



IECAIM
INSTRAW



CONAMU



PNUD - UNIFEM

La Mujer de la Tercera Edad y las Políticas Públicas

Memorias del Seminario – Taller

Hotel Zumag
Quito, Enero 17 del año 2000
Ecuador

La Mujer de la Tercera Edad y las Políticas Públicas

Dr. Nelson Jurado * Ec. Fabiola Cuvi Ortiz *
Dra. Fabiola Argüello * Dr. Mario Zapata *
Dra. Fabiola Solís de King * Dr. Pablo Alvares *
Dra. Bertha Moreira de Alava

COMPILACION

Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer
IECAIM Punto Focal del Instituto Internacional de
Investigaciones y Capacitación de las Naciones Unidas
para la Promoción de la Mujer INSTRAW

COORDINACION EDITORIAL

Ec. Fabiola Cuví Ortiz
Directora del Instituto Ecuatoriano de Investigaciones
y Capacitación de la Mujer IECAIM

AUSPICIOS

Consejo Nacional de las Mujeres CONAMU, Directora Señora Lola Villaquirán de Espinosa; PNUD, Coordinadora del Sistema de las Naciones Unidas para el Ecuador Señora Aase Smedler

EDITORIAL

J.G., Regente Señor Jaime Savedra

PORTADA

UN Photo by Bruno J. Zchnder

Primera Edición: Año 2000

Las publicaciones del IECAIM, están protegidas por los derechos de propiedad intelectual, sin embargo, las ponencias de esta compilación pueden reproducirse, citando el autor y la fuente, siempre y cuando sea con finalidad social, sin fines de lucro.

La responsabilidad de las opiniones expresadas por los autores no significan necesariamente las sustentadas por el IECAIM, o por los gobiernos de sus países de origen.

DIRECCION DEL IECAIM

Calle Herrera Lote No. 6, Sector La Gasca
Correo Postal: Av. 6 de Diciembre 2817
Quito -Ecuador
E-Mail : pokar@pi.pro.ec
Teléfonos FAX: 563232 - 569397
Teléfono: 525517
Celular: 09493060

IMPRESO EN QUITO - ECUADOR

IECAIM
INSTITUTO ECUATORIANO DE
INVESTIGACIONES Y
CAPACITACION DE LA MUJER

Directora

Ec. Fabiola Cuvi Ortiz

Coordinadora General

Dra. Bertha Moreira de Alava

Secretaria

Ec. Alba Mena de Avilés

Tesorera

Sra. Augusta de Ruilova

CONSEJO DIRECTIVO

Dra. Fabiola Solís de King

Dra. Graciela Martínez

Dra. Aracely Aulestia

Dra. Fabiola Argüello

Dra. María C. Villacís

Lic. Catalina Rodríguez

Dra. Martha Valdiviezo

Lic. Martha Albán

Sra. Paquita Andrade de Galarza

Antropóloga Erika Velarde

Sra. Consuelo Gutiérrez

AUTORIDADES INVITADAS

Doctor Ramiro Acosta	Subsecretario de Acción Social del Ministerio de Trabajo
Sra. Aase Smedler Unidas para el Ecuador	Coordinadora del Sistema de las Naciones

MODERADORAS

Ec. Alba Mena de Avilés
Dra. Graciela Martínez
Dra. Martha Valdiviezo
Dra. Piedad Gálvez
Dra. María Cristina Villacís
Lic. Catalina Rodríguez

COMISIÓN DE SEGUIMIENTO Y CONSULTORAS

Ec. Fabiola Cuvi	IECAIM
Lic. Hilda Egúez de Jaramillo	CORFEC
Dr. Oswaldo Dueñas	IESS
Sra. Elena Yépez	ONG'S
Dra. Fabiola Argüello	M.B.S.
Lic. Ligia Villarreal	M.B.S.
Lic. Aída Haro	Por el Seminario

CONTENIDO

Sesión Inaugural

Presentación

Ec. Fabiola Cuvi Ortiz, Directora del IECAIM

Inauguración

Dr. Ramiro Acosta, Subsecretario de Acción Social del Ministerio de Trabajo

Capítulo I

FORMULACION DE POLITICAS INTEGRALES PARA LA MUJER DE LA TERCERA EDAD

El envejecimiento y las implicaciones de la Mujer de la Tercera Edad

Características Demográficas y Sociales

Dr. Nelson Jurado

Características Socio – Económicas de la Mujer de la Tercera Edad:

Pobreza, Mendicidad, Fuentes de Ingreso, Seguridad Social, Vivienda,

Asistencia Social

Ec. Fabiola Cuvi

Capítulo II

POLITICAS DE ATENCION PARA LA SALUD DE LA MUJER DE LA TERCERA EDAD

Promoción y Protección de la Salud de la Mujer. El Envejecimiento Normal
y Patológico, sus Implicaciones en la Salud

Dra. Fabiola Argüello

Enfermedades de la Tercera Edad: Reposición Hormonal, Osteoporosis y
el Chequeo Climatérico

Dr. Mario Zapata

La Mujer y la Ancianidad. Aspectos Psicológicos

Dra. Fabiola Solís de King

Capítulo III

POLITICAS DE DESARROLLO INTEGRAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

Reinserción Social, Laboral y Capacitación para la Mujer de la Tercera
Edad

Dr. Pablo Alvarez y Tec. Tania Erazo

Aspectos Jurídicos: LEY del Anciano, vigente, y Proyecto de LEY
Sus implicaciones en la Mujer de la Tercera Edad

Dra. Bertha M. de Alava

Cambios Normales de la Capacidad Intelectual y
Características de las Enfermedades Mentales en el Adulto Mayor

Dra. Fabiola Argüello

Conclusiones y Recomendaciones

MEDICAS:

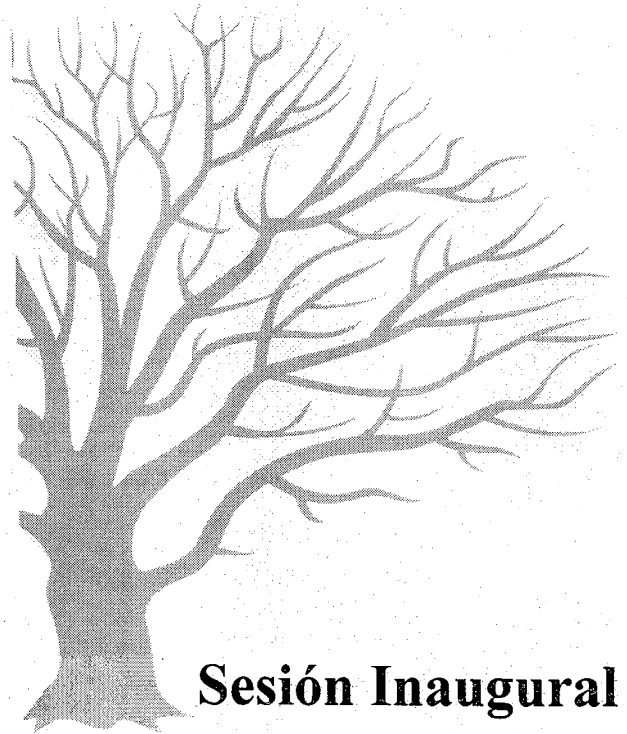
Dra. Fabiola Argüello, Directora de la Dirección de Gerontología del
Ministerio de Bienestar Social

SOCIALES:

Sra. Hilda Egüez de Jaramillo, Presidenta de la CORFEC

Clausura

Señora Aase Smedler, Coordinadora del Sistema de Naciones Unidas
para el Ecuador



Sesión Inaugural

PRESENTACION

Ec. Fabiola Cuvi Ortiz
DIRECTORA DEL IECAIM

El Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer y en general, los veinte y cinco años transcurridos desde la Primera Conferencia de las Naciones Unidas para la Mujer, celebrada en México, en 1975, y luego, las Conferencias de Copenhague, Nairobi y Beijing, han contribuido significativamente a legitimar la preocupación por el desarrollo económico y social de la mujer y su incorporación al desarrollo.

Dentro de este contexto, la Mujer de la Tercera Edad es la que más ha sufrido, a pesar de que en los diferentes documentos extraídos de las cuatro Conferencias de las Naciones Unidas para la Mujer y de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento de 1982, existen párrafos alusivos a la mujer envejeciente que hacen hincapié en los aspectos humanitarios y de desarrollo de la ancianidad, recomendando acciones aplicables a asegurarles una vida digna, como es la campaña global sobre el envejecimiento iniciada en 1992.

La experiencia ha demostrado que la preparación para atender los aspectos económicos y psico-sociales de la ancianidad es todavía deficiente aún cuando se han recomendado a los Gobiernos adoptar políticas a largo y mediano plazo referidas no sólo a los aspectos biológicos, sino también a aquellos gerontológicos, geriátricos, económicos, jurídicos, de pobreza extrema, modificaciones psicológicas, dependencia de los demás, entre otros.

De otro lado, es un hecho comprobado el aumento progresivo de la esperanza de vida en el Mundo. El número de mujeres de sesenta y cinco años o más, es cada vez mayor, creando problemas de envergadura a los que los gobiernos deben dar soluciones rápidas y concretas a través de enfoques modernos, conceptos y lineamientos operativos formulando políticas públicas.

El IECAIM ha realizado algunos eventos sobre la situación de la mujer mayor y la mujer anciana demente y cuenta con la Investigación "La Mujer de la Tercera Edad en el Ecuador", la cual arroja índices dignos de tomarse en cuenta. El 55% de los ancianos son mujeres; y, por su longevidad, el 65% de personas de 80 años o más, son mujeres.

La revista POPULI del UNPFA de Enero de 1999, dice que el envejecimiento tendrá graves efectos en la población. Los ancianos serán cada vez mayores y más urbanos. Los problemas de pobreza y socio económicos, se agrandarán. Habrá más ancianos desvalidos que nunca.

No existen políticas públicas para la Mujer de la Tercera Edad en el Ecuador. La LEY del anciano no se cumple en el 100% y en el Congreso se debate una nueva LEY.

De allí que el Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer IECAIM con el auspicio del Consejo Nacional de Mujeres CONAMU, el PNUD y UNIFEM resolvió realizar un Seminario-Taller cuyo producto es esta obra de investigación en la que constan, compiladas, las investigaciones realizadas por cada uno de los-las ponentes invitados.

Con estas investigaciones y con las conclusiones y recomendaciones vertidas por los 76 participantes y recopiladas en esta obra, el IECAIM aspira contribuir con las instituciones públicas y privadas a la formulación de políticas que posibiliten la resolución de la problemática actual de la población envejeciente, en los aspectos gerátricos, gerontológicos, económicos, de pobreza, jurídicos, etc. a fin de insertarla en la vida social en las mejores condiciones de bienestar.

La creación de "Centros asistenciales" bien dotados, hacen falta; así como los "Centros de Día" para la recreación. Igualmente hace falta, la creación de las unidades especializadas de la tercera edad en los diferentes ministerios del área social, en el CONAMU y en otras instituciones privadas, seccionales y ONG's.

INAUGURACION

Doctor Ramiro Acosta
SUBSECRETARIO DE ACCIÓN SOCIAL
DEL MINISTERIO DE TRABAJO

Particularmente me es honroso representar en este acto al Señor Ministro de Trabajo y Acción Social, Doctor Angel Polibio Chávez. No deja de ser enternecedor ver congregadas a numerosas mujeres de la tercera edad, que nos recuerdan vívidamente el reflejo de nuestras madres, abuelas, tías, familiares, vecinas, cuya presencia testifica no sólo el paso de los años sino la muestra de una vida.

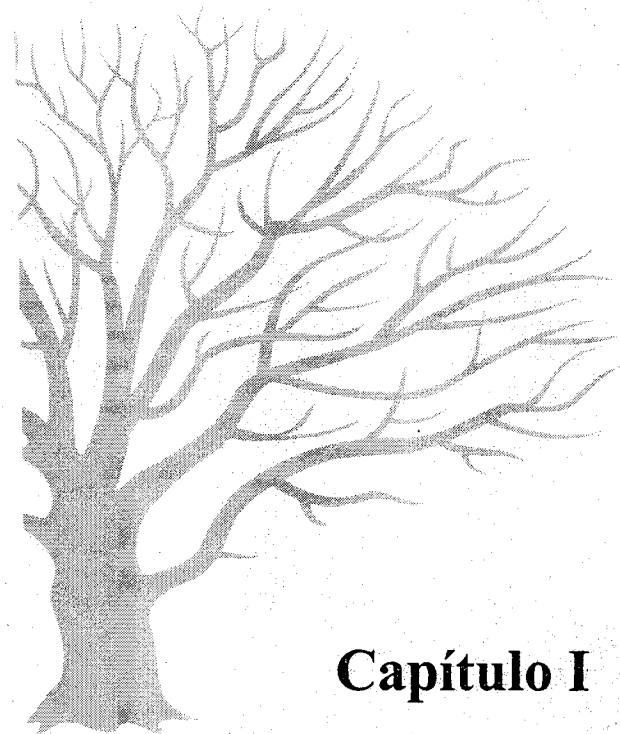
Y es que es cierto, como alguien dijera, que la juventud es una enfermedad que se cura con los años; quienes están presentes y las personas ausentes también cursaron por esa etapa de la vida. Y es más significativo en la mujer porque conlleva – según criterio acertado del cientista social ecuatoriano Breill – la “triple carga”, porque normalmente sopesan su condición de madres, de trabajadoras con o sin salario y de mujer misma.

La presencia del Ministerio a través de quien habla, no es casual. Vale recordar que en el entonces Ministerio de Bienestar Social, gracias a un esfuerzo denodado de un grupo de mujeres inteligentes se creó la Dirección Nacional de la Mujer que más tarde y hoy constituye el Consejo Nacional de las Mujeres “CONAMU”, cuya tarea ha sido incuestionablemente positiva en la reivindicación de género. Además en el Ministerio existe la Dirección Nacional de la Tercera Edad que ejecuta la política a favor de ese importante segmento de la sociedad, fundamentalmente encaminada en tres órdenes: A la motivación de la autoestima, tarea fundamental para que las personas de la tercera edad mientras vivan se consideren útiles para sí, para los que les rodean y para la sociedad, aún cuando existan no

pocos casos de indigna ingratitud de ciertas personas que abandonan a los suyos por el hecho de su ancianidad; de allí la tarea fundamental del Estado junto con la autoestima, la protección para el pleno goce de los derechos que les corresponden y que se hallan determinados en varios cuerpos jurídicos. Otra actividad fundamental que consolida la anterior, es la tarea de organización para promover la ayuda mutua. Y una tercera, concomitante con las anteriores, la capacitación permanente.

Sobre estas tres tareas, el Estado tiene la obligación de profundizar a través de la articulación de políticas, la coordinación de diferentes entes públicos y participación de sectores especializados de la sociedad civil para que coadyuven permanentemente a la realización eficaz y eficiente de esas tareas. Es preciso mencionar que debe proseguirse los esfuerzos por obtener mecanismos de cooperación internacional para emprender proyectos y programas específicos sustentables destinados a la tercera edad. Por ello es importante este evento promovido y auspiciado por el IECAIM porque permite un diálogo propositivo entre los sectores y actores públicos y privados referentes a la tercera edad y particularmente con la Mujer.

Al declarar inaugurado este evento con mis más auspiciosos deseos de éxito, hago propicia la oportunidad para exhortar a que trabajemos mancomunadamente.



Capítulo I

CAPITULO I

FORMULACION DE POLITICAS INTEGRALES PARA LA MUJER DE LA TERCERA EDAD

EL ENVEJECIMIENTO Y LAS IMPLICACIONES EN LA MUJER DE LA TERCERA EDAD, CARACTERISTICAS DEMOGRAFICAS Y SOCIALES

Dr. Nelson Jurado

GERONTÓLOGO, DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO DE LA
TERCERA EDAD DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL

En el Ecuador la esperanza de vida de las mujeres alcanza a los 71 años de edad situándose en cuatro años por encima de la esperanza de vida del varón. Esta circunstancia quizá se deba al mayor potencial biológico y psíquico que poseen las mujeres según nos lo han hecho notar algunos tratadistas.

La mayor esperanza de vida de las mujeres se traduce en un mayor número y proporción de viudas que de viudos, sin que estén vigentes políticas sociales planificadas y articuladas desde los poderes públicos para enfrentar esta problemática.

En realidad, pese a la existencia de garantías para los ancianos, previstas en la Constitución y en la Ley del Anciano, no existen políticas sociales de vejez.

