

UNIVERSIDAD LAICA ELOY ALFARO DE MANABÍ

**Impacto del Contexto Ambiental Físico en la Independencia Funcional
del Adulto Mayor**

AUTORES:

Bravo Zambrano Ricardo Eduardo

Mendoza Zambrano Evelin Lissette

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera Terapia Ocupacional

MANTA-MANABI-ECUADOR

2018-2019

APROBACIÓN DEL TUTOR

En calidad de tutor del proyecto de investigación sobre el tema: **IMPACTO DEL CONTEXTO AMBIENTAL FISICO EN LA INDEPENDENCIA FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR** presentado por: **RICARDO EDUARDO BRAVO ZAMBRANO Y EVELIN LISSETTE MENDOZA ZAMBRANO**, de la licenciatura en terapia ocupacional de la Universidad Laica “Eloy Alfaro de Manabí” considero que dicho informe de investigación reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la revisión y evaluación respectiva por parte del tribunal de grado, que el honorable consejo superior designe.

Manta, octubre 2018.

TUTORA:

MAYRA LEÓN CADME TO-Mg

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR

los miembros del tribunal examinador aprueban el proyecto de investigación, sobre el tema:
**IMPACTO DEL CONTEXTO AMBIENTAL FISICO EN LA INDEPENDENCIA
FUNCIONAL DEL ADULTO MAYOR**, para la licenciatura en Terapia Ocupacional.

Manta, noviembre 2018

CALIFICACIÓN

CALIFICACIÓN

SECRETARIA

DEDICATORIA

El presente proyecto de investigación lo dedico principalmente a Dios y a la memoria de mi abuela Genoveva quien fue mi motivo de inspiración y mi motor para luchar cada vez que mis fuerzas se agotaban para continuar en ese proceso de obtener uno de los anhelos deseados (ser profesional).

A mis padres, por su amor, trabajo y sacrificio durante estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Tengo el orgullo y privilegio de ser su hijo, son LOS MEJORES PADRES. A mis amigos y a toda mi familia que en conjunto me hicieron ver, que sin importar cuanto tiempo me tome, todo se puede si en verdad se quiere.

Ricardo Bravo

Dedico este trabajo de grado a la base de todo, mi familia por su apoyo constante, principalmente a mi madre que ha sido un pilar fundamental en mi formación profesional, por brindarme la oportunidad y recursos para lograrlo. Y a todas aquellas personas que de una u otra manera han contribuido para el logro de una de mis metas tan anheladas.

A Dios por guiarme siempre en cada momento de esta etapa de mi vida y por permitirme tan buena experiencia dentro de la universidad.

Evelin Mendoza

RECONOCIMIENTO

Nos gustaría agradecer a ti Dios por bendecirnos y permitirnos llegar hasta este momento de nuestras vidas y permitir hacer de este sueño una gran realidad. A la universidad Laica Eloy Alfaro de Manabí, por darnos la oportunidad de estudiar y ser profesionales, a la directora de proyecto Mayra Mercedes León Cadme TO- Mg. Por su esfuerzo y dedicación quien, con sus sabios conocimientos, su experiencia, paciencia y motivación ha logrado en nosotros poder concluir nuestros estudios con éxito.

También nos gustaría agradecer a nuestros docentes que durante la carrera profesional han aportado con un granito de arena a nuestra formación, al Gobierno Provincial de Manabí por abrirnos las puertas y brindarnos su apoyo sin recibir nada a cambio y poder culminar este objetivo trazado en este proyecto, de igual agradecer a la Facultad de Ciencias Medicas y a la carrera de Terapia Ocupacional que nos acogió durante este periodo de estudio, mas que una Facultad y una carrera fueron nuestra segunda casa.

Son muchas las personas que han formado parte en nuestra vida profesional a las que nos encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos difíciles que se nos presentaban. Algunas que están con nosotros y otras en los recuerdos y nuestros corazones, sin importar en donde estén, queremos darles gracias por formar parte de nosotros por todo lo brindado y sus bendiciones.

Para ellos: muchas gracias y que Dios les bendiga.

INDICE

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	II
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR.....	III
DEDICATORIA	IV
RECONOCIMIENTO	V
RESUMEN.....	VIII
INTRODUCCIÓN	1
FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA.....	3
ADULTO MAYOR	3
Demografía del Adulto Mayor	3
Caracterización de adultos mayores	5
Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor	6
ACCESIBILIDAD	7
Nociones Generales.....	7
Hábitat del Adulto Mayor	10
Símbolo Internacional de Accesibilidad	10
Mobiliarios: Anaqueles y Dormitorios.....	13
DISEÑO METODOLÓGICO	14
DATOS ESTADISTICOS.....	15
GRÁFICO #1	15
GRÁFICO #2	16
RESULTADOS DE LA ESCALA MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL	17
GRÁFICO #1	17
GRÁFICO #2	18
GRÁFICO #3	19
GRÁFICO #4	20
GRÁFICO #5	21
RESULTADOS DE LA ESCALA BRODY/LAWTON.....	22
GRÁFICO #1	22
GRÁFICO #2	23
GRÁFICO #3	24
GRÁFICO #4	25
GRÁFICO #5	26

GRÁFICO #6	27
GRÁFICO #7	28
GRÁFICO #8	29
GRÁFICO #9	30
GRÁFICO #10	31
Resultados Basados En Los Indicadores De Las Medidas De Accesibilidad Universal	32
GRÁFICO #1	32
GRÁFICO #2	33
GRÁFICO #3	34
GRÁFICO #4	35
GRÁFICO #5	36
GRÁFICO #6	37
DISEÑO DE LA PROPUESTA.....	38
CONCLUSIONES	40
RECOMENDACIONES	41
BIBLIOGRAFIA	42
ANEXOS	44

RESUMEN

Este estudio se enmarca en una investigación de tipo descriptiva, observacional, cuantitativa que identifica y analiza el contexto ambiental físico y como éste impacta en la independencia funcional del adulto mayor. Por tanto, el objetivo que dirige la investigación es: identificar las barreras arquitectónicas que influyen en la independencia de este grupo etario que va en crecimiento con el pasar de los días. En esta investigación se aplicó herramientas estructuradas como es la medida de la independencia funcional, que evidencia el nivel funcionalidad del usuario en las actividades básicas de la vida diaria; también se aplicó la evaluación de Lawton/Brody, que mide el grado de independencia en las actividades instrumentales de la vida diaria. Además, se utilizaron herramientas semiestructuradas como una entrevista sociodemográfica y se tomó como referencia las normativas de accesibilidad universal reflejadas en el Instituto de Normalización Ecuatoriano para los indicadores de barreras y facilitadores ambientales. De acuerdo a la población estudiada se obtuvieron resultados demográficos teniendo como mayor población el género femenino con el 65% y en menor rango el género masculino con el 35%; la edad predominante con mayor rango de adultos mayores es de 76 a 80 años de edad. Así mismo se presentan resultados de las herramientas semiestructuradas que se utilizaron para obtener el grado de independencia en que se encuentra este grupo etario, encontramos que el 29% de los adultos mayores son completamente independientes y se encuentran entre los 76 a 80 años, y un 1% se encuentra en nivel severo de dependencia y están entre los 96 a 100 años. Dado todos los datos obtenidos se llegó a la conclusión que la movilidad y la ambulaci3n est1n siendo limitadas por las barreras arquitect3nicas que tienen un impacto directo en la independencia funcional de las 1reas de ejecuci3n ocupacional del adulto mayor.

INTRODUCCIÓN

Según datos mundiales y nacionales la cifra de la población Adulta Mayor, cada vez va en crecimiento; se estima que para el año 2050, la población de personas mayores, será superior a los niños mayores de 5 años. En este contexto es necesario conocer si la sociedad está preparada para garantizar sistemas sanitarios, sociales, por mencionar algunos. Una de las aristas que enmarcan al adulto mayor, es acerca de cómo el contexto físico impacta en la autonomía del adulto mayor, cuando este se encuentra en una independencia funcional moderada o severa; la persona de este grupo etario es muy vulnerable a perder su independencia funcional o dependencia leve, simplemente porque se encuentra limitado o existen barreras arquitectónicas en el espacio donde habita.

La realidad que viven los adultos mayores del cantón Montecristi, se aleja a lo dispuesto en el artículo 28 de la ley orgánica dirigida al adulto mayor, esto se observa cuando la persona deja en segundo plano, realizar actividades fuera de su casa, por mencionar algunas barreras con las que se encuentra, está la de tomar el transporte colectivo, porque este no está cerca de su hogar o es difícil abordarlo (altura fuera de la norma) o por ausencia de paradas de buses; otro gran motivo que los adultos mayores encuentran para no salir de sus casa es transitar por las calles o avenidas de la ciudad (veredas sin rampas o muy altas para subirse a ellas); este estudio también hace la observación de las limitantes o facilitadores ambientales dentro del hogar, como el ancho de las puertas, desniveles, pisos antideslizantes, entre otros; este entorno, influye en las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor y como los roles, hábitos y rutinas del usuario deben ser modificadas con cierto grado de independencia funcional; esto desencadena además, una sobrecarga del cuidador. Estas características del contexto ambiental de la urbanidad y del lugar donde habita el adulto mayor son un ejemplo de restrictores para la participación de este grupo de personas.

Por lo tanto, el identificar las barreras que limitan las actividades o facilitadores que permiten la participación de las personas, es una tarea que no debe ser menor a las necesidades de la sociedad y, sobre todo, las personas en condición de movilidad reducida.

La información validada y registrada que relacione la independencia funcional del adulto mayor y su contexto ambiental a nivel nacional, es casi inexistente; esta investigación, pretende

reconocer el impacto que genera el entorno físico, en la autonomía de la persona. Además, este estudio pretende ser un referente para trazar líneas de trabajo en conjunto con otros grupos de investigación, así como también, con las autoridades pertinentes llamadas a garantizar una vida digna y de calidad.

El objeto de estudio de la presente investigación es un grupo de adultos mayores. De acuerdo a la problemática observada, se formó el siguiente objetivo general: Demostrar el impacto que genera el contexto físico en la independencia funcional del adulto mayor, del programa de atención al adulto mayor y discapacidad, del Gobierno Provincial de Manabí/ MIES y se establecieron los siguientes objetivos específicos, como es el de identificar las barreras y facilitadores presente en el medio físico del adulto mayor; es importante también caracterizar la demografía de la población objeto y valorar las áreas de ejecución de la independencia funcional de los adultos mayores.

Durante todo este proceso de investigación se manejó como variable dependiente el impacto del contexto ambiental físico y como variable independiente a la independencia funcional del adulto mayor.

FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA

ADULTO MAYOR

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adultos mayores a “quienes tienen una edad mayor o igual de 60 años en los países en vías de desarrollo y de 65 años o más a quienes viven en países desarrollados”. Estas diferencias cronológicas obedecen a las características socioeconómicas que tienen unos y otros países.

La OMS presenta además una subdivisión de los adultos mayores en las siguientes categorías: tercera edad o senectud gradual entre 60-74 años, cuarta edad o vejez declarada entre 75-89 años, longevidad entre 90-100 años y centenarios con más de 100 años.

En el Ecuador se considera adulto mayor aquel que tiene sesenta y cinco años en adelante. En Quito, este grupo es parte del 92% de su población, según el censo de población y vivienda (INEC, 2010).

De acuerdo al censo realizado en nuestro país en el 2010, en el Ecuador existen 940 950 adultos mayores de 65 años y 1 341 309 adultos mayores de 60 años; de una población total de 14'500 000 habitantes, lo cual indica que los Adultos Mayores de 65 años representan el 6,5% de la población en el país; de esto se depende que el 52,6% son mujeres y el 47,4% son hombres (Padilla, 2012).

Demografía del Adulto Mayor

El envejecimiento de la población es un fenómeno que carece de precedente y que se profundiza en el tiempo. En el 2007, el 10,7% de la población mundial tenía 60 años o más y se proyecta para el 2025 el 25% y para el 2050 el 21%. Es decir, que en el 2050 habrá 2.000 millones de personas que tendrán más de 60 años en el mundo. Uno de los ejes de la discusión es el rápido envejecimiento de la población de la región de América Latina y el Caribe: mientras que en la década de los 70 representaba el 6,5% de la población, se espera que en el 2050 represente el 23,4% de la población total (190 millones de personas de 60 años y más). Esto significa que el 81% de las personas que habiten en la región superarán los 60 años, y el 42% los 80 (Fernandez, 2010).

La mayor parte de las personas mayores son mujeres, en la actualidad hay 328 millones de mujeres de 60 años y más, pero solo 265 millones de hombres. Esto es producto de la mayor expectativa de vida para las mujeres. Aunque las mujeres vivan más tiempo que los varones, lo hacen en condiciones adversas, dado que viven con mayor discapacidad y menor protección social; en general viven solas y en ellas recae el cuidado de los miembros de las familias, lo que las convierte en una población vulnerable (Fernandez, 2010).

Para la República de Argentina, según datos del censo nacional de población y vivienda del año 2001, la población de adultos mayores alcanzan a 4.871.957 personas, de los cuales el 42.1% (2.054.151) son varones y el 57.8% (2.817.806) son mujeres. La esperanza de vida para los varones en dicho país es de 79 años y 77.5 años para las mujeres, según el censo 2001, pero las proyecciones muestran que es aún mayor, 72 para varones, y 79 para mujeres. Dado que Argentina presenta una tasa de natalidad baja y una baja mortalidad, las proyecciones indican que seguirá aumentando la proporción de las personas mayores de 69 años (Fernandez, 2010).

