanzada la persona se en-

cuentra postrada en cama con un gran deterioro neurológico.

En promedio, la mayoría de los pacientes fallecen en los primeros 5 años, pero existen muchos casos con 10, 15 y hasta 20 años de evolución.

La etapa más crítica es la inicial, ya que una vez determinados los primeros síntomas, los familiares deberán buscar cuanto antes un diagnóstico certero y precoz. Esto es muy importante, ya que ayudará a evitar algunas complicaciones y se les dará la oportunidad de proporcionar

a su enfermo algunos medicamentos específicos para la enfermedad de Alzheimer, que ofrecen nuevas posibilidades de ayuda. Así mismo, es el momento de arreglar asuntos legales y financieros.

Esta etapa dura de 2 a 4 años, el comienzo es lento y los pacientes se adaptan a determinadas deficiencias con facilidad, pero pueden llegar a ser muy angustiantes y estresantes para quien convive con ellos.

*En la etapa avanzada, la persona se encuentra postrada en cama con un gran deterioro neurológico.*

Las primeras alteraciones no son constantes y se repiten con cierta frecuencia, lo que preocupa y angustia tanto al

paciente como a sus familiares, amigos y compañeros. Se observan también episodios de desorientación, especialmente en lugares poco conocidos. También hay cambios en el comportamiento como pueden ser

apatía, depresión, hipocondría y falta de interés por las actividades y tareas que se desarrollan normalmente. Estas alteraciones hacen que los enfermos, muchas veces conscientes de sus pérdidas, se asusten y reaccionen agresivamente. Puede existir también dificultad en la

comunicación, alteración en el sueño (inversión de horarios) y el pensamiento abstracto, con lo cual se estará marcando una frontera para la etapa intermedia.

La etapa intermedia puede durar de 3 a 5 años y se caracteriza por el agravamiento de los síntomas presentados en la etapa inicial. Aparecen las afasias (pérdida del poder de expresión: del habla, escritura o de la capacidad de comprensión de la palabra escrita o hablada sin que exista una alteración de los órganos vocales), apraxias (incapacidad para ejecutar movimientos apropiados para un fin como abotonarse una camisa) y las

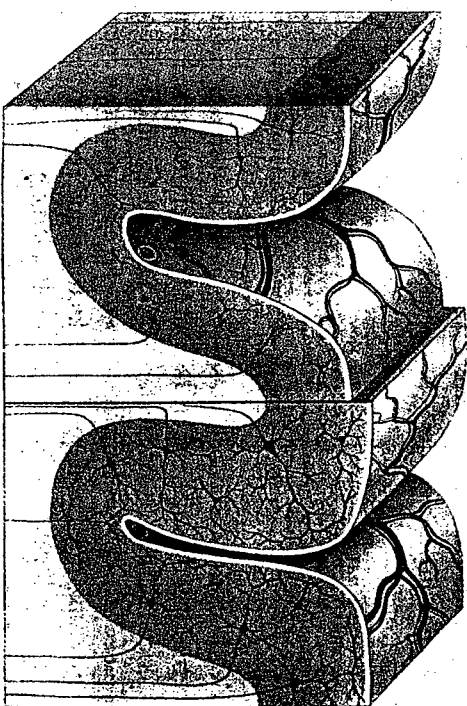
agnosias (pérdida del poder de reconocimiento de los sentidos, no saben si están tristes o enojados). También comienzan las dificultades motoras, se afecta el caminar, hay lentitud de los movimientos (sobretodo de miembros superiores), tienen temblores, presen-

tan movimientos involuntarios (generalmente buco-linguales), puede tener alucinaciones y delirios (que se relacionan con el grado de demencia), pierden la capacidad de entender lo

que se les ha dicho; contestan con frases cortas, incomprensibles, mal construidas y sin congruencia, el vocabulario se va reduciendo; pierden la iniciativa, la capacidad de cálculo, el pensamiento abstracto y de juicio y las tareas solicitadas verbalmente son difícilmente atendidas. No reconocen a las personas más cercanas y pueden no llegar a reconocerse a sí mismos cuando se ven frente a un espejo.

