

**REPUBLICA DEL ECUADOR**  
**SECRETARIA GENERAL DEL CONSEJO**  
**DE SEGURIDAD NACIONAL**  
**INSTITUTO DE ALTOS ESTUDIOS**  
**NACIONALES**



**XIII Curso Superior de Seguridad Nacional y**  
**Desarrollo**

**TRABAJO DE INVESTIGACION INDIVIDUAL**

LA TERCERA EDAD EN EL ECUADOR: ANALISIS DE  
LA SITUACION ACTUAL.

DR. HARVEY RIVADENEIRA GALIANO

**1985 - 1986**

"...Sed audaces, fuertes e indomables hasta que la obra se haya completado..."

(f) Winston Churchill.

Mi más sincero agradecimiento al Instituto de Altos Estudios Nacionales, en las personalidades del Sr. Director, Sr. Subdirector, Sr. Jefe de Estudios y Srs. Asesores, quienes supieron guiarme con inteligencia, sabiduría, caballerosidad y alto sentido patriótico.

## PROLOGO

El Instituto de Altos Estudios Nacionales, dentro del Plan de Estudios del XIII Curso Superior de Seguridad Nacional y Desarrollo contempla la elaboración y presentación de un Trabajo de Investigación Individual. Procedimiento académico de carácter personal, que establece una minuciosa tarea desde la selección del tema, revisión bibliográfica, entrevistas y datos de las fuentes, donde como final feliz un resumen, conclusiones y recomendaciones en favor de nuestra sociedad ecuatoriana, como un aporte serio y sincero para el País.

LA TERCERA EDAD EN EL ECUADOR, tema de gran importancia y urgente aplicación social es el seleccionado a tratarlo por mi persona, en base a las propuestas de las Secciones Académicas. De una Lista General cada cursante selecciona tres temas y tiene opción de presentar uno específico de su especialidad, siendo la Junta Académica quien asigna a cada Cursante uno de los temas seleccionados.

Como profesional Médico, me pareció un Trabajo de Investigación Individual interesante por su novedad actual por darle al anciano un lugar de importancia en otra sociedad de vertiginosos movimientos. Siendo conscientes que el anciano nos entregó todo su esfuerzo y trabajo en favor de nuestra sociedad, con suficientes bases en el accionar diario para un futuro mejor. Tenemos pleno derecho y debemos ejecutar con conciencia nacional la defensa de nuestra historia - política - social, encaminada lentamente y encorvada con esfuerzo a lo que hoy es Nación por los jóvenes de ayer y ancianos de HOY.

La designación de un Asesor, por parte del IAEN, recayó en el Sr. Dr. Daniel Granda, quien orientó y ayudó durante todo el proceso de elaboración de mi trabajo LA TERCERA EDAD EN EL ECUADOR.

Distinción especial por su ayuda constructiva de apoyo a las personas amigas y funcionarios de Instituciones Públicas y Privadas, gracias por su valioso aporte para la realización de mi trabajo de Investigación Individual.

## INDICE

	Pág.Nº
- Prólogo.....	2
- Índice.....	3
- Lista de tablas.....	4
- Lista de gráficos.....	5
- Introducción.....	7
CAPITULO I Legislación.....	12
CAPITULO II Seguridad Social para la población de la Tercera Edad.....	29
CAPITULO III Vidas Solitarias.....	40
CAPITULO IV Geriatria.....	47
CAPITULO V La Salud del Anciano.....	58
CAPITULO VI Psicología del Envejecimiento.....	70
- CONCLUSIONES.....	81
- RECOMENDACIONES.....	86
- BIBLIOGRAFIA.....	90

LISTA DE TABLAS

	Pág. Nº
TABLA Nº 1 - Ecuador: Población y porcentaje por grupos de edad 1.965 - 2.000.....	34
TABLA Nº 2 - Ecuador: Tasa bruta de mortalidad y esperanza de vida al nacer por sexo, estimadas para el período 1.980 - 2.000.....	37

## LISTA DE GRAFICOS

	Pág. N°
FIGURA N° 1. Porcentaje de Población de 60 años y más en diferentes regiones. Datos y Predicciones de la ONU, 1950 - 2025.....	31
FIGURA N° 2. Distribución de la población anciana del mundo en 1980 y 2.000. Datos y Predicciones de la ONU, según Siegel y Hover.....	32
FIGURA N° 3. Ecuador. Proyecciones y estimaciones de población 1950 - 2.000.....	33
FIGURA N° 4. Ecuador: Población y porcentaje en grandes grupos de edad.....	35
FIGURA N° 5. Ecuador: Porcentaje de aumento de población. Estimaciones y proyecciones de población -- 1.950 - 2.000.....	36

## INTRODUCCION

## INTRODUCCION

En el grupo de las llamadas "personas de la tercera edad" hay seguramente muchos individuos que tropiezan con dificultades cada vez mayores para afrontar los problemas de la vida diaria y de un mundo en constante cambio. Es cada vez más difícil planificar la atención de salud que necesitan esas personas, por falta de información precisa sobre su identidad y sobre los problemas de salud que tienen planteados.

El envejecimiento de las poblaciones es un proceso demográfico de etiología muy compleja, pero no hay que olvidar que basta una baja, importante y duradera de la tasa de fecundidad para que una población "envejezca". Quiere decir que, a pesar de su actual estructura juvenil, las poblaciones de los países en desarrollo empezarán a envejecer, si sus tasas de fecundidad inician una tendencia descendente generalizada, y que su proceso de envejecimiento será más rápido de lo que ha sido en los grandes países industrializados. Otro factor importante de envejecimiento de la población es la reducción de la mortalidad en la segunda mitad de la vida.

Razonable es suponer que cuando esos dos factores suman sus efectos, la población envejece con mayor rapidez. Un tercer factor es de orden migratorio; una emigración de jóvenes o una inmigración de viejos puede acelerar el envejecimiento natural de la población de una zona o localidad.

Hay una diferencia muy precisa entre el envejecimiento de un individuo y el de una población. El envejecimiento de las personas es un proceso irreversible, consecuencia del paso de los años, cuyo conocimiento depende de los procesos biológicos, síquicos y sociales que determinan el crecimiento, la maduración y la declina-ción del organismo humano en el medio físico, cultural y social que lo rodean. El envejecimiento de las poblaciones es un fenómeno más complejo, cuya simple definición sigue dando lugar a controversias entre los especialistas, pero muchos de éstos consideran como uno de sus factores principales el aumento de la proporción de viejos en una población determinada.

Para los efectos de la planificación y la aplicación de nuevas medidas apropiadas a las necesidades que acarrea el envejecimiento de las poblaciones, no basta conocer la proporción que representan los grupos de ancianos en nuestro país, sino que es necesario tomar en consideración la importancia numérica total.

Me permitiré dar a conocer de la población mundial, por ejemplo, las personas de 60 años o más, representarán el 9.3 por ciento en el año 2000, su número será de 581 millones a fin de siglo.

Ese aumento numérico, tiene implicaciones mucho mayores de lo que podría pensarse si sólo se consideran los porcentajes citados.

En las regiones y los países de mayor grado de desarrollo, que han experimentado ya no disminución de las tasas de natalidad, el número y la proporción de personas de edad han registrado aumentos constantes en los últimos decenios. Es precisamente en esos países donde se ha dedicado mayor atención a las medidas y las prácticas sociales y de salud, en relación con los "ancianos" en general y, especialmente con las personas de edad muy avanzada.

Paralelamente al envejecimiento de la población, el índice de su pervivencia de las mujeres supera cada vez más al de los varones. En el mundo entero la proporción de mujeres de más de 80 años es superior a la de hombres de la misma edad. Esa disparidad será aún mayor antes del año 2000.

Hasta hace poco tiempo, algunos procesos de envejecimiento se han confundido a menudo con procesos patológicos. La realidad es que nadie se muere de viejo, por la razón muy sencilla de que la vejez no es causa de defunción, sino que la muerte sobreviene siempre como consecuencia de una enfermedad o entidad patológica definida. Lo que se sabe del envejecimiento es que consiste en un proceso de diferenciación entre tejidos del organismo y entre individuos humanos. Hay una serie de alteraciones fisiológicas que están en relación directa con el envejecimiento pero que en la mayoría de ancianos no acarrearán incapacidades funcionales, sea cual sea el grado aparente de decrepitud.

Nadie discutirá que los niños tienen derechos fundamentales ni que la generación de adultos jóvenes tienen el vigor, la actividad y el sentido de la responsabilidad necesarios para defender sus derechos humanos. pero, a quien se le ocurre invocar los derechos de la "tercera edad"?. La época de la existencia debería ser un puerto seguro, después de las tormentas y las vicisitudes de la juventud y la edad adulta, tiende a parecerse con demasiada frecuencia a un vertedero de chatarra. En muchos países, unos desarrollados y otros en desarrollo, los viejos se sienten inútiles, desdeñados, empujados a un rincón donde no pueden molestar. A medida que pierde terreno la llamada "familia nuclear", sobre todo en las sociedades urbanas, se aflojan los lazos del parentesco y las generaciones más jóvenes tienden a olvidar la gratitud, el cariño y la atención que deben a sus mayores.

Los derechos de los ancianos se han reconocido solemnemente en numerosas constituciones, muy especialmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos, que hace años proclamó el principio de bienestar y la seguridad para que los desempleados, los enfermos, los inválidos, los viejos y los desvalidos.

Considero indispensable hacer constar que cada anciano es un individuo irrepetible, que necesita tener una actividad creativa, ratos de intimidad y ratos de compañía en los momentos apropiados, y al que asiste el derecho de ser consultado y a elegir en todas las cuestiones que afectan a su salud y a su bienestar.

A medida que aumenta el número de personas de edad, los problemas de la atención de salud para los ancianos van tomando cada vez más importancia.

Con la elevación del nivel de vida y con la mejora de saneamiento básico y de la calidad de la vida en general, la asistencia a las personas de edad ha empezado a consumir una proporción cada vez mayor del tiempo de trabajo del personal de salud.

He subdividido mi trabajo de investigación en temas que los considero de gran importancia, tentado siempre a extenderme sin lí

mites por la variada bibliografía nacional e internacional en especial, sobre el tema de la Tercera Edad.

El campo jurídico del Estado conlleva la creación de organismos que cumplan objetivos fundamentales de la seguridad social, quien a su vez justifica su accionar programático a una minoría de ecuatorianos con varios beneficios como asegurados, dejando a los ancianos planificaciones económicas justificadas como jubilaciones.

El Estudio poblacional del país, presenta una imagen fiel y muy consciente de la importancia que merece la Tercera Edad en el contexto de nuestra sociedad, el anciano es un ser solitario, ausente de la realidad humana por culpa de sus propios semejantes.

Rama de especialidad de la medicina, la Geriatria: que por su importancia procuro incentivar al joven profesional su responsabilidad del bienestar médico y social de todos y cada uno de los ancianos, en procura por normalizar los procesos fisiológicos en el organismo que envejece y aprender a prevenir el envejecimiento prematuro del anciano enfermo, con sus propias características patológicas crónicas e invalidantes, el acercarnos con la debida formación para proporcionar una asistencia integral.

El envejecimiento psicológico, presenta toda una serie de cambios internos y externos, aportando un mejor conocimiento de este proceso dinámico el desarrollo de las ciencias médicas, sociales y psicológicas, dando lugar a determinados modelos mecánicos de defensa en la vejez.

Obliga a considerar la asistencia a las personas de edad como un elemento integrante de la política nacional de salud en el país, debe abarcar entre sus estrategias esenciales la asistencia a los ancianos, cuya finalidad principal ha de consistir en que el anciano siga siendo un miembro integrante de la sociedad, reconociendo que la vejez no es una enfermedad, sino un ejercicio de un derecho innato de todo individuo humano.

El problema de los ancianos es un problema mundial, nacional y regional, y todos debemos contribuir a resolverlo, ahora y en el porvenir.

CAPITULO I

LEGISLACION

## I

## LEGISLACION

La Suprema Ley existente en la República es la Constitución.

El legislador ha considerado que la Seguridad Social es de tanta importancia que eleva sus preceptos a norma suprema. Un delimitamiento claro y preciso lo encontramos por primera vez en la Constitución de 1945. Esta Constitución que tuvo poca vigencia, ( 5 de marzo de 1945 a 31 de diciembre de 1946), ha sido considerada como la mejor que ha tenido el País.

La Sección V, trata del trabajo y de la Previsión Social. El Art. 149 dice: "La previsión y asistencia sociales son servicios ineludibles del Estado".

Comprende principalmente: 1ro: El Seguro Social, que tiene como fin proteger al asegurado y a su familia en casos de enfermedad, maternidad, invalidez, vejez, orfandad, desocupación y demás contingencias de la vida y que se extenderá al mayor número posible de habitantes del País. Se sostendrá con el aporte equitativo del Estado, de los patronos y de los mismos asegurados. El Seguro Social es derecho irrenunciable de los trabajadores, inclusive de los empleados públicos.