La población mundial se ha ido urbanizando rápidamente en los últimos 50 años. Hoy, ya más del 50% de la población vive en ciudades y en pocos años, se estima que alcanzará el 70%. Comparada con países de América Latina y el Caribe, Argentina es un país muy urbanizado, dado que el 89% de su población vive en ciudades de más de 2.000 habitantes. Los adultos mayores de Argentina son altamente urbanos, ya que casi el 62% de ellos viven en ciudades (Fernandez, 2010).

En general, las políticas internacionales van orientadas a un cambio a la concepción de la vejez, considerando a esta etapa como una vida activa, en la que se puede lograr el máximo de autonomía en general y la posibilidad de auto realización (Belenger, 2000).

Al comparar la situación de América Latina, se observa que Chile junto a Costa Rica y Cuba se sitúa entre los tres países con la esperanza de vida más alta de América Latina, de acuerdo al primer estudio del Instituto Nacional de Estadísticas del siglo XXI sobre mortalidad en el país (INE, 2004).

En estos países, una vez comenzada a la transición demográfica y debido a que por lo general el descenso de la mortalidad ha precedido a la fecundidad, se produjo un acelerado crecimiento de la población, sin embargo, disminuyendo a medida que la fecundidad acelero su declinación (Schwenke, 2004).

En Perú en el 2020, esta población será el 11% de la población total con 3 613 000, y para el año 2025 serán 4 470 000 población anciana. Este crecimiento es debido a los avances de la ciencia y la medicina, sin embargo, la persistencia creciente tiene exigencias propias que no puede desconocerse y se debe asegurar que el alto costo necesario para llegar a viejo se vea compensado con una vida de calidad del adulto mayor (Velandia, 1994).

En Ecuador existen 1.049.824 personas mayores de 65 años (6,5% de la población actual).

El gobierno de la revolución ciudadana implemento políticas públicas basadas en la defensa de los derechos y el reconocimiento al valor de la población adulta mayor, cuya participación aumentará progresivamente. En el año 2020 será del 7.4% para el año 2054 se prevé que represente el 18% de la población. Para las mujeres la esperanza de vida será mayor con 83,5 años comparados con los 77,6 años de los hombres. En este periodo de vida existen mayores limitaciones para acceder a los recursos de subsistencia y se incrementa las necesidades de atención (INEN, 2013).

Caracterización de adultos mayores

Según (INEN, 2013):

- 45% de pobreza y extrema pobreza (424.824 AM).
- El 42% vive en el sector rural (395.180 AM).
- El 14.6% de hogares pobres se compone de un adulto mayor viviendo solo (dato 2013).
- 14,9% son víctimas de negligencia y abandono (PNBV).
- 74,3% no accede a seguridad social del nivel contributivo.

Desde el MIES se considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa. Se promueve un envejecimiento positivo para una vida digna y saludable a través de su participación y empoderamiento junto a la familia, la sociedad y el estado (INEN, 2013).

El instituto nacional de investigaciones gerontológicas del ministerio económico y social (INIGER-MIES) trabaja en este año en tres investigaciones sobre envejecimiento y vejez en el Ecuador.

“El estado de las personas adultas mayores alrededor del 2010” es la investigación más avanzada hasta ahora, el estudio busca identificar los principales problemas epidemiológicos y

socioeconómicos que enfrentan los adultos mayores y pone énfasis en las condiciones que podrían modificarse con la implementación de políticas públicas. Se aborda la situación demográfica, posteriormente se analiza la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades y síntomas que afectan a los mayores de 65 años en Ecuador y que impactan en su calidad de vida.

La segunda investigación se llama “transferencias generacionales y envejecimiento de la población: bono demográfico”. Se refieren a la identificación de los retos y oportunidades que significan el paso de una población joven a una población envejecida en el país.

Otra investigación denominada “condiciones arquitectónicas para las personas adultas mayores y con discapacidad en espacios públicos y privados” aborda el tema de los factores físicos y constructivos que limitan la accesibilidad a edificios y a servicios de transporte en la ciudad de Cuenca. Estos factores se relacionan con la calidad de vida de esas personas y demandan la generación de medidas y políticas públicas del estado (MIES-INIGER, 2010).

Salud y Calidad de Vida del Adulto Mayor

La calidad de vida como concepto, ha evolucionado en los últimos 50 años en el marco de la economía y la salud. Se ha definido a partir de las necesidades básicas y psicosociales de los seres humanos, así como por los componentes de salud y en general, con elementos tanto objetivos y subjetivos. La calidad de vida tiene un fuerte componente subjetivo, ya que la satisfacción con las condiciones de vida no es solo un juicio global, sino también socio cultural y personal. El papel de la salud en calidad de vida es de especial interés en caso de las poblaciones de mayor edad, dada la inquietud que existe a la pérdida de su funcionalidad e independencia (Quintero, 1996).

La promoción de la calidad de vida en la edad avanzada atrae cada vez más interés político puesto que a la medida que la población envejece se toma conciencia que la vejez ofrece muchas oportunidades de cambios positivos y funcionamiento productivo y no debe necesariamente identificarse con enfermedades. Contradictoriamente los gobiernos además consideran que el envejecimiento de la población es un problema, a causa de su relación con el aumento de los costos de pensiones accesibilidad, salud y prestaciones sociales.

La calidad de vida está en íntima relación con el espacio físico y sus medios ya que estos pueden hacer a una persona disfuncional o no. Desde los inicios las personas hemos tenido a satisfacer nuestras necesidades construyendo objetos y espacios que se adapten a nuestra forma de

ser y de vivir día a día. Hasta hoy todo lo construido se lo ha realizado en relación de quien lo habita o quien lo utiliza sus mediadas, sus actividades y gustos. Sin embargo, la mayor parte, se ha realizado a un modelo estandarizado y pocas veces tomando en cuenta las diferencias que pueden tener grupos como lo son los adultos mayores. Cuando se llega a una cierta edad los seres humanos empiezan a presentar dificultades para ejecutar ciertas actividades, y el cuidado de este grupo etario se vuelve más complejo.

Según (Martin, 1994), otro elemento significativo en la calidad de vida del adulto mayor es que siga teniendo una participación social significativa, la misma que para el autor “consiste en tomar parte en forma activa y comprometida en una actividad conjunta, la cual es percibida por el adulto mayor como beneficiosa”.

La ocupación de las personas y su relación con la salud y el entorno donde se realizan dicha ocupación son las principales características que definen la Terapia Ocupacional. Esta, forma parte de un tratamiento especializado que ayuda a las personas a reducir y/o evitar deterioros y con ello lograr la independencia en todas las áreas de su vida, ayudando en el desarrollo de las habilidades necesarias para la vida independiente (Sanchez, 2010).

ACCESIBILIDAD

La accesibilidad es la condición que deben cumplir los entornos, procesos, bienes, productos y servicios, así como los objetos o instrumentos, herramientas y dispositivos, para ser comprensibles, utilizables y practicables por todas las personas en condiciones de seguridad y comodidad, y de las formas más autónomas y natural posible (INEN I. 2.-1., 2015).

Nociones Generales

Establece las normas y criterios básicos para facilitar la accesibilidad a personas con movilidad reducida, sea esta temporal o permanente, o cuya capacidad de orientación se encuentre disminuida por la edad, analfabetismo, limitación o enfermedad, así mismo se busca suprimir o evitar toda clase de barreras físicas en el diseño y ejecución de las vías y espacios público y del mobiliario urbano, así como la construcción y reconstrucción de edificios de propiedad física o privada, (Boudeguer, 2014).

A nivel de políticas públicas existen varias leyes transversales que amparan el bienestar biopsicosocial del usuario con movilidad reducida. Es así que, la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, (CRPD) declaró varios puntos referentes a la accesibilidad universal; por citar algunas de estas medidas tenemos:

- a) Los edificios, las vías públicas, el transporte y otras instalaciones exteriores e interiores como escuelas, viviendas, instalaciones médicas y lugares de trabajo;
 - b) Los servicios de información; comunicación y de otro tipo, incluidos los servicios electrónicos y de emergencia.
1. Los estados partes también adoptaron las medidas pertinentes para:
- a) Desarrollar, promulgar y supervisar la aplicación de normas mínimas y directrices sobre la accesibilidad de las instalaciones y los servicios abiertos al público o de uso público;
 - b) Asegurar que las entidades privadas que proporcionan instalaciones y servicios abiertos al público o de uso público tengan en cuenta todos los aspectos de su accesibilidad para las personas con discapacidad;
 - c) Ofrecer información a todas las personas involucradas en los problemas de accesibilidad para las personas con discapacidad;
 - d) Dotar a los edificios y otras instalaciones abiertas al público de señalización en Braille y en formatos de fácil lectura y comprensión;
 - e) Ofrecer formas de asistencia humana o animal e intermediarios, incluidos guías, lectores e intérpretes profesionales de la lengua de señas, para facilitar el acceso a edificios y otras instalaciones abiertas al público;
 - f) Promover otras formas adecuadas de asistencia y apoyo a las personas con discapacidad para asegurar su acceso a la información;
 - g) Promover el acceso a las personas con discapacidad a los nuevos sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones, incluida internet;
 - h) Promover el diseño, el desarrollo, la producción y la distribución de sistemas y tecnologías de la información y las comunicaciones accesibles en una etapa temprana, a fin de que estos sistemas y tecnologías sean accesibles al menor costo.

Según el (Conadis, 2006) como organismo del estado rector de políticas en materia de discapacidad tiene el compromiso de velar por el cumplimiento de los derechos de las personas

con discapacidad en la República Dominicana. En el marco de sus derechos se ha elaborado la Guía Técnica de accesibilidad en la Construcción, con objetivo de dar a conocer los aspectos básicos de la accesibilidad universal y crear conciencia al respecto en todos los profesionales responsables del diseño y ejecución de obras de infraestructura para que estos asuman los criterios de aplicación de las normativas.

La accesibilidad universal garantiza que los espacios, mobiliarios. Los medios de transporte, de telecomunicaciones y de acceso a la información sean diseñados con las condiciones necesarias para el uso de todas las personas, (ACS, 2009).

Dentro de la accesibilidad al medio físico hay:

- Barreras físicas estas son las que existen en toda estructura del entorno material, cuando por sus conformaciones dimensiones y/o morfológicas crean trabas a la autonomía y a la independencia de todas las personas (ACS, 2009).
- Barreras arquitectónicas son obstáculos o dificultades que presenta el entorno construido que pueden afectar las personas (especialmente aquellas con movilidad y comunicación reducida) a la seguridad, en sus desplazamientos en edificios privados o públicos, sean estos de vivienda, trabajo, educación, salud y de recreación; eliminar estas barreras disminuye la posibilidad de accidentes y caídas, aumenta la seguridad en los movimientos y mejora la calidad de vida de los adultos mayores (ACS, 2009).
- Barreras urbanísticas son dificultades que presenta el espacio urbano público y privado, que pueden afectar a todas las personas, especialmente aquellas con movilidad reducida, la seguridad, desplazamiento en veredas, calles, avenidas, plazas, parques, sitios, etc. Eliminando estas barreras no solo disminuye la posibilidad de accidentes y caídas, sino que aumenta la seguridad en los movimientos (ACS, 2009).
- Cadena de accesibilidad es la condición física de los edificios, el transporte, la comunicación donde no existen barreras que obstaculicen o impidan el traslado con seguridad y continuidad al destino elegido (ACS, 2009).
- Consecuencias de entornos no accesible, el aumento de la edad expone a los adultos mayores a diversos factores de riesgos, en los que se conectan con la falta de accesibilidad al medio físico y sus consecuencias, como accidentes y caídas (ACS, 2009).

Hábitat del Adulto Mayor

El bienestar en un entorno adecuado permite a los adultos mayores disfrutar de una buena calidad de vida, la existencia de estos aspectos facilita asegurarse un envejecimiento saludable en un hábitat propicio, este espacio físico accesible, las ayudas técnicas y los servicios son las herramientas a utilizar para lograr la autonomía personal. Esta capacidad para actuar por sí mismos con la menor dependencia posible es lo que permitirá permanecer integrado a un medio social, familiar y comunitario de manera activa e independiente (Fingini, 2006)

El hábitat humano se conforma desde la interrelación de un conjunto de condicionantes geográficos, históricos, sociales, económicos, políticos y culturales, a partir de los cuales se materializan los aspectos arquitectónicos y urbanísticos (Fingini, 2006).

Las viviendas de los adultos mayores no han reflejado los cambios o adecuaciones necesarias para tener una mejor calidad de vida, un importante número de adultos mayores tienen dificultades que le impiden moverse dentro de ellas y utilizarlas con seguridad. El déficit habitacional de nuestro país es básicamente cualitativo y ello se refleja en la antigüedad de la mayoría de las viviendas de los adultos mayores, que por la época en que fueron construidas, no tienen las condiciones de accesibilidad que hoy en día son necesarias (Coriat., 2002).

Es importante tener en cuenta las características particulares de los adultos mayores dadas las relaciones y consecuencias entre los signos propios de su envejecimiento y las condiciones habitacionales y ambientales del medio donde se produce. La vivienda tiene para los adultos mayores un valor importante dentro de su vida (Coriat., 2002).