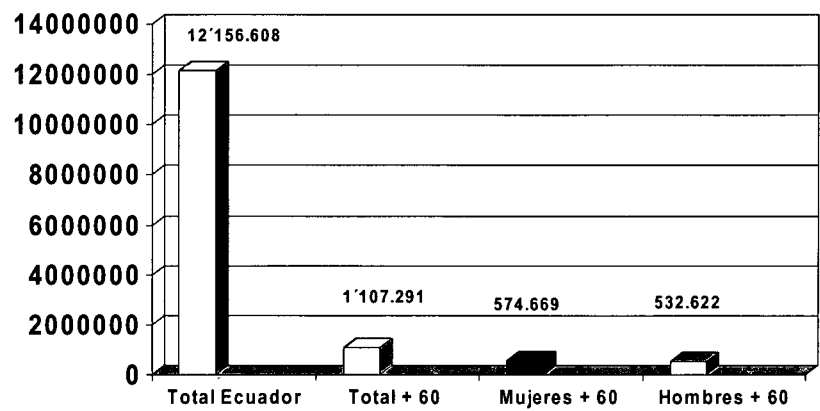
En esta etapa el paciente ya se encuentra en total estado de dependencia y necesita vigilancia constante ya que son incapaces de sobrevivir sin ayuda.

En la etapa avanzada de la enfermedad, la memoria, la capacidad



# DISTRIBUCION POBLACION

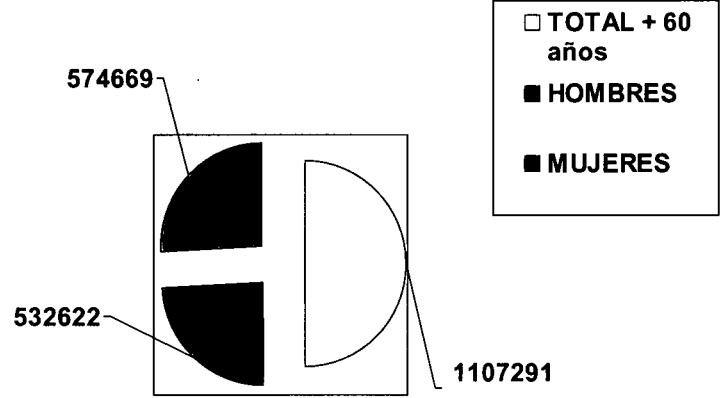
## Ecuador – Censo INEC 2001



Cuadro No. 1

Fuente: Censo INEC –Nov/01

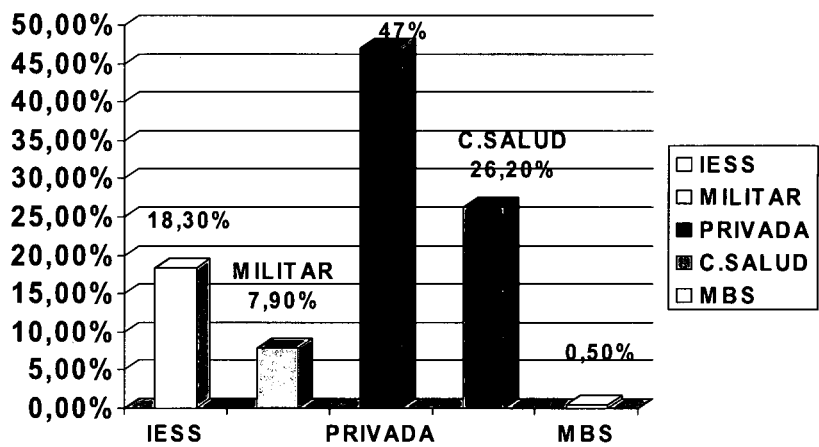
# ESTADISTICA DE ADULTOS MAYORES SEGUN DATOS CENSO INEC DEL 2001



Cuadro No. 2

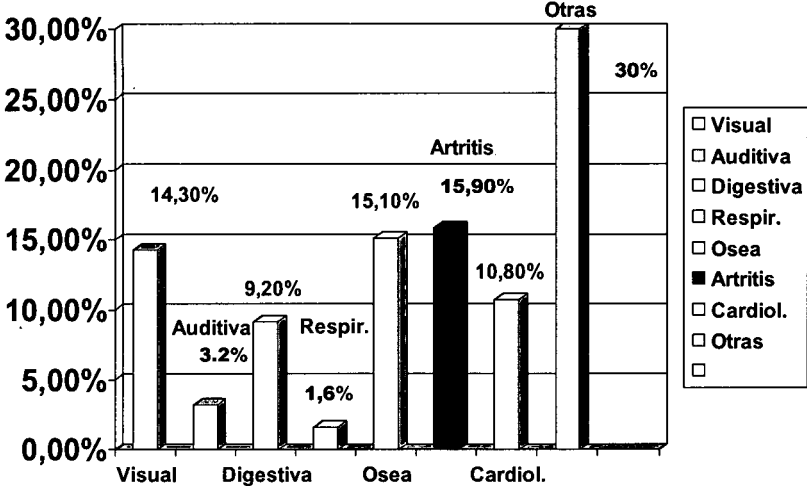
Fuente: INEC 4to.Censo Población y 5to.Vivienda