Es obligatorio el Seguro por Riesgos del Trabajo, a expensas del patrono y bajo fiscalización del Estado. La aplicación del Seguro Social se hará por medio de Instituciones Autónomas, en cuyos organismos dirigentes tendrá representación el Estado, los patronos y asegurados, en la forma que la Ley determine. Los fondos o reservas del Seguro Social no pueden destinarse a otro objeto que al de su creación....."

Observemos que en el texto Constitucional se indican ya con toda precisión cuáles son las prestaciones que otorga la Institución, y cuáles los sujetos de esas prestaciones. Indudablemente -

que en la realidad, no todas las prestaciones benefician a la familia del asegurado y a la vejez.

El Legislador aspira a que la cobertura del Seguro Social, no sea solamente al asegurado, sino que llegue al mayor número posible de habitantes del País. Esta aspiración del Legislador queda como una declaración de principios y solamente eso, ya que es muy difícil llegar a esa cobertura, puesto que no se llega ni siquiera a proteger a todas las personas que viven del producto de su trabajo, como son los trabajadores agrícolas, etc.

De la norma Constitucional se desprende la obligatoriedad de la afiliación, no deja alternativa de decisión, incluyendo a trabajadores privados y públicos. Habla de Instituciones Autónomas, ya que a la fecha existían el Instituto Nacional de Previsión Social, la Caja del Seguro, la Caja de Pensiones y el Departamento Médico, que con el tiempo se unificaron, hasta conformar la Institución que hoy conocemos como Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social.

También se preocupa el legislador de los Fondos del IESS., e indica que no pueden destinarse a otro objeto que no sea el de su creación. Este tema ha sido muy álgido, ya que hay un considerable grupo de opinión que se opone a que la Institución invierta sus fondos en programas relacionados con el Estado, o con Organismos Públicos. El 31 de diciembre de 1946 se expide una nueva Carta, la Constitución de 1946, que rige hasta el 16 de febrero de 1972, fecha en que se proclama Jefe de Estado, el General Guillermo Rodríguez, quien pone en vigencia la Constitución de 1945, en "todo lo que no se oponga a los fines de la revolución".

La parte tercera de la Constitución de 1946, que habla " de la supremacía de la Constitución y su reforma, incluye en su Art. 191, una disposición que dice "Se garantiza la estabilidad y autonomía de las Cajas de Previsión, del Banco Central del Ecuador..."

En lo que se refiere a la Seguridad Social, como otras importantes Instituciones, como las del derecho laboral, se sufre un

retroceso. Apenas garantiza la autonomía de las Cajas de Previsión. Los comentaristas del Derecho Constitucional manifiestan que la Constitución de 1046 fue una reacción de la derecha contra la de 1945, que tenía instituciones de avanzada orientadas por legisladores de tendencia izquierdista.

En mayo 25 de 1967, la Asamblea Nacional Constituyente, dicta una nueva Constitución. En el capítulo VI, que trata del trabajo y de la Seguridad Social, nuevamente se eleva a norma Constitucional - los preceptos sobre la Seguridad Social; y así encontramos que el Art. 65 manifiesta que "todos los habitantes tienen derecho a la protección del Estado contra los riesgos de desocupación, invalidez, enfermedad, vejez y muerte, igual que en casos de maternidad y otras eventualidades que los priven de los medios de subsistencia. El estado progresivamente implantará, o extenderá, un sistema de Seguridad Social que ampare a los habitantes contra tales riesgos así mismo, garantizará y protegerá a las empresas privadas que cumplan directamente esta finalidad. Y en el Art. 66 indica que "la aplicación del Seguro Social se hará mediante instituciones autónomas con personería jurídica propia; en sus organismos dirigentes tendrán representación del Estado los empleadores y los asegurados".

El 10 de agosto de 1979, entra en vigencia una nueva Carta, luego de un proceso especial de retorno al régimen Constitucional o Democrático y decimos especial por cuanto el sistema tradicional de retorno de un gobierno de facto a un democrático es por medio de la Asamblea Nacional Constituyente.

Los proyectos de Constitución se los sometió a escogitamiento del pueblo mediante una consulta popular denominada Referendum, habiendo sido escogido el Proyecto de Nueva Constitución.

La Sección IV, de la Seguridad Social y la promoción popular en su Art. 29 indica que "Todos los ecuatorianos tienen derecho a la previsión social", que comprende: (1)

1. El Seguro Social que tiene como objetivo proteger al asegurado y a su familia en caso de enfermedad, maternidad, invalidez, ve

jez, muerte y desocupación. Se procurará extenderlo a toda la población. Se financia con el aporte equitativo del Estado, de los empleadores y de los asegurados. El Seguro Social es derecho irrenunciable de los trabajadores....."

El Estado y el Seguro Social adoptarán las medidas para facilitar la afiliación voluntaria, y para poner en vigencia la afiliación del trabajador agrícola.

Sobre la afiliación del trabajador agrícola intentó el legislador obligar su incorporación mediante la disposición transitoria novena que decía: "En el plazo de dos años, los trabajadores agropecuarios serán incorporados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, a excepción de los trabajadores del sector agroindustrial, quienes serán incorporados en un plazo no mayor de noventa días, contados a partir de la vigencia de esta Constitución. Las disposiciones transitorias fueron cambiadas por el Gobierno de las FF.AA., y esta aspiración quedó en nada".

En la actualidad existe el Seguro Social Campesino.

La Sección I, de los Derechos de la persona, en su artículo 19, nos indica que: "toda persona goza de las siguientes garantías", entre otras, el numeral 13: "el derecho a un nivel de vida que asegure la salud, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

El Estado Ecuatoriano a través de la historia ha legislado por intermedio de Leyes, Decretos, Convenios, Acuerdos, Resoluciones relacionados con el Instituto Nacional de Previsión, Caja Nacional del Seguro, Departamento Médico e Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (IESS), cuidando la "vejez" de sus afiliados por medio de la jubilación.

Para alimentar el presente estudio realizaré un índice cronológico de lo expuesto de 1928 a 1982. (2) (3)

Nº DEL DECRETO	FECHA DE EXPED.	ASUNTO	PROMULG.	R.O. FECHA
18	Marzo 8	Ley de Jubilación, Montepío Civil, Ahorro y Coop.	500	Marzo 13
DE-14	Julio 3	Antecedentes y texto del Decreto-Ley de Emergencia por el cual se extiende el beneficio de rehabilitación en favor de <u>a</u> filiados a la Caja Militar y otros.	859	Julio 3
719	Abril 27	Facúltase al señor Ministro de Educación Pública celebrar un convenio de jubilación adicional para el Magisterio Fiscal.	240	Mayo 5
1988	Agosto 27	Aclárase disposiciones referentes al tiempo de <u>ser</u> vicios de miembros retirados de la Policía Civil, para efectos de retiro y jubilación.	651	Dbre. 21

## AÑO 1966

853	Agosto 8	Reconócese el derecho a percibir sueldo y jubilación íntegra a Profesores Universitarios.	96	Agosto 12
1532	Nov. 9	Refórmase el Contrato de Seguro Adicional del Magisterio Nacional, en lo relativo a percepción <u>si</u>		

Nº DEL DECRETO	FECHA DE EXPEDIC.	ASUNTO	PROMULG. Nº	R.O. FECHA
		multánea de pensión y sueldo de profesores universitarios.	158	Nov.11
AÑO 1967				
42		Faculta percibir pensión íntegra y remuneración respectiva a pensiones de Jubilación del Estado o del Seguro Social que desempeñen cargos públicos.	131	Mayo 22
AÑO 1968				
DL 68 01	Ago.21	Establece reformas a la Ley del Servicio Civil y Carrera Administrativa y determina la Jubilación especial, en favor de la mujer trabajadora con 25 años de servicio sin límite de edad y con el 100% del promedio de los 5 años de mejores sueldos.	447	Ago. 22
DL 68 010	Oct. 25	Dispónese el pago de remuneraciones mínimas, salario vital y establece la <u>décima</u> <u>ter</u> <u>ce</u> <u>ra</u> pensión en favor de los Jubilados del Seguro Social.	41	Oct. 29
AÑO 1969				
096		Decreto Interpretativo del Decreto 68-010 que dispone que el pago, de la 13va. pensión		

Nº DEL DECRETO	FECHA DE PROMULG.	ASUNTO	PROMULG. Nº	R.O. FECHA
		alcanza también a jubilados y pensionistas militares y de la Policía Civil Nacional y establece modalidades para el pago de Salario Mínimo Vital a operarios de artesanías.	94	Ene.15
069-CL		Se establece que la Décima Tercera Pensión se amplió a todos los Jubilados del Ejército, Policías del Estado, etc.		
AÑO 1972				
76	Ene.19	Dispónese que el Fisco asuma las obligaciones patronales de la Empresa Ferrocarriles del Estado a favor del IEES, y el pago de reservas necesarias para el servicio de Jubilación y Montepío.	399	Ene.21
794	Ago. 9	Dispónese la Jubilación Obligatoria de los Asegurados al IEES con 40 años de <u>imposiciones</u> .	130	Ago. 25
30	Sept. 25	Desígnase representantes de los Jubilados ante el Consejo Superior del IEES.	155	Sep.29
AÑO 1973				
954	Ago. 7	Establécese la décima cuarta pensión para los beneficia -		

Nº DEL DECRETO	FECHA DE PROMULG.	ASUNTO	PROMULG. Nº	R.O. FECHA
		rios de invalidez, vejez y muerte (Jubilados y retirados).	373	Ago.21
		AÑO 1979		
3574	Junio 20	Aumentanse las pensiones mensuales en favor de los ex-combatientes del 41.	872	Jul.11
3789	Ago. 7	Déjase sin efecto, designación de Vocales del Consejo Superior del IESS en representación de Jubilados y Trabajadores.	7	Ago.21
s/n	Oct. 3	Dispónese que el IESS jubile a la mujer trabajadora que hubiere cumplido 25 años de servicio sin límite de edad.	48	Oct. 19
s/n.	Nov. 5	Dispónese incremento pensiones militares a ex-combatientes del 41.	67	Nov. 16
		AÑO 1962		
96	Julio 8	Ley Reformatoria de la Ley sobre salario mínimo vital y pensiones del IESS.	287	Jul.16
108	Oct. 30	Ley de elevación de sueldos y salarios y fijación de los mínimos vitales.	363	Nov.8
109	Oct. 30	Ley sustitutiva a la compensación al incremento de costo de vida.	363	Nov. 8

Se puede analizar muy brevemente que no han existido políticas integrales con las personas en "vejez" o tercera edad - hoy llamada -, por parte del Estado.

Las políticas sociales a éste sector importante del país, en su época, sólo han manifestado un "logro" económico de subsistencia.

El Ministerio de Bienestar Social cuenta con la Dirección Nacional de Atención Gerontológica como unidad técnica - operativa - Según Acuerdo Ministerio Nº 850 del 28 de septiembre de 1984, publicado en el Registro Oficial Nº 61 del 8 de Noviembre de 1984.

Sus políticas se basan en:

- Incorporar al anciano, a la familia, a la sociedad, convirtiéndola en elemento útil, contributivo al proceso de desarrollo del país.
- Reinvindicar la figura del envejecimiento, estimulando en la sociedad el respeto y el aprovechamiento de sus experiencias y fuerza moral.
- Orientar humana, técnica y científicamente el sistema de atención y asistencia de la población envejeciente y envejecida.
- Brindar a la población de la Tercera Edad y anciana la oportunidad de gozar de una vida útil, agradable, saludable y dinámica lo que les permitirá participar activamente en el proceso de desarrollo del país.
- Fortalecer a la familia desplegando esfuerzos según los valores culturales y según las necesidades de ella y de sus miembros de edad avanzada.
- Impulsar, fomentar la creación de servicios de salud geriátricos, ejecutables a través del Ministerio de Salud Pública, diseñar la metodología para la enseñanza y el aprendizaje de la Geriatria y Gerontología por medio de las universidades, así como el diseño de

sistemas de evaluación en la docencia Geriátrica.

El Ministerio de Bienestar Social mantiene como estrategias las siguientes:

- Realizar planes, programas y proyectos que incluyan medidas preventivas de conducción y tratamiento en los diversos aspectos del envejecimiento.
- Reforzar la imagen patriarcal del anciano, mediante acciones educativas.
- Sistema de asesoría, planificación, educación, en el campo del envejecimiento a instituciones sociales, educativas, de salud y comunidad.
- Establecer programas integrales de atención y asistencia al anciano en el campo de la salud, rehabilitación física, mental, ocupacional, recreativa.

#### AREAS PROGRAMATICAS:

Son los siguientes programas ejecutados a partir de la creación como entidad:

##### - EDUCACION Y CAPACITACION:

Están dirigidos a la población de la Tercera Edad permitiendo establecer programas capaz de que las mismas personas envejecientes sean los transmisores de conocimiento, cultura, trabajo.

La educación será un paso previo y cuantitativo para atender las necesidades presentes y futuras de los individuos y de las sociedades en vías de envejecimiento. En cada uno de estos enfoques se encuentra la necesidad de humanizar las orientaciones e ideologías científicas terapéuticas productivas de las profesiones dándoles una orientación humanitaria y existencial del envejecimiento.