Una política social de acuerdo a la definición de la autora francesa Françoise Gallimard “es el conjunto de intervenciones públicas que estructuran las relaciones entre vejez y sociedad” y es precisamente esa ausencia de intervenciones claras, permanentes y articuladas entre los diferentes estamentos del poder público lo que explica la incapacidad que tienen los ancianos y ancianas para enfrentar los nuevos problemas surgidos de la modernización, de los nuevos modelos económicos y de la crisis del Estado asistencial.

Una primera constatación revela que la mujer de la tercera edad contribuye de manera eficaz y constante en la trasmisión de la cultura que es la tarea más importante para la sobrevivencia de la sociedad y aporta con el trabajo doméstico que a su vez facilita el trabajo de todo el núcleo familiar. Esta función, tal como lo señala el profesor Moragas, no le ha sido reconocido ni social, ni económicamente, pese a la evidencia de que la presencia de la mujer mayor en el hogar es útil para lograr un entorno estable y afectivo para el bienestar global de la familia.

En las actuales políticas de vejez dos temas han ocupado el centro del debate:

1. Las pensiones de jubilación y montepío. En cuanto a jubilación las mujeres jubiladas son minoritarias, lo que se explica por la discriminación laboral que sufrieron las ancianas actuales. Y en cuanto a montepío concedido por viudez u orfandad no siempre la pensión equivale al total de la pensión jubilar que recibía en vida el causante.
2. La atención de salud que no ha incorporado a los ancianos en los sistemas nacionales de promoción y prevención de la salud, así como tampoco a los niveles de atención especializada en los cuales debe reconocerse la atención de género, pues, es evidente que el perfil epidemiológico de la mujer anciana es diferente al del hombre de la tercera edad, siendo el ejemplo más clásico el de la Osteoporosis, causa frecuente de pérdida de autonomía en la mujer mayor.

Con este antecedente cabe mencionar que no se ha dado lugar a la Ley especial de Jubilación para la Mujer, como tampoco se ha valorado el trabajo doméstico de las mujeres especialmente de la tercera edad. Cuando alguna vez se presentó el tema para el debate, quedó archivado debido a la enorme cantidad de recursos necesarios para su implementación, esperando que el progreso económico de la sociedad ecuatoriana pueda permitir el acceso a estas conquistas que ya se aplican en otros países como Francia e Italia.

Las políticas públicas para las mujeres de la tercera edad deben basarse en un diagnóstico nacional sobre el rol que cumplen las mujeres mayores en la atención de los hijos, del cónyuge y de otros ancianos dentro de la familia, tanto en sus aspectos afectivos y educativos como en lo que se refiere al trabajo doméstico, de alimentación y cuidado del hogar.

Como anota el mismo Moragas, el trabajo del hogar, marco de convivencia de la familia es totalmente diferente de la simple atención de las necesidades físicas de personas que viven bajo un mismo techo sea el asilo, residencia u hotel.

La diferencia es de orden cualitativo y sumamente decisiva a la hora de encontrar mecanismos de género que respondan a las necesidades de articulación de las mujeres mayores en las políticas públicas y está contenida en dos elementos fundamentales:

1. Las relaciones afectivas y sociales que la mujer mayor brinda a los miembros de la familia son imposibles de encontrar en el empleado doméstico por cuenta ajena o en instituciones.
2. La casi totalidad del trabajo de cuidado lo realizan mujeres que no sólo atienden esposos, hijos u otros ancianos de la familia propia o política, aportando de esta manera no sólo calidad de vida, sino, sobre todo produciendo ahorro en los servicios públicos. Un ejemplo claro de lo antedicho está en la preferencia que se tiene por dejar al niño al cuidado de abuelas en relación a la guardería, o al joven necesitado de cuidados posteriores a la hospitalización.

Estas dos características denominadas por autores de la escuela europea como “trabajo sumergido” o “beneficio social no contabilizado”, no han sido reconocidos como parte de la estructura básica del desarrollo social ni como parte de las intervenciones de los poderes públicos.

Tampoco lo difunden los medios de comunicación, que en general o no lo

mencionan o simplemente le restan importancia, considerándolo inferior al trabajo industrial o de oficina que es generalmente rutinario y no evidencia la complejidad del trabajo doméstico, en el que la mujer que permanece en el hogar generalmente la abuela debe tomar decisiones importantes, asume riesgos e iniciativas que no se observan en la mayoría de las ocupaciones actuales.

La desvalorización del trabajo doméstico que cumplen las mujeres y especialmente las mujeres de la tercera edad, perjudica no solamente a las propias mujeres sino también a los hombres, pues, éstos por el machismo imperante no han sido ni formados ideológicamente ni preparados culturalmente para las tareas domésticas necesarias en la estabilidad y economía familiar y aún en la economía de la sociedad como en el denominado “valor agregado” pues, a partir del trabajo doméstico aumenta la durabilidad de los bienes.

Sin duda un tercer elemento de las políticas públicas es la ausencia de la debida promoción del trabajo y del rol que cumple la mujer mayor, para el común de las personas y es ésta la imagen social. Resulta de más prestigio ejercer una ocupación remunerada en la industria, el comercio, la administración o fuera del hogar, desvalorizando así el papel de las ancianas. En la práctica la mujer nunca se jubila.

Finalmente las políticas públicas no han encarado la viudez que es un fenómeno de mayor frecuencia en las mujeres adultas mayores y que por la ruptura violenta de la pareja, supone un trastorno que pone en cuestión el bienestar de la mujer anciana, que si no presenta soluciones adecuadas puede significar enclaustramiento, soledad y segregación.

CARACTERISTICAS SOCIO ECONOMICAS DE LA MUJER DE LA TERCERA EDAD: POBREZA, MENDICIDAD, FUENTES DE INGRESO, SEGURIDAD SOCIAL, VIVIENDA, ASISTENCIA SOCIAL

Ec. Fabiola Cuvi Ortiz

DIRECTORA DEL IECAIM

Un tema apasionante y de tremenda actualidad y responsabilidad es el que se refiere al de las personas envejecientes denominadas actualmente de la “tercera edad”.

Ya en el plan de acción sobre el envejecimiento aprobado por las Naciones Unidas, en Viena, en 1982, así como en Las Estrategias de Nairobi orientadas hacia el Futuro para el Adelanto de la Mujer, en Kenia, se hizo hincapié en los aspectos de desarrollo y humanitarios para las mujeres mayores, recomendando a los gobiernos, a las ONG's y a los organismos de las Naciones Unidas que realicen acciones tendientes a adaptar políticas públicas, programas y proyectos para mejorar el nivel de vida de las mujeres de la tercera edad con el fin de conseguir para ellas una vida digna, en todos los aspectos de la salud, la vivienda, la nutrición, el vestido, la capacitación y todo aquello que le asegure una vida tranquila protegiéndola de los abusos de que puede ser víctima, tales como psicológicos, físicos, financieros, los abusos sexuales, los de negligencia, entre otros, como son los de un excesivo trabajo y falta de recreación.

Pobreza y mendicidad

En el Ecuador, según la Investigación realizada por el Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer (IECAIM), en 1992, se observa que el 51,8% del total de las mujeres mayores entrevistadas está comprendida entre los 60 y 70 años, el 30% dentro de los 71 y 80 años; y, el 18% dentro de los 80 años o más, de una población de 382.582 mujeres mayores de 60 años, según el censo de 1982.

Dada la crisis económica, política y social que soporta el país, la pobreza de la mujer mayor se ha incrementado, esta pobreza tiene muchas caras: carencia de

ingresos, hambre, mal nutrición, mala salud, carencia de vivienda, inseguridad, discriminación y exclusión social, el escaso acceso a la asociación, entre otras, llegando un gran porcentaje de ellas a la mendicidad, lo que constituye una lacra social y un estado de carga de conciencia para el resto de la Sociedad.

Seguridad Social, Vivienda, Recreación y Asistencia Social

En el mundo entero, especialmente en Europa, más que en nuestro país, existe una preocupación sobre este tipo de población envejeciente. Las instituciones internacionales de seguridad social (OISS-AISS-CISS-CAJS), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), se encuentran efectuando reuniones, asambleas, seminarios, con el fin de encontrar las medidas idóneas para amparar a las personas de la tercera edad.

Los temas que más se debaten son los de la edad de jubilación, el monto de las pensiones, la salud, la nutrición, la soledad, la introversión, la depresión y abandono en que suelen caer las personas mayores. Se debate también sobre la vivienda, las residencias de ancianos y la recreación.

En el Ecuador no existe aún una política definida de protección para las personas de edad avanzada. Tenemos la Ley del Anciano que se cumple en parte y en estos días se debate en el Congreso un nuevo Proyecto de Ley del Anciano.

Tenemos también el mandato constitucional que en el Art. 54 dice: "El Estado garantizará a las personas de la tercera edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios. El Estado, la Sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental". A este mandato constitucional, se lo conoce muy poco.

A las mujeres de la tercera edad, se les puede catalogar en dos grupos: aquellas ancianas que reciben el amparo del seguro social; y, aquellas que de alguna manera reciben un auxilio humanitario como es el de los asilos de ancianos y hogares de

ancianos en su gran mayoría particulares o de la Iglesia.

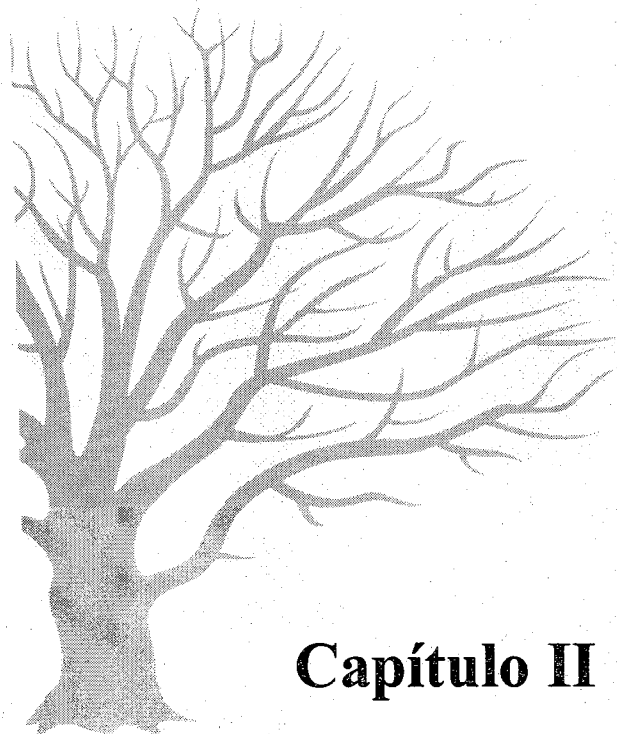
Es hora de que en el Ecuador se dictaminen políticas públicas dirigidas a las personas de la tercera edad, entre ellas las mujeres, que por su longevidad mayor se quedan solas y abandonadas a su suerte. Estas políticas públicas deben basarse en el Art. 54 de la Constitución, en la Ley del Anciano y en el "Protocolo para Agencias Gubernamentales" producido en Australia para la protección contra los abusos a las personas mayores que está siendo adoptado en varios países.

El Estado debe comenzar a incorporar en sus planes nacionales, el amparo a las personas envejecientes con el fin de lograr su seguridad y bienestar, prestando atención al estudio y tratamiento de los problemas de salud específicos del envejecimiento, especialmente en la mujer. Las investigaciones deben centrarse también hacia el examen y atenuación del envejecimiento prematuro a que conduce la vida moderna, llena de tensiones, exceso de trabajo, preocupaciones, mal nutrición, entre otros aspectos.

La experiencia en otros países ha demostrado que la acción preventiva y educativa respecto al envejecimiento es importante puesto que ayuda a mantener una vida sana en la vejez. Mientras más pronto se eduque para la tercera edad, menos necesitará la persona del médico en el futuro y más tranquila será su vejez.

Por ello es de recomendar a los poderes públicos, Ejecutivo, Legislativo y Judicial que se preocupen de elaborar y dictaminar planes, programas, proyectos y leyes que protejan a las personas de la tercera edad, que cada vez forman parte de poblaciones crecientes que están constituyendo un fenómeno mundial con vastas consecuencias económicas, sociales, políticas y humanitarias. Según la Revista Populi, 1998, una de cada diez personas, tiene 60 años o más. Hacia el año 2150 la proporción será de, una de cada tres personas.

De lo expuesto a breves rasgos podemos deducir la enorme amplitud y diversidad de situaciones humanas, socio económicas y psíquicas por las que atraviesan los seres humanos que se hallan avanzando a la vejez y los que han llegado a ella.



Capítulo II

POLITICAS DE ATENCION PARA LA SALUD DE LA MUJER DE LA TERCERA EDAD

PROMOCION Y PROTECCION DE LA SALUD DE LA MUJER EL ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLOGICO SUS IMPLICACIONES EN LA SALUD

Dra. Fabiola Argüello

GERONTÓLOGA, DIRECTORA DE LA DIRECCIÓN DE GERONTOLOGÍA
DEL MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL

En primer lugar quiero presentar mi especial felicitación a la Economista Fabiola Cuvi, Directora del Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer quien ha hecho posible la realización de este evento de gran importancia para la mujer de la tercera edad y al mismo tiempo desearle todo el éxito. El objetivo central de mi intervención será el de destacar aspectos de promoción de la salud para la mujer adulta mayor es así que la problemática de la mujer de la tercera edad exige la implementación de políticas y programas orientados para este grupo poblacional, hoy el reconocimiento, aunque medianamente incorporado a los servicios sobre promoción de la salud que incluye la influencia del medio ambiente físico, el sistema organizacional social, el estilo de vida y los patrones de comportamiento en la situación de salud de las mujeres y los grupos sociales, indica que proteger y atender la salud incluyendo la de los adultos mayores no es únicamente cuestión de sanar y cuidar a los enfermos, por lo tanto se vislumbra en esta forma grandes posibilidades de intervención para mantener y desarrollar la salud de los diferentes grupos poblacionales ya que efectivamente la mayoría de los adultos mayores son funcionales mental y físicamente, esas nuevas intervenciones en cuanto a la atención integral y su salud deben centrarse prioritariamente en mejorar las condiciones socioeconómicas que les rodean y en obtener para ese propósito, la intervención de otros sectores, así como en sensibilizar a los políticos y a las autoridades que deciden sobre los recursos, la gran importancia y sus beneficios de inversión en acciones que promuevan la salud de las comunidades y más aún en las mujeres de edad. Como hoy se concibe, la promoción de la salud es una estrategia para promover cambios en actitudes, valores y estilos de vida y lograr comportamientos más saludables de las mujeres de la tercera edad y de la sociedad en general. Esta estrategia incluye la reorientación de los servicios en función del desarrollo y mantenimiento de la

salud individual y colectiva. Este nuevo enfoque permite visualizar aspectos conceptuales y operacionales de la promoción de la salud y por ende se puede decir que aún están en desarrollo; sin lugar a duda esperamos que sus componentes sean diferentes y de mayor cobertura que las acciones tradicionales de educación para la salud que antes se utilizaba para el fomento de la salud. El objetivo como lo manifesté inicialmente de estos nuevos enfoques es promover y propiciar acciones que contribuyan a alcanzar los más altos niveles de salud. Con esta concepción la promoción de la salud inserta las acciones individuales como las de la sociedad para lograr el nivel óptimo de salud y básicamente es parte integral de la estrategia de atención primaria para alcanzar salud para todos en el año 2000.

Si queremos insertar estos nuevos enfoques de promoción de la salud para la mujer de la tercera edad y convertirlos en elementos del quehacer diario de las mujeres de edad y de las comunidades necesariamente, se tendrá que ejercer un gran liderazgo desde los servicios de salud y emitir cambios apropiados en su nivel de organización. Es muy indispensable hacer accesible la información a quienes toman las decisiones de política que compete tanto al estado de salud como a la atención de la misma a través de los servicios. Esos lineamientos de política deben dirigirse hacia aquellas áreas o aspectos que son específicos para los sectores de la población en proceso de envejecimiento y envejecidas.

Es importante señalar que 37.6 % de más de 60 años no acude a controlar su salud así como también el 21.7 % de las mujeres entre 71 y 80 años y un 14.3 % de las mujeres mayores de 80 años reportaron que no controlan su salud por falta de medios económicos, 22.4 % mencionó otras razones para no controlar su salud. Del total de estas mujeres mayores, la tercera parte indica hallarse bien de salud que son 67.5 % de forma regular el 60 % y en mal estado el 7.4 %. Las dolencias que más aquejan a las personas que se encuentran en estado regular o mal, se refieren principalmente a problemas del aparato locomotor: osteoartritis 43.5 % la cual es aparentemente más frecuente conforme la edad avanza; en segundo lugar se menciona los problemas de tipo circulatorio 20 %; los de tipo renal-urinario 8.4 %; los de tipo digestivo 7.5 % y otros. Por lo tanto su capacidad funcional estará disminuida redundando negativamente sobre el mejoramiento de la calidad de vida estos resultados fueron obtenidos de la investigación sobre la mujer envejeciente en el Ecuador.