# INSTITUCIONES A LAS QUE ACUDEN LOS ANCIANOS



Cuadro No. 3  
Fuente: Censo INEC –Nov/01

DISTRIBUCION ENFERMEDADES DEGENERATIVAS  
ADULTOS + 60 AÑOS



Cuadro No.4

Fuente: Instituto Ecuatoriano de Investigación y Capacitación - 2001



## **Entrevista**

Doctor Buendía

Secretario de la Asociación de Médicos Gerontológicos de Quito

### **1)¿ Existen varios centros que prestan ayuda o atención a los adultos mayores?**

Si, Existen institutos como el ABEI, el Instituto Ecuatoriano Seguridad Social, Rotarios, Municipio, también el Organización Panamericana para la Salud, que son los rectores internacionales y mundiales para la salud.

Pero la Organización Panamericana para la Salud tiene al a doctora Dora Viserio y el doctor Suárez, como asesores para el Adulto Mayor. Inclusive estuve con la doctora Martha Peláez, quién es la Gerente Mundial del Envejecimiento, en Washington. Pero es cierto que nosotros también dependemos de políticas nacionales en cuanto a que las acciones de los adultos mayores no sean políticas de Estado, nosotros podremos seguir luchando.

### **2.) ¿No existe una unidad establecida para el adulto mayor?**

Dentro del Ministerio de Salud, nosotros estamos creando en el Departamento del Ministerio de Bienestar Social una unidad de gerontología, desde el año 1986. También en el Municipio existe el CEDAN que es el Centro de Atención al Anciano, existen acciones, pero, dispersos cada uno por su lado. Nada técnico, personalizado ni planificado. Las acciones del Ministerio de Bienestar Social son de ayuda para los ancianos como obra benefactora.

### **3.) ¿Qué son las enfermedades degenerativas?**

Las enfermedades degenerativas son aquellas que a través del tiempo se convierten en patologías, como por ejemplo, el Alzheimer, que es una enfermedad neurodegenerativa, la arteroesclerosis, la presión arterial, la osteoporosis. Todas estas se vuelven degenerativas, porque llegan a un momento en que nuestro cuerpo, es tan "sabio" que aprende a convivir, y con uno o con varios microorganismos lo compensa, pero también se llega al punto que no puede seguir y es en donde está el proceso degenerativo.

### **4. ¿Cuáles son las enfermedades más frecuentes?**

El Alzheimer, arteroesclerosis, la osteoartritis, la osteoporosis, las más frecuentes.

### **5. ¿Qué porcentaje de incidencia tienen estas enfermedades?**

A nivel de Quito, no existen estadísticas. Pero en el Municipio existe un trabajo realizado por la Dra. Fabiola Arguello quien era directora del Departamento de Gerontología del Ministerio de Bienestar Social, en donde se puede encontrar un aproximado de estas enfermedades.

Las enfermedades neurodegenerativas, cardiovasculares y las osteomusculares.

### **6¿Quiénes son los que más sufren de estas enfermedades?**

Depende, por ejemplo, el cáncer de próstata sufren los hombres, cáncer de útero las mujeres. Antiguamente se pensaba y habían datos estadísticos en que siempre la mayoría de enfermedades afectaban al hombre versus la mujer. Pero hoy en día, si nos ponemos a chequear las enfermedades se ve como que ya existe un equilibrio: 50 – 50.

La hipertensión arterial es una enfermedad prioritaria en los varones, hoy en día está casi 2 por 1. Esta se da porque la mujer está ocupando otro papel dentro de la sociedad porque las mujeres ya fuman, beben, también toman anticonceptivos y los factores de riesgo van aumentando cada vez más.

### **7.¿Existe algún tipo de prevención para estas enfermedades degenerativas?**

Atención primaria de salud, hay una teoría en que uno de los inventores del área de la salud y de la Asociación Panamericana para la Salud, que si nosotros podemos tratar el 95% de las enfermedades. Hoy en día se habla mucho sobre los cambios de estilos de vida, de un envejecimiento saludable, lo que es más importante es comenzar a trabajar en la prevención.