La vivienda es el espacio más querido y representativo de un conjunto de valores y recuerdos significativos donde su propia historia se vincula con el espacio y los objetos, envejecer, en condiciones de bienestar y seguridad, es lo deseado por los adultos mayores y lo más conveniente desde el punto de vista de la sociedad (Coriat., 2002).

Símbolo Internacional de Accesibilidad

El símbolo debe ser colocado para señalar los espacios a ser usados específicamente por personas con discapacidad y movilidad reducida.

Escalera de Accesibilidad

Una escalera accesible ideal tiene peldaños sin bocel, contra huellas entre 16-18 cm y huellas entre 28-30 cm, señalizadas al borde del escalón con un estampado o con bandas anti deslizantes de 4-10 cm de ancho y separadas a 3 cm de la arista del escalón. Al inicio y al final de la escalera, se coloca un cambio de textura en el piso que indique la presencia de la misma. Colocar pasamanos circulares con doble altura de 90 cm y 70 cm del suelo a ambos lados de la escalera. Cuando el ancho de la misma supere los 240 cm es obligatorio colocar un pasamano central, (Ocampo, 2007).

Rampas de Acceso en Edificaciones

En edificaciones de uso masivo públicas y privadas, las rampas deben ser construidas con un ancho mínimo de 120 cm y de 180 cm para permitir el paso simultaneo de dos sillas de ruedas, tener una pendiente máxima igual a un 8% y que termine en "0" con la calzada. Cuando la longitud de la rampa exceda a los 900 cm se deberá colocar un descanso, así como también barandas con pasamanos dobles (Ocampo., 2007)

Puertas

Una puerta accesible tiene un hueco mínimo libre de 90 cm de ancho x 210 cm de alto. Pueden ser colocadas puertas abatibles o con accionamiento automático (con sensores). Las manillas de apertura a colocarse deben ser tipo palanca y estar ubicadas a una altura entre 90 cm y 100 cm. Se evitará la colocación de manillas que requieran movimientos de giro de muñecas del tipo pomo redondeado (Ocampo., 2007).

Pisos

Todos los pisos deberán ser antideslizantes, tanto estando secos o mojados. No presentaran oquedades, rupturas, rugosidades, ni desniveles superiores a los 0,02 ml. Ni ninguna otra forma que pueda hacer dificultosa o riesgosa, la marcha de los adultos mayores, con o sin ayudas técnicas (Accesibilidad Ley Nacional., 1994).

Se recomienda no utilizar en casos de pisos deslizantes alfombras sueltas, ya que constituyen un peligro eminente, en el caso de existir estas, debemos adherirla al piso cubriendo

la superficie total de pared a pared, éstas deberán ser pegadas o clavadas. Las alfombras no tendrán que tener pelos de más de 0,2 m de altura, ni tener flecos, pues al presentar éstas, más de la medida normal, pueden dificultar la deambulación de sillas de ruedas y los pasos vacilantes, sin la elevación de los pies.

Veredas

La vereda corresponde a la parte pavimentada de la acera, esta dimensionada para acoger exclusivamente el flujo peatonal. Su trazado debe ser perfectamente recto y definir claramente a lo menos dos franjas longitudinales en ella: franja de circulación; se recomienda un ancho mínimo de 150 cm, dimensión que permite el paso simultaneo de dos personas una de ellas en silla de ruedas o coche de niño. Franja de elementos; generalmente cercana a la calzada, de ancho variable, donde se instalarán señales de tránsito. Debe existir una altura mínima de 250 cm libre de obstáculos (ramas de árbol, publicidad, toldos, etc.) (Prett, 2002).

Baño

Un baño general accesible, debe tener las siguientes dimensiones:

- Inodoro mural. Altura del asiento 45 cm, fondo > 60 cm.
- Lavamanos mural con grifería monomando u otra de fácil acceso. Área libre inferior 76 cm.
- Espejo de inclinación graduable.
- Barra de apoyo mural abatible, largo 79 cm, altura 80 cm.
- Barra de apoyo fija, largo 170 cm, altura 80 cm.
- Barra de apoyo fija, largho41.5 cm altura 80 cm.
- Interruptor de mando por contacto con indicación a relieve.
- Picaporte de manilla, altura de colocación 90 cm.
- Tragante de piso.
- Zócalo de azulejo, altura 150 cm.
- Piso anti resbalante.
- Luminaria fluorescente de un tubo de 20 w con protección de poliéster.

Mobiliarios: Anaqueles y Dormitorios

Los mobiliarios deben ser diseñados y fabricados para el uso de todas las personas. En el diseño debe tomarse en cuenta la forma y las dimensiones. Altura de closet accesible 120-140cm; debe contemplarse la altura en los mostradores 80-110cm.

Mesas

Las dimensiones mínimas de las mesas, serán según las capacidades de los usuarios. Las redondas de 1050mm, ovaladas y cuadradas con un mínimo de 1000 mm de ancho, la altura va de 80 a 85cm, estas últimas deben tener las esquinas redondeadas.

Camas

Las camas para usuarios que utilizan sillas de rueda deben medir entre 48 a 50cm de altura del piso al colchón.

DISEÑO METODOLÓGICO

La presente investigación es de tipo descriptiva, observacional, cuantitativa, en la que se evaluó a 100 personas adultas mayores del cantón Montecristi, quienes pertenecen al proyecto de “discapacidad y adulto mayor” del Gobierno Provincial/MIES; además se dispuso del patrocinio de las autoridades de las instituciones mencionadas, teniendo acceso directo a las bases de datos de la población estudiada. Para este estudio se empleó una entrevista semiestructurada para caracterizar la demografía como es: sexo, edad, identificados en 7 rangos de edad (65-70-, 71-75, 76-80, 81-85, 86-90, 91-95, 96-100). También se aplicó evaluaciones como la de Lawton/Brody, la escala Medida de la Independencia Funcional (FIM) y se tomaron indicadores basados en las medidas de accesibilidad universal y de la normativa del Instituto Nacional Ecuatoriano de Normalización (INEN); por lo tanto, se identificó el grado de independencia funcional de este grupo etario y su relación con los facilitadores o restrictores del ambiente; este proceso, se realizó a través de un baremo que indica los niveles de funcionalidad: independiente, dependiente leve, dependiente moderado (nivel 1), dependiente moderado (nivel 2), dependiente severo. De estas evaluaciones, se consideró los indicadores más relevantes que influyen en la independencia funcional de usuario adulto mayor, dentro y fuera de su vivienda.

Para la recolección, procesamiento, análisis de datos y formación de gráficos y tablas, se utilizó los programas de software Word y Excel 2010.

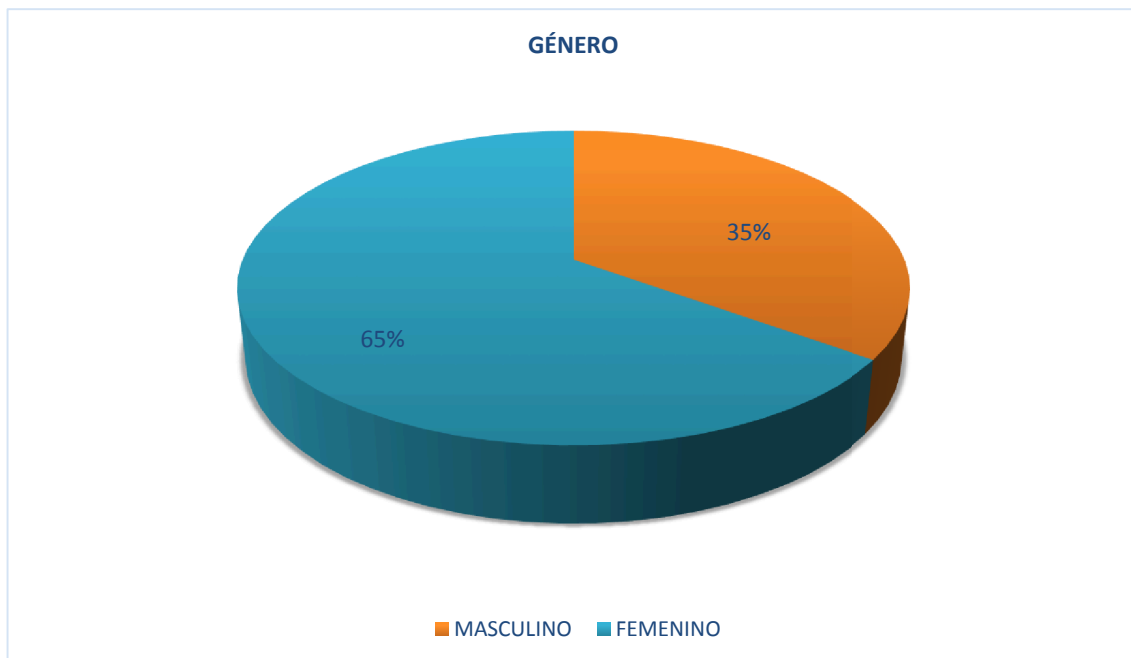
La investigación fue desarrollada en un periodo de seis meses; esta ha sido autofinanciada y ejecutada con recursos propios; los recursos materiales que se consideraron para este estudio fueron los computadores personales de los autores del estudio con acceso a internet, software de función ejecutiva, además de materiales de oficina.

DATOS ESTADISTICOS

Demografía De La Poblacion Adulta Mayor

GRÁFICO #1

GENERO	TOTAL
Masculino	35
Femenino	65



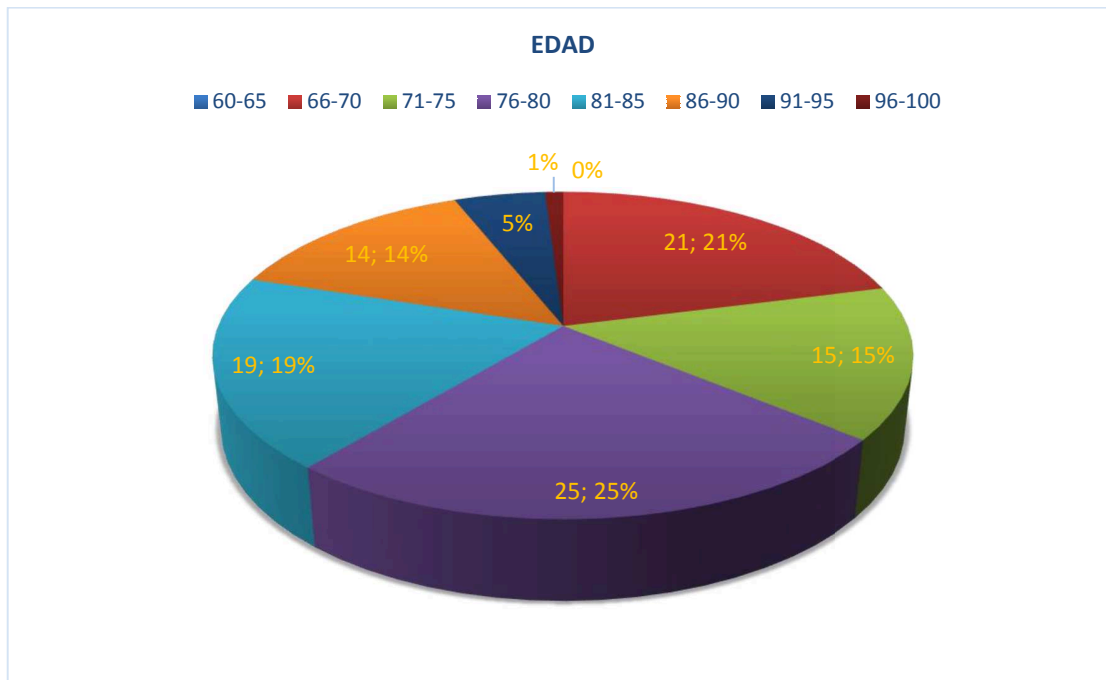
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: Del 100% de la población estudiada, el 65% pertenece a población femenina y el 35% restante es masculino.