- BIENESTAR SOCIAL:

Buscar las formas de que cuando llegue la vejez activa el tiempo libre ganado sobre el trabajo no se viva como un tiempo vacío sino que el ocio aparezca como una conquista del derecho de las personas a una expresión más libre de sus deseos en relación con la naturaleza. Lo que se busca es encaminar los servicios de bienestar social hacia la creación, promoción y mantenimiento de las funciones activas y útiles de las personas de edad en la comunidad y para la comunidad.

- JUBILACION:

Frente a los problemas de jubilación la DNAG se encuentra empeñada en promover una etapa de preparación en su fase de prejubilación para que la población involucrada pueda afrontar equilibradamente esta situación y se ampare bajo un amplio margen de acciones y leyes donde se le considere como elemento bio-sico-social útil para el país.

- SALUD Y NUTRICION:

Se busca que el Estado dé salud y bienestar del anciano constituya uno de los factores que de una manera decisiva en su capacidad para participar de la vida familiar, de la fuerza del trabajo, de la comunidad y para disfrutar de una dependencia y estabilidad en general.

- VIVIENDA Y MEDIO AMBIENTE:

Conscientes de la necesidad de dotar al anciano algo más que un albergue y que sobre el significado material representa, se ejecutarán las siguientes acciones:

Estimular y fomentar la adaptación de alojamiento, la prestación de ayuda y equipo doméstico.

Frente al problema de la circulación el transporte y los pe-

ligros reales o imaginarios que limitan la movilidad de participar en la vida de las comunidades.

Se fomentará las condiciones para que la circulación se adopte a las personas de edad y no a la inversa, a través del respeto a las normas de circulación, limitaciones de seguridad; seguridad de los medios de transporte, seguridad en las carreteras, vivienda, dispositivos que permitan el desplazamiento de las personas de edad.

- LA FAMILIA:

Considerando que éste es uno de los aspectos de vital importancia para el desenvolvimiento para las actividades del anciano, se desplegará los esfuerzos para apoyarla y fortalecerla según el sistema de valores culturales y según las necesidades de ella y de sus miembros de edad avanzada.

- INVESTIGACION:

Se estimulará las investigaciones sobre aspectos de desarrollo y humanitarios del envejecimiento a nivel local y nacional en el campo biológico, mental, social, ecológico, médico, epidemiológico, etc.

- DERECHOS SOCIALES:

Dentro de los derechos sociales de los ancianos estarán contempladas las leyes pertinentes de protección, asistencia y valoración de los ancianos. Tendientes a considerar y utilizar sus capacidades, al igual que garantizar el cambio.

Al plantear estas políticas, objetivos, acciones, se quiere ofrecer a la comunidad nacional una visión clara de la problemática, que la falta de toma de decisiones, ocasiona, que lo solucionable se convierta de aquí a poco tiempo, en insolucionable.

LAS PROYECCIONES GENERALES DEL MINISTERIO DE BIENESTAR SOCIAL DENTRO DEL CAMPO DE LA TERCERA EDAD SON LAS SIGUIENTES:

- Capacitación y formación de personal en Gerontología y Geriatría a nivel nacional, destinado a profesionales de la salud, sicólogos, trabajadores sociales, tecnólogos, así como a la población adulta y anciana en el que se brinde conocimientos técnicos y científicos a fin de lograr dar una asistencia integral y que estaría englobada dentro de los proyectos a mediano plazo.
- Educación a nivel nacional en torno al envejecimiento, cuyos beneficiarios serán la población total ecuatoriana, con el fin de educar a la comunidad nacional logrando una solidaria participación de las generaciones en torno al envejecimiento.
- Investigación en el campo social laborativo y medio gerontológico, geriátrico, destinado a Directores de Instituciones estatales, mixtas, sociales, con el fin de conocer y contar con datos de información reales sobre las ventajas y problemas que tiene la población adulta.
- Reglamento Nacional de Asilos u Hogares para Ancianos cuyos beneficiarios serán la población inmersa en estas instituciones, en donde logre un sistema uniforme de asistencia y atención al anciano (corto plazo).
- Equipamiento instituciones de bienestar social para ancianos a nivel nacional. Se beneficia a la población adulta y anciana relacionada con instituciones sociales dotando de esta manera una implementación que permita brindar una asistencia rehabilitativa - recreativa y médico sanitaria integral.
- Equipamiento de talleres ocupacionales a los asilos a nivel nacional. Beneficiarios los asilos y de esta manera lograr la rehabilitación del anciano asilado integrándole al marco productivo social.
- Atención y tratamiento a la mendicidad a nivel nacional, bene-

ficiarios asilados mendigos, con el fin de utilizar las capacidades y experiencias y de esta manera descongestionar las ciudades de mendigos (largo plazo).

- Contribución técnica y presupuestaria a proyectos, centros asistenciales con Municipios en Tungurahua y Esmeraldas, beneficiarios, población adulta y anciana de las respectivas provincias, logrando de esta manera incorporar a los Municipios en la acción social - asistencial del anciano que son las instituciones comunitarias (corto plazo).
- Educación audiovisual nacional, beneficiarios, población adulta y anciana, así como las instituciones educativas y sociales logrando de esta manera una concientización de la población tendiente a rehabilitar el concepto de vejez para generar respeto al anciano (largo plazo).

Para consolidar los programas sociales es necesario que se continúen y complementen las acciones ejecutadas, pues de esta manera se logrará reincorporar el envejecimiento ecuatoriano al proceso de desarrollo, otorgándole las condiciones propicias para que goce de una ancianidad útil, y sus aspiraciones de la población de la Tercera y Cuarta edades.

El Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social suscribe un Convenio de Cooperación Técnica aceptado por parte del Gobierno Español, en cuanto a proyectos de "Servicios Sociales para la Tercera Edad". Inicia las acciones y los programas tendientes al mejoramiento del bienestar y la calidad de vida de los hombres y mujeres de la Tercera Edad; mediante el Acuerdo 563 y en uso de la atribución prevista en el literal b) del Art. 5o. del Decreto Supremo N° 40, promulgado en el Registro Oficial N° 15 del 10 de julio de 1970. (5)

COMO FUNCIONES GENERALES SON LAS SIGUIENTES:

- a) Investigar y promover el mejoramiento de las condiciones de vida de las personas de la Tercera Edad.

- b) Coadyuvar con las unidades administrativas para que el pago de las pensiones jubilares y los respectivos aumentos señalados - por ley, estatutos y reglamentos se realicen en forma oportuna.
- c) Investigar y controlar los casos de jubilación con problemas - Biónmédicos, Sicológicos, Socio-ambientales y Económicos.
- d) Coordinar acciones con la Dirección Nacional Médico Social para la mejor atención de las Unidades Gerontológicas y de rehabilitación.
- e) Implantar programas recreativos y de difusión cultural para las personas de la Tercera Edad en coordinación con la Dirección Nacional de Atención Gerontológica del Ministerio de Bienestar Social, el Departamento de Difusión Cultural del Ministerio de Educación y las Asociaciones de Jubilados y demás organismos competentes.

Los programas a iniciarse incluyen:

- Clubes vacacionales y recreativos
  - Reuniones sociales y deportivas
  - Programas radiales y televisivos
  - Conferencias científicas
  - Actividades educativas y laborales y otros semejantes.
- f) Promover la creación o mejoramiento de residencias para ancianos y supervisar su correcto funcionamiento en cuanto se refiere a la atención de la salud, vivienda, nutrición, bienestar social y personal, en coordinación con la Dirección Nacional de Atención Gerontológica del Ministerio de Bienestar Social.
  - g) Difusión y promoción de las actividades tendientes a mejorar la calidad de vida de los jubilados.

El presente trabajo aduce que las necesidades de las personas de edad avanzada son tan complejas, que requieren y merecen la consideración científica que sólo puede obtenerse del "enfoque ho-

lístico y articulado".

Las oportunidades de investigación son ilimitadas y la necesidad del estudio científico de las diversas variables esté muy clara. No sólo por la importancia intrínseca y la urgencia de los problemas, no sólo por los desafíos metodológicos e intelectuales, sino por un esclarecido interés propio. LOS ANCIANOS DEL MAÑANA SOMOS NOSOTROS!.

CAPITULO II

SEGURIDAD SOCIAL PARA LA POBLACION DE LA TERCERA EDAD

## II

## SEGURIDAD SOCIAL PARA LA POBLACION DE LA TERCERA EDAD

La Seguridad Social es una de las instituciones características del mundo contemporáneo. Ella refleja la generalizada preocupación que existe en nuestra época por atender las necesidades sociales y prevenir los riesgos a que se entregan los hombres en el ejercicio de sus tareas vitales.

Precisamente ese carácter fundamental que la seguridad social ha adquirido en la vida pública contemporánea, exige que ella se transforme positivamente, adecuándose a las exigencias sociales de nuestra época y enfrentando con decisión los nuevos problemas - que se le presentan.

Resulta evidente que las tareas de la seguridad social ya no pueden ser de exclusiva responsabilidad de las instituciones que manejan los seguros sociales. Los problemas sociales modernos, en especial en regiones en desarrollo, son realmente enormes que exigen un gran impulso nacional e internacional para dominarlos. Ese impulso corresponde, con un papel importantísimo, a los poderes centrales del Estado, que por constitución está comprometido a diseñar y ejecutar una política social de amplias perspectivas, como mecanismo básico de cualquier proyecto de desarrollo nacional. (1)

Las poblaciones están envejeciendo, los ancianos llegan a edades más avanzadas y, la prevalencia de la enfermedad y discapacidad aumenta con la edad ¿No hay esperanza?

Como resultado de las reducciones en la fecundidad, la mortalidad infantil y las muertes por enfermedades infecciosas, las poblaciones tienden a sobrevivir cada día más hasta edades avanzadas. El continuo aumento en el número y proporción de personas longevas, cambio demográfico que tiene un profundo impacto sobre la organización social y económica, y se prevé que sus tramitaciones tendrán repercusiones globales para finales del siglo. (2,3).

La investigación gerontológica se ha desarrollado exponencialmente en los últimos años, generando una profusión de literatura que es casi imposible de asimilar. Derivan mayormente de las disciplinas científicas y se relacionan con aspectos tales como el envejecimiento celular, la sociología del envejecimiento, los cambios demográficos, las consecuencias fisiológicas, psicológicas o económicas, etc.; se han hecho pocos estudios basados en un enfoque integral y, muchos menos, cuantitativo.

El aumento en la proporción de ancianos, la disminución en la proporción de jóvenes y el incremento de la edad promedio son todos criterios que se utilizan para medir el envejecimiento de una población. (4) El proceso demográfico del envejecimiento de las poblaciones depende, en gran medida, de cambios en la mortalidad y en la fecundidad.

El aumento en la duración promedio de la vida, se debe, principalmente a la reducción de la mortalidad en la infancia y la niñez. En los países en desarrollo, la base de la pirámide de población se ha ampliado produciendo la explosión demográfica que constituye el problema de salud pública más importante de nuestra sociedad.

En el largo plazo, las cortes acrecentadas de jóvenes sobrevivientes producirán un gran aumento en el número de ancianos, aún cuando la mortalidad en las edades avanzadas no varíe.

A través de la historia, el factor que más ha influido sobre el envejecimiento de las poblaciones ha sido el descenso en la fecundidad. Cada descenso en la fecundidad reduce la base de la pirámide de población de modo que la magnitud de cada grupo de edad es menor que el del anterior y la proporción de los grupos de mayor edad asciende automáticamente, aún cuando no haya ningún aumento en la esperanza de vida. (5)

Todas las poblaciones con tasas de natalidad declinantes envejecen a un ritmo que aumenta según desciende la mortalidad.

Las poblaciones pasan por etapas que representan un cambio de alta mortalidad/alta fecundidad a baja mortalidad/baja fecundidad y, en consecuencia, de una baja proporción de ancianos. (6).

En el período de 1980 hasta por lo menos en el año 2020, la proporción de ancianos habrá aumentado en todas las regiones, (1,3) aunque en las regiones en desarrollo en su conjunto mostrarán menores aumentos debido a que la fecundidad y mortalidad en ellas son más altas.

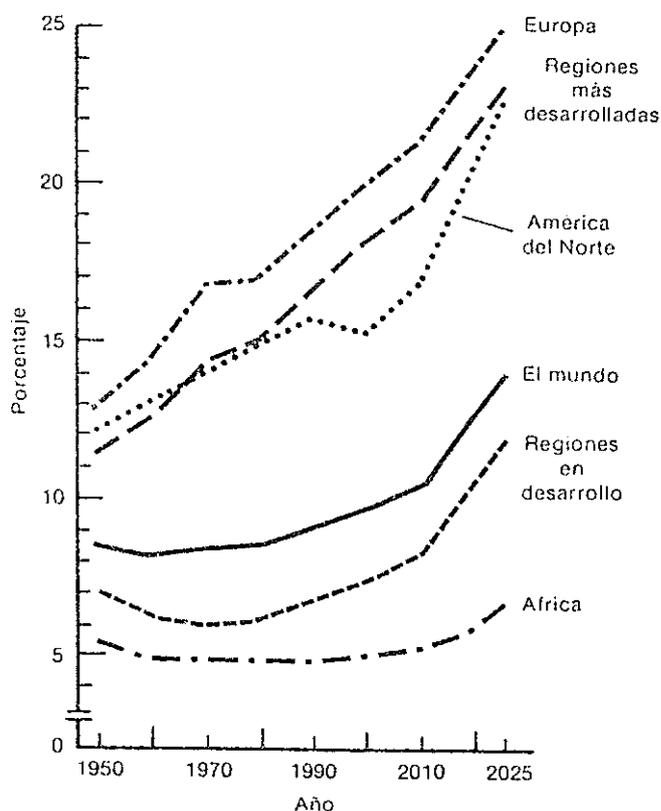


FIGURA Nº 1 PORCENTAJE DE POBLACION DE 60 AÑOS Y MAS EN DIFERENTES REGIONES. DATOS Y PREDICCIONES DE LA ONU, 1950 - 2025.