Desde el punto de vista biológico quisiera referirme a los cambios que tienen lugar en el organismo y que son características de las personas de edad avanzada tales como la disminución del vigor físico, de la agudeza visual y auditiva, el envejecimiento sociogénico que se refiere al papel que les impone la sociedad a las personas que envejecen, en éste están involucrados todos los prejuicios que la sociedad manifiesta en relación a las mujeres y hombres envejecientes. Indiscutiblemente que el lugar que ocupa la mujer de la tercera edad en la familia y la sociedad se destaca una serie de mitos que están internalizados a través de las pautas culturales en las mismas mujeres, sabemos que de un estado de crisis se puede salir fortalecido, es decir habiendo crecido y para ejemplificar citaré la etapa del climaterio en la cual desaparece la capacidad biológica para procrear pero a su vez pueden abrirse maravillosos caminos para seguir creando. En el aprendizaje de nuevos roles que les permitirán convertirse en agente de cambio social, cumple un papel fundamental la capacitación. Tal vez aquí haya que vencer algunos prejuicios : debemos convencernos que nunca es tarde para aprender, en cualquiera de los niveles dentro de lo que se conoce como educación permanente cuya característica es mantener un proceso vitalicio educativo que abarca toda la extensión de la vida humana desde el nacimiento hasta la muerte. En este sentido, la educación involucra conocimientos, destrezas y hábitos en la cual cada persona y cada sociedad puedan ser sujetos activos de su propio desarrollo. Por esta razón, la educación verdadera aunque comprende la formal, no se queda en ella sino que también abraza a la no formal y la funcional, como en los ámbitos en que coexisten mujeres y hombres de todas las edades y condiciones. Dentro de la educación permanente se deberá concretar acciones educativas adecuadas a cada grupo social, a cada región del país y a cada grupo étnico, pero esto será posible si conocemos nuestras capacidades potenciales.

Responsabilizamos un papel fundamental a los medios de comunicación que la mayoría de las veces transmite una información distorsionada. A través de la capacitación conseguiremos que al abrirse más ampliamente a la mujer esos medios de comunicación, mejorarán gradualmente las imágenes que genera dicha participación; de ahí la importancia de que se haga una acción concientizadora en las áreas de elaboración y producción de mensajes publicitarios y sociales a fin de revertir las distorsiones conocidas y dignificar la imagen de la mujer en los medios y de esta forma me gustaría citar lo siguiente:

- Sin capacitación no hay desarrollo
- Sin capacitación no hay progreso
- Sin capacitación no hay posibilidad de participación
- Sin capacitación no podremos ser protagonistas ni agentes de cambio
- Con capacitación y participación social podremos aspirar a una mejor calidad de vida.

Quisiera referir un estudio a nivel internacional y que debe ser objeto de reflexión sobre el desarrollo de los países que se va modificando en el cual se privilegia la dimensión humana. En este se considera como uno de los actores claves a las mujeres. Estima que la participación de las mujeres en la toma de decisiones públicas llevará a relevar la equidad, los temas sociales y la calidad de vida en las acciones del desarrollo. En conclusión, si las mujeres de la tercera edad tienen un protagonismo participativo en las tareas de educación, salud, trabajo, vida cotidiana y familia fortalecerán su autoestima y de este modo comprenderán mejor a sus padres mayores.

Antes de referirme al subtema de AUTOCUIDADO es importante que recordemos que lo que establece la Ley Especial del Anciano y su disposición fundamental encontramos que se garantiza el derecho a un nivel de vida de las personas de la tercera edad, asegurándoles, su salud corporal, psicológica, la alimentación, el vestido, la vivienda, los servicios sociales necesarios para que se logre la reinserción a su ambiente familiar y comunitario. De acuerdo a lo que establece la legislación en nuestro país es imperioso el establecimiento de los servicios en forma planificada y sectorizada en los cuales se reúnan los servicios necesarios que vendrían a ser, atención primaria y atención especializada. Los gobernantes deben promover espacios saludables para un envejecimiento saludable, así como también orientar las políticas nacionales para el mejoramiento de la calidad de vida de las poblaciones adultas mayores actuales y futuras; además es fundamental que se cree la infraestructura a nivel de los sistemas del estado y privado para una atención de salud que garantice el cuidado preventivo, progresivo, continuo e integral, así como también impulsar la educación gerontológica de los profesionales de atención primaria en salud. Ante todo quisiera ser muy enfática indicando que el autocuidado y el proceso de aprendizaje, están estrechamente vinculados en lo que se refiere al aprendizaje en los adultos mayores; se ha señalado que las funciones intelectuales no se deterioran automáticamente con

la edad, la personalidad por ejemplo, se mantiene estable durante toda la vida, la vejez por lo tanto no es sinónimo de pérdida de capacidad, por el contrario, el proceso de aprendizaje puede desarrollarse en forma dinámica y fluida durante toda la existencia. No obstante, en la planificación de actividades educativas para los adultos mayores, hay que tener en cuenta variables importantes que influyen en el proceso de aprendizaje, tales como las alteraciones en la percepción sensorial, motivación, tiempo de respuesta, nivel de energía física y mental y memoria.

También hay que recordar que no todos los adultos mayores son iguales ya que el proceso de envejecimiento es altamente individual. Por otra parte, existen diferencias en educación, antecedentes sociales, culturales y económico y finalmente en el estado de salud misma.

En este punto vale la pena destacar importantes variables que influyen en el proceso de aprendizaje de los adultos mayores.

1. PRIMERA VARIABLE: TIEMPO DE REACCION Y RESPUESTA

Se estima que este tiempo comienza a disminuir a partir de los 60 años y necesitan más tiempo que los adultos y jóvenes para reaccionar ante una nueva información. Por ello es importante reducir la cantidad de material y la velocidad con que se presenta la información con el fin de compensar la demora en el tiempo de respuesta; también es recomendable presentar el material en pequeñas unidades para favorecer la percepción, adquisición, codificación y almacenamiento de la información, un aspecto de suma importancia. Es por este hecho que no debemos presionar a las persona adultas mayores para que realicen tareas durante un tiempo determinado o controlado.

2. NIVEL DE ENERGIA FISICA

Es otro factor determinante para el proceso de aprendizaje y por esa razón se recomienda que las sesiones educativas no sobrepasen los 30 minutos y se permita además períodos de descanso si es necesario con el propósito de que el adulto mayor mantenga los niveles adecuados de energía que favorezcan el logro de los objetivos de salud. Las recomendaciones que he expresado son producto del análisis del Modelo Básico Gerontológico de enseñanza y aprendizaje tomando en cuenta las variables que afectan el proceso de aprendizaje durante el envejecimiento. Es importante que se produzcan algunas estrategias que faciliten

el proceso de enseñanza-aprendizaje en los adultos mayores además de los elementos mencionados, otros que se deben considerar para favorecer el proceso de aprendizaje de los adultos mayores son: medio ambiente físico protegido, sentido de seguridad, respeto y aceptación y la ausencia de amenaza. El optimismo manifiesto, la paciencia, el elogio, el sentido del humor y los refuerzos positivos contribuyen a formar un ambiente alentador en el cual el adulto mayor tiene grandes posibilidades de éxito y oportunidades para integrarse al esfuerzo conjunto de optimizar su bienestar integral, iniciar nuevas tareas, tomar otros caminos y aceptar nuevos retos en la vida. Refiriéndome específicamente a la mujer de hoy debo indicar que no puede ser mera espectadora de los cambios sociales y tecnológicos; debe ser protagonista de estos cambios, preparándose para afrontar e ir reelaborando los problemas vitales que se van presentando. Se supone que en la mitad de la vida de una mujer se pueden provocar problemas familiares como: la problemática de hijos adolescentes, el envejecimiento de los padres, los desajustes de la pareja.

En estos momentos en un mundo que da valor solamente a la juventud sumado el fomento que hacen los medios de comunicación en esta valorización aparece la mujer de la tercera edad automáticamente desvalorizada. Nuestro trabajo será entonces conocer y aportar mecanismos necesarios, para salir fortalecidas de aquellas situaciones de crisis y poder cumplir con aquellos proyectos de vida que se quedaron pendientes; en resumen el autocuidado son las acciones y decisiones que toma una persona para:

1. Prevenir, diagnosticar y tratar la enfermedad
2. Mantener y mejorar la salud
3. Utilizar los servicios de salud

APRENDIZAJE DE LOS ADULTOS MAYORES

- Necesidad de conocer
- Autoconcepto del que aprende
- Experiencia del que aprende
- Disposición para aprender
- Orientación para aprender
- Motivación

HAY QUE TOMAR EN CUENTA:

- Los cambios fisiológicos que influyen en el aprendizaje
- Es importante tomar en cuenta el sistema de valores y cultura

ENVEJECIMIENTO NORMAL Y PATOLOGICO

¿Qué es el envejecimiento?

Se trata de un proceso común a todos los seres vivos, que en el hombre está caracterizado por cambios progresivos a nivel biológico y socio-económico que crean una disminución de la capacidad de adaptación y reacción frente al medio en el cual vive.

Es un proceso fisiológico que comienza con el nacimiento y dura toda la vida hasta la muerte. Existe un envejecimiento normal o fisiológico, sin enfermedades, y existe un envejecimiento patológico con enfermedad asociada. Ambos pueden estar presentes en una misma persona y es importante poder separar uno del otro, pues mientras que el primero forma parte del proceso evolutivo de la vida misma, el segundo se agrega por acción de diferentes causas que pueden y deben ser corregidas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Moriguchi, Julio, *Biología Geriátrica ilustrada*, 1988
Barquin, C.M. Ed., *Medicina Social*, México, 1986

ENFERMEDADES DE LA TERCERA EDAD: REPOSICION HORMONAL, OSTEOPOROSIS Y EL CHEQUEO CLIMATERICO

Dr. Mario Zapata

DIRECTOR DEL CENTRO INTEGRAL DE OSTEOPOROSIS

Toda mujer debería saber que la menopausia – o sea la fecha de su última menstruación – se presenta en nuestro medio, frecuentemente, entre los 48 y 52 años de edad. Efectivamente, la desaparición de la menstruación se debe a la disminución de la producción hormonal femenina la cual conlleva tres grandes consecuencias para la mujer.

1. La primera consecuencia incluye los síntomas característicos de la menopausia: oleadas de calor, especialmente en la cara, sudores, irritabilidad, susceptibilidad, angustia, sequedad vaginal e insomnio, que aunque se presentan únicamente en el 20% de las mujeres menopáusicas dañan, sin duda, la calidad de vida, no sólo de la mujer, sino de su entorno familiar.
2. La segunda consecuencia es la pérdida inmediata de la densidad mineral del esqueleto –DMO-, que puede llevarla a padecer de Osteoporosis.
3. La tercera consecuencia consiste en el aumento de las lipoproteínas en la sangre: colesterol y triglicéridos, las cuales, a su vez, aumentan el riesgo de enfermedad cardio-vascular e infarto cardíaco.

Siendo la falta de hormonas femeninas la causa básica de la menopausia, así como de sus consecuencias, resulta lógico comprender que la terapia de reemplazo hormonal debería ser el mejor tratamiento de la menopausia. Sin embargo, antes de recetar hormonas femeninas -estrógenos y progesterona- a una paciente, es indispensable saber que ella no padece de cáncer en el cuello del útero ni en las mamas.

Estos son los lineamientos generales que nos han inducido a formular, en el CENTRO INTEGRAL DE OSTEOPOROSIS, el chequeo climatérico, que reúne todas las pruebas de laboratorio, exámenes especializados y atención médica que engloba todo lo necesario para atender preventivamente, en la forma más

eficaz y completa a la mujer perimenopáusicas.

Esta explicación, señoras, es necesaria para entender por qué toda mujer de más de cuarenta años de edad debería concurrir anualmente a un chequeo climatérico.

El chequeo climatérico incluye lo siguiente:

- Densitometría ósea de la columna lumbar en sentido AP
- Densitometría ósea de cuello de fémur
- Mamografía bilateral
- Examen ginecológico incluido Papanicolaou
- Biometría hemática, Urea, glucosa y creatinina
- Examen elemental y microscópico de orina
- Coproparasitario
- Investigación de sangre oculta en heces
- Perfil lipídico en sangre: Colesterol, HDL colesterol, LDL colesterol y triglicéridos.
- Examen clínico general, interpretación de resultados y formulación de recetas y recomendaciones en cuanto a dieta y ejercicio.

La más temida consecuencia de la menopausia es la Osteoporosis, enfermedad que conlleva una disminución de la densidad mineral ósea del esqueleto –DMO-, con deterioro de la microarquitectura del hueso. Esto, a su vez, produce fragilidad ósea, con incremento del riesgo de fractura ante mínimos traumatismos.

La osteoporosis no es rara después de la menopausia ya que tres de diez mujeres presentan fracturas debidas a osteoporosis, después de los cincuenta años de edad.

Sin embargo, se conoce a la osteoporosis como la enfermedad del ladrón silencioso que roba hueso todos los días sin dar sintomatología. En realidad, cuando se producen dolores, pérdida de la estatura, apareamiento de joroba y fracturas, la mujer ha perdido más del cuarenta por ciento de la densidad de sus huesos. En este estado el daño ya está hecho y el riesgo de fractura es alto.

En la osteoporosis, quizá más que en ninguna otra enfermedad la prevención de la enfermedad es la mejor opción. Es verdad que, aún con la paciente postrada en

una silla de ruedas siempre conseguiremos darle alivio, pero, para qué llegar a esas dolorosas y costosas consecuencias si podemos prevenir esos daños?

El diagnóstico y la monitorización del tratamiento de la osteoporosis se hacen mediante la densitometría ósea. Este examen no es invasivo, no es doloroso, no exige preparación previa de la paciente y no es caro.

Parte del arsenal médico para el tratamiento preventivo y curativo de la osteoporosis radica en la terapia de reemplazo hormonal, en la adecuada provisión de calcio y vitamina D, en los bifosfonatos, las calcitoninas, la vida sana en cuanto a hábitos, dieta y ejercicio.

Siempre tendremos algo que ofrecer a la mujer o al hombre con osteoporosis, pero, insistimos, lo mejor es evitar la enfermedad. La densitometría ósea puede ser suficiente para este efecto, mas recomendados, poseer una visión completa, el CHQUEO CLIMATERICO.

Entendiendo la realidad económica actual, a la sumatoria de los precios individuales de los diferentes elementos del chequeo climatérico, le hemos aplicado un 25% de descuento, de tal manera que también por ese lado es más conveniente solicitar el chequeo climatérico completo.

LA MUJER Y LA ANCIANIDAD ASPECTOS PSICOSOCIALES

Doctora Fabiola Solís de King

PSICÓLOGA ESPECIALIZADA
RESPONSABLE DE LA UNIDAD DE PSICOLOGÍA
DEL BANCO CENTRAL DEL ECUADOR

Es importante plantear algunas consideraciones preliminares sobre la personalidad. Una característica fundamental del ser humano es su individualidad: cada persona es única e irrepetible, inclusive en los casos de gemelos idénticos físicamente, los rasgos de personalidad son diferentes. Esta individualidad es como el polo opuesto de otra característica también humana, la socialización. Desde el inicio de nuestra vida, nacemos formando parte de un grupo: la familia primaria, cuya conformación y estructura es el inicio del proceso de socialización. Luego en la evolución del proceso vital de cada individuo, éste va perteneciendo a diferentes grupos: escolares, sociales, deportivos, laborales, etc. Esa individualidad debe ir experimentando cambios para adaptarse a las exigencias grupales, lo que supone que el proceso de socialización es permanente. La personalidad de cada ser humano es esencialmente histórica, no genética, como la de los seres inferiores, cuya conducta es instintiva y tiene como objetivo la satisfacción de los instintos. El instinto es una conducta perfeccionada hacia la consecución de un objetivo. Los animales no requieren de aprendizaje para cumplir su ciclo vital: nacer, crecer, reproducirse y morir.