GRÁFICO #2

EDADES	TOTAL
60-65	0
66-70	21
71-75	15
76-80	25
81-85	19
86-90	14
91-95	5
96-100	1



Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

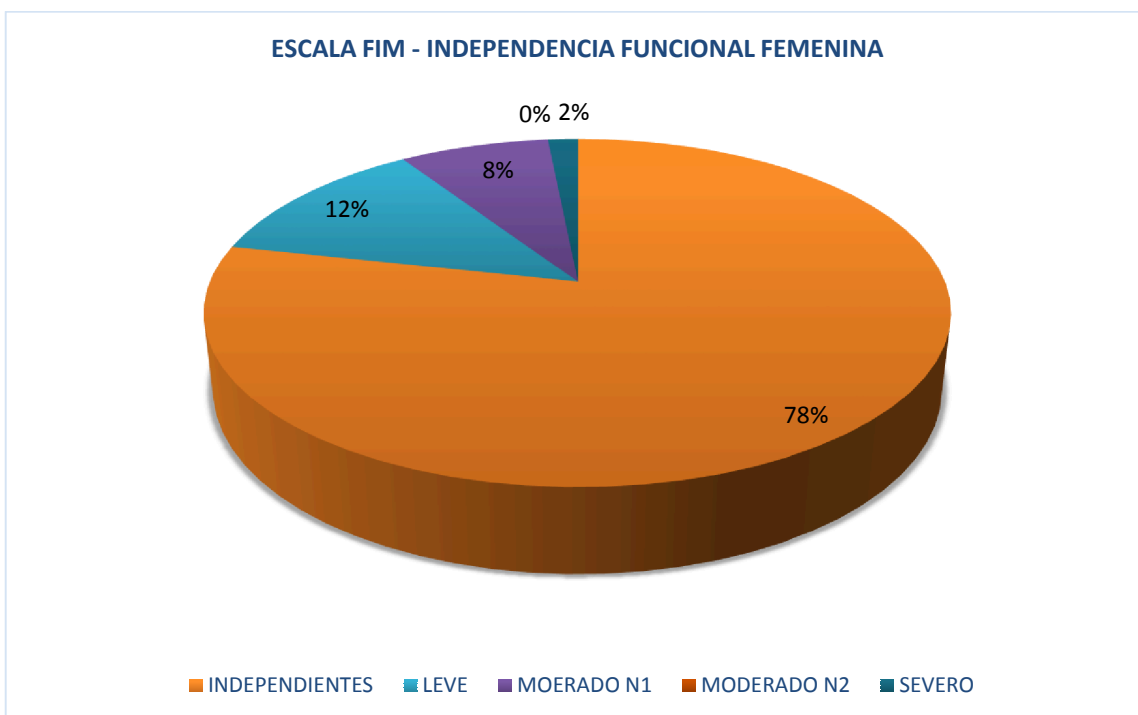
Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: Adultos mayores de 60-65 años representa un 0%, mientras que los de 66-70 un 21%, en cuanto los de 71-75 un 15%, los de 76-80 un 25%, los de 81-85 un 19%, los de 86-90 un 14%, los de 91-95 un 5% y los de 96-100 años representan el 1% de la población.

RESULTADOS DE LA ESCALA MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)

GRÁFICO #1

ESCALA FIM – POBLACION FEMENINA	TOTAL
Independientes	51
Leve	8
Moderado N1	5
Moderado N2	0
Severo	1



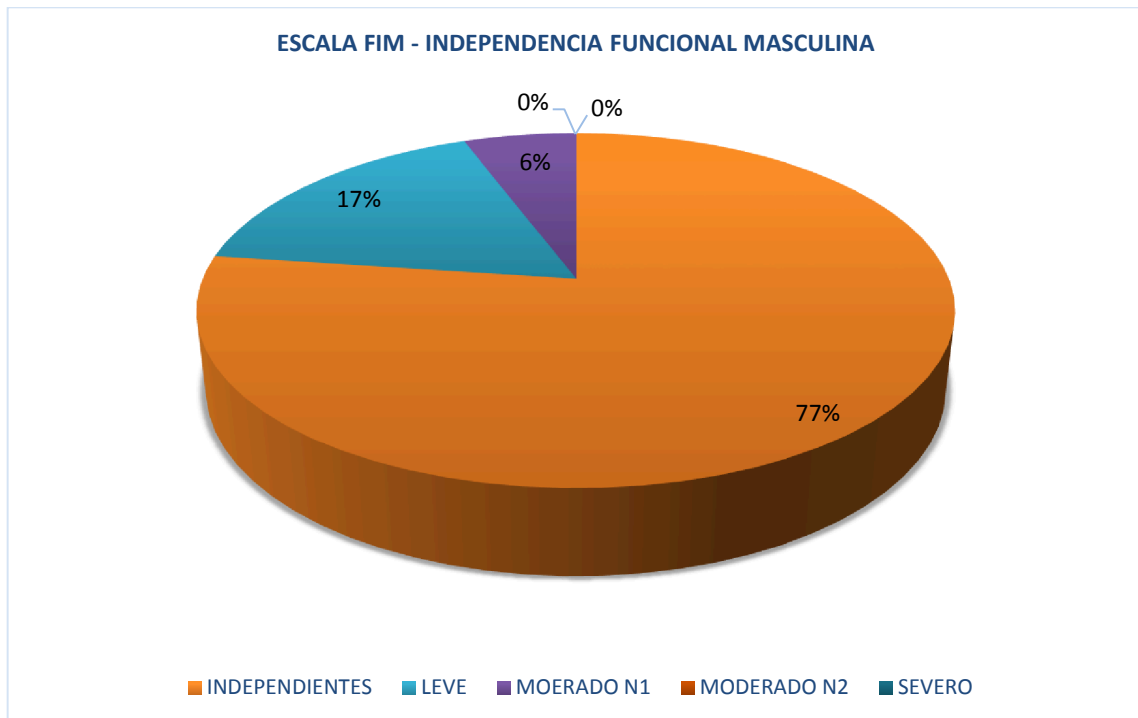
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 78% de la población estudiada es independiente, 12% un nivel de independencia leve, un 8% se mantiene en moderado nivel 1, un 0% en moderado nivel 2 y un 2% de esta población femenina presenta independencia severa.

GRÁFICO #2

ESCALA FIM - POBLACION MACULINA	TOTAL
Independientes	27
Leve	6
Moderado N1	2
Moderado N2	0
Severo	0



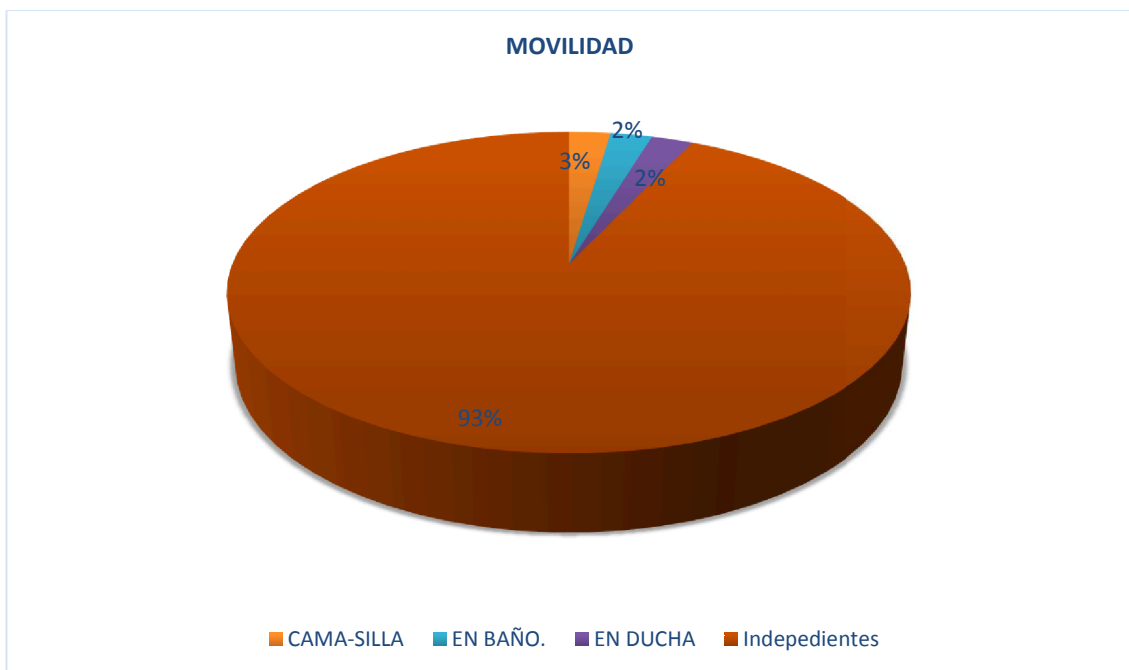
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: el 77% de la población en estudiada es independiente, 17% un nivel de independencia leve, un 6% se mantiene en moderado nivel 1, un 0% en moderado nivel 2 y un 0% de esta población masculina está en nivel severo.

GRÁFICO #3

MOVILIDAD	TOTAL
Traslado de la Cama a Silla o sillas de ruedas	3
Traslado en el Baño.	2
Traslado en la Ducha	2
Independiente	93



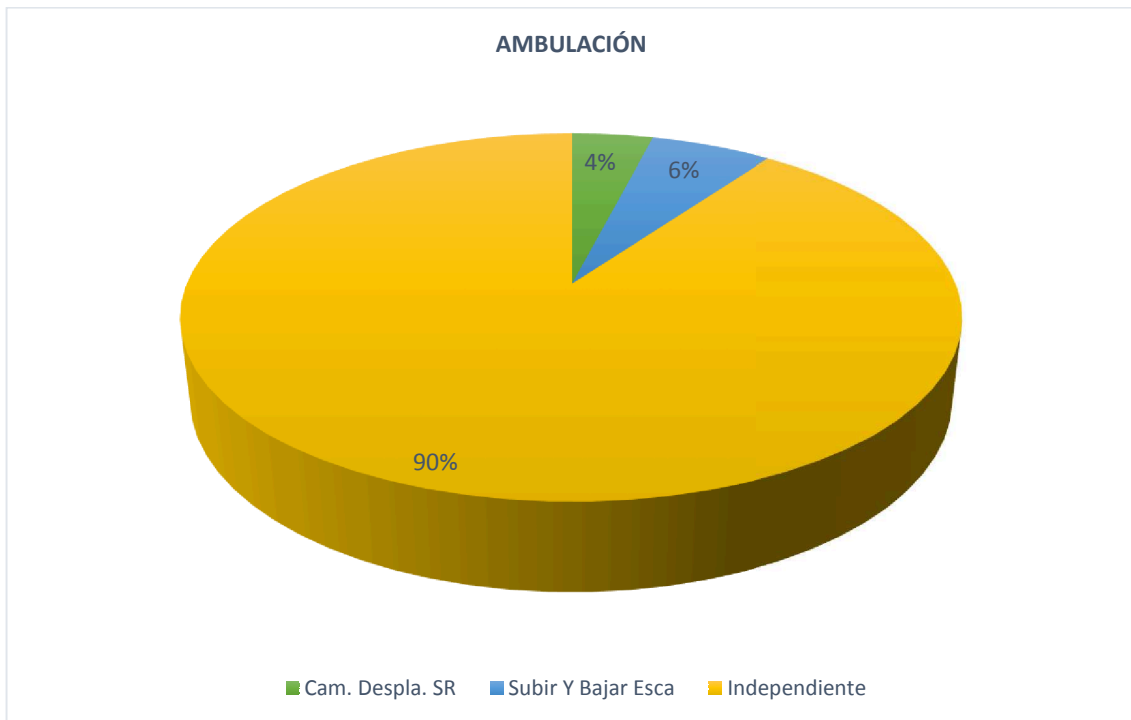
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 3% representa a las personas que tienen problemas en la movilidad de cama-silla; 2% representa dificultad en la movilidad dentro del baño; 2% problemas de la movilidad dentro de la ducha y en cuanto el 93% del grupo etario es independiente.

GRÁFICO #4

AMBULACION	TOTAL
Problemas al Caminar / Desplazarse en silla de ruedas	4
Problemas al Subir y bajar escaleras	6
Independiente	90



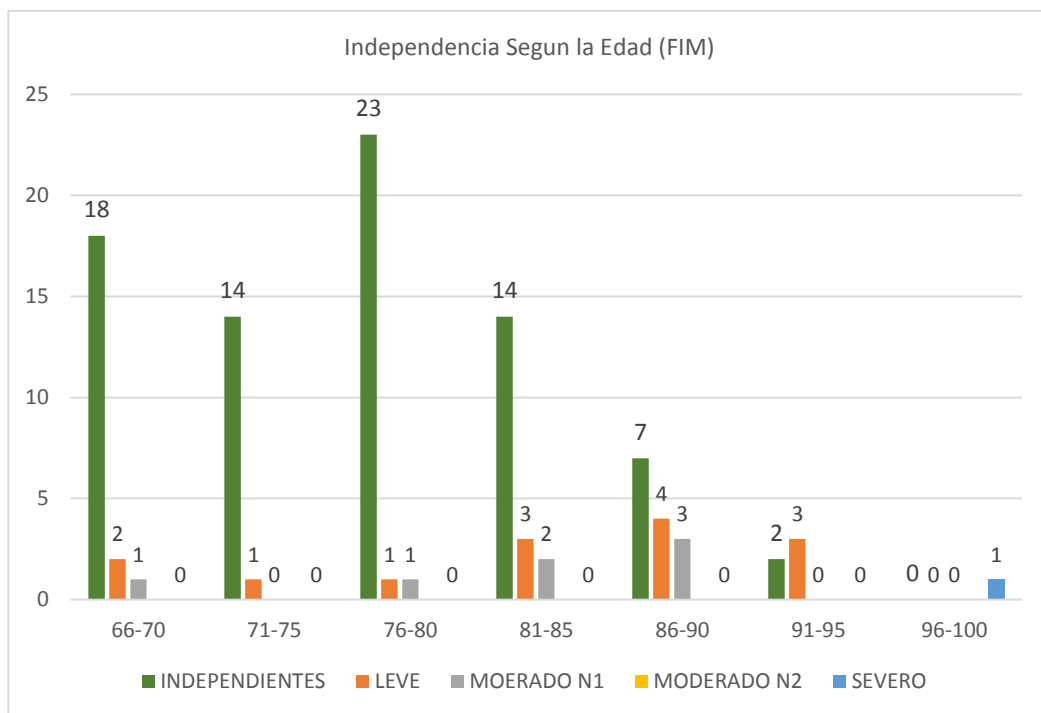
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: 4% presenta problemas en la ambulación de cama y desplazamiento en silla de ruedas; 6% presenta problemas de deambulación en bajar y subir las escaleras mientras que un 90% del grupo es totalmente independiente.