En términos de cifras absolutas, sin embargo, la mayoría de las personas de más de 60 años se encuentran actualmente en los países en desarrollo, cuya contribución al total mundial aumentará considerablemente hacia finales del siglo.

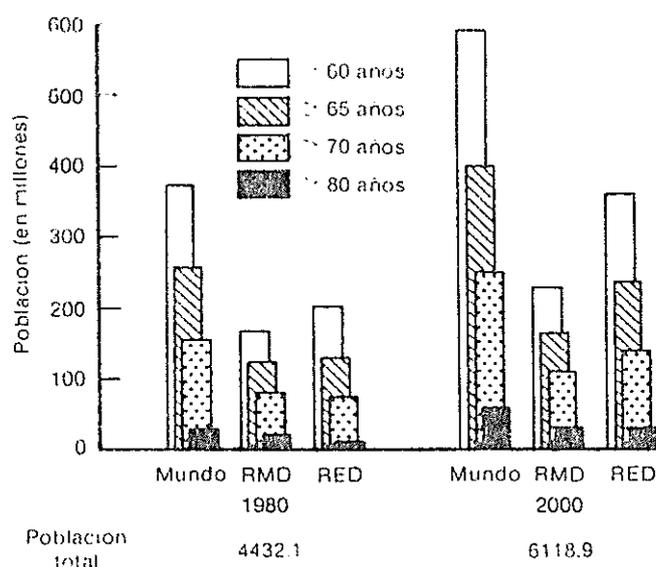


FIGURA Nº 2: DISTRIBUCION DE LA POBLACION ANCIANA DEL MUNDO EN 1980 Y 2000. DATOS Y PREDICCIONES DE LA ONU, SEGUN SIEGEL Y HOVER, RMD: REGIONES MAS DESARROLLADAS-RED: REGIONES EN DESARROLLO.

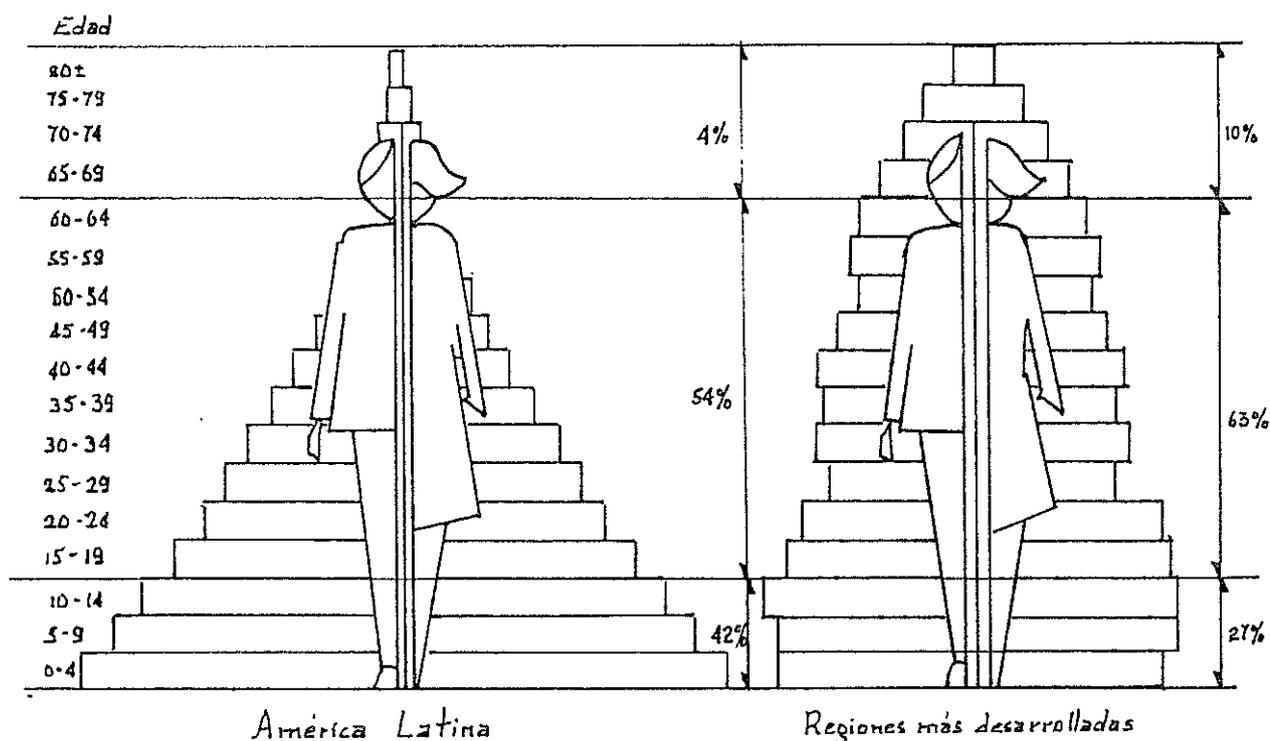
Las personas de avanzada edad en las regiones más desarrolladas son más viejas: en el grupo de 60 años y más de la mitad ya ha sobrepasado los 70 años, en contraste con un 37% en las regiones en desarrollo.

La debilidad y la dependencia aumentan mucho más rápidamente después de los 75 años. Al planificar los servicios es útil distinguir entre "los viejos jóvenes" de 65-74 años y "los viejos viejos" que han pasado de los 75 años, edades límites quizás deban modificarse según las diferentes poblaciones.

No solamente están envejeciendo las poblaciones, sino que los ancianos mismos viven más en tanto que decrece la mortalidad en las edades más avanzadas.

La mortalidad de los hombres excede a las de las mujeres de tal manera que el efecto del exceso de nacimientos de varones se pierde a la edad de 60 años en las regiones en desarrollo.(7). La discrepancia en la proporción de los sexos aumenta con la edad y con la muerte prematura de los hombres.

La estructura de la población del Ecuador, se la describe como una pirámide de base amplia que indica una "proporción relativamente" grande de población joven. La pirámide de América Latina es muy similar a nuestro país, representando una estructura de "población joven" comparativamente con la "población mayor" de las regiones y más desarrollados.



FUENTE: "ECUADOR. PROYECCIONES Y ESTIMACIONES DE POBLACION 1950-2000" INEC. CONADE, CELADE DIC. 1984.

En el caso ecuatoriano, a pesar del hecho que la esperanza de vida ha aumentado de 48.4 años entre 1950-1955 a 64.3 entre - 1980 - 1985, la población del Ecuador permanece joven un 42 por ciento menor de quince años.

Tabla Nº 1

ECUADOR: POBLACION Y PORCENTAJE POR GRANDES GRUPOS DE EDAD 1965-2000.

AÑO	POBLACION TOTAL	0-14 AÑOS POBLACION	%	15-64 AÑOS POBLACION	%	65 AÑOS Y MAS POBLA.	%
1965	5'162.440	2'347.286	45.5	2'614.983	50.6	200.171	3.9
1985	9'377.980	3'920.023	41.8	5'112.727	54.5	345.230	3.7
2000	13'939.400	5'332.847	38.2	8'053.176	57.8	553.377	4.0
TASA DE CRECIMIENTO							
1960 - 1970		3.16		3.28	3.10	2.45	
1970 - 1980		2.95		2.49	3.35	2.65	
1980 - 1990		2.83		2.19	3.31	3.09	
1990 - 2000		2.57		1.97	2.94	3.21	

FUENTE: INEC, CONADE, CELADE. Estimaciones y proyecciones de población 1950 - 2000.

El incremento en el número de personas adultas en edades activas (15-64) es notable - casi han duplicado su número de los años 65 a los 85 y, además, se espera únicamente del 58% más "en solamente - quince años" que faltan para terminar el siglo a decir de José Ordóñez. Master en Demografía. (8).

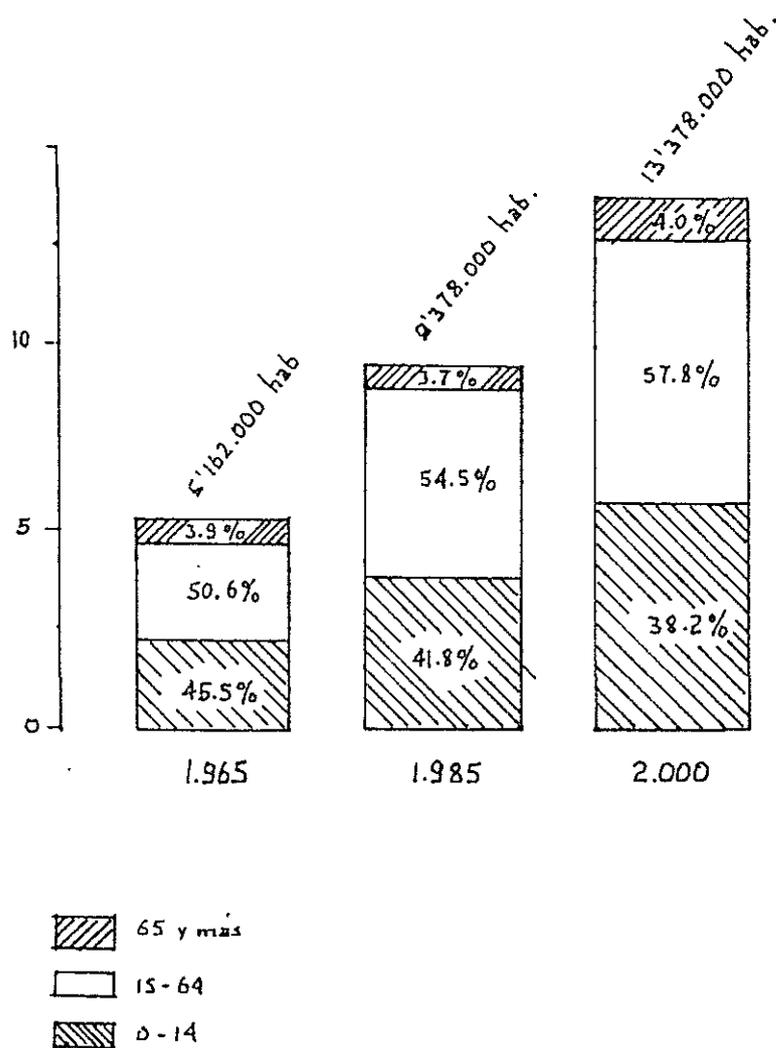
Los de edad avanzada (65 años o más) en el año 2.000 casi serán el triple de lo que fueron en 1965.

El importante crecimiento de la población en la tercera edad, presenta un desafío demográfico al País y a la sociedad y ante todo a la economía del País. Es impostergable que los gobiernos asistan

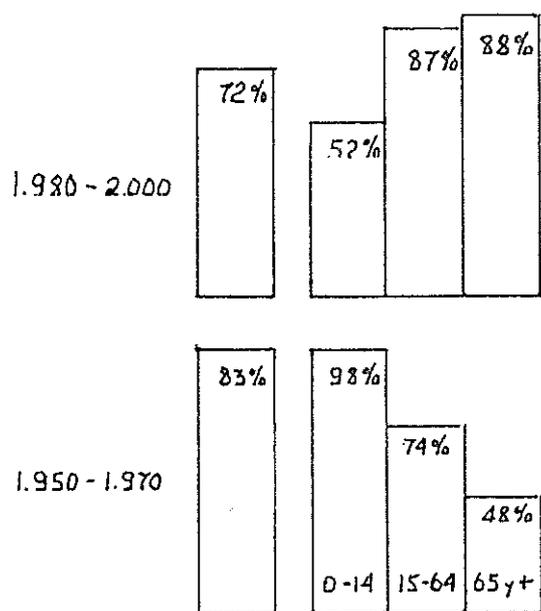
con responsabilidad las crecientes necesidades de una población "naciente en grande" de la tercera edad.

ECUADOR: POBLACION Y PORCENTAJE EN GRANDES.

GRUPOS DE EDAD  
(millones de habitantes)



## PORCENTAJE DE AUMENTO DE POBLACION



FUENTE: INEC, CONADE - CELADE: Estimaciones y proyecciones de población. 1950 - 2000.

El envejecimiento de la población tiene profundos efectos en casi todos los aspectos de la organización social.