En el ser humano todo se relaciona con el aprendizaje y la experiencia, y su capacidad de reflexionar y pensar. El animal es vivido por la naturaleza, el ser humano la transforma. El ciclo evolutivo de la especie humana tiene varias etapas desde el nacimiento: infancia, pubertad, adolescencia, adultez y ancianidad. En todas y cada una de estas etapas, un individuo, hombre o mujer, debe vivir su individualidad dentro de ese proceso de socialización. La ancianidad como etapa vital es asumida por cada persona de acuerdo a su individualidad y la adaptación a la sociedad de la que ha formado parte. Así, los hombres y las mujeres van llegando a la ancianidad dentro de esa sociedad específica. A pesar de los fabulosos y sorprendentes cambios de la civilización, sobre todo en la ciencia y en la tecnología, la relación hombre-mujer y el rol social determinado por el sexo, sigue atrapado en el pasado. Las ideologías y las tradiciones siguen imponiendo formas de comportamiento, de pensamiento, de sentimientos que se han perpetuado con sus cargas de prejuicios e injusticias. Así, el envejecimiento femenino tiene sus implicaciones psicológicas más dramáticas que el masculino y la mujer anciana debe asumir más carencias y desposeimientos. Su aspecto

físico ya ha perdido el atractivo que le daba cierta seguridad en una sociedad machista; su autoestima se debilita y debe afrontar una soledad más pesada. Un hombre viejo que haya enviudado, puede formar una nueva pareja y así renovar su vida afectiva y esta posibilidad es alentada por los estereotipos sociales. Para una mujer vieja y viuda las posibilidades de llenar sus vacíos afectivos son muy escasas y debe resignarse a sus carencias. La depresión en la vejez es más significativa en las mujeres, pues sus sentimientos de desvalorización personal son muy significativos, precisamente por las connotaciones sociales que imponen, de alguna manera, prejuicios e injusticias.

El envejecimiento femenino también es más notorio en el funcionamiento biológico, la menopausia, esa supresión del período menstrual que supone otra carencia: la extinción de la función reproductora puede dar lugar a sentimientos depresivos, de incertidumbre y desconcierto, baja autoestima, como consecuencia de la mistificación de la maternidad con que la mujer, casi en todas las sociedades, ha sido socializada: una mujer alcanza la perfección y su razón de ser cuando es madre, se ha hablado de un "instinto maternal" equiparándolo al que existe en las hembras de las especies inferiores. La mujer no es madre por instinto, pero sí puede serlo por vocación.

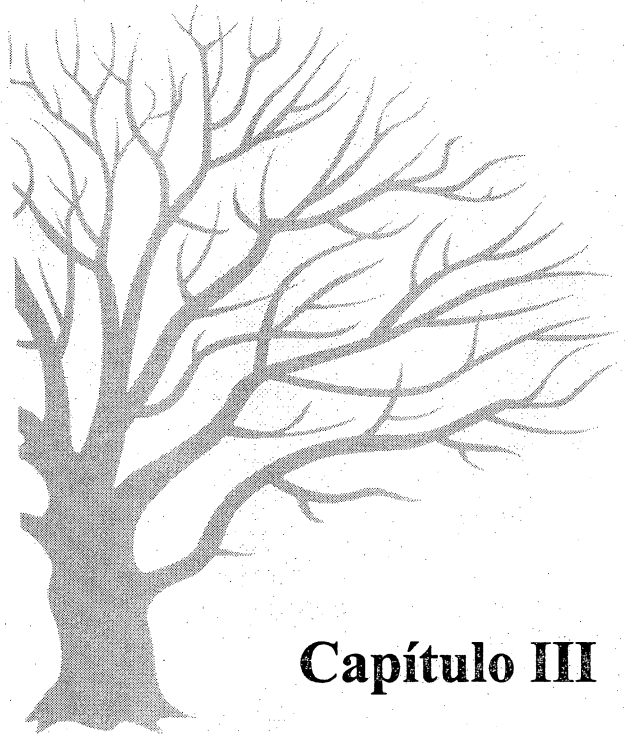
Dentro del proceso de socialización, la antípoda de la individualidad, temas abordados, someramente, al inicio de este artículo, a la mujer se le compele, a asumir en forma alienada, que su principal rol y quizá el único que puede dar sentido a su vida, es el maternal. La experiencia de traer un nuevo ser al mundo puede ser hermosa y enriquecedora para la madre y, desde luego para el padre, cuando se asume con libertad y preparación. La mujer anciana que no ha tenido hijos es más proclive a tener una insuficiente identificación de sí misma así haya obtenido logros intelectuales, científicos, artísticos.

Una experiencia que asumida en forma madura es positiva y vivificante para la mujer que envejece es su rol de abuela, si la asume con criterio realista y personal y no como una imposición.

Las investigaciones científicas sobre los cambios de las capacidades intelectivas del ser humano, han determinado que el envejecimiento afecta a las funciones perceptivas, a la captación de nuevos conocimientos, a la memoria, a las funciones psicomotoras, pero en mayor medida cuando la persona tiene poca o ninguna estimulación personal y/o social.

En la mujer, aún considerada “el segundo sexo” según la acertada investigación de Simone de Beauvoir, la sempiterna escritora francesa, esa decadencia de sus capacidades intelectuales y físicas puede, ser más dramática como resultado del proceso de socialización alienada que, de muchas maneras la ha convencido de su rol secundario y pasivo.

Una mujer a cualquier edad, puede, si se lo propone y se libera de los mitos y las alienaciones, ser ella misma y en su ancianidad, florecer cada día.



Capítulo III

POLITICAS DE DESARROLLO INTEGRAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE SALUD

REINSERCIÓN SOCIAL, LABORAL Y CAPACITACIÓN DE LA MUJER DE LA TERCERA EDAD

Doctor Pablo Alvarez Yáñez

COORDINADOR DEL PROGRAMA DE ACERCAMIENTO A LA COMUNIDAD
DEL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADULTO MAYOR

Tec. Tania Erazo Avila

TÉCNICA COMUNITARIA DE LA MISMA INSTITUCIÓN

INTRODUCCION

Hace apenas unas decenas de años mujeres de tan sólo treinta y tantos años se consideraban personas ya mayores con escasas perspectivas y, sobre todo con una vida por delante que les deparaba pocas sorpresas. Sin embargo hoy, en el año 2000, las mujeres han conseguido que varias cosas hayan cambiado significativamente y lo han conseguido retando tantos desafíos que muchas veces han sido muy difíciles, y los que una vez culminados les ha llevado a la satisfacción del deber cumplido y la meta alcanzada. Todo lo que habla de la mujer envejeciente hace referencia exclusivamente al aparato reproductor y lo que deriva de su salud como: la osteoporosis, el cáncer de mama, enfermedades del corazón, la menopausia, la depresión, etc. Nada, absolutamente nada habla acerca de la belleza de la edad, de la piel ya surcadita, de las canas interesantes, de los cuerpos maduros y cálidos; nada acerca de la salud psicosocial, del vacío en la boca del estómago de quien se siente sin ningún poder físico, psíquico, económico, político, social y afectivo, de quién se sabe no escuchada, interpretada por adelantado, estereotipadamente. De alguna manera las mujeres deben demostrar continuamente que no están “menopaúsicas” agresión verbal y mental que desarma y derrota cualquier batalla. Pero la mujer ha salido adelante y se ha hecho visible en una sociedad que las mantenía ocultas, lo han hecho a través de la incorporación masiva al mundo del trabajo, con una presencia dominante y brillante en todas las actividades de una sociedad altamente competitiva.

La imagen de la maternidad, el amor y la feminidad, que en el proceso de socialización les ha identificado permanentemente, no ha sido fácil soslayar cuando se toman decisiones que implican libertad, autonomía, independencia, juicio propio, etc. Y todavía más aún cuando existe un denominador común lleno

de preconceptos como es el proceso de envejecimiento y la vejez.

Muchas veces hemos observado que el proceso de envejecimiento está cercado de muchas concepciones falsas, temores, creencias y mitos. No debemos sorprendernos al descubrir que muchas de las falacias, miedos y conceptos que envuelven a la vejez en los tiempos actuales son ecos de culturas y tiempos remotos, limitadores de la participación de esta etapa de la vida en actividades de capacitación, recreativas de grupo que les permita desarrollarse plenamente en un proceso continuo y permanente. A pesar de que el proceso de envejecimiento es una experiencia universal, que sucede en todas las especies y en todos los tiempos, el mismo, ha sido altamente estereotipado.

¿QUÉ ES LA VEJEZ? ¿QUÉ CAMBIOS FISIOLÓGICOS Y PSICOLÓGICOS IMPLICA?

Lamentablemente los estereotipos, los mitos y creencias en torno de la vejez, son muchas descripciones acertadas de la realidad, pero en otras ocasiones no lo son. La mayoría de las veces las creencias son las causas y consecuencias del envejecimiento son substancialmente incorrectas y engañosas. Por eso el aspecto más importante de los estigmas y estereotipos de la vejez es su carácter negativo e incapacitante. Debido a la edad las personas más ancianas son muchas veces injustamente relegadas y consideradas poco importantes para la sociedad.

Ser viejo entonces equivale a ser físicamente incapaz, sufrir pérdidas mentales, ser económicamente dependiente, experimentar aislamiento social y perder status, o al menos que se posea ciertos talentos y destrezas importantes y capacidades para mantenerse independiente.

Las personas de edad avanzada tienen sus oportunidades limitadas por el estigma de la vejez. Por consiguiente, con muchos elementos sociales en desventaja, este grupo poblacional, muchas veces es sometido a la pobreza y aislamiento social. Nuestro mundo moderno está dominado por el concepto de que el fenómeno de envejecimiento es un proceso de inevitable decadencia o deterioración y se concibe a la vejez como un proceso desfavorable y de difícil manejo.

Siendo así la gente que se encuentra en este grupo poblacional y en general nuestra sociedad no está capacitada para afrontar en mejor forma este reto de un envejecimiento sano. Pero este reto en los actuales momentos que estamos viviendo en nuestro país en el que la situación de pobreza y marginalidad de amplios sectores de la población, agravados por los elevados cuadros de

desempleo y subempleo, afecta de manera directa a los sectores vulnerables de nuestra sociedad, observamos que el criterio universal de política social, ha sido sustituida por una política focalizada dentro de una concepción dual, de una parte se define la eficiencia y la calidad de los servicios: educación, salud y seguridad social, de otra se debe dar atención prioritaria a los grupos que tradicionalmente han sido marginados.

En este entorno y como una práctica democrática se debe incorporar al mayor número de la población a los planes y programas del país. Siendo imperiosa la necesidad de diseñar políticas de inserción social y reinserción laboral para las personas de la tercera edad tomando en cuenta lo siguiente:

OBJETIVOS

Buscar estrategias para el diseño de programas sociales y comunitarios que aborden la sensibilización, información y capacitación del proceso de envejecimiento en los aspectos biológico, psicológico y social, logrando así que afrontemos en mejor forma este proceso natural y evitar el aislamiento de las personas envejecientes. Además realizar proyectos de capacitación y educación continua para este grupo de edad y así cumplir lo siguiente:

- a) Crear el sistema de capacitación para personas de la tercera edad, de manera que esta se ajuste a las necesidades del aparato productivo, con énfasis y programas de corta duración, que permitan su pronta reinserción en el mundo del trabajo.
- b) Lograr la incorporación en puestos de trabajo de personas de la tercera edad, apoyando el desarrollo de micro y pequeñas empresas, a través de programas especialmente diseñados.

Para lograr estos objetivos es prioritario la consecución de los siguientes aspectos específicos:

1. Analizar la situación en que se encuentran las personas de la tercera edad en el país.
2. Contar con una identificación de los programas instrumentados hasta la fecha, en esta materia, en las diferentes instituciones evaluando logros y limitaciones de los mismos, en relación a sus problemáticas particulares.

3. Promover encuentros entre las distintas instancias a efectos de intercambiar experiencias, entre instituciones públicas y privadas que trabajan en el área.
4. Lograr el respaldo de las instituciones internacionales de financiamiento, para la instrumentación de los programas y proyectos que se formulen a nivel nacional.
5. Coordinación institucional entre varios ministerios y empresas del sector privado para la realización de actividades intergeneracionales.

ESTRATEGIAS

- a) Elaboración de estudios e investigaciones tendientes a profundizar el conocimiento sobre la situación de las personas de la tercera edad, así como, desarrollar sistemas modernos de información centrados en esta temática.
- b) Elaboración de programas de capacitación para el personal técnico, que deberá poner en práctica estas iniciativas.
- c) Elaboración de un conjunto de programas innovadores en materia de capacitación y empleo, que permitan la correspondiente toma de decisiones en las esferas gubernamentales, así como, con organismos internacionales para lograr su cooperación.
- d) Elaborar metodologías de intervención más ajustadas a los nuevos requerimientos y desafíos, especialmente en materia de capacitación técnica y profesional.
- e) Desarrollar programas de difusión y sensibilización de la opinión pública, mediante publicaciones especializadas a través del uso de los distintos medios de comunicación.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Los programas de capacitación laboral, deberían apuntar a la rápida incorporación de las personas de la tercera edad al mercado de trabajo y responder a las necesidades reales del aparato productivo, basadas en modalidades eminentemente

prácticas y pedagógicas, acordes a la situación de las personas de la tercera edad. La creación de puestos de trabajo deberían tener en cuenta, la evolución del mercado laboral y de productos, de manera que se pueda conocer las innovaciones en gestión, los desarrollos tecnológicos y las modificaciones que operan en la producción, etc. Apoyar la creación de unidades microempresariales de carácter productivo, teniendo en cuenta los parámetros establecidos anteriormente, conjuntamente con apoyos técnicos y crediticios, que a un futuro permitan incorporarse fluidamente a la dinámica operativa de las empresas que conforman el sector moderno, a través de instituciones como UNEPROM, CONAUPE, etc.

Los programas orientados a las personas de la tercera edad, deberían tener el carácter nacional además de ser ambicioso en cuanto al alcance de sus metas, pero al mismo tiempo realista en cuanto a su viabilidad.

Los proyectos deberán contar con un adecuado financiamiento nacional e internacional, esto quiere decir que no basta con la sola voluntad gubernamental, sino que será imprescindible comprometer el apoyo de empresas privadas y organismos internacionales, además de la participación activa de personas e instituciones relacionadas con este tema.

ASPECTOS JURIDICOS: LEY DEL ANCIANO VIGENTE Y PROYECTO DE LEY. SUS IMPLICACIONES EN LA MUJER DE LA TERCERA EDAD

Dra. Bertha Moreira de Alava

EX – DIRECTORA DE LA ASESORÍA JURÍDICA DEL
MINISTERIO DE SALUD

ASPECTOS JURIDICOS

PREAMBULO

En la antigüedad la ancianidad era sinónimo de sabiduría, de prudencia, de fuente de conocimientos. Las personas ancianas eran los jefes, los shamanes, los consejeros, por lo cual eran venerados y respetados. Su experiencia, conocimientos y vivencias eran tomados muy en cuenta, convirtiéndose entonces en guías de sus pueblos.

En nuestra prehistoria ecuatoriana en la antigua cultura Valdivia donde los descubrimientos arqueológicos de múltiples estatuillas femeninas “las venus de Valdivia” determinaron la presunción de la existencia de una ginococracia, o sea, el gobierno de las mujeres, así mismo, el hallazgo de un centro ceremonial destacó la existencia de sacerdotisas, posiblemente ancianas, que dirigían y oficiaban el culto religioso.

En la Roma Imperial el “pater familiar” era un anciano venerable que conducía la vida familiar, era amado y respetado.

Lo mismo ocurrió en la Edad Media y el Renacimiento y posteriormente en las nacientes naciones americanas.

Pero con el transcurso del tiempo a medida que avanzaba la civilización y el progreso, cuando la familia fue disminuyendo su importancia por diversas razones, entre ellas la crisis de valores de la actual sociedad, los ancianos fueron relegados, se convirtieron en un estorbo, que no merecían atención, ni respeto, fueron condenados al olvido. Esta situación fue tan evidente, que se tornó preocupante, a tal punto, que organismos internacionales como la OPS/OMS y en general los Estados decidieron establecer programas y dictar normas de protección para los ancianos.

I.

En el Ecuador con el No. 127 se expide la Ley Especial del Anciano el 30 de octubre de 1991, publicada en el Registro Oficial No. 806 del 6 de noviembre del mismo año (1991).

Esta ley es bastante ágil, general y precisa de 26 artículos, 2 disposiciones transitorias y una final; su contenido sintéticamente es el siguiente: Capítulo I: Disposiciones Fundamentales, donde se dispone quiénes son los beneficiarios de la Ley, personas que han cumplido 65 años. El objetivo fundamental es el de garantizar el derecho a un nivel de vida que asegure el bienestar, la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la atención médica en los aspectos geriátricos y gerontológicos y los servicios sociales requeridos para una existencia útil y decorosa del anciano. El anciano indigente y abandonado merece protección especial del Estado para lo cual fomentará la creación de entidades públicas y privadas con esta finalidad.

El Capítulo II: Señala los organismos de ejecución de la protección del Anciano, siendo el principal el Ministerio de Bienestar Social, estableciendo las acciones que debe ejecutar. También intervendrán las instituciones públicas y privadas.