GRÁFICO #5

EDAD	INDEPENDIENTES	LEVE	MOERADO N1	MODERADO N2	SEVERO
66-70	18	2	1	0	0
71-75	14	1	0	0	0
76-80	23	1	1	0	0
81-85	14	3	2	0	0
86-90	7	4	3	0	0
91-95	2	3	0	0	0
96-100	0	0	0	0	1



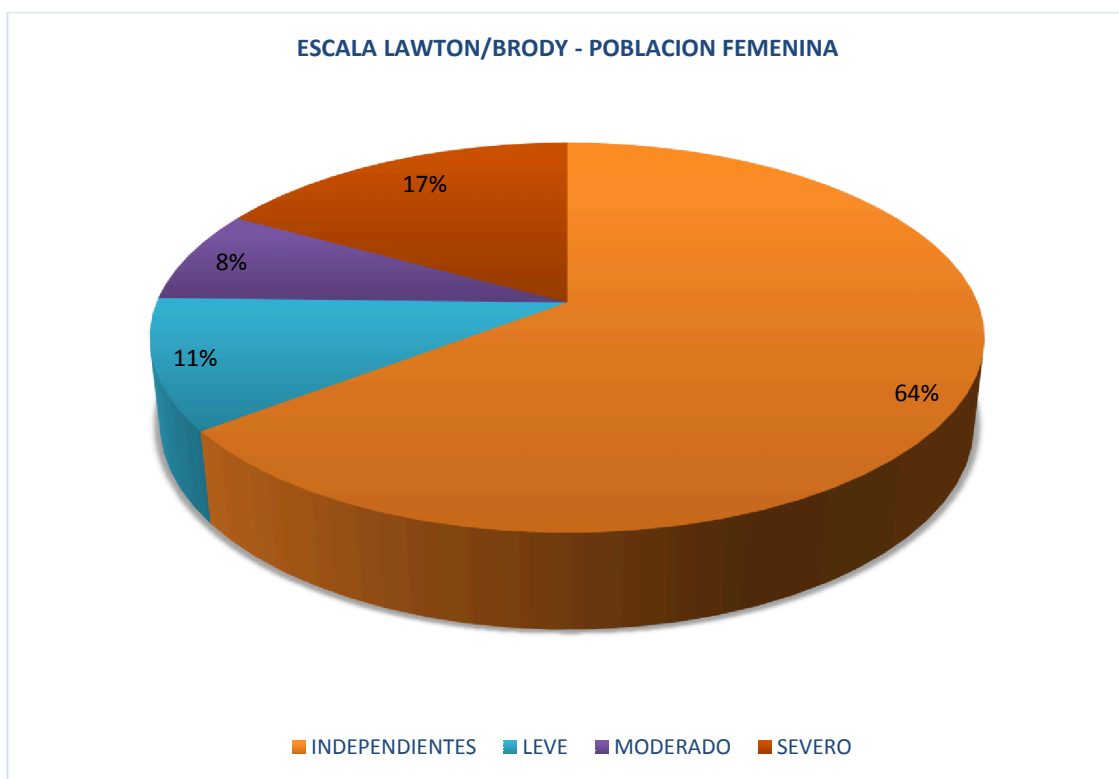
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 29% de adultos mayores que están en un rango de edad de 76-80 años son independientes, en el rango de 86-90 años encontramos un 29% en nivel leve y un 43% en nivel moderado 1, y de 96-100 años encontramos un 1% en nivel severo.

**RESULTADOS DE LA ESCALA BRODY/LAWTON
GRÁFICO #1**

ESCALA DE BRODY/ LAWTON – POBLACION FEMENINA	TOTAL
Independientes	42
Leve	7
Moderado	5
Severo	11



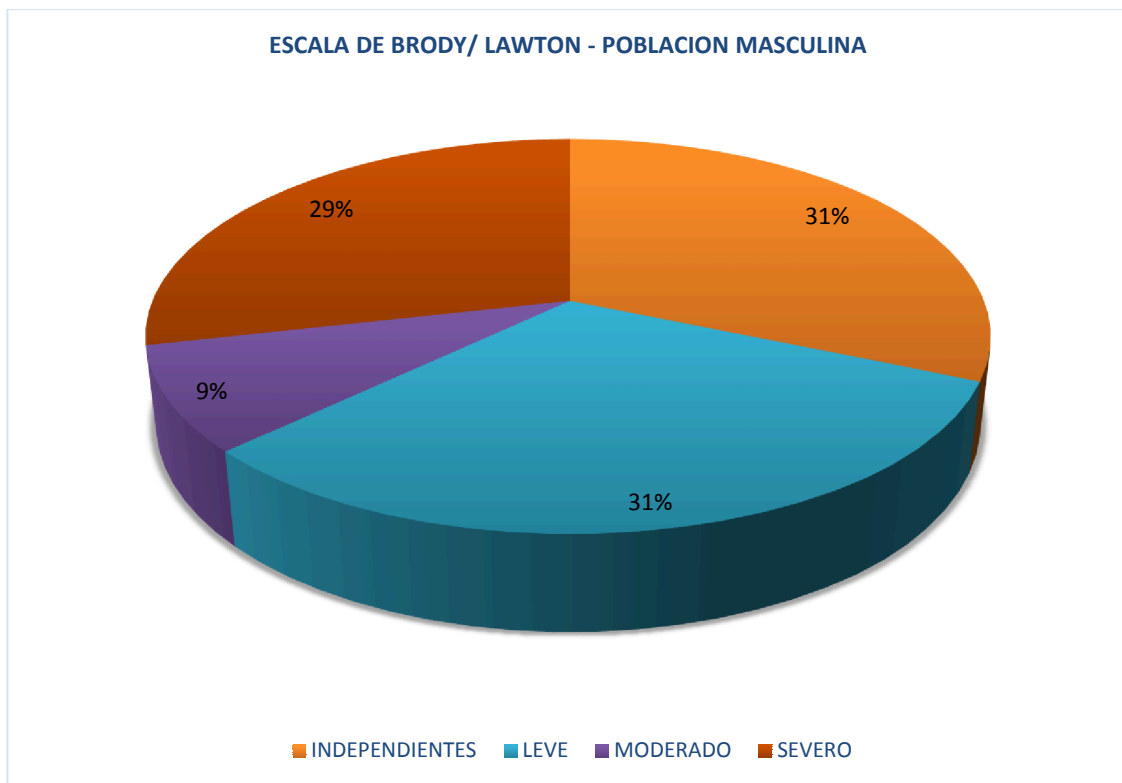
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: De acuerdo al grupo etario femenino en los niveles de independencia en la escala encontramos el 64% de la población es independiente, 11% un nivel de independencia leve, un 8% se mantiene en moderado nivel 1, un 17% en nivel severo.

GRÁFICO #2

ESCALA DE BRODY/ LAWTON – POBLACION MASCULINA	TOTAL
Independientes	11
Leve	11
Moderado	3
Severo	10



Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: De acuerdo al grupo etario masculino encontramos el 31% de la población estudiada es independiente, 31% un nivel de independencia leve, un 9% se mantiene en moderado y un 29% de esta población masculina está en nivel severo.

GRÁFICO #3

USO DE TELEFONO	TOTAL
0(Severo)	77
1(Moderado)	4
2(Independiente)	19



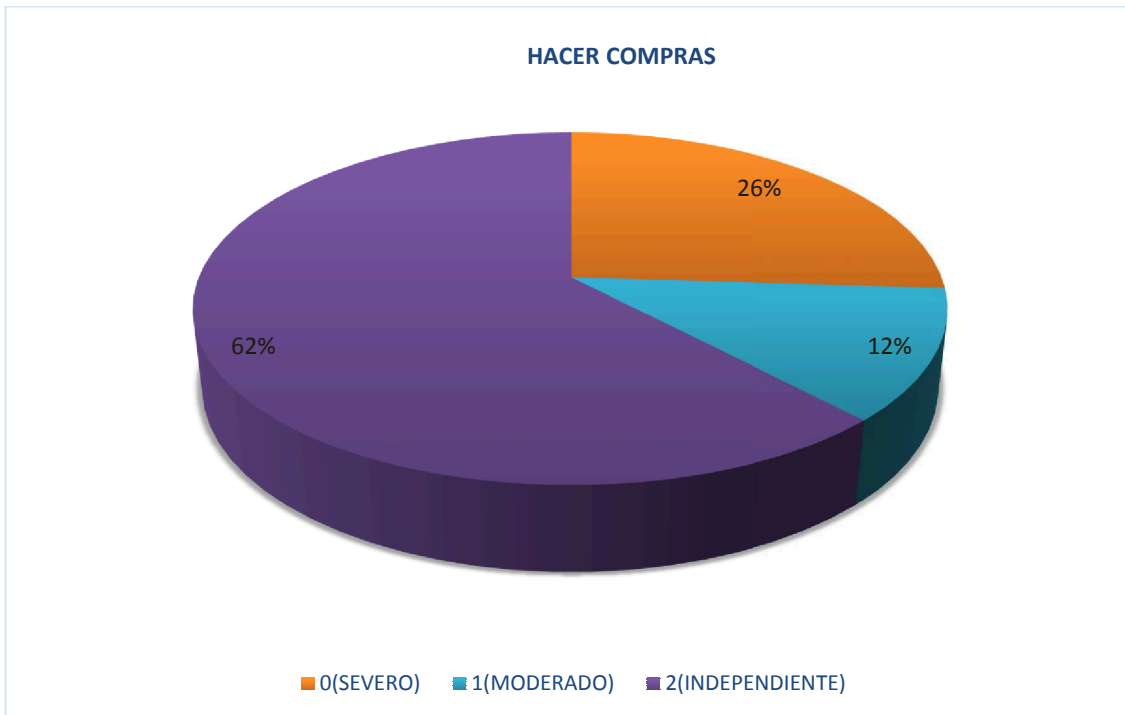
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 77% presenta dependencia severa, un 4% moderada y un 19% es completamente independiente.

GRÁFICO #4

HACER COMPRAS	TOTAL
0(Severo)	26
1(Moderado)	12
2(Independiente)	62



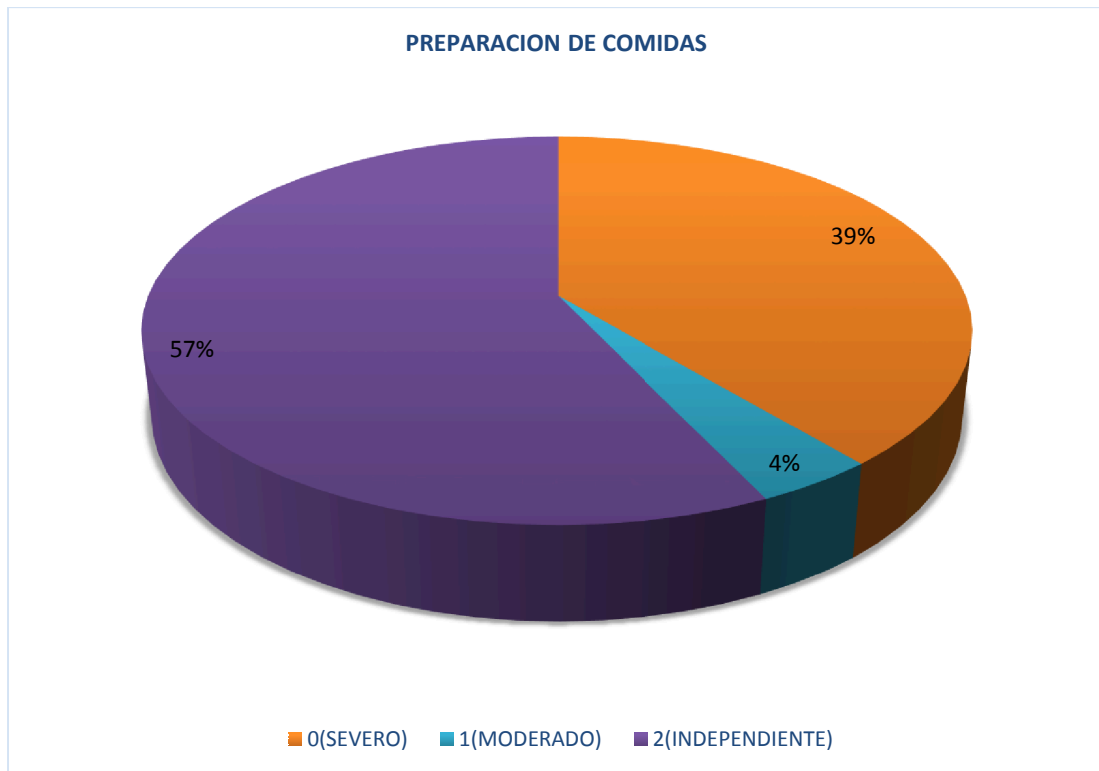
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 26% se encuentra en nivel severo (no lo hace), un 12% es moderada l independencia y un 62% es completamente independiente al realizar sus compras.