Existen factores como el tabaquismo, que la Organización Panamericana de la Salud realiza campañas preventivas, una sola vez al año, en contra de la utilización del cigarrillo, mientras tanto, el resto del año podemos ver publicidad de cigarrillos diariamente en los medios.

La ingesta de grasas, la falta de ejercicio, afectan negativamente el proceso del envejecimiento y lo deterioran más aceleradamente, entonces nosotros podemos optar por una mentalidad preventiva y este país sería otra cosa. Los ingresos hospitalarios serían menos.

En el Ministerio de Salud no existe ningún tipo de vacuna contra las enfermedades que afectan a la tercera edad, sería bueno, así por ejemplo, para la neumonía, para el tétano y muchas veces también se necesitan

vacunas para la Hepatitis B. Pero esto pasaría a formar parte del Ministerio de Salud lo cual en la actualidad no existe.

#### **8. ¿Qué es la hipertensión arterial?**

Así como la palabra lo indica es el aumento de la presión sanguínea en el organismo. Antiguamente se tenía un mito, que las personas mayores o ancianas debían tener la presión alta, o sea, una presión de 70 a 100, porque ya tenían 70 años de edad. Pero gracias a los estudios se llegó a decir de 130 a 85, y toda cifra mayor a esa, está considerada como hipertensión.

#### **9. ¿Qué es el Alzheimer?**

Es una enfermedad neurodegenerativa, es un tipo de demencia, que ocurre por una sustancia llamada "amiloides", depositada en las neuronas y esto lleva a una demencia.

#### **10. ¿Qué es el Mal de Parkinson?**

Es una enfermedad neurodegenerativa que se produce por la disminución de la producción cerebral.

#### **11. ¿Qué es un infarto de miocardio?**

Esta no es una enfermedad de la tercera edad.

#### **12. ¿Qué es la osteoporosis?**

Es una enfermedad osteodegenerativa que se produce por una descalcificación del hueso y se produce más frecuentemente en las mujeres que en los varones. Porque hay estudios en una revista de gerontología que existe más incidencia en las mujeres que en los varones.

### **13. ¿Qué es la tromboflebitis?**

La tromboflebitis no es una enfermedad de la tercera edad exclusivamente, las mujeres que fuman y beben tienen mayor riesgo de esta enfermedad y estas pueden ser personas de 20 a 30 años.

### **14. ¿Qué es la arterioesclerosis?**

No es una enfermedad exclusiva del adulto mayor, pero es una enfermedad degenerativa porque es el acumulo de placas dentro de las arterias. Puede ser uno de los factores de riesgo más importantes para las enfermedades cardiovasculares en el anciano pero no es tan común como la osteoporosis, el Alzheimer y Parkinson.

### **15. ¿Qué es la Artrosis?**

Se produce por la degeneración de las articulaciones donde existe un líquido llamado sinovial. Pero con el pasar del tiempo ese líquido se va disminuyendo, entonces empieza a haber un choque entre las articulaciones mayores a nivel de rodillas, en donde el hueso empieza a rozarse y se endurece porque ya no hay el líquido que hace que la articulación se mueva. Esta es una enfermedad osteodegenerativa que se produce en los adultos mayores.

### **16. ¿Qué es la malnutrición?**

Nosotros pensamos que mientras más comemos es mejor y estamos teniendo una buena nutrición. Entonces dentro de la parte nutricional, el adulto mayor, debe comer hasta 1.300 calorías por día. Sí puede haber malnutrición en Quito, porque en el Comité del Pueblo donde yo trabajo, calculo que el 85% de los ancianos no tiene dentadura, entonces cómo se van a nutrir si no tienen dentadura.

No le puedo dar porcentaje de las enfermedades porque no existen estudios.

**Entrevista:**

Doctor Eduardo Vela

Director del Hospital Adulto Mayor

**1) ¿Cuántas personas de la tercera edad están internas en este hospital?**

Ahora tenemos 64 ancianos.

**2) ¿Qué enfermedades son las que adolecen?**

Generalmente son enfermedades degenerativas del Sistema Nervioso Central, la hipertensión, la artrosis.

**3) ¿Tienes casos como de Parkinson o de Alzheimer?**

Tenemos dos casos de parkinson y dos casos de Alzheimer.

**4) ¿Cuáles son las causas de estas enfermedades en el adulto mayor?**

De estas dos ultimas enfermedades, son degenerativas del sistema nervioso central, y en el caso específico de Alzheimer se caracteriza por el deterioro de sus funciones de memoria, concentración, y aprendizaje.