Confusamente se da una atribución que no le compete al Consejo Nacional de Salud, pues es un organismo asesor y coordinador del sector salud, que sólo corresponde a las Facultades de Ciencias Médicas, la creación de programas docentes de geriatría y gerontología que se ejecutan en las unidades de atención médica del Ministerio de Salud Pública y del Ministerio de Bienestar Social y en los privados mediante convenios.

El Capítulo III: Normatiza sobre los servicios, debería considerarse como acciones de protección al anciano referentes a la atención médica y farmacéutica especializada; la creación del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas adscrito al Ministerio de Bienestar Social con sede en Vilcabamba-Loja; el establecimiento de la Procuraduría General del Anciano dependiente del Ministerio de Bienestar Social, para la protección de los derechos económicos y sociales y las reclamaciones legales del anciano; la protección de los ancianos indigentes o que carecen de familia o abandonados, los mismos que serán ubicados en hogares para ancianos, siendo estatales o privados; las reclamaciones alimentarias para ancianos que deben ser planteadas contra los parientes del anciano hasta el 1er. grado de consanguinidad (hijos); las donaciones previamente

registradas en el Ministerio de Bienestar Social de personas naturales o jurídicas, a favor de instituciones o programas de atención a personas mayores de 65 años, serán deducibles del impuesto a la renta; los medicamentos de especialidad geriátrica y gerontológicas que no existieren en el país pueden ser importados libres de pago de impuestos arancelarios por las instituciones de protección y cuidado de los ancianos, previa autorización del Ministerio de Bienestar Social; las personas de 65 años con ingresos mensuales estimados en un máximo de 3 salarios mínimos vitales o que tuvieren un patrimonio que no exceda de 300 salarios mínimos vitales estarán exonerados de toda clase de impuestos fiscales y municipales; y además gozarán de la exoneración del 50% del valor de las tarifas aéreas y terrestres nacionales de la entrada a espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y recreacionales, presentando la cédula de ciudadanía.

El Capítulo IV: Indica disposiciones relativas a la educación, en cuanto a programas educativos para los niveles primario y medio relacionados con la tercera Edad, incluyendo el trabajo voluntario de los alumnos de sexto curso en los hogares de ancianos previa a la obtención de Título de Bachiller; en el nivel universitario se creará incentivos para las universidades que formen profesionales especializados en atención al anciano. Finalmente incluye una disposición relacionada con la protección de la población rural anciana, dentro de los programas de desarrollo rural de instituciones del sector público.

El Capítulo V: Establece el financiamiento de los programas que dispone la Ley creando el "Fondo Nacional del Anciano" (FONAN), constituido por el equivalente al 10% del presupuesto general del Ministerio de Bienestar Social, y los recursos provenientes de préstamos internos y externos y de donaciones, aportes, contribuciones monetarias o en especial de personas naturales o jurídicas nacionales o extranjeras.

El Capítulo VI: Tipifica las infracciones que se sintetizan en malos tratos, falta de atención oportuna, las agresiones de palabra o físicas, falta de cuidado personal que comprende la alimentación, asistencia médica, seguridad, etc. Las correspondientes sanciones se concretan en amonestaciones y multa. Si estas infracciones ocurren por primera vez los actores serán amonestados por el Juez de lo Civil a petición de parte; en caso de reincidencia el juez impondrá multas que oscilarán de un salario mínimo vital hasta 10 s.m.v. de acuerdo a la gravedad de los hechos, estas multas se depositarán en la cuenta del FONAN.

El Capítulo VII: Establece la jurisdicción, la competencia y el procedimiento;

siendo competentes los jueces de lo civil para conocer y resolver los reclamos presentados por los ancianos, sus parientes o por la Procuraduría del Anciano.

Dentro de las disposiciones transitorias se establece el presupuesto para el año de 1992; y, se señala la función de la Dirección General de Gerontología del Ministerio de Bienestar Social para seguir planificando, conociendo, desarrollando y vigilando los programas diseñados para los ancianos.

II.

El Reglamento General a la Ley del Anciano se expide por Decreto Ejecutivo No. 3437 del 17 de junio de 1992, promulgado en el registro Oficial No. 961 del 19 de junio del mismo año. Este Reglamento hace aplicable la Ley. En el Capítulo I: señala como principio fundamental que para demostrar la calidad de beneficiario de la Ley se requerirá la presentación de la cédula de ciudadanía y subsidiariamente el carné de jubilado del IESS.

En el Capítulo I I: Establece los organismos de ejecución y servicios, entre los cuales se mencionan los Ministerios de Bienestar Social, Salud Pública, de Industrias, Comercio, Integración y Pesca; el Consejo Nacional de Substancias Psicotrópicas y Estupefacientes; el INEC, los Hospitales y Unidades Geriátricas del país, las unidades médicas del IESS, la Dirección de Gerontología del Ministerio de Bienestar Social como órgano planificador, señalando sus atribuciones.

El Capítulo III: Dispone sobre la naturaleza y fines del Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas, dependiente del Ministerio de Bienestar Social.

El Capítulo IV: Dispone sobre la Procuraduría General del Anciano dependiente del Ministerio de Bienestar Social, sus atribuciones y funciones.

El Capítulo V: Dentro del Financiamiento señala normas para el manejo del Fondo Nacional del Anciano.

El Capítulo VI: Señala la protección especial de los ancianos impedidos. En las Disposiciones Generales se normatiza sobre la publicidad y difusión de la legislación del anciano; los incentivos para las entidades que presten servicios eficientes a los ancianos y la forma de aplicar las exoneraciones. En las Disposiciones Transitorias se da normas sobre la Dirección Nacional de Gerontología y el Instituto Nacional de Investigaciones Gerontológicas que

procuran su funcionamiento eficiente.

III.

La Ley Reformativa a la Ley del Anciano expedida el 12 de septiembre de 1996, promulgada en el Registro Oficial No. 32 de 24 de septiembre de 1996, introduce en el Art. 15 de la Ley referente a la exoneración del 50% de las tarifas aéreas y terrestres, de las entradas a los espectáculos públicos, culturales, deportivos, artísticos y de recreación a las que deben añadirse, la de los servicios médicos privados, cuyo cumplimiento supervisará el Ministerio de Salud Pública. En el Art. 14 referente a la exoneración de los impuestos fiscales y municipales, se incluirá las concernientes a las operaciones de préstamos que efectúen a su nombre en el sistema financiero privado; además se agrega otro inciso que señala que para la aplicación de este beneficio no se requerirá de la declaración administrativa previa fiscal, provincial o municipal.

IV.

Para dar cumplimiento a la reforma del Art. 15 de la Ley el Ministerio de Salud Pública expidió el Acuerdo No. 2236 del 4 de marzo de 1998 publicado en el Registro Oficial No. 287 del 31 de marzo de 1998, complementando la exoneración del 50% de la atención médica con la atención farmacéutica.

V.

La Constitución Política de la República del Ecuador expedida por la Asamblea Nacional Constituyente, aprobada el 5 de junio de 1998 y promulgada en el Registro Oficial No. 1 del 11 de agosto del mismo año; en el Título III: De los Derechos, Garantías y Deberes, Capítulo IV De los Derechos económicos, sociales y culturales, Sección 5ª. De los Grupos Vulnerables, el Art. 47 establece: "En el ámbito público y privado recibirán atención prioritaria, preferente y especializada los niños y adolescentes, las mujeres embarazadas, las personas con discapacidad, los que adolecen de enfermedades catastróficas de alta complejidad y los de la Tercera Edad", y en el Art. 54: "El Estado garantizará a las personas de la Tercera Edad y a los jubilados, el derecho a asistencia especial que les asegure un nivel de vida digno, atención integral de salud gratuita y tratamiento preferente tributario y en servicios". - "El Estado, la sociedad y la familia proveerán a las personas de la tercera edad y a otros grupos vulnerables, una adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental". - "La Ley regulará la aplicación y defensa de estos derechos y garantías".

La Constitución ubica las garantías de protección, atención, asistencia y cuidado de las personas de la tercera edad dentro de los grupos vulnerables considerando que los ciudadanos mayores de 65 años o de la tercera edad, sobre todo aquellos que no disponen de medios económicos, o no tienen familia, o están abandonados o enfermos, pueden estar en situaciones de riesgo que los vuelven generalmente vulnerables.

Por otro lado, también, cambia la denominación de “ancianos” que anteriormente se utilizaba para designar a las personas mayores de 65 años, por “personas de la tercera edad”, porque ellos mismos no se consideran como tales, pensando que no están incapacitados ni minusválidos, o las personas que les rodean lo usan para tratarlo despectiva y preyorativamente.

VI.

En cuanto a la Seguridad Social la Constitución en el mismo Título y Capítulo, en la Sección 6ª. En el Art. 57 dispone: “El Seguro General obligatorio cubrirá las contingencias de enfermedad, maternidad, riesgos de trabajo, cesantía, vejez, invalidez, discapacidad y muerte”. - “El Seguro General obligatorio será derecho irrenunciable e imprescriptible de los trabajadores y sus familias”. En el término vejez estarían consideradas las personas de la tercera edad. Y en el Art. 59, inciso sexto, establece: “Las pensiones de jubilación deberán ajustarse anualmente según las disponibilidades del fondo respectivo, el cual se capitalizará para garantizar una pensión acorde con las necesidades básicas de sustentación y costo de vida”. Las pensiones de jubilación reciben las persona de la tercera edad que cumplieren los requisitos establecidos en la Ley del Seguro Social Obligatorio. El Art. 22 , inciso 1º. de esta Ley establece: “La pensión mensual de vejez para los afiliados será igual al 75% del promedio de los sueldos percibidos en los cinco años de mejor sueldo de la afiliación, para un asegurado que tenga 30 años de imposiciones y cumpla las demás condiciones estatutarias. En el caso de que acredite distinto tiempo de imposiciones y tuviere derecho a jubilación por vejez, se disminuirá o aumentará el 1,25% del mismo promedio por cada año de imposiciones que falte o exceda de los 30, y el inciso 3º. del mismo artículo continúa: “Si el afiliado acredite 40 años de imposiciones tendrá derecho a una pensión jubilar igual al 10% del promedio mensual de sueldos de los 5 años mejores de afiliación”. En el sector privado la jubilación patronal es el equivalente de 2 salarios mínimos vitales o una cantidad total conforme al Código de Trabajo. También el seguro de cesantía: establecido en la Ley, Reglamentos y estatutos del IESS conforme a las aportaciones y tiempo de servicio. Además de las pensiones de jubilación por vejez que reciben las personas de la tercera edad está la asistencia médica. En la investigación realizada por el IECAIM: “La Mujer de la Tercera Edad en el

Ecuador” en el año 1991 se consigna un dato importante sobre el Seguro Médico, conforme a las mujeres investigadas se dedujo que en un 70.7% cuentan con el del IESS, es probable que en los hombres se encuentre un mayor porcentaje. En cuanto a los seguros médicos privados establecidos en la Ley que regula el funcionamiento de las Empresas Privadas de Salud y Medicina Prepagada, expedida el 29 de julio de 1998, con el No. 98-08, publicada en el Registro Oficial No. 12 del 26 de agosto de 1998 y su respectivo reglamento, conforme a los contratos que suscribe con sus afiliados, unas no reconocen límite de edad para sus afiliados y otras no reconocen para la tercera edad.

Cabe mencionar la jubilación especial de la mujer, por Decreto Legislativo (Ley) No. 68-08, publicada en el Registro Oficial No. 447 del 22 de agosto de 1968, se reformó la Ley No. 059 aprobada por la Comisión Legislativa Permanente el 19 de julio de 1968 y publicada en el Registro Oficial No. 436 del 7 de agosto del mismo año, en cuyo artículo 4. se establece: “Será obligatoria la jubilación de la mujer empleada y trabajadora de Administración Pública, de las maestras de todos los niveles de la educación y de las trabajadoras de todas las empresas semipúblicas y privadas, cuando hubieren cumplido 25 años de servicio con el 100% del promedio de los 5 años de mejor sueldo o salario sin tomar en cuenta su edad y sin sujetare a ningún cupo. Para este fin el Estado y los demás patronos tendrán la obligación de celebrar los respectivos contratos máximo de un año. Por Decreto Legislativo del 20 de septiembre de 1979, publicado en el Registro Oficial No. 48 del 19 de octubre de 1979 se reitera y aclara las disposiciones del Decreto citado anteriormente, disponiendo en el Art. 1º : “El IESS tendrá obligación de jubilar a la mujer trabajadora que lo solicite, afiliada tanto de la Sección A como a la Sección B de dicho Instituto, cuando hubiere cumplido 300 imposiciones, con el 100% del promedio de los años de mejor sueldo o salario sin tener en cuenta su edad, sin sujetarse a ningún cupo y con la sola limitación de los topes vigentes a la fecha en que la trabajadora haga uso de este

derecho”. Sin embargo, lo jubilación especial de la mujer, no se hizo efectiva porque adolecía de la falta de bases técnicas para viabilizarla y por falta de financiamiento.

VII.

El Proyecto de Ley General para Garantizar los Derechos de las Personas de la Tercera Edad (observaciones).

Como ya se indicó anteriormente se cambia el término “anciano” por personas

de la “tercera edad”, pero la denominación más conveniente debería ser: “Ley para la protección de los derechos de las personas de la tercera edad”, puesto que la Constitución Política del Estado ya lo garantiza.

El Capítulo I del Título I deberá denominarse del ámbito de la Ley, su Naturaleza y prevalencia. El Art. 4 que señala “conceptos principales” con muy pocos términos debe cambiarse por un Capítulo que exprese: De las Definiciones, que debe ubicarse al principio o al final de la Ley, debe ser bastante completo y preciso. El Art. 5 que contiene los principios informantes, no está bien ubicado, comenzando por el término “informantes” tiene una connotación diferente a la que se le quiere dar, debería cambiarse por “principios básicos” y constar su enumeración en un capítulo, este término también fue introducido en la versión preliminar del proyecto del Código de la Familia y fue cambiado en un taller de discusión.

El Título II de los Derechos y Deberes, debe ser reestructurado, sintetizando su enumeración para no ser repetitivos, estableciendo su naturaleza de tal manera que el contenido de sus 34 artículos se reduzcan a unos pocos, y su exigibilidad, incorporando en ellos los derechos laborales constantes en el Capítulo IV.

El Título V contiene Del Sistema Nacional de Protección Integral de las Personas de a Tercera Edad, cuya estructura formal debe ser modificada de una manera más lógica y concordante. Sus organismos deben también ser denominados y conceptualizados en mejor forma, como su funciones y atribuciones así, el Consejo Nacional de Protección de la Tercera Edad que reemplazaría a la anterior Procuraduría, debería tener un menor número de miembros. La Secretaría Ejecutiva debe estar dentro del Consejo y no como organismo aparte. Con miras a la descentralización está bien los Consejos Cantonales de Protección de la Tercera Edad, mas no las Juntas Locales que resulten repetitivas y complicarían el sistema, las funciones de los Ministerios o Secretarías de Estado deben ser revisadas y mejor analizadas.

Los Centros de Atención deber ser revisados y unificarse con los centros gerontológicos.

El Título de las infracciones y sanciones es inconsistente, no señala quienes serían los jueces competentes para avocar conocimiento, juzgar y aplicar las sanciones correspondientes, serán los juzgados o jueces de la familia creadas por el Código de la Familia, los Juzgados de lo Penal, o Jueces especiales? Las infracciones penadas con prisión y reclusión tal como están planteadas caen dentro

del Código Penal; habría conflicto entre las dos leyes; la Ley anterior sólo señalaba penas de amonestación y multa, es conveniente un mayor análisis sobre este tema.

En general el proyecto necesita ser mejor redactado, analizar con detenimiento todo su contenido y estructura formal. Es necesario formular un proyecto de ley que verdaderamente proteja a las personas de la tercera edad. Considero que debe constituir una versión preliminar, un documento de trabajo para ser discutido por diversos estamentos de la sociedad.

Todo este conjunto de disposiciones constitucionales, legales y reglamentarias tienen más efectividad y aplicabilidad mayor para mujeres de la tercera edad, puesto que se ha comprobado científica y estadísticamente que las mujeres son más longevas y cuidan más su salud y apariencia personal.

La protección, defensa, atención y cuidado de las personas de la tercera edad no debe ser una obligación legal prescrita por la Constitución, la Ley y más reglamentos, sino una obligación moral de afecto y cariño no sólo de familiares y amigos, sino de todas aquellas personas que las rodean y están en contacto diario con ellas. No deben ser consideradas como ancianos inútiles que estorban, muchos de ellos han contribuido al progreso y desarrollo no sólo de sus familias, sino de la sociedad y por ende del país, ni siquiera deben ser llamadas personas de la tercera edad, sino de la "Edad Dorada" porque esta denominación conlleva la tranquilidad, la paz, el bienestar, el cariño y la atención que se merecen por sus esfuerzos, su trabajo, desvelos y sacrificios en beneficio de las actuales generaciones.