GRÁFICO #5

PREPARACION DE COMIDAS	TOTAL
0(Severo)	39
1(Moderado)	4
2(Independiente)	57



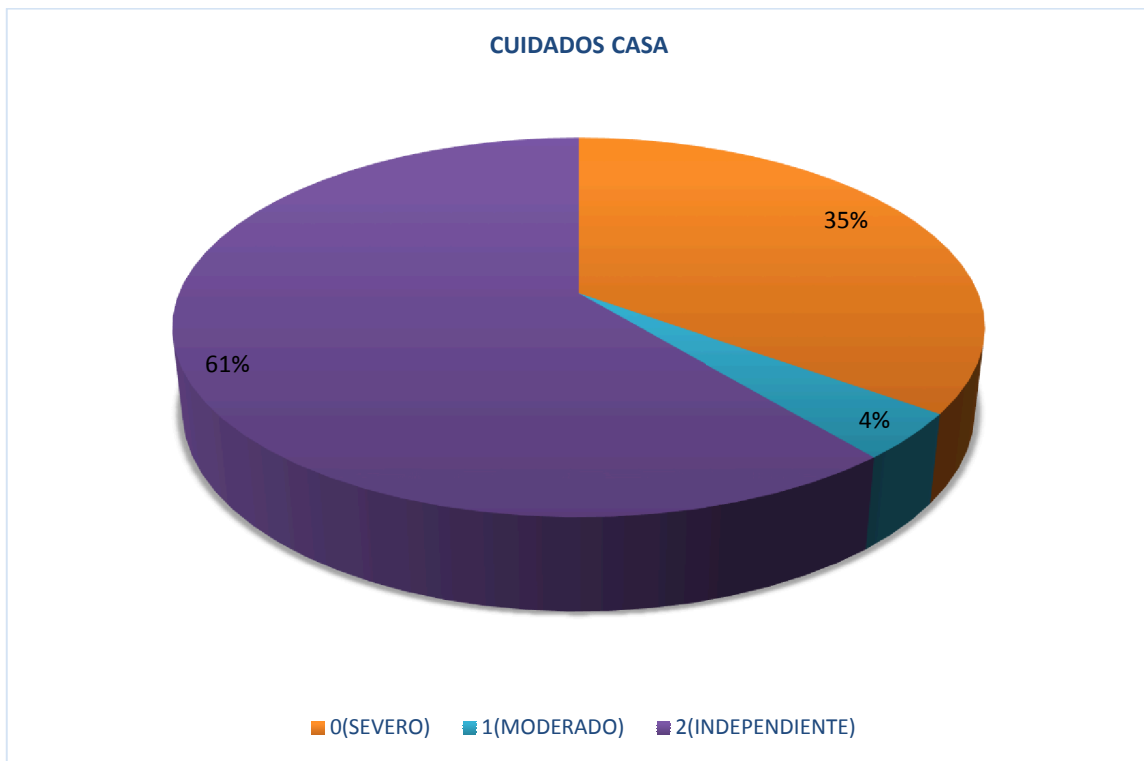
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 39% presenta un nivel severo en cuanto a la preparación de comidas, un 4% en nivel moderado y un 57% es independiente en cuanto a esta actividad.

GRÁFICO #6

CUIDADOS CASA	TOTAL
0(Severo)	35
1(Moderado)	4
2(Independiente)	61



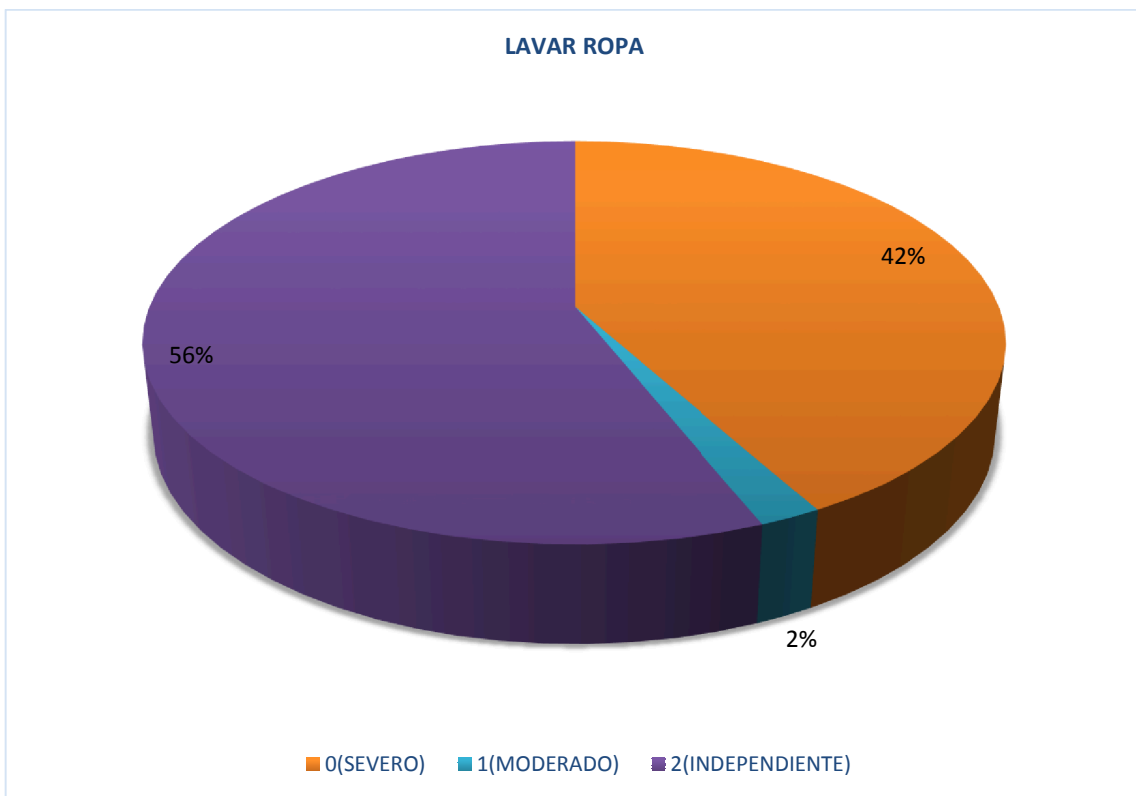
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 35% se encuentra en una independencia severa, un 4% en moderada y un 61% de la población es independiente en esta actividad.

GRÁFICO #7

LAVAR ROPA	TOTAL
0(Severo)	42
1(Moderado)	2
2(Independiente)	56



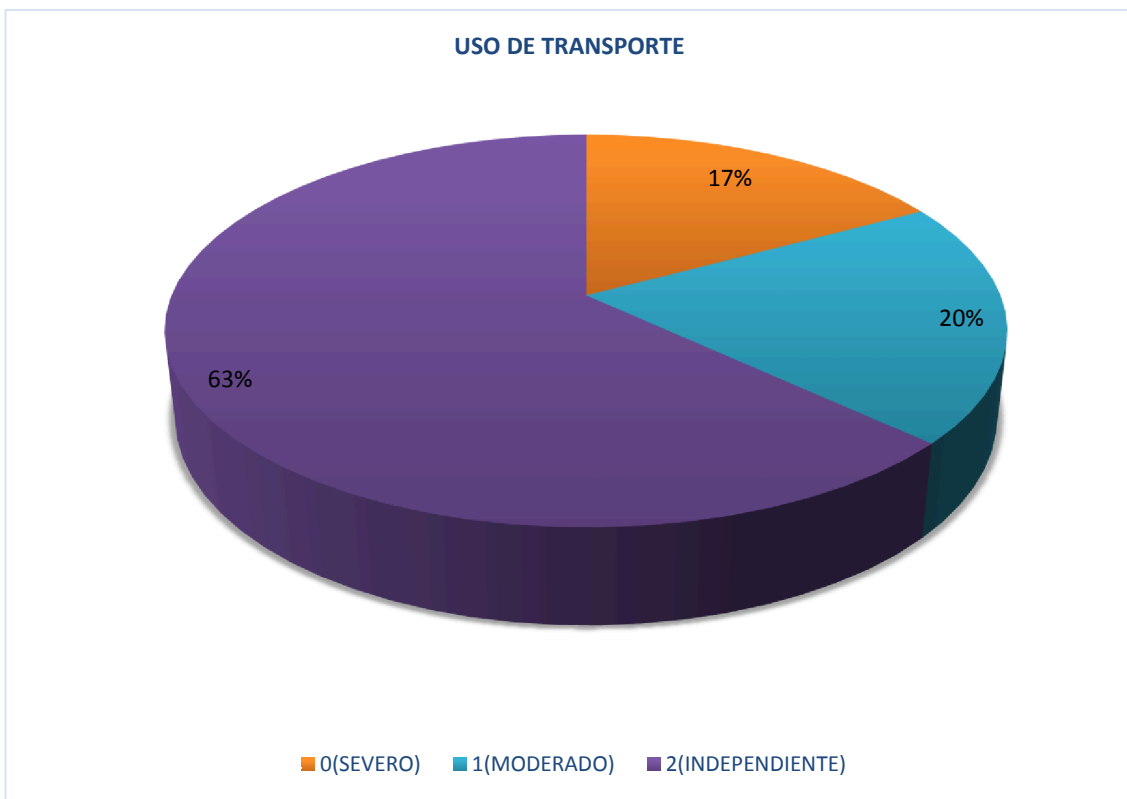
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: Un 42% presenta un nivel severo en cuanto al lavado de ropa, un 2% en nivel moderado y un 56% es independiente en cuanto a esta actividad.

GRÁFICO #8

USO DE TRANSPORTE	TOTAL
0(Severo)	17
1(Moderado)	20
2(Independiente)	63



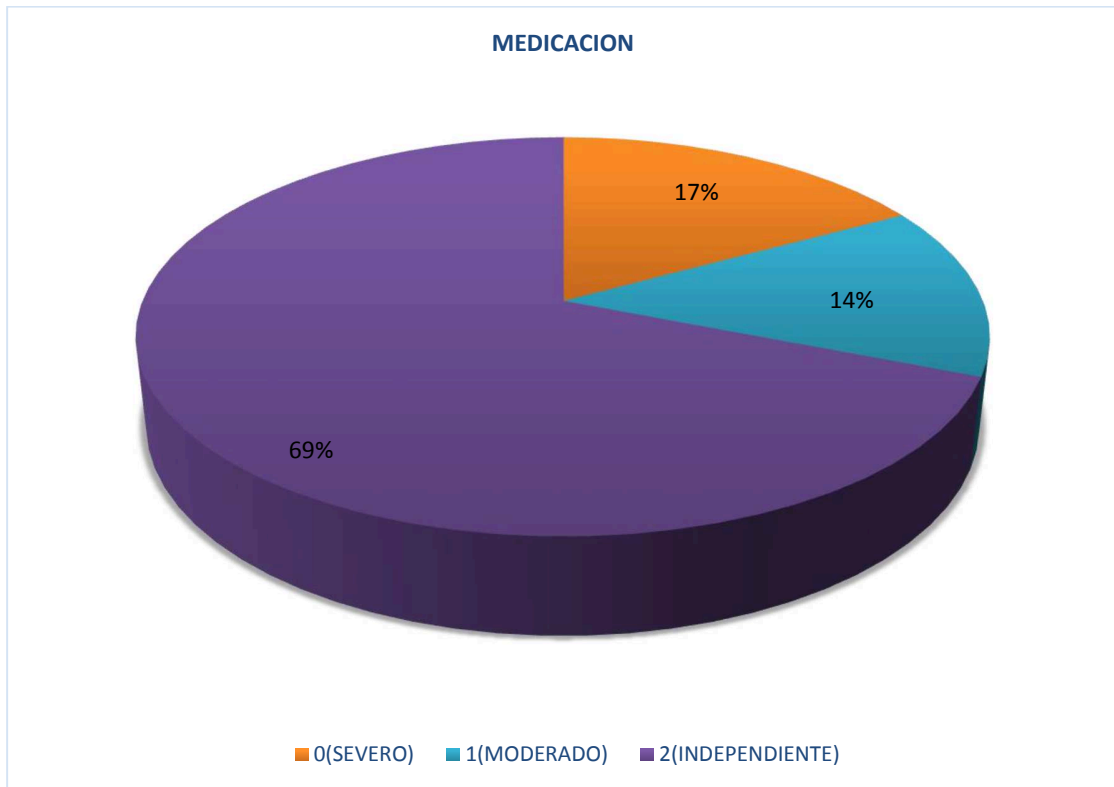
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: De los adultos mayores el 17% representa el nivel severo, un 20% representa el nivel moderado y el 63% del grupo es totalmente independiente en el uso del transporte.