La producción está principalmente en manos de la población menor de 65 años, los aumentos en personas mayores a edad amplían la proporción de población improductiva, es decir, el coeficiente de dependencia, y a su vez se ve afectado por las políticas de jubilación y los esquemas de pensiones. Ya que en los últimos años se ha previsto la creciente posibilidad de que la supervivencia sobrepase las predicciones actuariales. (2,7, 9)

Los patrones de migración y la rápida urbanización resultan con frecuencia en el abandono de ancianos desamparados en las zo-

nas rurales.

Si bien la mayor parte de los ancianos están en condiciones de mantener su autonomía, una proporción de ellos - que aumenta con la edad - se torna endeble y necesita de apoyo, atención o confinamiento institucional por el resto de sus días. En la medida en que se elevan las cifras absolutas de quienes necesitan atención aumenta el gasto de los fondos públicos y comunales el milagroso aumento de la longevidad se convierte en el "problema" y la "carga" de la vejez.

La esperanza de vida al nacer en Ecuador se estimaba en 63 años para 1980, subiría a 69 años en el año 2.000, ampliándose muy levemente diferencias en la vida media por sexo. (8)

*Tabla N° 2*

ECUADOR: TASA BRUTA DE MORTALIDAD Y ESPERANZA DE VIDA AL NACER POR SEXO, ESTIMADAS PARA EL PERIODO 1980 - 2000.

PERIODO	TASA BRUTA DE MORTALIDAD (POR MIL)	ESPERANZA DE VIDA AL NACER (EN AÑOS)		
		AMBOS SEXOS	HOMBRES	MUJERES
1980-1985	7.9.	64.31	62.75	65.94
1985-1990	7.1	66.40	64.80	68.07
1990-1995	6.2	68.07	66.44	69.78
1995-2000	5.6	69.36	67.70	71.10

FUENTE: CEPAR - Tasa bruta de mortalidad.

CELADE - Esperanza de vida al nacer - Boletín N° 13, 1974

La población ecuatoriana que rebasan los 55 años constituye el 8.24 del total, según el censo poblacional de 1.982. El 6.08% corresponde a personas mayores de 60 años. El 1.5 por ciento de la población ecuatoriana actual (ciento veinte y dos mil personas) tienen más de 75 años (INEC-CEPAR).

Estos datos, por supuesto, son meros indicios. Sus fundamentos son limitados y los problemas metodológicos que conllevan las extrapolaciones que parten de datos no controlados son considerables. No obstante, es el tipo de datos que se dispone actualmente.

El importante crecimiento de la población de la tercera edad, la vejez, representa un desafío demográfico a la sociedad y economía del país. Los sistemas de Seguridad Social tienen que ser expandidos a todo orden no solamente el hecho de prolongar la vida de la población, sino que sus "necesidades básicas" sean satisfechas y que se les permita vivir con dignidad en la vejez.

Se puede formular fundamentalmente lo siguiente:

- Necesidad de abordar, en primer término y en forma sistemática, la planificación sectorial de la seguridad social.
- La seguridad social forma parte de los objetivos nacionales de la política de desarrollo; por lo tanto, sus realizaciones no deben ser concebidas independientemente de los demás sectores de la política económica.
- Los estudios y las investigaciones sobre la realidad nacional de la Tercera Edad, el análisis y la evaluación de los resultados deben estar al servicio de la política nacional de dirección y gestión, por una parte, y de la política social, por otra.

Dentro del planteamiento económico y social, los métodos de la seguridad social forman parte del conjunto de las garantías económicas y sociales en que se basa el bienestar del individuo joven o anciano, hombre o mujer, de la familia y de la comunidad.

CAPITULO III

VIDAS SOLITARIAS

## III

## VIDAS SOLITARIAS

La vida solitaria de las personas de Tercera Edad, no es sólo un problema puramente médico, sino que tiene aspectos sociales, ambientales y económicos y su análisis requiere un estudio constante de las tendencias demográficas, en particular del acusado aumento numérico de los grupos de edad "más avanzada" y de la desproporción existente entre las tasas de morbilidad y de mortalidad de u-no y otro sexo.

A juzgar por los resultados de investigaciones recientes, podría considerarse que la generalidad de los ancianos están en buen estado de salud física y mental, aunque muchos se sienten frustra - dos y solitarios y otros muchos tienen problemas sociales, profe - sionales y económicos de gravedad abrumadora.

En un estudio realizado en Escocia, las visitas anuales al médico fueron de 4.4 en el grupo de edad de 65 a 74 años, 7.0 en el de 75 a 84 y 7.9 a partir de los 85 años (1). Las mismas tenden - cias se observaron en Manitoba, Canadá (2), en Inglaterra y Gales (3), así como en otros países. En la República Demócrata Alemana, donde sólo una de cada tres personas de más de 65 años acude anualmente a los servicios médicos del país (4). Es de notar que el 18% de los mayores de 65 años en Manitoba, el 25% en los Estados Uni - dos (5) y el 36% en Inglaterra y Gales, no realizaron ninguna con - sulta médica durante el año de estudio.

En el estudio de la OMS sobre 11 países, el 78% de los hom - bres de 60 a 64 años calificaron su salud como buena y aunque esa proporción disminuyó con la edad, fué aún del 58% para el grupo de 85 a 89 años (6).

Cada vez más personas de edad se lamentan de vivir solas o aisladas. En grupo de edad de 65 a 69 años, alrededor del veinte por ciento de las personas declaran sentirse solas a veces o con frecuencia; pero, en el grupo de más de 80 años la proporción sube

al cuarenta por ciento. Son variados los factores que contribuyen a esta situación, que se da en ocasiones a pesar de frecuentes contactos entre el anciano, sus familiares y amigos. (7)

La jubilación de los ancianos es una medida de política social aceptada universalmente, el número de personas de edad con dificultades económicas y hasta de pobreza aumenta de día en día. La idea de que, a partir de cierta edad, una persona anciana no puede seguir trabajando es un mito. Aunque la edad de jubilación varía según el país, en la mayoría de los casos, los 65 años marcan obligatoriamente el "fin de la vida" profesional.

La norma de la jubilación obligatoria está relacionada con otro valor de importancia capital en algunas sociedades: la identificación de la productividad económica con la valía personal del individuo. Negar a los ancianos el derecho a un trabajo retribuído equivale en esas sociedades a denigrarlos como personas incapaces de desempeñar funciones socialmente productivas. Necesario es estudiar las actitudes culturales y las creencias que subyacen a esas conductas en relación con los ancianos, para ver la forma de cambio y el abordar con criterios más realistas y significativos los problemas sociales que traslada el envejecimiento.

Otro importante aspecto es la impresión que tienen muchas personas de edad, de haber dejado de ser útiles o importantes, incluso para su propia familia. Situación ésta que debe considerarse teniendo en cuenta, en contra de lo que suele pensarse, la generalidad de los ancianos son capaces de trabajar, de aprender y adaptarse es precisamente a la falta de trabajo.

La norma cultural es que los viejos descansen y lleven una vida tranquila, pero sólo en muy pocos países y de manera muy gradual van estableciendo sistemas de pensiones que compensen adecuadamente a los ancianos de la merma de sus ingresos.

Los problemas sociales, económicos, profesionales y psicológicos son probablemente más graves en el anciano que los problemas médicos propiamente dichos, si bien parecen que, por razones -

individuales y sociales, se considera generalmente más aceptable reducir la cuestión a su aspecto médico. Quizá por esta razón de aceptabilidad por lo que los sistemas asistenciales para los ancianos favorecen a sólo los que invocan problemas médicos para ayuda. Evidentemente, que, aún disfrazados de problemas médicos, los problemas sociales y económicos no pueden resolverse haciendo un caso negligente de sus verdaderas causas. (7)

La información disponible sobre la mortalidad y la morbilidad a distintas edades es insuficiente por la tendencia a considerar equivocadamente como grupo homogéneo a las personas mayores de 65 años y tampoco se conocen bien las diferencias que hay entre zonas rurales y las urbanas, ni las variaciones de los aspectos clínicos de morbilidad múltiple, ni la evolución de las actitudes en relación con las estructuras sociales.

Comparando la situación mundial en desarrollo con la del mundo desarrollado, parece indispensable mantener los fuertes vínculos familiares que están presentes todavía en los países menos avanzados y restablecer los que se han roto o están a punto de romperse en las sociedades industrializadas. Las organizaciones de servicios para los ancianos ha estado y sigue estando entorpecida por un excesivo empeño en "curar" más que en "atender" y por una legislación insuficiente y anticuada.

Tomando como punto de partida la evidencia de que hay en Europa (6) un número creciente de personas de más de 65 años a las que se niega el derecho a trabajar, de las que se sabe además que tendrán con frecuencia cada vez mayores problemas sociales, económicos, profesionales y médicos y que acabarán por morir, generalmente después de un período bastante corto de incapacidad o enfermedad grave, tendremos ya una base de planificación adecuada. Tomemos experiencia de los países desarrollados y no cometamos los mismos errores, sus años de experiencias, son años de acción futura para nosotros.

Son las personas de la tercera edad, las que necesitan servicios organizados de protección de la salud en la acepción más general de la expresión, pero debemos ser realistas y resignarnos a abor

dar en primer lugar los problemas de prevención y tratamiento de las enfermedades y los achaques de los "ancianos". Esto puede hacerse ya y se hace bastante bien, con el resultado de que la vida de los pacientes se alarga, parece lógico admitir que tenemos la obligación de procurar a los "ancianos" las mejores condiciones de vida posibles.

En la mayoría de estudios realizados en países desarrollados se ha puesto de manifiesto que la dependencia respecto de otras personas, característica de todas las fases de la vida, plantea en la vejez problemas especiales que en muchos de los casos no son inherentes al proceso de envejecimiento, sino debidas a las actitudes sociales hacia las personas de edad avanzada. No me parece que se plantee en términos de "dependencia o independencia", sino que es un problema de aptitud y de derecho de la persona a velar ella misma por la integridad de sus funciones corporales, psicológicas y sociales. La situación de dependencia aparece porque el anciano pierde su aptitud para cuidarse él mismo, pero en otros casos son los que conviven con él quienes pretenden arrebatarse su independencia tomando por su cuenta las decisiones que normalmente toman por sí mismos los demás adultos de la comunidad.

En muchos países persiste la convicción de que las familias deben cuidar al anciano, pero la emigración creciente del medio rural a las ciudades la verdad es que los ancianos suelen quedarse sólo en los poblados. Si acompañan al resto de la familia al nuevo lugar de residencia, se encuentran transplantados a suburbios míseros o a otros asentamientos incontrolados en donde pierde su identidad, su estatus social y su función en la comunidad. Necesario es estudiar de qué manera y en qué condiciones cuidan de sus ancianos las familias transplantadas a la periferie de las ciudades en países en desarrollo.

Los intercambios de información entre ancianos y adolescentes se hacen difíciles y tienden a girar en el vacío, y en muchas personas en tercera edad reaccionan a esa situación aferrándose a las experiencias y a los conocimientos vinculados a su "antigua" identidad.

La actitud negativa hacia las personas de tercera edad puede deberse en parte a la "importancia preponderante" que se atribuye al porvenir simbolizado por los jóvenes, en detrimento del pasado que representan los "viejos".

El objetivo proclamado de la Organización Mundial de la Salud de que "todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2.000 - un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva," obliga" a considerar la asistencia a las personas de edad como un elemento integrante de la política nacional de salud en Ecuador.

Tenemos así que en Suecia y en otros países donde el término medio de la vida es de 75 años "las previsiones indican que éste habrá alcanzado, a fines del siglo XX apenas los 80 años" (8). No obstante, resulta que en determinadas condiciones naturales, sociales y culturales el promedio de vida de los seres humanos podría alcanzar 90 años. A quienes sobrepasan este límite de edad, la gerontología los llama longevos.

El estudio del fenómeno de la longevidad es de interés teórico y práctico, pues permite formular desde un "nuevo ángulo" el problema del "envejecimiento de la nación" y determinar cuáles son las vías más adecuadas para enfrentarlo, más aún cuando la longevidad se presenta en el mundo de forma desigual. En todas las grandes ciudades y en zonas rurales es posible encontrar longevos, existiendo determinadas zonas donde su concentración es mayor.

Para explicar la longevidad de grupo, los científicos han formulado diversas hipótesis: genética, bio-reproductiva, medio natural y la "ecología natural de la psicología social", económico-laboral, doméstico-habitacional y alimentación. Médicos, antropólogos, ecólogos y demógrafos, etnógrafos y psicólogos y otros especialistas participan en la elaboración de esta hipótesis. (9).

Lo fundamental en relación con este fenómeno no sólo reside en la existencia, dentro de un territorio limitado, de numerosas -

personas de más de 90 años, e incluso de más de 100 años, sino que estas personas gozan en su mayoría de buena salud y continúan trabajando y participando en la vida social y familiar. La relación con los miembros de la familia y con los amigos mantiene vivo, en los ancianos, el interés por la vida. La desaparición de esos lazos se traduce en una "capacidad limitante" de movimiento, en un deterioro del estado moral y de la salud. Debe tomarse en cuenta que a medida que aumenta la edad es mayor el número de personas solas, especialmente entre las mujeres, debido a que el promedio de duración de la vida es más alto entre ellas que entre hombres.