**5) ¿Cuántos médicos Geriátricos trabajan en el hospital?**

Tenemos profesionales, dos médicos internistas, un fisioterapista, y un gerontólogo que esta por terminar su contrato, al igual que el psiquiatra.

**6) ¿A quienes denominamos Adultos Mayores?**

De acuerdo a nuestra legislación es toda persona hombre o mujer mayor de 65 años de edad. Pero esperemos que esta ley sea revisada o se modifique, ya que en el hospital a partir de los 45 años en hombres y de 40 años las mujeres

son consideradas de la tercera edad, por los cambios hormonales, y por el cambio del aparato genitourinario en los varones.

**7)¿ Dentro de las enfermedades degenerativas quienes sufren más, los hombres o las mujeres?**

Actualmente de acuerdo a las estadísticas del hospital y de consulta externa, tenemos más pacientes mujeres, creó que por la proporción estadística esta a unos 5 o dos por uno.

**8) ¿Existe algún tipo de prevención?**

Tenemos un equipo multidisciplinario que se encarga mediante los chequeos de medicina preventiva, tanto para los controles de presión arterial, como los chequeos de nutrición, y los controles de odontología. Para evitar que los pacientes se deterioren rápidamente.

**9)¿Creé usted doctor que el los últimos años se han aumentado estas enfermedades degenerativas ?**

Por lo menos aquí en el hospital, yo que ya trabajo como tres años, pienso que se han disminuido, gracias a las medidas preventivas que coordinamos con el municipio y con la Delicia de prevención cívica, tanto en la zona de Cotocollao y en el área del norte.

**10)¿Cuántos Centros existen para atención al Adulto Mayor en Quito?**

No le podría decir exactamente, por que hay una gran cantidad de centros unos son oficiales, como los que depende del Ministerio de Bienestar Social y como los que dependen del Ministerio de Salud, y los que están a cargo del municipio de Quito como el "Hogar Vida" en Conocoto, en donde les reciben temporalmente, les cuidan, son personas que están enfermas pero son autosuficientes. En la ultima reunión que e fue a nivel nacional en Conocoto

nos hicieron conocer que hay centros con fines de lucro, y otros por ayuda social, que son llamados acilos, hogares de reposo o pensionados.

**11)¿Cuántos están registrados en el Ministerio de Salud?**

A nivel oficial tenemos muy pocos en Ambato, en Ibarra, en Quito, no sabría decirle un número exacto de centros para el adulto mayor.

**12)¿Cuántos gerontólogos existen en Quito?**

Yo soy fisiatra pero pertenezco a la Sociedad de Gerontólogos de Pichincha, y hay 18 médicos.

**13)¿Qué proyectos tienen para el Adulto Mayor?**

Bueno al respecto estamos trabajando en el comité del Adulto Mayor, en el departamento de Relaciones Internacionales en el Ministerio de Salud, en donde conformamos médicos fisiatras, gerontólogos, y personas que son allegadas que tiene que ver con el adulto mayor.

Se trata de crear primero una ley para el adulto mayor y que se les de una personería jurídica, y segundo que se creé un centro piloto, aquí en el hospital pero parece que por recorte económico estamos sin concretar la obra. Ahora todo lo que hacemos es para beneficio del adulto mayor.

**14)¿Existen organizaciones que prestan ayuda?**

Si existen convenios con Cuba, Costa Rica, Holanda, estamos tratando que el adulto mayor tenga una dependencia dentro del Ministerio de Salud, de subsecretaria o unidad independiente y se asigne los recursos necesarios.



## **Entrevista**

Doctora Fabiola Arguello

Coordinadora del Programa Adulto Mayor

### **1)¿Desde cuando se creó la Gerontología aquí en el Ecuador?**

Bueno la atención a los de la tercera edad o adultos mayores se creó en el año de 1984 en el Ministerio de Bienestar Social, como Dirección Nacional de Gerontología, se delinearon políticas a nivel intersectorial y objetivos para la asistencia de la tercera edad acá en nuestro país.

### **2)¿Qué centros son los que existen en la población de Quito par El Adulto Mayor?**

Es importante que se vaya creando una cultura a nivel de las universidades a nivel de la información y con el conocimiento real del adulto mayor, estaríamos ahorrando recursos económicos y financieros para que así exista una toma de decisiones para la utilización de estos recursos.