CAMBIOS NORMALES DE LA CAPACIDAD INTELECTUAL Y CARACTERISTICAS DE LAS ENFERMEDADES MENTALES EN EL ADULTO MAYOR

Doctora Fabiola Argüello

POST GRADO DE ESPECIALIZACIÓN EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA

Si hablo de envejecimiento me gustaría hablar de un envejecimiento dinámico, en el cual nuevas y significativas funciones se identifiquen en estas personas que se preparan económica y mentalmente, se adaptan mejor a la inevitable decadencia física y mental y a los cambios necesarios de su propio estilo de vida; sin embargo, para muchos adultos mayores, la edad avanzada es un estado de aislamiento, resignación y regresión así como también una pérdida de salud, posición social y dignidad. En el Ecuador el 69,82% no desean intercambiar ideas y en un 38,50% el tiempo libre no se motivan para utilizarlo acelerando el deterioro de sus capacidades físicas y mentales.

De este modo, mal preparados para los cambios tanto físicos como mentales y para las demandas de la vejez, estas personas no se adaptan debidamente, no pertenecen a una cultura preventiva, no buscan asistencia, se empeoran gradualmente y llegan a requerir de apoyo y ayuda en forma permanente y más aún hospitalización.

La población geriátrica abarca una gran extensión tanto de capacidades como incapacidades; los médicos, quizá más que cualquier otro sector de la sociedad, estamos perfectamente conscientes de estas grandes diferencias en los pacientes geriátricos.

En nuestra Sociedad donde se presentan carencias tan marcadas en el desarrollo de un sistema de atención más que nada a los adultos mayores desposeídos y tan sólo ocupan un lugar marginal, sobre todo porque no son capaces de producir y por lo tanto la realidad del sistema ecuatoriano es el de bajar el precio de sus medios de subsistencia o reducir éstos al mínimo posible, aún cuando los adultos mayores ya pagaron su derecho al retiro, que fueron descontados durante su vida económicamente activa y de cuya capitalización no son partícipes como debería ser.

No podemos seguir contemplando al proceso del envejecimiento como el desempeño de papeles cambiantes en el curso de la vida. Lo que entendemos como adolescencia, juventud, madurez y senectud no son sino fases o etapas

naturales del ser humano, caracterizados por ciertos cambios en los roles sociales asignados; a la senectud, por ejemplo se asocia con el retiro o abandono del trabajo.

Se deberá ir conciliando un sistema socioeconómico progresista, moderno, dinámico; se debería ir superando y resolviendo sus contradicciones internas de estructura y organización. En este sentido, adquiere profundo significado: el status de los grupos humanos que la forman, bien sean éstos, niños, adultos o adultos mayores y cada uno de ellos deben actuar, siendo, incongruente y absurdo que se fomente un grupo sin espacio social.

El envejecimiento trae una modificación de las capacidades biológicas, así como el sistema de situaciones y tareas que ligan al adulto mayor con la sociedad; al romperse el equilibrio el adulto mayor procederá a reorganizarse para de este modo establecer un nuevo balance individual de satisfacción entre lo que el adulto mayor puede aportar y la retribución aportada. Por norma general se le impide establecer este balance; en el pasado se le exigió actividad productiva, también se le negó el derecho de ejercer actividades no productivas, las mismas que pudieron contribuir a un equilibrio en la vejez.

La vida del adulto mayor gira básicamente alrededor de dos mundos; el mundo del trabajo y el mundo familiar. Una vez que termina el primero, solamente el segundo puede asegurar el equilibrio personal. El resultado es una profundización de las relaciones familiares o de lo contrario se sometería al aislamiento.

De este razonamiento comprenderemos que es fundamentalmente necesario, una cierta comunicación, una cierta integración comunicativa para que exista un equilibrio personal y adaptación armónica.

Podríamos decir que son obtenidas en la primera fase de la vida por acción de las instituciones que tienen una característica socializadora: escuela y familia. En la vida adulta es el trabajo, su estatus, incluyéndose éste dentro de una red de comunicaciones; cuando el adulto mayor cesa su actividad no sólo se empobrece la red de comunicación, sino también su posición social.

Es importante desarrollar un sistema en el cual no se segregue y no se atribuya a cada etapa de la vida función productiva o improductiva no existiría el retiro sino más bien una nueva forma de actividad en esta Sociedad a la cual me refiero; trabajo y no-trabajo no se separarían sino que serían los elementos de un solo proceso, cada forma de actividad se adaptaría a las características propias de la

edad biológica alcanzada y la última etapa correspondería a la senectud.

Pocos cambios significativos pueden atribuirse al envejecimiento normal. Estas podrían ser buenas noticias para los jóvenes y adultos de edad mediana, pero no son nuevas para los millones de adultos mayores que llevan vidas satisfactorias y útiles desde el punto de vista básicamente intelectual; hombres famosos y líderes a nivel mundial siempre han sido hombres de 60 a 70 años. Las personas importantes en negocios, músicos, escritores, artistas, científicos y humanistas por lo general siguen activos hasta las últimas etapas de su vida.

¿Qué ocurre con la capacidad intelectual?

Estos cambios están considerados dentro de parámetros neuropsiquiátricos, de conciencia, atención, lenguaje, memoria, habilidad manual constructiva y las funciones intelectuales más elevadas. Estas mismas áreas funcionales constituyen la base de las pruebas clínicas que deberían estudiarse en la valoración de la capacidad intelectual.

Las pruebas se las aplicará en forma regular; ante todo identificar o encontrar deficiencias cognoscitivas.

EVALUACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA

Es ante todo una valoración del estado de alerta, es la capacidad de percibir y responder a estímulos externos e internos. La conciencia es una función que resulta de la complicada interacción entre los centros activadores del talo cerebral y las funciones corticales más elevadas. No hay daño durante el envejecimiento normal para esta función básica del cerebro.

La conciencia puede explorarse mediante la observación de las respuestas a los estímulos verbales y táctiles y se describe en cuatro grados.

1. Estado de Alerta Completamente despierto
 Capaz de interactuar con el examinador
2. Letargo Incapaz de mantenerse despierto cuando no se le estimula
 Incapaz de fijar atención
 Las personas aletargadas no están. En sí dan la impresión de desinterés y pereza.

3. Estupor Responde a la estimulación intensa de manera inespecífica y manifiesta falta de cooperación.
4. Coma Incapaz de despertar aún bajo estimulación muy intensa de cualquier tipo.

El letargo es el grado usual de conciencia en el delirio y algunas veces se puede confundir con estados de demencia crónica. Los pacientes cuya conciencia está muy reducida no pueden valorarse con precisión.

¿QUÉ ES LA ATENCIÓN?

La atención es la capacidad para mantener la concentración orientada a una tarea en forma adecuada.

El estado de alerta es necesario para mantener la atención, pero estar despierto no significa necesariamente que la atención se encuentre innata. Una manera sencilla de probar la atención es el seguimiento de una secuencia de dígitos, los ancianos normales pueden repetir con facilidad cuatro dígitos mencionados al azar y a veces hasta seis y ocho.

La habilidad para mantener la atención por períodos prolongados se puede evaluar leyendo series de letras al azar, contenidas en un cartel y que el paciente debe señalar con el golpe de un dedo; entre las respuestas anormales se incluyen errores de omisión y señalamiento incorrecto de letras que no se le solicitó.

Los ancianos suelen realizar con precisión tareas sencillas; sin embargo en trabajos más complicados que impliquen dividir la atención muestran diferencias que dependerán de la edad. Esto tiene implicaciones prácticas para quienes desempeñan posiciones ejecutivas o de dirección que a veces interpretan estos cambios naturales como signo de senilidad.

En estos casos hay que proporcionar seguridad y orientación para simplificar y reorganizar las necesidades de trabajo.

¿QUÉ ES EL LENGUAJE?

Aún los adultos mayores normales olvidan el nombre de los objetos e individuos. Esta función no sólo es de la memoria; las personas amnésicas con daños graves son capaces de nombrar objetos.

Aunque por lo general la dificultad se atribuye a los ancianos, los problemas para nombrar objetos y personas empiezan desde la edad mediana y es común el ejemplo de no recordar nombres de amigos de muchos años en el momento de las presentaciones, la incapacidad de nombrar un objeto es independiente de la capacidad para describir detalladamente su uso o función. Además el nombre viene fácilmente en otras ocasiones.

Valoración del lenguaje

La incapacidad para nombrar objetos se puede valorar confrontando la persona adulta mayor con objetos de uso común: reloj, pluma, anillo, partes del cuerpo, etc. La identificación de respuestas anormales se basa en la experiencia clínica y en el conocimiento del grado educacional y experiencia precisa de la persona, los problemas específicos del lenguaje, por ejemplo la afasia, son frecuentes de ciertas enfermedades; investigarlas es una manera útil para ubicar la patología del cerebro.

MEMORIA

La memoria es un proceso que comprende diferentes etapas: la información sensorial percibida a través del olfato, vista, oído y tacto. Se capta y se registra, cuando la persona presta atención consciente, la información se transfiere a la memoria inmediata o de corto plazo.

El siguiente paso es almacenar de modo más permanente, lo que ocurre en la memoria remota o la largo plazo. La etapa final es la recuperación de la información almacenada. Es claro que los problemas que afectan el estado de alerta, la atención y el lenguaje pueden impedir el registro de datos nuevos. La información es importante para las relaciones, trabajo o la supervivencia y es la más fácil de codificar permanentemente; actuar con ansiedad daña la capacidad para recuperar información almacenada; el lector puede comprobarlo: cuando se le pide que recuerde datos específicos en el momento de las pruebas escolares.

Con fines de análisis, la memoria se divide en inmediata, reciente y tardía.

MEMORIA RECIENTE es un término relativamente confuso en comparación con los otros dos y en realidad se refiere al conocimiento de datos recién percibidos, por ejm. los sucesos del día, en qué consistió el desayuno, la fecha, etc. La deficiencia para aprender cosas nuevas es un buen indicador de la pérdida de la capacidad congoscitiva por tanto la valoración de la memoria debe

enfocarse a esta etapa. La mejor prueba que se puede aplicar para explorar la memoria inmediata es la repetición de números.

La MEMORIA TARDIA puede probarse con datos históricos: nombres de presidentes, fechas de las guerras e información similar entre los datos personales se puede incluir: fecha de nacimiento, nombre de las escuelas a las que asistió, trabajos que ha desempeñado, etc., pero en este caso se requiere de comprobación, lo cual siempre no es posible, aún personas normales muestran ligera pérdida de la memoria desde la edad mediana, pero este fenómeno se agudiza entre los 60 y 70 años. Las pruebas neuropsiquiátricas revelan que la pérdida puede ser aproximadamente 30%, sin lesiones corticales aparentes. Se consiguen mejorías significativas con métodos nemotécnicos y el empleo de técnicas de relajación. Esto sugiere que no hay verdadera pérdida de la memoria. Como se señala anteriormente, las quejas de pérdida de memoria en realidad puede tener origen en la falsa interpretación de problemas de atención dividida y olvido de nombres. A esta pérdida aparente de memoria se le denomina olvidos benignos. La memoria inmediata y la tardía parecen poco afectadas por el proceso del envejecimiento normal. La costumbre de algunos adultos mayores de conservar cosas del pasado es una estrategia para evitar la vergüenza de no recordar la información actual.

Esta conducta vale la pena que sea investigada con cuidado para no confundirla con el comportamiento confabulatorio de la demencia senil.

HABILIDAD MANUAL CONSTRUCTIVA

El adulto mayor se puede decir que conserva la habilidad para dibujar con precisión figuras sencillas uni o bidimensionales, que se describen verbalmente o que copia de algún modelo, este ejercicio requiere de integrar complejas habilidades de percepción sensorial, funciones corticales y motoras y es una prueba particularmente sensible para descubrir disfunciones corticales bilaterales. Las alteraciones de la habilidad para el dibujo constructivo son una forma sencilla de evaluar las primeras manifestaciones de enfermedad cortical.

FUNCIONES INTELECTUALES ALTAS

La mayoría de adultos mayores viven en forma activa e independiente; esto demuestra su capacidad para asimilar, procesar y utilizar la información. Esta habilidad adquiere particular importancia en el medio urbano que demanda alto grado de desempeño para satisfacer las necesidades básicas, sin embargo hay cambios cuantificables en la velocidad para aprender cosas nuevas y para realizar tareas complicadas.

Las funciones intelectuales altas se evalúan examinando a fondo los conocimientos básicos, la capacidad para utilizar la información adquirida, las habilidades sociales, el juicio, el razonamiento abstracto. Para interpretar las respuestas hay que tomar en cuenta el grado cultural de los adultos mayores, los trabajos que ha desempeñado y la experiencia de la vida.

Cuadro

	60-70 AÑOS	71-80 AÑOS	+ 80 AÑOS
1	OSTEOARTRITIS 45.5%	OSTEOARTRITIS 41.4%	OSTEOARTRITIS 53.8%
2	CIRCULATORIO 26.0%	CIRCULATORIO 20.7%	CIRCULATORIO 12.3%
3	RENAL-URINARIO 8.4%	RENAL-URINARIO 10.8%	RENAL-URINARIO 4.6%
4	DIGESTIVO 7.1%	DIGESTIVO 11.7%	DIGESTIVO 6.2%
5	RESPIRATORIO 5.8%	RESPIRATORIO 4.5%	RESPIRATORIO 4.6%
6	VISUAL 4.2%	VISUAL 4.5%	VISUAL 6.2%
7	MENTAL 3.0%	MENTAL 0.9%	MENTAL 1.5%
8	AUDITIVO 2.6%	AUDITIVO 1.2%	AUDITIVO 4.6%
9	CANCER 0.6%	CANCER 1.8%	CANCER 0.8%

*Nueve enfermedades de las mujeres adultas mayores en el Ecuador por grupos de edad.

*Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer (IECAIM), Pág. 45-46.

*Informes Unidad de Geriatria Hogar Vida la Esperanza F.F.A.A., 1998. Fabiola Argüello.

ENFERMEDADES MENTALES ORGANICAS

Estas son más frecuentes de lo que se imagina; de acuerdo con investigaciones recientes en América y Estados Unidos una de cada tres personas tendrá por lo menos un episodio de un trastorno mental durante su vida. La enfermedad mental puede causar un profundo sufrimiento al enfermo, a su familia y amigos. Su estado de ánimo lo lleva a la autodestrucción, que se refiere en parte a la alta tasa de suicidios en estos pacientes, se sabe de un alto porcentaje de suicidios que ocurren en estos pacientes con depresión. En la esquizofrenia, uno de cada cuatro pacientes en trastornos de personalidad uno se suicidó entre diez casos. El uso de alcohol y drogas son factores de riesgo importantes para suicidio, en lugar de criticar y desvalorizar a estas personas afectadas es básico comprenderlas y estimularlas para que se traten.

Se debe acudir a los medios disponibles, el empleo adecuado de medicamentos y las terapias psicosociales, puede contribuir mucho para el alivio del sufrimiento, la rehabilitación de los pacientes y la prevención de nuevos episodios en la mayoría de los casos de enfermedad mental.

DELIRIO

Es una palabra muy descriptiva que literalmente significa extravío, es un trastorno relativamente común, particularmente en pacientes casi siempre es síntoma de enfermedad grave o de respuesta anormal al tratamiento; los principales rasgos distintivos son las alteraciones de la conciencia, incapacidad para fijar la atención y evolución clínica muy variable, la incidencia se da más en ancianos con un régimen terapéutico con varios medicamentos simultáneamente.

La causa de ser muy susceptible a delirio es por la toxicidad medicamentosa ya que varios adultos mayores se administran múltiples medicamentos simultáneamente y la creciente sensibilización del encéfalo a muchos medicamentos, la mayor parte de medicamentos psicotrópicos, entre ellos antipsicóticos, antidepresivos, tranquilizantes y sedantes pueden producir delirio; el alcohol solo o combinado con otras drogas causa síntomas de delirio.

Muchas situaciones y padecimientos comunes del anciano pueden producir delirio en pacientes enfermos; las causas más importantes son deficiencias nutricionales, hipotermia, enfermedades no diagnosticadas, traumatismos de la cabeza, enfermedades pulmonares, enfermedades cardiovasculares, desequilibrio metabólico y toxicidad medicamentosa.