CAPITULO IV

GERIATRIA

## IV

## GERIATRIA

Cicerón con su obra magistral hasta nuestra época, de Senectute, relata consejos y normas higiénicas; además, consejos dietéticos para conseguir una vida longeva y saludable.

Atendida por órdenes religiosas, para el cuidado de los ancianos achacosos y desvalidos, en la Edad Media comenzó una asistencia custodial en albergues, casas de misericordia, mosocomios y asilos.

En el año 1909, I.L. Nascher, escribió en los EE.UU. "Geriiatrics the Diseases of old Age and Their Treatment", (Geriatría: Las enfermedades en la ancianidad y su tratamiento) y aparece por primera vez el término geriatría. Marjory Warre, en los años 30-35, Supervisora del Middlesses Hospital en el Reino Unido, Doctor en Medicina, tomó a su cargo el control de las llamadas salas de enfermería de ancianos crónicos e inválidos y comprobó que muchos de los ancianos se recuperaban con cuidados clínicos y de rehabilitación adecuados, se podían integrar nuevamente en la familia y comunidad. Así nació la geriatría moderna.(1)

El National Health Service inglés, en el año 1946 propi - cia una nueva especialidad en el campo de la Medicina: La Geriatría. (2) Nacieron así geriatras de la primera generación que en general provenían de la medicina interna.

La facultad de Medicina de Valencia, España, dentro del período del doctorado, el Dr. Beltrán Báquena crea en 1.946 la primer catedra de Geriatría de Europa. (4) En 1952 se crea en el Hospital Cowley Road de Oxford el primer hospital de día geriátrico - con una filosofía asistencial abierta a la comunidad. Desde entonces el desarrollo de la geriatría ha sido continuo, tanto en la investigación (N.W. en Baltimore, Versar en Basilea, Chevotavev en Kiev, etc), como en asistencia (Reino Unido, Países Nórdicos, Suiza) y actividades científicas (congresos de geriatría internaciona

les) (3)

En Ecuador hay pocos médicos ilustres ligados a la geriatría. En 1983 el Dr. Raul Merchán, publica su libro "Geriatría: medicina, envejecimiento - salud". Los artículos de prensa, de una u otra manera, expresan el sentir del anciano y su problemática social. El país está muy ocupado en su diario y desesperado quehacer político, que en lo social, poco o nada interesa el envejecimiento de la población y su considerable influencia en la estructura y funciones de la familia, la economía, los fines y la organización del sistema de salud pública, la educación y los servicios sociales.

La geriatría encuentra enormes dificultades para introducirse en la universidad y en los hospitales. (5) Conveniente y saludable es la creación de un plan geriátrico nacional y el reconocimiento oficial de los programas y la especialidad de geriatría. Es una responsabilidad del Estado y de las Universidades en bien de una población que hace Nación y Desarrollo, crear científicamente el Instituto Ecuatoriano de Gerontología, no considerando el envejecimiento como una enfermedad, sino como un proceso fisiológico, que aumenta la inestabilidad, la sensibilidad y la susceptibilidad del individuo a los procesos patológicos.

La misión de la geriatría es estudiar las peculiaridades del desarrollo, diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de las personas de edad, descubriendo los medios para normalizar los procesos fisiológicos en el organismo que envejece y aprender a prevenir el envejecimiento prematuro.

Es muy importante, recalco, el mejoramiento de la adaptación social al llegar a la edad de la jubilación, y no se pierda el interés por las satisfacciones de la vida.

Creo más importante, a pesar de las opuestas opiniones que, los ancianos como personas sigan dedicándose a un trabajo físico e intelectual conforme a su capacidad y que la sociedad se beneficie de su experiencia.

La O.M.S. define a la "Edad Media o Transicional" desde los 40-45 años, alrededor de los 60 años, siguiendo a esta edad el Período de Senescencia Gradual hasta los 70 años. Llámase edad de los grandes viejos desde los 70 - 90 años.

#### DEFINICION:

La Comisión Nacional Española de Geriátría ha adoptado como definición de dicha especialidad la siguiente: "Rama de la medicina - que se ocupa de los aspectos clínicos, terapéuticos, preventivos y - sociales en la salud y enfermedad de los ancianos". La definición está basada en la que adoptó en su día la Sociedad Británica de Geriátría al considerar la misma: " Rama de la medicina dedicada al - anciano que se ocupa, no sólo del diagnóstico y tratamiento de en - fermedades agudas y crónicas, sino también de su recuperación funcio - nal y de su reinserción en la comunidad". En ambas definiciones se adivina claramente el objetivo de la especialidad y la interrelación de los aspectos médicos y sociales". (6.7)

#### OBJETIVOS Y FINES:

El objetivo primordial de la geriátría es mantener al anciano en el domicilio donde siempre ha vivido, que debe reunir unas características arquitectónicas, higiénicas y sanitarias adecuadas, en - condiciones funcionales independientes y con una digna calidad de vi - da. Debe favorecer su salud física y mental y proporcionarle una vi - da activa. Si por enfermedad aguda y grave precisa el anciano ingre - sar en el servicio de geriátría del hospital, éste debe reintegrarle cuanto antes a su domicilio y a la comunidad en condiciones físicas, psíquicas y sociales de autosuficiencia.

La Comisión Nacional Española, de la Especialidad de Geriátría, señala como fines particulares de la geriátría.(8)

1. El desarrollo de un sistema asistencial, a todos los niveles, que atienda las múltiples alteraciones y problemas médico - sociales de los ancianos que de forma aguda o subaguda presenten como rasgo común la pérdida de su independencia. La geriátría debe valo-

rar todas las necesidades de los ancianos, tanto sanitarias como sociales, asistenciales, etc., para proporcionarles, con los recursos existentes, las posibles soluciones o cuidados médicos y sociales - para que su asistencia sea total, integral.

2. La movilización de todos los recursos para devolver a la comunidad el mayor número posible de estos ancianos. No se trata de - crear nuevos y costosos edificios, sino de utilizar de una forma más racional los recursos existentes.
3. La organización de una asistencia prolongada a los ancianos que lo necesiten. Los ancianos con enfermedades crónicas, invalidantes o mentales pueden permanecer en su domicilio habitual, siempre que estén suficientemente protegidos por la ayuda médico-social a domicilio. En caso contrario, ingresarán en unidades de larga estancia dependientes de servicios de geriatría hospitalarios o en residencias asistidas dependientes de los servicios sociales de la comunidad.
4. La docencia y formación continuada de sus propios especialistas y del personal médico y paramédico relacionados con la especialidad.

Para Brocklehurst un geriatra debe ser:<sup>(9)</sup> "un organizador del cuidado geriátrico; un coordinador de recursos médicos y sanitarios; un educador (médicos, etc); un poco epidemiólogo, psicólogo y sociólogo; - un gran rehabilitador; y, sobre todo, un competente clínico.

#### ERRORES CONCEPTUALES:

- Un error conceptual es confundir geriatría con medicina de personas mayores de 65 años. La edad por sí sola no limita el campo de la - geriatría; se puede ser paciente geriátrico con menos de 65 años y no serlo con más de 70. El concepto de paciente geriátrico es realmente quien delimita el campo de acción de la geriatría; se entiende por tal: "La persona, generalmente mayor de 65 años, que padece una o varias enfermedades que tienden hacia la incapacidad o invalidez y que en sus evolución está condicionada por factores psíqui-cos o sociales".<sup>(10)</sup>

- Confundir geriatría con asistencia a enfermos crónicos. La Geriatría no es sólo la asistencia a enfermos crónicos, es fundamentalmente una rama de la medicina que persigue: evitar la aparición de la enfermedad; si la enfermedad se presenta, impedir que evolucione hacia la cronicidad o invalidez; conseguir que los casos que lleguen a la dependencia total sean los estrictamente inevitables".(11)
- No separar las distintas situaciones de enfermedad y su diferente nivel asistencial. Este punto es trascendental; hay que separar las distintas situaciones de enfermedad: aguda, crónica, invalidante o no, con dependencia parcial o total y, por supuesto, física o mental. Cada paciente debe ser atendido en el nivel que le corresponda y no en otro; tan inadecuado en un paciente "cronificado" en una unidad de agudos como el no atender las agudizaciones de enfermos crónicos en dichas unidades. (12)
- Desvirtuar, por exceso o por defecto, la relación entre lo médico y lo social es peligroso. La geriatría es una rama de la medicina y en ella está su origen y función; los servicios sociales (residencias, clubs de ancianos, etc). pueden necesitar médicos especializados, pero no se puede identificar geriatría con residencias de ancianos. El divorcio de ambos aspectos creía exactamente igual de erróneo: la asistencia geriátrica está basada en el conjunto de acciones médicas y sociales con un objetivo que es la atención integral del anciano. (13, 14)

#### ASISTENCIA GERIATRICA:

La asistencia geriátrica debe formar parte y estar absolutamente integrada dentro de la asistencia sanitaria general del país. Debe ser integral y cubrir todos los aspectos médicos, sociales, preventivos, asistenciales y rehabilitadores. La rehabilitación no debe limitarse al campo físico, sino abarcar también el psíquico y social; por ello la rehabilitación en geriatría, que debe ser precoz y continuada, tiene como objetivos fundamentales la reactivación, la resocialización y la reintegración familiar del anciano.

La asistencia geriátrica, al igual que el resto de la asistencia sanitaria del país, debe ser por áreas o sectores y debe alcanzar tanto a la zona urbana como a la intermedia y rural. En estas áreas o sectores geográficos, deben existir tres pilares básicos en perfecta conexión y coordinación: servicio de geriatría del hospital general, medicina familiar y comunitaria, actuando desde los centros de salud, y servicios sociales de la comunidad. El fallo de cualquiera de los tres pilares lleva consigo el fracaso del sistema asistencial. (15)

En la asistencia geriátrica es trascendental, por tanto, la seclorización y coordinación de los servicios médicos con los sociales y dentro de éstos, los públicos con los privados.

En todo sector debe existir una comisión geriátrica sectorial - que planifique y dirija toda la asistencia geriátrica (médica y social), cuyas normas o directrices partirán de la comisión geriátrica nacional.

El servicio de geriatría hospitalario debe tener una enorme proyección sobre la familia y la comunidad. Las personas de edad avanzada deben tener el mismo acceso a la asistencia médica especializada - que los otros grupos de población. (16)

Los niveles asistencia del servicio de geriatría hospitalario y los cuidados que debe proporcionar a los ancianos son:

UNIDAD GERIATRICA DE INGRESO: Para la hospitalización de pacientes - geriátricos con enfermedad aguda que - no puedan ser tratados adecuadamente en su domicilio y seleccionados previamente por los geriatras del servicio hospitalario. Las habitaciones tendrán características especiales de amplitud, baños, sillones geriátricos, camas graduales, etc. El equipo asistencial, como - en el resto de los niveles, es multidisciplinario: geriatras, enferme - ras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, etc. La toma de decisiones con respecto a los pacientes (altas, cambio de nivel asistencial, etc.) corresponde a todo el equipo en sesiones multidisciplinarias.

UNIDAD PSICOGERIATRICA: Para el diagnóstico y asesoramiento de ancianos con procesos mentales, habitualmente aneja a la unidad anterior e integrada por dos o cuatro camas.

UNIDAD DE LARGA ESTANCIA: Para trasladar a los pacientes ancianos cuando no pueden ser dados de alta de la unidad de agudos porque necesiten cuidados continuados, médicos y de enfermería.

POLICLINICA O DISPENSARIO GERIATRICO: Donde se presta ambulatoria - mente asistencia médica y social a todos los ancianos que acudan directamente o sean enviados por el médico de cabecera.

HOSPITAL DE DIA: Para completar la rehabilitación en los casos necesarios con el apoyo de los servicios de terapia ocupacional y de enfermería. Con microbuses adecuados se traslada a los pacientes al hospital, donde realizan un plan terapéutico programado desde las 10 de la mañana a las 5 de la tarde (17)

SERVICIO DE AYUDA MEDICO Y DE ENFERMERIA A DOMICILIO: Firmemente relacionado con los servicios sociales, para la atención de pacientes cuya problemática - desborde las posibilidades asistenciales de los médicos de familia (pacientes sondados, ulcerados, de alto riesgo, terminales, etc).

CUIDADOS ASISTENCIALES QUE PRESTA EL SERVICIO DE GERIATRIA HOSPITALARIO: El servicio de geriatría hospitalario debe prestar:

CUIDADO PREVENTIVO: A través de reconocimientos periódicos, para descubrir enfermedades de forma temprana, para dar orientaciones en el régimen de alimentación, de vida, utilización del ocio, preparación para la jubilación, etc. Todo ello debe realizarse en íntima conexión con el médico de familia.

CUIDADO PROGRESIVO DEL PACIENTE: Se define por la Escuela Americana como el enfermo justo, en la cama justa, con los servicios justos, en el tiempo justo. Estos es, el anciano en-

fermo ingresa según su estado de gravedad en la UCI o UVI central - del hospital y posteriormente se le traslada, según evolucione su - estado y las necesidades de su tratamiento, a la unidad geriátrica de agudos e intermedios e incluso a la unidad de larga estancia.