GRÁFICO #9

MEDICACION	TOTAL
0(Severo)	17
1(Moderado)	14
2(Independiente)	69



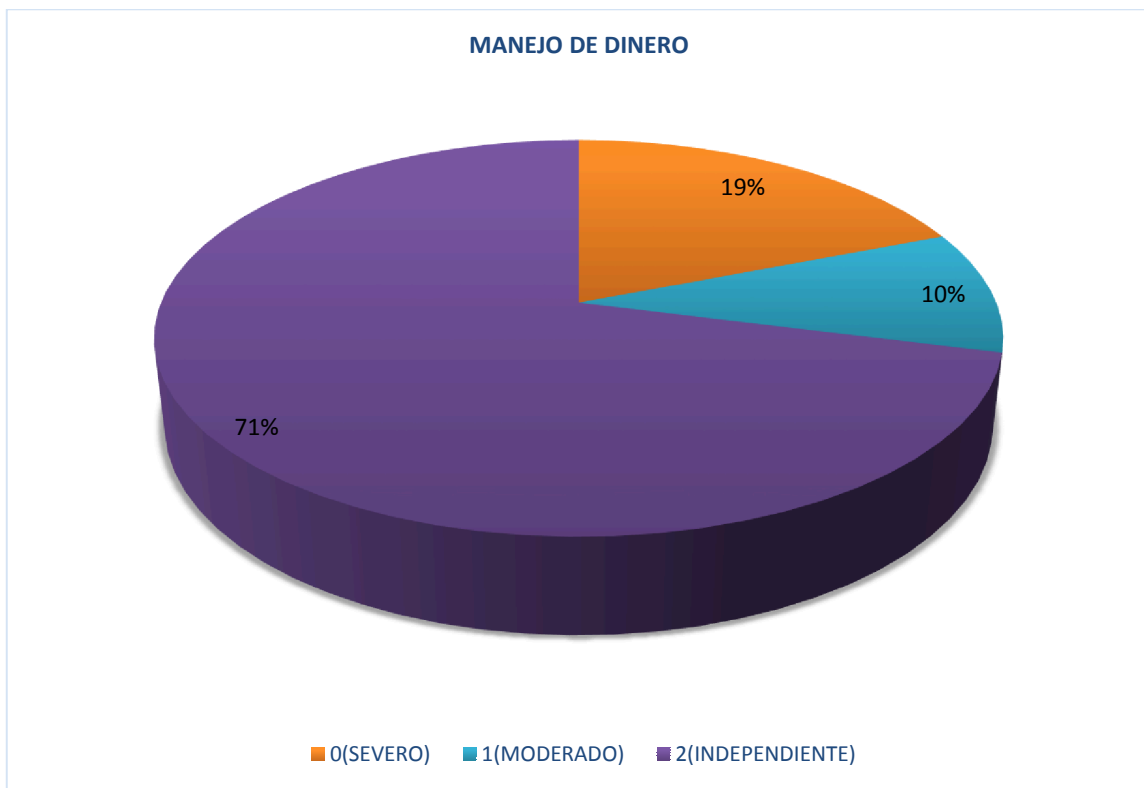
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: Un 17% presenta un nivel severo en cuanto a la medicación, un 14% en nivel moderado y un 69% es independiente en cuanto a esta actividad.

GRÁFICO #10

MANEJO DE DINERO	TOTAL
0(Severo)	19
1(Moderado)	10
2(Independiente)	71



Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

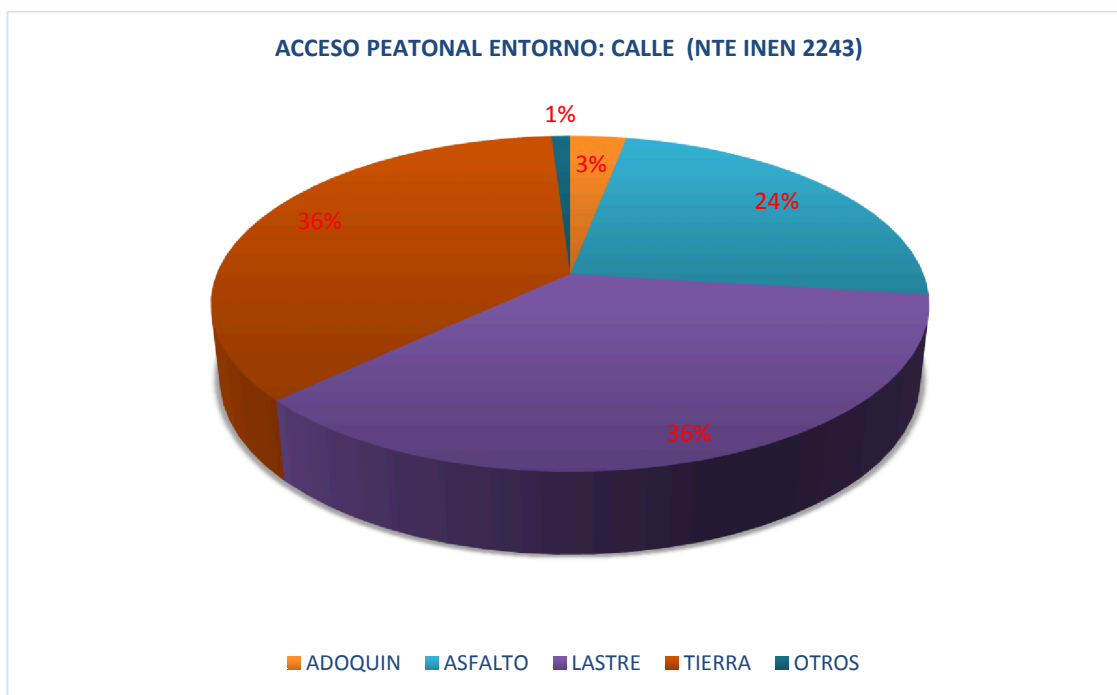
Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 19% representa el nivel severo, un 10% representa el nivel moderado y el 71% del grupo es totalmente independiente en el manejo de dinero.

Resultados Basados En Los Indicadores De Las Medidas De Accesibilidad Universal Y De La Normativa Del Instituto Nacional Ecuatoriano De Normalización (INEN)

GRÁFICO #1

ACCESO PEATONAL ENTORNO: CALLE (NTE INEN 2243)	TOTAL
Adoquín	3
Asfalto	24
Lastre	36
Tierra	36
Otros	1



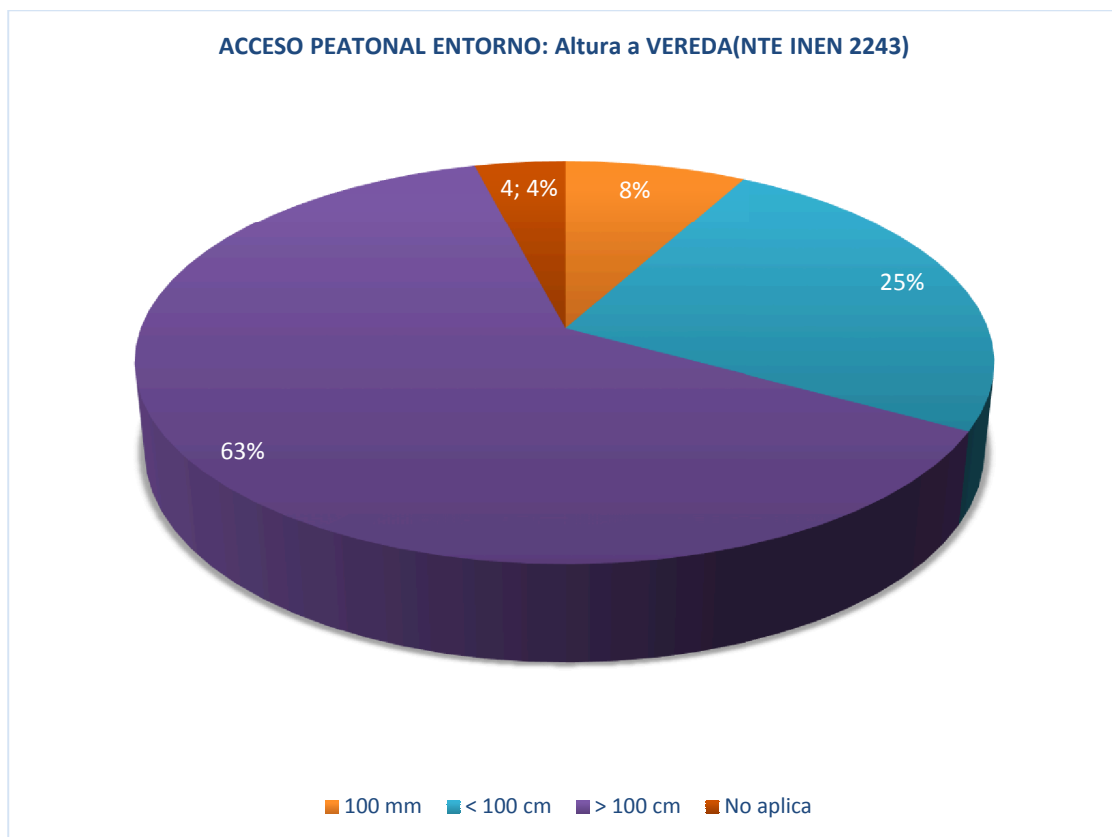
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: De acuerdo con el indicador de la norma INEN encontramos que el 3% de las calles es de adoquín, un 24% es de asfalto, un 36% de lastre otro 36% de tierra, mientras que un 1% es de otro tipo de material.

GRÁFICO #2

ACCESO PEATONAL ENTORNO: ALTURA A VEREDA (NTE INEN 2243)	TOTAL
100 mm	8
< 100 cm	25
> 100 cm	63
No aplica	4



Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 8% de la altura de las veredas está en los 100mm, un 25% es menos a los 100mm, un 63% es mayor a los 100mm mientras que un 4% de las veredas no aplica según la norma NTE INEN 2243.

GRÁFICO #3

ACCESO PRINCIPAL A LA CASA: RAMPAS (NTE INEN 2245)	TOTAL
Hasta 3 metros: 12 %	0
Hasta 10 metros: 8 %	0
No existe	100
No aplica	0



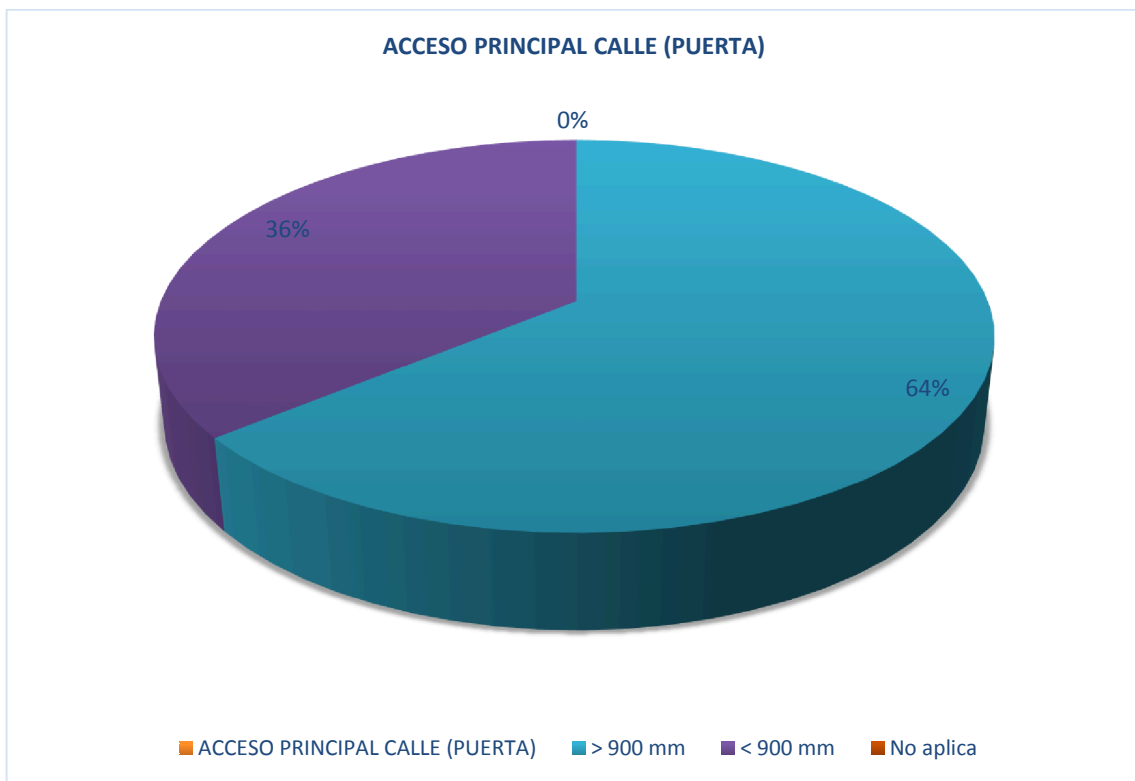
Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: De acuerdo con los indicadores basados en la norma de accesibilidad universal y según la norma NTE INEN 2245, un 100% de los accesos no presentan rampas.

GRÁFICO #4

ACCESO PRINCIPAL CALLE (PUERTA)	TOTAL
> 900 mm	64
< 900 mm	36
No aplica	0



Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 64% de las puertas es mayor a 900mm, un 36% es menor a 900mm mientras que el 0% no aplica.

GRÁFICO #5

TIPO DE PISO	TOTAL
Deslizante	99
Antideslizante	1



Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 99% de las viviendas presentan pisos deslizantes y un 1% si tienen pisos antideslizantes.

GRÁFICO #6

CONDICIONES DE LOS APARATOS Y BARRAS DE APOYO (NTE INEN 2 293:2001)	TOTAL
Si	0
No	1



Fuente: Impacto Del Contexto Ambiental Físico En La Independencia Funcional Del Adulto Mayor.

Autores: Bravo Zambrano Ricardo, Mendoza Zambrano Evelin.