Debo indicar que generalmente el delirio se inicia en forma relativamente brusca: cuestión de horas o de unos pocos días y casi siempre dura menos de una semana. Las excepciones más notables son el delirio que acompaña a ciertas enfermedades de inicio insidioso, por ejemplo hipotiroidismo. Lo más característico es el daño global de las funciones intelectuales y la oscilación en funciones específicas a medida que avanza el tiempo. Es decir, en cualquier momento el cuadro clínico puede ser dominado por problemas de orientación, atención, conciencia o memoria.

Los pacientes pueden mostrar alteraciones del estado de ánimo, como ira, temor, indiferencia o irritabilidad que no se relacionan con la situación clínica; entre los trastornos de percepción se incluyen alucinaciones aterradoras y espejismos. Son comunes los trastornos psicomotores y la actividad motriz alcanza su máximo durante el día.

Los ciclos sueño-vigilia están alterados, acentuándose la confusión durante la noche. Esta última es la forma más grave de actividad "crepuscular" que puede observarse en los ancianos menos dañados durante su estancia en el Hospital. La recuperación completa se logra cuando el diagnóstico es preciso e inmediato y el tratamiento es enérgico; desde el principio el retraso en el diagnóstico o tratamiento puede provocar daño cortical irreversible y demencia.

El diagnóstico clínico no es difícil cuando se conocen los signos iniciales; desafortunadamente se considera que el anciano tiene cierto grado de daño intelectual como parte del envejecimiento normal y el personal hospitalario muestra mayor tolerancia para las conductas anormales del adulto mayor. Se pueden observar estados de confusión o fallas en la atención de carácter muy leve que no se les presta la atención debida ya que se considera conductas esperadas. Es común que la evaluación de los primeros síntomas se haga con retraso lo que aumenta el riesgo que el paciente sufra daños permanentes cuando se diagnostica delirio, de inmediato debe revisarse el curso clínico de la enfermedad primaria haciendo hincapié en trastornos metabólicos y la toxicidad medicamentosa. Es frecuente que varios factores actúen al mismo tiempo y que cada miembro del personal que está encargado del paciente desempeñe funciones importantes de diagnóstico.

Se suele confundir el delirio con demencia y esta no debe alargarse por mucho tiempo, ya que las características de delirio es rápidamente cambiante, contrasta notablemente con el curso estable y la evolución lenta de la demencia.

Consideraciones del tratamiento

1. Se debe retirar todo el tratamiento medicamentoso si las condiciones clínicas lo permiten.
2. La terapéutica deber ser intensiva del problema primario sea médico o quirúrgico.
3. Corregir de inmediato las deficiencias nutricionales, anemia y el desequilibrio hidroelectrolítico y deshidratación.
4. Restricción física por riesgo de traumatismos superficiales y lesiones musculoesqueléticas.
5. Hay que corregir el insomnio, se deberá instaurar tratamiento medicamentoso con (psicotrópicos) Haloperidol en dosis bajas ya que carecen de efectos anticolinérgicos; la dosis será 0,5 a 2 mm. cada dos horas o cuatro horas.
6. Las benzodiazepinas también suelen ser eficaces.

Finalmente en cuanto a delirio debo indicar que todo cuadro de delirio mejora suprimiendo el agente nocivo o tratando adecuadamente la enfermedad subyacente. El diagnóstico tardío y el tratamiento incompleto aumenta la probabilidad de que la recuperación sea lenta o también puede ocurrir daño permanente al cerebro.

DEMENCIA

El término como demencia y delirio es tan antiguo que proviene del latín y que literalmente significa “estar fuera de la propia mente”.

En realidad, las demencias pertenecen a un grupo de enfermedades que comparten algunas características como inicio gradual, declinación global de la capacidad intelectual y del desempeño y la incapacitación social progresiva.

Estos procedimientos nunca son consecuencia del envejecimiento normal y cualquiera que sea la causa, en último término, siempre hay pérdida difusa y permanente de neuronas en todas las áreas del cerebro.

En cuanto a su prevalencia, citaré que en Estados Unidos la demencia es común, afecta al 4% de las personas de 65 a 75 años, el 23% a los mayores de 80 años. En total ataca al 11% de la población actual mayores de 65 años, cifra que se

duplicará en el año 2030; por lo que parece la demencia en ese país será un problema grave individualmente y de salud pública.

En cuanto a su definición no hay clasificación aceptada de las demencias, una manera útil de agruparlas, consiste en dividir las en primarias y secundarias.

Primarias.- Comparten el curso progresivo y sin remisiones, la causa oscura, su irreversibilidad y la falta de respuesta o respuesta irregular al tratamiento.

Secundarias.- Son de etiología conocida y cierto grado de reversibilidad. Al margen de la etiología, todas las demencias tienen rasgos generales.

DEMENCIAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS

DEMENCIAS PRIMARIAS

- * Demencia degenerativa primaria (Tipo enfermedad de Alzheimer)
- * Demencia por infartos múltiples
- * Enfermedad de Pick
- * Enfermedad de Huntington
- * Enfermedad de creutzfeldt-jakob

DEMENCIAS SECUNDARIAS

- * Hidrocefaleas con presión intracranial normal
- * Demencia de Parkinson
- * Demencia inducida por fármacos
- * Seudodemencia
- * Trastornos metabólicos
- * Otros síndromes neurológicos

DIAGNOSTICO.- CRITERIOS:

1. Pérdida de la capacidad intelectual, suficientemente grave para interferir en las actividades sociales y laborales.
2. Trastornos de la memoria.
3. Al menos uno de los siguientes síntomas:
 - 3.1. Alteraciones del pensamiento abstracto, que se manifiesta por incapacidad para hacer interpretaciones concretas de los proverbios y encontrar semejanzas y diferencias entre palabras relacionadas, dificultad para definir palabras y conceptos y otras tareas similares.
 - 3.2. Alteraciones del juicio.

3.3. Otros trastornos de las funciones corticales elevadas, por ejemplo Afasia (trastorno del lenguaje por disfunción cerebral), Apraxia (incapacidad para realizar actividades motoras a pesar de conservar intactas la atención y la comprensión), Agnosia (fallas para reconocer e identificar objetos, aunque la percepción sensorial se encuentra intacta), Dificultad manual constructiva (incapacidad para copiar figuras tridimensionales).

3.4. Cambios de personalidad, es decir, alteración o reforzamiento de los rasgos premórbidos.

4. Conciencia poco obnubilada (no cumple criterios del delirio de intoxicación, aunque estos estados pueden estar superpuestos).

5. Datos obtenidos del examen físico, pruebas de laboratorio, historia clínica, sobre la existencia de algún factor orgánico específico etiológicamente relacionado con el trastorno.

En ausencia de las pruebas mencionadas, se puede asumir alguna causa orgánica como factor necesario para el desarrollo del síndrome.

ENFERMEDAD DEGENERATIVA PRIMARIA (PDD)

Conocida como enfermedad de Alzheimer en memoria del patólogo que la describió en 1907. Las lesiones cerebrales características de este padecimiento en el diagnóstico incluyen la demencia senil y presenil debido a que ambas muestran patología semejante.

Aproximadamente el 50% de los pacientes con demencia padecen Enfermedad degenerativa primaria. Otro 25% muestran PDD junto con demencia producida por infartos múltiples del tejido cerebral (MID). La frecuencia de este padecimiento es dos veces mayor en mujeres que en los hombres y aumenta en ambos sexos con la edad.

Factores Etiológicos

1. La Etiología se desconoce pero existen cambios bioquímicos y lesiones específicas.
2. Lesiones características, consisten en marañas de neurofibrillas.
3. Regeneración granulovascular
4. Neuritis en placas.- Esto también se observa en síndrome de Down
5. En personas normales se observan marañas de neurofibrillas; muestran estos cambios a medida que envejecen pero en grado notablemente menor.
6. Hay presencia de material amiloide; en cantidades crecientes indican alguna

enfermedad inmunológica.

7. También se han encontrado cantidades importantes de aluminio en el cerebro de pacientes que padecen PDD, esto orienta a la búsqueda de una causa tóxica.
8. Anormalidades bioquímicas como la disminución de Acetilcolina a través de la síntesis por acetilcolina transferasa.
9. También son importantes los factores genéticos pero todavía no se describe un modelo sencillo para explicar la forma en que ocurre la enfermedad. En las familias el riesgo de aparición hasta los 75 años de edad es del 7% entre hermanos; los hijos pueden tener el mismo porcentaje, pero no se ha estimado debido a que no hay estudios de familias de que cuando los hijos crezcan, sean afectados por la enfermedad.

Características Clínicas del PDD

1. Los síntomas tienen inicio insidioso.
2. En las últimas etapas de la enfermedad, las manifestaciones son globales.
3. Los primeros en sospechar los trastornos de memoria son amigos y familiares y a su vez realizan el diagnóstico debido a la negación.
4. Al principio la función afectada es la memoria reciente. La memoria inmediata y la tardía se afectan posteriormente.
5. El paciente es capaz de manejar el automóvil a través del tráfico de la ciudad si conoce el camino pero olvida el propósito de la visita al llegar al destino y recuerda el asunto a su retorno a casa.
6. Los primeros signos de desorientación se acompañan de suspicacia y paranoia.
7. Las primeras prueba del estado de confusión ocurren por la noche. Se presenta insomnio acompañado de vagabundeo, irritabilidad y agresividad, cuadro que se denomina síndrome de crepúsculo.
8. Los cambios de personalidad rara vez son positivos, más bien tienden a la hostilidad y agresividad. Esto aísla más al paciente porque pierde el apoyo de la sociedad.
9. Hay problemas de percepción, incluyen alucinaciones y espejismos.
10. En las últimas etapas los pacientes reducen la actividad motora, caen en el mutismo y la indiferencia y pierden el control de los esfínteres vesical y rectal.
11. Las causas más frecuentes de muerte son la aspiración de cuerpos extraños a través de bronquios y cuadros infecciosos.

La PDD es una enfermedad progresiva que no tiene remisiones y que sigue un curso muy variable.

El pronóstico es peor cuando los síntomas se inician desde que la persona es relativamente joven; se puede estimar en forma aproximada un período de supervivencia observando el grado de deterioro que se produce durante el primer año después de efectuar el diagnóstico. El promedio de vida es de 6 a 8 años, pero se han comunicado casos de personas que viven de 15 a 20 años. Desafortunadamente muchos de esos años son socialmente improductivos para la persona.

DEMENCIA PRODUCIDA POR INFARTOS MÚLTIPLES EN EL CEREBRO (MID)

Siempre se pensó que todas las psicosis eran producidas por arteriosclerosis, ejemplo la enfermedad senil del cerebro. Se podría pensar que este "concepto equivocado" tendría su origen en que en los ancianos haya pruebas de arteriosclerosis en varios órganos. Aún cuando los vasos cerebrales se muestren esclerosados, la presencia de múltiples infartos microscópicos y no la isquemia es la verdadera causa del daño en las funciones cerebrales. Cuando los infartos han producido reblandecimiento de 50 a 100 ml. de tejido cerebral, comienzan a aparecer las manifestaciones clínicas de la demencia.

Aproximadamente 15% de las demencias son producidas por infartos múltiples (MID) y muchos otros casos muestran síntomas concurrentes de MID y PDD.

Características Clínicas

El MID casi no puede diferenciarse del PDD, a menos que se conozca el curso de la enfermedad a través de la vida del paciente. Una característica que con frecuencia contrasta ambos padecimientos es la evolución que en MID puede ser a saltos bruscos y en PDD siempre es regularmente progresiva. En casos de MID a cada pequeño infarto, sigue un período de recuperación parcial y de evolución relativamente estacionaria. Las deficiencias neurológicas que acompañan al padecimiento ayudan al diagnóstico de la evolución natural. Aún cuando las características específicas sean valiosas para el diagnóstico y la descripción clínica corresponda a una enfermedad que avanza progresivamente.

Pronóstico

La Demencia multiinfarto sigue un curso menos predecible que en casos de PDD. Los períodos estacionarios pueden durar varios meses. El diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial puede retrasar su evolución, pero no mejora

el proceso patológico básico, es decir los pequeños y numerosos infartos del cerebro cuando coexisten con PDD generalmente la evolución se acelera.

ENFERMEDAD DE HUNTINGTON

La enfermedad de Huntington puede describirse como un trastorno hereditario, autosómico y dominante que se manifiesta por alteraciones de las funciones cognitivas y movimientos involuntarios en personas relativamente jóvenes, por lo general menores de 45 años, desafortunadamente.

ENFERMEDAD DE PICK

La enfermedad de Pick es un padecimiento raro de carácter hereditario que aparece de los 50 a los 59 años y que afecta primeramente las funciones del lóbulo frontal antes de que ocurra deterioro global del encéfalo. Los síntomas correspondientes a lesiones del lóbulo frontal son: la indiferencia, inestabilidad emocional y conducta social inapropiada. Estos rasgos distintivos son muy difíciles de apreciar clínicamente y es casi imposible establecer la diferencia con la PDD, que relativamente es más común. Los signos de la necropsia son característicos.

ENFERMEDAD DE CREUTZFELDT – JAKOB

Esta enfermedad realmente es muy rara, es rápidamente mortal, produce deterioro mental, trastornos del sueño; pérdida de peso y síntomas neurológicos; se aduce que la causa es un virus de desarrollo lento. Se han reportado casos de transmisión entre seres humanos. No hay ningún tratamiento eficaz.

DEMENCIAS SECUNDARIAS

Estos tipos de demencia tienen causas orgánicas específicas, que con frecuencia son reversibles. El diagnóstico temprano es esencial. En total representan 15 a 20% de las demencias.

El diagnóstico de este tipo de padecimientos y su respuesta es favorable al tratamiento.

SEUDODEMENCIA DEPRESIVA

Este término se utiliza para describir ancianos deprimidos que tengan síntomas parecidos a los de la demencia; no hay pruebas de evolución progresiva hasta

llegar a la pérdida de funciones.

Se conoce que una tercera parte de todas las demencias secundarias se relacionan con la depresión.

Los pacientes con pseudodemencia depresiva tienen trastornos significativos del estado de ánimo, comprenden y recuerdan mejor la información reciente y muestran desorientación mínima durante el examen de estado mental; pueden mostrarse irritables y poco cooperativos. Las personas dementes con frecuencia presentan conductas de perseveración o de confabulación, intentando compensar sus deficiencias. A veces se complica el diagnóstico, hay muchas personas con principios de demencia que se encuentran deprimidas.

El diagnóstico puede facilitarse intentando un período de medicación antidepressiva.

HIDROCEFALIA CON PRESION INTRACRANEAL NORMAL

Se presenta la triada clásica: (NPH) Demencia, trastornos de la marcha e incontinencia de orina son los rasgos característicos de esta enfermedad.

Aproximadamente una cuarta parte de las personas que padecen demencia secundaria pertenecen a este grupo. No hay obstrucción específica a la circulación del líquido cefalorraquídeo y por tanto la presión intracraneal no se eleva. Una de las formas de hidrocefalia con presión intracraneal normal se produce a consecuencia de lesiones cerebrales que dificultan la absorción del líquido cefalorraquídeo de la superficie del encéfalo. Los antecedentes de traumatismo craneal o de encefalitis aumentan la posibilidad de que se trate de un NPH del primer tipo. La distinción es importante debido a que el tratamiento mediante derivación del líquido es más eficaz cuando la enfermedad se ha producido por lesiones y no es de tipo idiopático.

TUMORACIONES INTRACRANEALES

Los tumores y los hematomas subdurales potencialmente son trastornos curables que cuando se inician siguen un curso parecido al de la deficiencia intelectual con poco daño neurológico. La causa se oscurece aún más por la presencia de inestabilidad emocional y depresión. Los antecedentes de traumatismo craneal, la evolución más rápida y finalmente la aparición de trastornos neurológicos localizados conducen a la evaluación neurológica y al diagnóstico. Es fundamental descubrir los síntomas desde el inicio particularmente en casos de hematoma

subdural se producen mejorías estupendas y restablecimiento de las funciones intelectuales y motoras.

TRASTORNOS METABOLICOS, NUTRICIONALES, TOXICOS E INFECCIOSOS

Esta es una categoría muy amplia en la que se incluyen muchos trastornos y enfermedades. El delirio aparece precozmente, pero la obnubilación de la conciencia es menor. Cuando no se suprime el agente nocivo, o las alteraciones metabólicas, nutricionales no se corrigen. Todas las funciones intelectuales disminuyen. Por Ejm. la pérdida progresiva de la memoria que se observa en el síndrome de Korsakoff, enfermedad de los alcohólicos producida por agotamiento de la "tiamina". Al principio de la enfermedad puede ocurrir dicho delirio, secundario a la encefalopatía.