**CUIDADO INTEGRAL:** Desde el momento del ingreso se hace una valoración geriátrica de cada anciano, que por considerar cuatro aspectos y realizarse de forma periódica se la suele denominar "valoración médica, valoración psíquica o del estado mental, valoración física o funcional, es decir, lo que el anciano pueda hacer por sí mismo, y una valoración social, o sea, un estudio de las circunstancias sociofamiliares del anciano.

**CUIDADO CONTINUADO:** Una característica básica de la asistencia en la unidad geriátrica es que no debe ser sólo episódica, durante la fase aguda de la enfermedad, sino también continuada después de dar el alta al paciente anciano. Este cuidado continuado se hace a través del dispensario geriátrico, el hospital de día y de la ayuda médica y de enfermería a domicilio. Si no se cuenta con estos niveles asistenciales el servicio geriátrico pierde el 80% de su eficacia .(18)

**ACTIVIDADES DOCENTES DE UN SERVICIO DE GERIATRIA ACREDITADO PARA LA DOCENCIA:** Un servicio de este tipo es el lugar idóneo para formar personal especializado en geriatría tanto médico como paramédico (19) Entre las actividades docentes figuran:

**SESIONES CLINICAS:** En las que se estudian los ancianos ingresados, realizadas por toda la plantilla médica del servicio.

**SESIONES ANATOMACLINICAS:** De todos los pacientes que fallecen en el servicio y a los que se les realiza necropsia.

**SESIONES MULTIDISCIPLINARIAS:** En las que se hace la valoración cuádruple dinámica a los ancianos ingresados en los diferentes niveles del servicio. En ellas, están presen

tes toda la plantilla médica, las enfermeras, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, secretaria. etc. A estas sesiones se invita a los médicos de familia cuando se valoran sus enfermos.

**FORMACION DE ESPECIALISTAS:** En los servicios de geriatría con acreditación de docencia se forman los médicos residentes de geriatría, con un programa teórico y práctico establecido por la comisión nacional de la especialidad, de 4 años de duración.

**CURSOS DE ACTUALIZACION GERIATRICA PARA MEDICOS DE FAMILIA:** Anuales o de una semana de duración.

**CURSOS DE FORMACION ESPECIALIZADA PARA EL PERSONAL PARAMEDICO:** Enfermeras, auxiliares de clínica, asistentes sociales, etc.

**MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA:** Los médicos de familia deben tener suficientes conocimientos de geriatría, adquiridos durante el período de pre-grado en la de médicos residentes en los cursos de actualización geriátrica. Cerca del 40% de la labor diaria de estos médicos está dedicada a los ancianos, y más del 90% de la problemática médico-social de los ancianos debe ser solucionada por estos profesionales. En el centro de salud deben contar con un equipo de ATS, enfermeras visitadoras, asistentes sociales, etc., y poner en práctica la geriatría preventiva o gerocultura y la asistencial que debe alcanzar a los cuidados médicos y de enfermería en el propio domicilio del anciano. En cualquier caso los médicos de familia deben contar con el asesoramiento de los geriatras del servicio de geriatría hospitalario del sector en todos los momentos que lo precisen. (20)

**SERVICIOS SOCIALES DE LA COMUNIDAD:**

Están integrados por los servicios domiciliarios; principalmente la ayuda social a domicilio (aseo y limpieza del anciano y su hogar, co

mida, lavado de ropa, etc). Servicios en la comunidad: hogares, clubs, comedores, evitar barreras arquitectónicas, etc., y servicios residenciales que les proporcionan diferentes tipos de hábitats cuando les sea imposible permanecer en su domicilio: residencias pequeñas con un ambiente parecido al de su hogar, apartamentos vigilados, casas protegidas, etc.(21)

En conclusión, los servicios geriátricos hospitalarios, los médicos de familia y los servicios sociales de la comunidad tienen colegiadamente la responsabilidad del bienestar, médico y social, de todos y cada uno de los ancianos que habitan en su zona de influencia.(22)

CAPITULO V

LA SALUD DEL ANCIANO

## V

## LA SALUD DEL ANCIANO

Las enfermedades en los ancianos, o más certeramente del an ciano enfermo, sobre todo cuando presenta enfermedades crónicas e invalidantes, no es atractivo para los médicos generales y no geriatras, ni para las enfermeras y del personal paramédico no especializado.

Muchos profesionales consideran a la "ancianidad enferma" como desmoralizador y desagradable, mantenida por pacientes in continentales y encamados continuos y que no se les suele suponer inte resantes por su patología o enfermedad vistos desde un punto de vista científico. La muerte redonda siempre cerca de los pacien tes ancianos, el esfuerzo realizado con ellos, si es grande, puede decirse como perdido; definitivamente, podría crear una frus - tración de todo el personal asistencial.

Si nos acercamos a los ancianos con la debida formación pa ra proporcionar una asistencia integral, todas las reflexiones an teriores no son ciertas. La geriatría puede ser una de las espe cialidades médicas más compensadoras, adquiriendo una mentalidad adecuada, unas nuevas técnicas, una forma de trabajo en equipo y dedicación con ilusión y sin reserva.(1)

Lo fundamental del envejecimiento es la disminución de la capacidad de adaptación, capacidad de reserva de sus órganos y sis temas. Por esta disminución, cualquier actitud física o psíquica puede originar un estado aparentemente grave, así, una bronquitis, un disgusto, puede ser la causa inicial de un proceso importante. Los ancianos se muestran perfectamente "suficientes", pero si se les exige un esfuerzo intenso, al que no está acostumbrado, puede presentar síntomas de insuficiencia, principalmente a nivel de sus órganos vitales como el cerebro, corazón y/o riñón.

Los ancianos no toleran bien los "cambios"; así, una habi-

tación fría puede originar un proceso respiratorio, cambio de domicilio o traslado a un hospital puede ser causa de una confusión mental, de lenta recuperación según se familiarice con su entorno. Un proceso febril - elevación de la temperatura corporal - puede ocasionar un delirio o anulación del control esfinteriano de la vejiga.

Cuando estudiantes de medicina se nos enseñó que todos los síntomas presentes en una persona adulta deberíamos intentar explicación por un sólo proceso patológico, es muy rara la presencia de dos enfermedades simultáneas o independientes. En pacientes ancianos ocurre lo contrario, habitualmente se presentan varias enfermedades conjuntas, por cuanto la existencia de una enfermedad predispone la presencia de otra. Una bronconeumonía crónica puede originar una insuficiencia cardíaca, pudiendo desencadenar a una trombosis cerebral. Una anemia puede originar un fallo cardíaco o renal. Una enfermedad en los ancianos es debida con frecuencia a varias causas o factores. (2)

Otro aspecto importante a tener en cuenta es que la presencia de enfermedades múltiples a menudo complica seriamente la terapéutica; ej: un accidente vascular cerebral agudo requiere movilización y actividad, y si se presenta con una trombosis coronaria necesita reposo más o menos intenso, la terapéutica en geriatría - no puede tener reglas fijas y precisa guardar un gran equilibrio.

Las enfermedades en los ancianos son muy poco expresivas. La sintomatología suele ser muy pobre, larvada y atenuada.

Los mecanismos reguladores de la temperatura son menos seguros en los ancianos, y su capacidad generadora de calor está disminuída. Por ello es muy poco frecuente la fiebre alta que aparece únicamente en algunas infecciones de pulmón, corazón y riñón cuando tienden a la supuración local.

A veces responden a la infección con febrícula, temperatura normal y hasta con hipotermia. La hipotermia puede aparecer tam -

bién en los ancianos en el mixedema, los procesos mentales o la exposición al frío. (3)

La reacción inflamatoria local puede ser ligera, sin adenopatía satélite; en cambio, en una carcinomatosis secundaria los ganglios linfáticos regionales pueden aumentar de volumen.

El dolor suele ser muy poco manifiesto en los ancianos. Es frecuente un cuadro de abdomen agudo o un infarto de miocardio sin dolor; este último sólo se presenta en uno de cada cinco pacientes ancianos, en el resto se manifiesta por una ligera lipotimia, un shock, una confusión mental o un trastorno digestivo. Es frecuente descubrir una fractura de fémur varios días después de una caída ya que el anciano no acusa el más mínimo dolor. Por el contrario, en algunos casos el anciano responde al dolor con una intensidad desproporcionada a la causa que lo origina porque presenta confusión o labilidad mental, por llamar la atención, etc.

La taquicardia y, sobre todo, la taquipnea son frecuentes en las infecciones generales y en las enfermedades cardiorespiratorias agudas, a veces como síntoma único. La disnea está presente en la insuficiencia cardíaca, sobre todo si existe anemia, y es menos expresiva en las infecciones respiratorias. (4)

El cambio repentino del estado mental, y por tanto los síntomas psíquicos que se presentan bruscamente, suelen ser debidos a enfermedades de otros aparatos o sistemas.

La confusión mental es de los cuadros más frecuentes, acompañando a enfermedades de los ancianos tales como una neumonía, insufriciencia cardíaca, deshidratación o cualquier otro trastorno vascular, metabólico o insuficiencia respiratoria.

En la exploración de los ancianos puede presentarse signos físicos desorientadores: los estertores en las bases pulmonares - pueden deberse a la permanencia en decúbito supino durante algu - has horas, los reflejos abdominales y los aquíleos están frecuen - temente abolidos después de los 90, el signo de Babinski puede re -

sultar positivo sin lesión neurológica.

Los ancianos suelen quejarse poco, aunque conlleven enferme  
dades graves, en parte porque adecían sus movimientos a sus posibi  
lidades físicas; si sienten dísnea disminuyen y hasta suprimen sus  
desplazamientos, y, en parte, porque aceptan con facilidad sus li-  
mitaciones físicas. Por otro lado, la mayor parte de las moles -  
tias que presentan los ancianos sin interpretarlas como propias del  
envejecimiento fisiológico, como propias de la edad. Es muy peque  
ña la proporción de ancianos que espontáneamente van a consultar  
al médico a pesar de tener una o varias enfermedades en evolución.  
Es necesario "ir a buscar" la enfermedad del anciano mediante la  
puesta en práctica de la medicina preventiva, de los exámenes de  
salud a través de los cuales podemos descubrir gran número de alte  
raciones patológicas iniciales o en evolución que pueden ser trata  
das con éxito. (5)

En los ancianos podemos destacar una serie de factores que  
pueden originar trastornos importantes y hasta enfermedades graves,  
tales como las anemias, que a la larga pueden originar trastornos -  
severos del corazón, cerebro y riñón; la obesidad, que determina so  
brecarga en muchos aparatos y sistemas del organismo; las infeccio-  
nes latentes, que en un momento dado pueden ocasionar graves infec-  
ciones broncopulmonares o urinarias; la hipoacusia y la disminución  
de la visión que limitan las relaciones sociales de estos pacientes  
y terminan aislándolos con el consiguiente empeoramiento de su fun-  
ción mental y física; las alteraciones en los pies (deformidades, ca  
llosidades, etc.), que dificultan su movilidad y facilitan el aisla  
miento y la obesidad. (6)

La mayoría de los ancianos presentan algún tipo de problema  
social o familiar que se agudiza extraordinariamente al adquirir u-  
na enfermedad. Esta problemática en muchos casos supera en impor -  
tancia a la propia enfermedad, y por ello se le debe prestar una a-  
tención especial.

El pronóstico de las enfermedades en los ancianos no es tan  
favorable como en edades anteriores, si bien cuando la enfermedad -

es aguda y no coincide con otros procesos importantes cursa casi con igual rapidez que en el adulto. El pronóstico, por tanto, guarda estrecha relación con el estado general previo del anciano; si éste es deficiente presenta varias enfermedades conjuntamente (anemia, carencia de diversos tipos o deficiencias nutricionales), y la enfermedad fundamental puede prolongarse notablemente.

En el medio hospitalario a la recuperación y el alta pueden demorarse por falta de motivaciones en el anciano. El adulto tiene grandes deseos de recuperarse cuanto antes y volver a su hogar para solucionar todos sus problemas económicos, profesionales, familiares, etc. El anciano no tiene prisa por reintegrarse al domicilio, al contrario, suele encontrarse mejor atendido en el hospital y más visitado por sus familiares y amigos.

Podemos concluir que en la enfermedad de todo anciano debemos hacer un diagnóstico y un tratamiento "cuádruple dinámico". Cuádruple porque debe alcanzar a sus enfermedades orgánicas, a su estado psíquico o mental, a su situación funcional (el grado de validez o invalidez) y a su problemática socio-familiar; dinámico porque estas cuatro facetas deben valorarse periódicamente a lo largo del tiempo.

Prácticamente todas las enfermedades que presentan los adultos pueden padecerlas los ancianos. Sin embargo, hay algunas enfermedades que se presentan con mayor frecuencia en la edad avanzada, como los procesos de desgaste y abiotróficos: arterioesclerosis a todos los niveles, artrosis, osteoporosis, etc. (7,8) Enfermedades metabólicas y de las glándulas endócrinas como la obesidad, la gota, la diabetes mellitus y el hipotiroidismo. Algunas infecciones como las bronquitis agudas y crónicas, las neumonías y bronconeumonías, atípicas en muchos casos, las infecciones urinarias, el herpes zoster y la tuberculosis pulmonar, que suele cursar solamente con tos de repetición. Las neoplasias, que son la tercera causa de muerte a esta edad, si bien no se ha demostrado la extendida idea de que los tumores en los ancianos son de evolución más lenta y su pronóstico es mejor, salvo en algunos casos.