Interpretación: El 100% de las casas no presentan estos tipos de aditamentos que sirvan como apoyo al adulto mayor para favorecer su independencia.

DISEÑO DE LA PROPUESTA

Tema: Mas Adultos Mayores Autovalentes

Objetivo:

Disminuir los riesgos de dependencia en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales del adulto mayor, reduciendo las barreras arquitectónicas presentes en el contexto físico.

Justificación:

El presente estudio, ha evidenciado la necesidad de realizar adaptaciones y modificaciones del contexto ambiental donde habita el adulto mayor; en este contexto, es inherente hacer estas acciones siguiendo una normativa que rige la accesibilidad universal para las personas con movilidad reducida (INEN). Esta investigación también identificó el riesgo que tienen los adultos mayores al entrar en un grado de dependencia, por tener limitantes ambientales. Por esto, se realiza la invitación para optimizar el entorno que prolongue la independencia del usuario adulto mayor, transformando un ambiente seguro de acuerdo a las necesidades de estos.

Estrategias:

- Modificar el ambiente físico externo del adulto mayor (veredas, paradas, rampas, entre otros).
- Adaptar el ambiente físico interno del adulto mayor (puertas, desniveles, barras de apoyos, pisos, entre otros).

Fase 1

- Análisis presupuestario:

Materiales: \$16.000

Recurso Humano: \$4.000

Total: \$20.000

Nota: Costos de materiales es una cifra referencial a los gastos proyectados.

Fase 2

- Presentación y aprobación del estudio y la propuesta al Gobierno Provincial de Manabí.

Fase 3

- Ejecución del proyecto.

Fase 4

- Evaluación del impacto de la intervención.

CONCLUSIONES

1. Se demostró que el contexto físico es un determinante relevante en la independencia funcional del adulto mayor. Si bien es cierto se encontró un 29% de adultos mayores autovalentes – existe un 71% de la población estudiada con limitaciones en sus actividades y restricción de la participación en la comunidad. Esta dependencia en las actividades de la vida diaria básicas e instrumentales se evidencian en número de niveles desde una dependencia leve hasta llegar a la severa.
2. Dado el alto índice de barreras identificadas en el entorno arquitectónico del adulto mayor, esta se evidenció sobre todo en: calles, veredas (rampas), puertas, tipos de pisos y barras de apoyos, encontrando poco o casi nada de facilitadores ambientales.
3. Se determinó la demografía de la población en estudio en la cual el sexo predominante es el femenino anteponiéndose al masculino, teniendo como edad predominante al rango de 76 a 80 años.
4. Dentro de las áreas de ejecución de independencia funcional en las actividades básicas que limitan la participación del adulto mayor esta la movilidad y la ambulación, que reflejan dependencia más que otras actividades. Además, en las actividades instrumentales de la vida diaria, un 17 % en mujeres y el 29% en hombres corresponde a una dependencia severa; esto resulta por la idiosincrasia cultural que esgrime esta sociedad.

RECOMENDACIONES

1. Desarrollar programas de seguimiento a la independencia funcional del adulto mayor y su relación a las necesidades que tienen en disminuir barreras arquitectónicas presentes en el medio físico.
2. Instituciones deben regirse a las normativas de accesibilidad universal, así como también a las normas INEN para la construcción de ambientes públicos, disminuyendo o en su defecto eliminando las barreras arquitectónicas que dificulta la independencia funcional del adulto mayor.
3. Promulgar y concienciar a la sociedad sobre las limitantes arquitectónicas y como refleja en la calidad de vida no solo del adulto mayor, si no también en las personas con movilidad reducida.

BIBLIOGRAFIA

- Accesibilidad Ley Nacional. (1994). *Modificacion de la ley nacional n° 22.341*. Argentina.
- ACS, F. (2009). *Accesibilidad Universal y Ayudas tecnicas para todos*. España-Mexico : Peguin Random House.
- Belenger, M. (2000). Autonomia Funcional y ocupacion de tiempo libre en personas mayores. En F. Aliaga, *Rev. Rol de enfermeria* (págs. 231-234). España: 23(3).
- Boudeguer, A. (2014). *Manual de accesibilidad turistica para personas con movilidad reducida y discapacidad*. Chile : Sernatur.
- Conadis. (2006). Curso - taller urbanismo accesible y calidad de vida. *consejo nacional de discapacidad y organizacion panamericana de la salud*, 25.
- Convencion sobre los derechos de las personas con discapacidad. (s.f.). *ACCECIBILIDAD*. NACIONES UNIDAS.
- Coriat, A. S. (2002). *Lo urbano y lo Humano - Habitad*. Buenos Aires: Nobuko.
- Fernandez, C. (2010). *Accesibilidad al Medio Fisico para los Adultos Mayores* . Buenos Aires: ISBN 978-98725954-0-1.
- Fingini, L. (2006). *Espacio libre de barreras - Diseño universal*. Buenos Aires: Nobuko.
- INE. (2004). *Situacion Demografica del Pais en el siglo XXI*. Chile: Enfoque estadistico 21.
- INEC. (2010). *CENSO DE POBLACION Y VIVIENDA*. ECUADOR.
- INEN. (2013). *Direccion poblacional adulta mayor*. Ecuador.
- INEN, I. 2.-1. (2015). *ACCECIBILIDAD UNIVERSAL Y DISEÑO PARA TODOS*. QUITO-ECUADOR.
- Martin, E. (1994). La prevencion comunitaria. *igualdad y calidad de vida*, 7.
- MIES-INIGER. (2010). *Investigaciones sobre adultos mayores*. Vilcabamba-Loja.
- Ocampo, S. (2007). Accesibilidad universal formacion para encargados de abras oficiales y asuntos sociales. *Fundacion laboral de la construccion*, 25-30.
- Padilla, D. (2012). El adulto mayor y la jefatura del hogar. *Revista E-analisi*, 1.4-7.

- Quintero, G. (1996). *Calidad de vida y envejecimiento, tema de gerontología*. Habana-Cuba: Científico-Técnico.
- Sanchez, G. (2010). *Actividades para el cuidado de la salud con adultos mayores desde la perspectiva de Terapia Ocupacional*. Mexico: Limusa.
- Schwenke, N. (2004). *Evaluación del impacto de la política Nacional del adulto mayor en la Araucanía*. Chile.
- Siguenza, P. (19 de 09 de 2013). *Google*. Obtenido de Obtenido de calidad de vida del Adulto Mayor: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/5022/1/tesis.pdf>
- Velandia, A. (1994). Investigación en salud . En A. Velandia, *Calidad de Vida* (pág. 300). Bogotá-Colombia: 1ª edición .
- W., P. P. (2002). *Diseño accesible: construir para todos*. Chile: 1.ED.

ANEXOS

Escala Medida De Independencia Funcional Y Escala De Lawton/Brody.

FICHA DE EVALUACIÓN (Terapia Ocupacional)

I. ANTECEDENTES GENERALES	
Nombre: <i>Clara Marina Barbo Quije</i>	Edad: <i>76 años</i>
Fecha evaluación Ingreso: <i>20-08-18</i>	Rut: <i>130080797-9</i>
Motivo de ingreso:	Ocupación: <i>Wada</i>
Teléfono/ Familiar entrevistado: <i>09-8969533</i>	Escolaridad: <i>Primaria</i>
Jubilado: <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> no	Cuál? <i>2º Básica</i>
Contexto familiar/social: <i>Hija - nieto - Hermana</i>	
Antecedentes mórbidos	ANAMNESIS
HTA Párkinson	<i>Diabetes - Hipertensión - Artritis</i> <i>Discapacidad Visual 100%</i>
DM Alzheimer	
Hipotiroidismo Artritis	
Artrosis Otros	
II. ANTECEDENTES OCUPACIONALES	
Ocupación que desempeñaba	<i>Ama de Casa</i>
Actividades recreativas que realiza	<i>Cancha redio</i>
Redes sociales	Agrupación adultos mayores Junta de vecinos voluntariado
	Comunidad Grupos laborales otro
III. FUNCIONALIDAD Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (AVD)	

Escala FIM → (Functional Independence Measure)			AIVD → Escala de Brody/Lawton			
	Dominio: Motor	Ptj	Descripción		Ptj	Descripción
	Autocuidado			Uso teléfono	<i>0</i>	
1	Alimentación	<i>2</i>		Hacer Compras	<i>0</i>	
2	Arreglo personal	<i>2</i>		Prep. Comidas	<i>0</i>	
3	Baño	<i>2</i>		Cuidados de casa	<i>0</i>	
4	Vestido hemicuerpo superior	<i>2</i>		Lavado de ropa	<i>0</i>	
5	Vestido hemicuerpo inferior	<i>2</i>		Uso de transporte	<i>0</i>	
6	Aseo perineal	<i>2</i>		Medicación	<i>0</i>	
	Control de esfínteres			Manejo de dinero	<i>0</i>	
7	Control de la vejiga	<i>7</i>		TOTAL	<i>0</i>	<i>Problema Moderado</i>
8	Control del intestino	<i>7</i>			<i>78</i>	<i>Moderado</i>
	Movilidad			IV. CONTEXTO físico: Qué entornos apoyan o inhiben la independencia? <i>Acceso y salida principal a la casa</i> <i>Tiene muchos desniveles, moza sin rampas, piso cemento y tierra irregular.</i>		
9	Traslado de la cama a silla o silla de ruedas	<i>5</i>				
10	Traslado en baño	<i>3</i>				
11	Traslado en bañera o ducha	<i>3</i>				
	Ambulación					
12	Caminar/desplazarse en silla de ruedas	<i>3</i>				
13	Subir y bajar escaleras	<i>3</i>				
	Dominio: Cognitivo					
	Comunicación					
14	Comprensión	<i>7</i>				
15	Expresión	<i>7</i>				
	Conocimiento Social					
16	Interacción social	<i>7</i>				
17	Solución de problemas	<i>7</i>				
18	Memoria	<i>7</i>				
	TOTAL	<i>78</i>				

Informe De Barreras Arquitectónicas.

INFORMES DE BARRERAS ARQUITECTONICAS DE T.O.

Descripción general de contexto familiar y de la vivienda.

1.1 Accesos Exteriores

Indicar descripción y medidas necesarias en cada punto.

Accesos peatonales del entorno (calles, veredas)	Vereda 20cm
Transporte Público	50 cm
Tipo de Terreno	Tierra
Estacionamiento	No
Acceso principal desde la calle	Calle Tierra
Acceso principal al inmueble	Cemento / muro 50 cm
Altura de accesorios (timbre, citófono, quincallería, etc.)	No

1.2 Hall de Distribución y salas de estar

Indicar descripción y medidas necesarias en cada punto.

Accesos (Puertas, desniveles, etc.)	altura 1 mto.
Espacio interior (ancho pasillos, desniveles, etc.)	→ Libre.
Mobiliario (espacio libre, etc.)	2 mto. libre
Tipo de piso	Cemento.

1.3 Dormitorios

Indicar descripción y medidas necesarias en cada punto.

Accesos (Puertas, desniveles, etc.):	Barra: 90 cm
Espacio interior (espacio libre hacia la cama, etc.)	Cama 93cm
Mobiliario (altura cama, etc.)	40 cm.
Tipo de piso	Cemento.

1.4 Comedor

Indicar descripción y medidas necesarias en cada punto.

Accesos (Puertas, desniveles, etc.)	
Espacio interior (espacio libre, etc.)	2 mt.
Mobiliario (altura de la mesa, etc.)	
Tipo de piso	Cemento

1.5 Baño

Indicar descripción y medidas necesarias en cada punto.

Accesos (Puertas, desniveles, etc.)	Puerta 75 cm / 10 cm muro desnivel 4 metros
Espacio interior (espacio libre hacia implementos.)	
Mobiliario (medias de lavamanos, escusado, ducha, etc.)	lavamanos. ducha 70 cm 84 cm
Tipo de piso	Cemento.

1.6 Cocina

Indicar descripción y medidas necesarias en cada punto.

Accesos (Puertas, desniveles, etc.)	1,10cm
Espacio interior (espacio libre, etc.)	2,50cm
Mobiliario (acceso a muebles e implementos, etc.)	
Tipo de piso	Cemento

1.7 Conclusión

Acceso y salida principal de la casa es muy difícil para la Usuaia debido a su discapacidad visual, y por no haber pasamanos en la bajada del muro de la casa.

Evelina M. Z.
Firma del TO responsable.

Baremo

	puntaje
No necesita ayuda con dos puntuaciones:	
completamente independiente	7
independiente con cierta limitación	6
Necesita ayuda con dos subniveles:	
Dependencia moderada con varias puntuaciones:	
supervisión. No se asiste al paciente	5
Solo requiere mínima asistencia. Paciente aporta el 75 % o más	4
Requiere asistencia moderada. Paciente aporta el 50 % o más	3
Dependencia completa con dos puntuaciones:	
Requiere asistencia máxima. Paciente aporta el 25 % o más	2
Requiere asistencia Total. Paciente aporta menos del 25 %	1

CIF: 150 grupos de gravedad

no hay problema	0 a 4 %	126-121	independiente
problema ligero	5 a 24 %	120-100	leve
problema moderado	25 a 49 %	99-73	Moderado N1
problema grave	50 a 95%	72-23	Moderado N2
Problema Total	96 a 100%	22-18	severo