El objetivo de la evolución diagnóstica no es diagnosticar demencia. En la mayor parte de los casos el trastorno intelectual es obvio. La principal tarea consiste en excluir con certeza la presencia de algún tipo de demencia secundaria, susceptible de tratamiento. Es importante enfatizar en esta situación, ya que muchos cuadros de demencia no son debidamente evaluados al comienzo: la razón puede ser ignorancia o la convicción de que los viejos siempre tengan trastornos intelectuales. La enfermedad de Alzheimer, muy estudiada últimamente, puede estar apoyando la falsa impresión de que todo trastorno intelectual corresponde a esta enfermedad que por el momento es incurable.

El inicio y curso de la enfermedad se puede establecer mediante un buen examen físico y una Historia clínica minuciosa que incluya antecedentes médicos.

CUESTIONARIO ACERCA DEL ESTADO MENTAL PARA EVALUAR DISFUNCIONES CEREBRALES EN EL ANCIANO

PREGUNTAS	Interpretación de la respuesta	
	Total de respuestas Incorrectas *	Grado estimado de disfunción cerebral
1. ¿Dónde se encuentra usted ahora? (nombre y tipo de lugar)	0-2 Incorrecto	Ninguno o muy leve
2. ¿Dónde está situado este lugar? (dirección)	3-8 Incorrecto	Moderado
3. ¿En qué mes estamos?		
4. ¿En qué año estamos?		
5. ¿En qué día del mes estamos? (correcto aún con dos días de diferencia)		

6. ¿Qué edad tiene? (en años)
7. ¿En qué mes nació?
8. ¿En qué año nació? ¿En qué día nació?
9. ¿Quién es el Presidente de la República?
10. ¿Quién fue el Presidente anterior?

* Incluye preguntas no respondidas

(Adaptado de Liston, E.H.: Delirium in the aged. Psychiatr. Clin. North. Am., 5:49-66, 1982, Copyright 1982, W.B. Saunders).

TRATAMIENTO DE LAS DEMENCIAS

Las demencias primarias son enfermedades irreversibles que carecen de tratamiento específico. Aún cuando esto sigue siendo cierto, en la actualidad se están realizando investigaciones exhaustivas encaminadas a encontrar la forma de detener o hacer retroceder las anormalidades bioquímicas conocidas en estos padecimientos, recientemente hicieron una revisión de quimioterapia de los trastornos mentales.

La tarea más importante e inmediata es la educación y el apoyo que debe brindarse a los pacientes y a sus familiares, debido a la característica crónica de demencia los amigos y familiares que prestan atención primaria a los pacientes deben recibir información y apoyo continuo.

El tratamiento médico se debe orientar a conservar un buen estado de Salud General poniendo especial atención para descubrir y tratar infecciones, lesiones de piel, deficiencias nutricionales, insomnio y alteraciones del estado de ánimo. El insomnio y la angustia responden al tratamiento con dosis pequeñas de benzodiazepinas de acción breve, por Ejm. 15 mg. De Fluracepan o 0,25 a 0,50 mg. De triazolam. Estos compuestos no se acumulan en el organismo, aunque pueden perder eficacia cuando se usan todas las noches y por períodos prolongados.

Para finalizar y coincidir con el objeto de lo que este Seminario, como especialista en esta área, considero de mucha importancia lo siguiente:

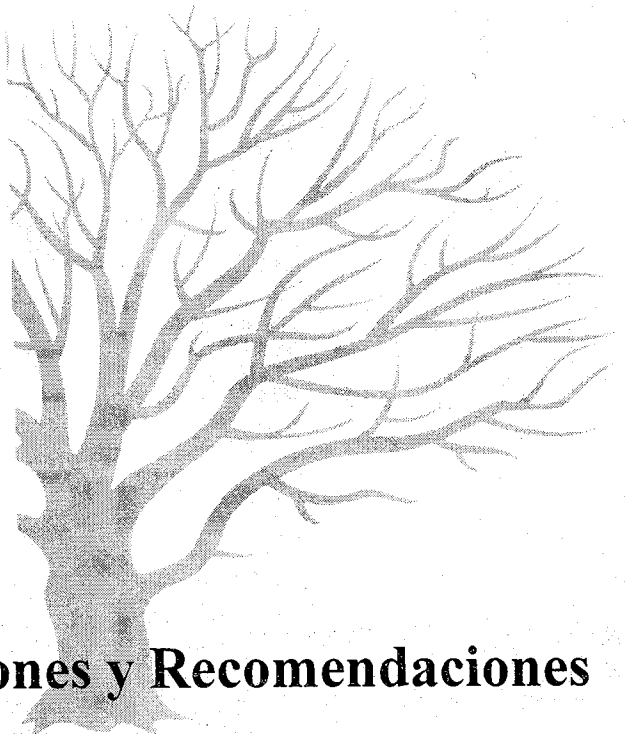
1. Que se entienda la naturaleza multiinstitucional y pluralista de los servicios de salud y por lo tanto la necesidad imperiosa de fortificar los mecanismos y formas de interrelación institucional.

2. Es imperativo que se centre interés en los componentes funcionales de los sistemas de salud, destacando el financiamiento de los servicios.
3. Que se considere la descentralización y desconcentración de la administración pública y las oportunidades que ofrecerían para el desarrollo de microsistemas locales de salud en los cuales se favorece extraordinariamente los servicios de salud mental para personas mayores de 65 años.
4. El Programa médico fundamentalmente debe encargarse de educar para la salud a los adultos mayores mediante conversaciones acerca de las patologías más frecuentes y detectar oportunamente los factores de riesgo de las enfermedades comunes en los ancianos.
5. Es fundamental que se atiendan a los usuarios de Centros Gerontológicos si se trata de padecimientos manejables en primer nivel de atención o referir a los adultos mayores a hospitales de segundo o tercer nivel.
6. Estimular las funciones cerebrales superiores para su interacción social.
7. Conociendo que las pensiones que se otorgan dentro del marco legal correspondiente, a pesar de ello no puedo dejar de expresar un aspecto que constituye imperativo, como un deber moral; considerado el costo tan alto de vida, el deterioro de la capacidad adquisitiva producida por fenómenos que involucran a todas las naciones, ha reducido de forma importante las posibilidades de quienes están sujetos a un ingreso no flexible y más cuando ya no están en aptitud de ser incorporados al mundo del trabajo.
El Instituto de Seguridad Social no puede desconocer esa realidad; por humanidad el IESS debe dar pronta respuesta a quienes reciben las pensiones más reducidas.
8. Sin alterar la estabilidad financiera ni alterar sus expectativas se deben proponer opciones que permitan mejorar las pensiones que se otorgan actualmente a su vez extender los beneficios a la cónyuge del afiliado en el caso de que no sea cotizante y de esta forma se cumpla el objetivo básico de la seguridad social.

Que exista una política social sobre la utilización de los trabajadores de edad avanzada, siendo esta una política realista.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Krassoievitah; Psicoterapia Geriátrica
- Zetzel, E.R., Dynamics of the metapsychology of the aging process
- Busse, E.W., "Mental disorders in later life. Organic brain syndroms" in Mental Illness in later life, Busse, E.W. and Pfeiffer, E., Edit American Psychiatric Association, Washington D.C., E.U.A., 1973
- David P. Barash, El Envejecimiento, 1987
- González Montalvo, A. Salgado Alba, Fundamentos de Asistencia al Anciano, Ediciones CEA, Madrid, 1991-1992
- Spar S.E., Dementia in the aged. Psychiatrblin North Am., p. 67-86, 1982
- Wells CE Chronic brain disease[An Overview, Psychiatry, 135:1-12, 1978
- D.L. Carnevali, M. Patric, Tratado de Geriatria y Gerontología, 2a. Edición, Editorial Interamericana, 1998
- Informe sobre Curso de Envejecimiento y Nutrición, Octubre 1998, Porto Alegre, Brasil.



Conclusiones y Recomendaciones

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Sociales: Señora Hilda Egüez de Jaramillo, Presidenta de la CORFEC

Médicas: Doctora Fabiola Argüello, Directora de Gerontología del Ministerio de

Bienestar Social.

- Exigir a la Agencia de Garantías de Depósitos (AGD) arbitre las medidas legales, técnicas y de impacto financiero, destinado a dictar y oficializar un decreto que descongele en su totalidad los fondos congelados de las personas de la tercera edad, evitando conducir a la ruina económica, moral y social a un gran segmento de la población.
- Solicitar a la Conferencia Episcopal Ecuatoriana recursos económicos para investigar el impacto emocional y sus consecuencias, en un grupo de persona, que han sufrido INCAUTACION (congelamiento) de sus recursos. Los resultados publicados hará que se descongele para la tercera edad.
- Solicitar al Ministerio de Trabajo y Acción Social, que mantenga un compromiso de operativizar la aplicación de la Ley vigente del Anciano, con especial atención a las fuentes financieras y a la dependencias directivas y operativas, especializadas en este campo de la tercera edad.
- Recomendar a la Comisión de la Mujer, el Niño y la Familia del Honorable Congreso Nacional, inserte en la elaboración de la nueva Ley, los resultados que se han dado en la aplicación de la ley vigente además del conocimiento y la experiencia de los organismos especializados.
- Establecer mediante convenio con el Ministerio de Educación un Plan para impartir al alumnado conocimientos básicos sobre envejecimiento para ser dados en todos los niveles de formación.
- Promover programas y talleres de salud mental que tengan por objeto la rehabilitación, promoción y mantenimiento de las funciones psíquicas en las diferentes esferas volitivas, afectivas y cognitivas del ser humano.
- Promover la masificación del ejercicio físico, en aras de una mejor salud.
- Fomentar la investigación de las necesidades de las mujeres de la Tercera

Edad.

- La familia, la comunidad y el Estado deben trabajar juntos por el bienestar de las personas de la tercera edad.
- Fortalecer los mecanismos de la familia patriarcal por intermedio de un servicio social comunitario aplicable a cualquiera de los programas de Gobierno en ONG's.
- Instruir a las persona de edad en cuidado y enseñanza en centros comunitario intergeneracionales.
- La política nacional sobre el envejecimiento y la vejez debe tomar muy en cuenta especialmente el entorno social, la vida cotidiana de las personas. El tipo de lugar donde viven las mujeres mayores es de importancia capital para determinar muchos aspectos de su vida interior y de su comportamiento para satisfacer las diversas necesidades de la vida humana, las necesidades de conservación de la vida.

Poner especial énfasis en la situación de las mujeres mayores, las que presentan una doble condición de marginalidad no tanto por ser mujeres cuanto por ser adultas mayores, considerando que permanecen más tiempo solas, reciben menores ingresos y menor cobertura de seguridad social por lo que hay que darles una atención especial en términos de programas y acciones.

Promover los "Centros de Día" para las personas que tengan limitación de ser atendidos por sus familiares en horas de trabajo y estudios, la misma infraestructura pudiera funcionar como albergue nocturno para mayores que no tienen recursos.

Diseñar un servicio médico psicosocial a domicilio, empezando por un proyecto piloto en barrios urbano-marginales.

Los Centros Gerontológicos, casas para ancianos que han venido funcionando hasta la actualidad deben incorporar áreas prioritarias de servicio geronto-geriátricos.

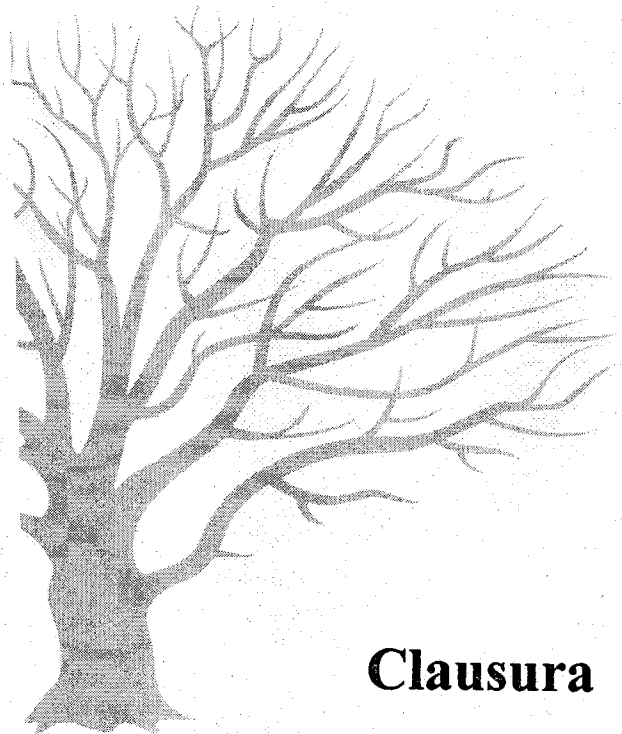
Establecer con carácter experimental un servicio de comida a domicilio

con una alimentación equilibrada.

Se recomendó coordinar con el Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer IECAIM, la actualización de la Investigación sobre “La Mujer de la Tercera Edad en el Ecuador”, ampliándola e incluyendo en la misma a hombres y mujeres de la tercera edad.

Recomendar al Ministerio de Trabajo y Bienestar Social, asuman una propaganda y difusión de la Ley y servicios estatales y privados para que la población afectada pueda utilizarlos, con especial dedicación para la gente pobre y desvalida que no está amparada por el Seguro Social u otra institución.

Robustecer y crear unidades especializadas en la elaboración de Planes y Programas para la mujer de la tercera edad, en el CONAMU y en los diferentes ministerios.



Clausura

CLAUSURA

Señora Aase Smedler

COORDINADORA DEL SISTEMA DE NACIONES UNIDAS
PARA EL ECUADOR Y REPRESENTANTE DEL PNUD

En mi calidad de Coordinadora del sistema de Naciones Unidas para el Ecuador, deseo felicitar al Instituto Ecuatoriano de Investigaciones y Capacitación de la Mujer en Ecuador – IECAIM, punto focal del Instituto Internacional de las Naciones Unidas para la Promoción la Mujer – INSTRAW, por haber organizado y realizado el Seminario-Taller “La Mujer de la Tercera Edad y las Políticas Públicas.

De lo que acabo de escuchar sobre las conclusiones y recomendaciones, observo que el Seminario ha cumplido todas las expectativas relativas a la formulación de políticas integrales para la mujer de la tercera edad, políticas de atención para la salud de la mujer de la tercera edad, de desarrollo integral de los servicios sociales, tomando en cuenta la independencia, participación, cuidados, autorealización y dignidad de las personas de la tercera edad. Temas como el envejecimiento y las implicaciones en la mujer, las características socio económicas de pobreza, mendicidad, fuentes de ingreso, seguridad social, vivienda; promoción y protección de la salud, enfermedades de la tercera edad, el envejecimiento normal y patológico; los aspectos psicológicos, la reinserción laboral y capacitación de la mujer madura; los aspectos jurídicos, la ley del anciano, los cambios normales de la capacidad intelectual y características de las enfermedades mentales y las implicaciones de la mujer de la tercera edad, entre otras, presentadas por expertos nacionales e internacionales, manifiestan la importancia que se ha dado a los aspectos de la mujer de la tercera edad. Estè tema que recientemente, a partir de la Conferencia Mundial de las Naciones Unidas para la Mujer en 1995 y en el contexto del Año Internacional de las Personas de Edad, ha comenzado a tomar relieve en las sociedades del mundo.

Celebro que el IECAIM, Instituto que se dedica a la investigación, capacitación y difusión para la promoción de la mujer, ha llevado a cabo este seminario tocando

materias específicas que favorecen a que la mujer de la tercera edad sea tomada en cuenta por los gobiernos, por las instituciones de las Naciones Unidas y por las organizaciones no gubernamentales para que se adopten programas y proyectos que le permitan mejorar la situación en la que se encuentra. Estas consideraciones se hace sobre todo considerando que existe un aumento progresivo de la esperanza de vida de todas las personas en el mundo y en el Ecuador. El número de mujeres de 65 años o más es cada vez mayor y se crean problemas que deben ser solucionados a través de enfoques modernos y lineamientos adecuados, los cuales deber tener como sustento políticas públicas gubernamentales.

Ha sido muy satisfactorio para el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo haber contribuido con un pequeño auspicio para la realización de este seminario que, a no dudarlo, si se adoptan las conclusiones y recomendaciones aquí vertidas, dará los mejores frutos en beneficio de este segmento importante de la población ecuatoriana.

Reitero mis felicitaciones al IECAIM, a su Directora, la Economista Fabiola Cuvi y a todas las miembros del Consejo Directivo y personas que hicieron propicia la realización exitosa de este Seminario – Taller, contribuyendo así a las nuevas políticas sociales que apoyarán al bienestar de la mujer madura. Con estas palabras, dejo clausurado el evento.