Por otro lado el proceso del envejecimiento es irreversible, es un fenómeno universal. Y es importante que la población en general nos preparemos para el envejecimiento saludable, porque estamos manejando una política de ajuste con las consecuencias de una deuda externa y debemos adoptar políticas de bajo costo. Un conocimiento del envejecimiento es a través de la practica cotidiana por ejemplo acabamos de festejar el Día Mundial para la Salud, a través de una política, que es el impulsar y motivar hacia la actividad física, en el Brasil han hecho estudios que se refiere a las actividades físicas, para prevenir a las enfermedades vasculares y ha mantener un buen equilibrio mental, y emocional, para prevenir el strees.

Debemos los ecuatorianos seguir estas políticas que no nos cuestan nada, pero así estamos dirigiéndonos a buen estilo de vida ,teniendo una buena alimentación adecuada, así como también hacer ejercicio diario.

Es importante que la información se riegue por medio de los medios de comunicación.

### **3)¿Existen datos estadísticos sobre las enfermedades degenerativas que agobian a la tercera edad?**

Es importante que exista una solidaridad interministerial, ya que no se han dedicado recursos para realizar estudios e investigaciones epidemiológicas acá en el país. Si desconocemos en donde están los adultos mayores o en que centros se encuentran o cual es su situación socioeconómica, no se han realizado verdaderos estudios, pero hemos derivados de proyecciones del Censo del 1992, sobre el Adulto Mayor. Entonces en mi práctica profesional en el Ministerio de Bienestar Social, según los sondeos existen 846.000 ancianos en el país con más de 60 años. Censo de 1992 y el 14% están bajo el régimen de Seguridad Social , son jubilados 150.000 de ellos asisten a los talleres de la tercera edad del IESS solo 8000. El resto de ancianos que son como 142.000 no se saben las actividades que desarrollan. Y por ende el 84% son solo los que están a cargo del Bienestar Público. Realmente los problemas que más aquejan son los que afectan al aparato locomotor por ejemplo la osteoporosis y la osteoartrosis, y afecta más a las mujeres debido a la menopausia.

Estamos tratando de construir una política consenso intersectorial y hemos trabajado con Cuba en el mes de agosto en un Seminario sobre las políticas de Atención al Adulto Mayor cuyo informe reposa en esta dirección. Para el próximo mes vamos a tener la presencia de dos médicos cubanos geriatras

que vienen para poder diseñar, un manual de atención y procedimientos de atención integral al adulto mayor. Es un enfoque psicosocial de un equipo multidisciplinario, ya que va en lo vía a lo positivo.

Es importante que el Ministerio de Salud se dedique un poco más a la gerontología, y a la geriatría que se trata sobre el conocimiento y el diagnostico al paciente anciano. La gerontologia es un proceso del envejecimiento desde un punto de vista amplio psicológico, legal, entonces un individuo tiene que ver con un aspecto social debido a la edad.

No existe un lugar en donde el paciente debe tener un diagnóstico claro de su patología. En el caso del Alzheimer el paciente pierde su memoria, y la carga del paciente es para su familia que no esta preparada para atender al adulto mayor con un problema demencial.

La práctica físico educativa del Adulto Mayor, no termina en la actividad misma, sino que trasciende en función de la salud, entendida esta última como "el conjunto de condiciones de vida que permite a la persona desarrollar y ejercer todas sus facultades en armonía y relación con su propio entorno", de modo que es la totalidad del ser quien participa, se recrea y nutre por medio del movimiento, tras la búsqueda siempre inacabada de su perfección y del mayor acercamiento posible a la felicidad en la existencia cotidiana de su vida.

La actividad física del Adulto Mayor, debe realizarse dentro del clima de mayor respeto espiritual, físico y ambiental posible, a objeto que las personas involucradas se sientan partícipes de un evento que las proyecta como miembros de una sociedad que está consciente que los roles, funciones y

tareas que le asigna son de alta importancia, de manera tal que nuestros abuelos, nuestros padres y nosotros mismos, en un mañana no muy lejano, sean y seamos tratados bajo un patrón valorativo del más alto respeto y con la dignidad que le corresponde a la naturaleza humana y, muy especialmente, a esta etapa de la vida que en el mundo moderno la gran mayoría de las personas alcanza a experimentar.

Lo anteriormente expresado, tiene relación, con la capacitación, perfeccionamiento, formación y especialización de los recursos humanos necesarios, para atender a este importante segmento de la población.

A este importante segmento de la población, al igual que al resto de las poblaciones especiales, deberá dedicársele un tiempo importante en la formulación de los currículos de formación y en los programas, proyectos y actividades especiales de capacitación, perfeccionamiento y especialización de los recursos.