Las enfermedades por privación o carencia de determinadas substancias han dado lugar a cuadros de mal nutrición carenciales de diversos tipos y a deshidratación. Dentro del grupo anterior, se pueden incluir frecuentes cuadros debidos a privación o a carencia de afecto, estímulos y motivaciones, originados por problemas socio-familiares. Enfermedades de la vista y el oído, y como último y trascendental capítulo, las enfermedades mentales; entre éstas es preciso subrayar que junto a las demencias seniles de todo tipo existen cuadros perfectamente tratables y reversibles como las depresiones, neurosis, cuadros confusionales, determinados por otra patología subyacente.

La habitual pluripatología en los ancianos hace que éstos se transformen muchas veces en enfermos crónicos y, lo que es mucho más grave, en "enfermos inválidos". Las enfermedades crónicas son aquellas que se prolongan durante largo tiempo, generalmente de por vida, y precisan de una asistencia indefinida.(9)

Las "enfermedades invalidantes originan en el anciano limitaciones funcionales" (10) que le impiden de forma progresiva realizar las actividades de la vida diaria, el valerse por sí mismo, para lo cual necesita la ayuda de otra persona, por lo que se dice de estos ancianos que son inválidos o dependientes.

Evitar las enfermedades crónicas e invalidantes o reducir las lo más posible en su número e intensidad es uno de los principales fines de la geriatría. En toda enfermedad que presenta el anciano debemos determinar el grado de incapacidad e invalidez que ha producido o puede producir en su evolución.

La causa de la invalidez puede ser física, psíquica o social, y con frecuencia es de causa múltiple: cataratas, accidente vascular cerebral, artrosis coxofemoral, incontinencia, deterioro mental, problema sociofamiliar, etc., y el tratamiento ha de ocuparse de todas estas facetas. En muchos ancianos la incapacidad o invalidez es lo que ocupa el primer plano y poco nos interesa ya cuál fue su causa inicial: un accidente vascular cerebral, una paraplejía, una neuropatía, etc., y en el tratamiento debe recaer

principalmente, sobre la invalidez.

Tan importante como valorar la incapacidad es determinar las capacidades que el anciano enfermo presenta, las cuales pueden ir aumentando con la rehabilitación. Esto hace pensar de forma positiva al anciano, que nos dirá sus pequeños logros sucesivos, el aumento de sus capacidades "ya me mantengo de pie", "ya camino sólo", "ya subo las escaleras". La clasificación de la invalidez o dependencia del anciano no se hace teniendo en cuenta las actividades de la vida diaria: levantarse de la cama, vertirse, caminar, ir al baño, alimentarse, gobernar sus esfínteres, el estado de los sentidos, vista y oído, etc. Son numerosas las clasificaciones utilizadas en este sentido.

Los ancianos que padecen una enfermedad, sobre todo si no guardan unas normas terapéuticas que se "siguen sistemáticamente en geriatría", puede presentar una serie de complicaciones.(11) Una de las normas más sobresalientes es tener al anciano enfermo levantado siempre que sea posible en sillones adecuados (geriátricos).

#### 1. DESHIDRATACION:

Son muchas las causas que la determinan desde la disminución de ingesta de líquidos por tener muy disminuída su sensibilidad para la sed, los vómitos, diarreas, aumento de la eliminación de líquidos en ancianos con diabetes, nefrosclerosis, o sometidos a la acción de medicamentos diuréticos administrados intempestivamente.

#### 2. ESTREÑIMIENTO:

Se presenta con enorme frecuencia en los ancianos; es preciso diferenciar los que tienen una causa orgánica, de aquellos otros, la mayor parte, que están determinados por obsesiones del propio anciano.

#### 3. DEPENDENCIA PSIQUICA DE OTRAS PERSONAS:

Muchos ancianos enfermos con facilidad se hacen dependientes

de otra persona, lo cual debe evitarse a toda costa procurando siempre que los ancianos se valgan por sí mismos.

#### 4. ULCERAS POR DECUBITO:

Complicación generalmente evitable, es causa de aumento de estancias hospitalarias y pone en peligro la vida del anciano. La falta de movilidad, tanto en la cama como en el sillón, determina la compresión continuada de una zona del organismo, aunque sea de pequeña intensidad, lo que unido al mal estado de la higiene de la piel, se maceración por orina y heces, y la afección del estado general con hipoproteïnemia, anemia, etc., son factores importantes en la determinación de esta complicación.

#### 5. CONTRACTURAS ARTICULARES:

La inmovilidad prolongada de una articulación origina, secundariamente, acortamientos musculotendinosos con fibrosis interarticular o capsular, lo que determina la deformidad articular con la correspondiente incapacidad o invalidez. Las causas más frecuentes son los procesos dolorosos articulares, que determinan posiciones antiálgicas viciosas, los cuadros vasculocerebrales, neurológicos o fracturas óseas si no se coloca la articulación con la debida posición o no se realizan los adecuados cambios de posición.

#### 6. TROMBOEMBOLISMO:

Todos los procesos que determinen éxtasis en las venas profundas de las piernas y flebotrombosis a este nivel, tales como inmovilidad en cama, insuficiencia cardíaca congestiva, sepsis, traumatismos, neoplasias, etc., pueden originar esta complicación de extraordinaria frecuencia en los ancianos.

#### 7. INCONTINENCIA DE ORINA Y HECES:

Las causas pueden ser múltiples, pérdida de control por lesión cortical de los centros cerebrales superiores a la de la médula; por procesos obstructivos locales: cálculos, neoplasias, proce

sos ginecológicos, infecciones, etc.

#### 8. ALTERACIONES YATROGENICAS:

Los ancianos, con su habitual patología múltiple, están sometidos, en muchos casos, a una "polifarmacia" y, por otro lado, al ser su patología con mucha frecuencia crónica, los tratamientos suelen ser muy prolongados. Al administrar dos o más fármacos conjuntamente o de forma sucesiva, uno puede alterar la farmacocinética de otro, originando efectos indeseables, lo que recibe el nombre de "interacción". (12).

Las reacciones adversas y las interacciones medicamentosas, son más frecuentes en las personas mayores de 60 años, en el sexo femenino y en los ancianos que toman muchos fármacos. Las estadísticas de varios hospitales han demostrado que un 15-20% de los ancianos ingresados presentan efectos yatrogénicos, y que ésta es la causa de ingreso en el hospital de un 3 a 5% de ancianos.

La farmacocinética y la farmacodinamia de muchos fármacos - que se administran a los ancianos están alterados por el propio envejecimiento, por las alteraciones estructurales o cambios funcionales que se producen en la senescencia. Estos cambios pueden afectar a "la absorción, transporte, captación por los receptores de órganos, transformación hepática, degradación metabólica y excreción renal". (13)

La absorción puede estar alterada en los ancianos por "disminución del jugo gástrico, biliar, pancreático, o por trastornos en el tránsito intestinal, por ésto puede estar disminuída la absorción del calcio, hierro y vitamina B12". Las interacciones son de poca importancia a este nivel. Mayor importancia tienen las alteraciones en el transporte de los fármacos al fijarse a las proteínas del plasma, ya que los ancianos presentan con frecuencia hipoproteïnemia y son numerosas las interacciones a este nivel, aumentando la acción del medicamento desplazado (por ejemplo: "los anticoagulantes e hipoglucemiantes son desplazados por antiinflamatorios").

Los "sistemas enzimáticos de los microsomas del hígado son en gran parte responsables de la biotransformación de los medicamentos". (14).

Existen algunos medicamentos (fenobarbital, defenilhidantoina) que determinan un aumento de la actividad de estas enzimas, lo que recibe el nombre de inducción enzimática y otros, como los derivados de la IMAO, las deprimen; en "las personas de edad tanto en el incremento como la depresión que producen los medicamentos sobre estos sistemas enzimáticos están disminuídos". (15)

En los pacientes ancianos el metabolismo de los medicamentos es, mucho más lento, lo que tiende a incrementar su concentración en el plasma; así, la vida media del diazepam es de 90 horas en las personas de edad, y es de 20 horas en los individuos más jóvenes. Al ser los mecanismos homeostáticos de los ancianos más lentos y menos eficaces existe más peligro de "que los fármacos tengan efectos secundarios más intensos, inmediatos y duraderos".(16) Los cambios de la función renal en relación con la edad (disminución del flujo plasmático renal, filtrado glomerular y función tubular) y la frecuente existencia de enfermedades renales determinan en los ancianos una disminución de la excreción renal de los fármacos y sus metabolitos, con la consiguiente "acumulación en sangre, lo que tiene el mismo efecto que una sobredosificación". (17)

Los cambios fisiológicos que se presentan en la vejez, la posible disminución del peso corporal, la disminución de la función renal, de la irrigación periférica, especialmente de la perfusión cerebral, de la actividad de los receptores de órganos a nivel celular y de la ventilación pulmonar" facilitan los efectos yatrogénicos en los ancianos al administrarles medicamentos". (18) Por ello, "es necesario tener presente unas normas generales en su prescripción". tales como: (19)

- a) La dosis de los medicamentos tienen que estar en relación con el peso corporal y, en general, ser menores que en el adulto;
- b) Los fármacos deben ser dosificados en relación con el estado de la función renal, y,

- c) Los fármacos que reducen el aporte de oxígeno al cerebro y dificultan la ventilación pulmonar, los que excitan o deprimen los centros cerebrales (barbitúricos, sedantes, opiáceos, levodopa, etc), los que originan hipotensión (fenotiacina, sedantes, tranquilizantes, antidepresivos, vasodilatadores, diuréticos), etc., deberán administrarse con especial cuidado.

CAPITULO VI

PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

## VI

## PSICOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO

No puede ser entendido hoy en día desde una óptica única, el envejecimiento psicológico en las personas de la Tercera Edad. El desarrollo de las ciencias médicas, sociales y psicológicas, aporta un mejor conocimiento de este proceso dinámico, nos presenta toda una serie de cambios internos y externos que darán lugar a determinados modelos mecánicos de defensa, responsables de asuntos psicológicos específicos de la vejez.

Cambios biológicos y sociales existentes, en relación directa con la propia personalidad de la persona, perfilan la transición hacia una vejez normal o patológica, siendo difícil precisar los límites.

## CAMBIOS BIOLOGICOS:

Las alteraciones sensorio-perceptivas es la transformación de un estímulo físico en información psicológica, siendo la adaptación efectiva un ingrediente importante y central. Producen un empobrecimiento, en relación con el medio físico, las alteraciones sensoriales visuales o auditivas, que pueden dar lugar a reacciones paranoicas o trastornos de carácter; en casos más graves, reforzada por el mecanismo psicológico de exclusión de estímulos puede producir cuadro de desorientación halopsíquica y autopsíquica, con una seria evolución del deterioro psicoorgánico.

Los trastornos psicomotores como pérdida de agilidad, disminución de la potencia sexual y disminución de reflejos, pueden dar motivo a fuertes sentimientos de desvalorización con tendencia al retraimiento y disminución del líbido. La desinformación o el prejuicio del anciano tiende a creer que el placer físico puede enfermarle o, hasta, acarrear la muerte. Pero al sentir el impulso sexual aún presente, quiere aprovecharlo, cueste lo que cueste, pensando que quizá no vuelva jamás. Confiere a la sexualidad involuntaria un matiz patológico. El hombre y la mujer que admiten sinmie

dos, los "nuevos" factores fisiológicos, conservando la confianza en sí mismos y dotados de un cuerpo sano podrán disfrutar a plenitud de "su placer" hasta bien entrada la vejez.

Presenta en general, una disminución en la rapidez de los procesos mentales, como se observa en los estudios sobre aprendizaje realizados por Borwinick, muestran que los ancianos son difíciles de condicionar, necesitando un buen entrenamiento, esto se explica por una disminución en la rapidez de reacción y de transmisión del sistema nervioso. Se orienta en la actualidad, la investigación, hacia la comprensión de las condiciones mediante las cuales es facilitado e impulsado el aprendizaje en función de la edad y en aclarar los mecanismos de acción y localización en el sistema nervioso. (1).

Además de las consideraciones puramente anátomo patológicas, como la destrucción de neuronas, aparición de placas seniles, degeneración neuro fibrilares y depósitos de lipoficsina que podrían intervenir en estas alteraciones, todos los autores están de acuerdo en que las alteraciones de memoria no son globales y podría hablarse de un enlentecimiento de algunos parámetros con conversión de otros. Gitelson habla de estas alteraciones como mecanismos psicológicos de defensa que representarían "una huída del presente" poco graficante hacia épocas anteriores "menos fustiantes". Butler habla del fenómeno de la reminiscencia como parte de un proceso de revisión de la propia vida, reactivado por la proximidad de la muerte. (1)

Las costumbres sociales y éticas en relación al lugar que deben ocupar los ancianos en la sociedad varía según las diferentes culturas y aún dentro de la misma sociedad existentes diferentes.

El envejecimiento progresivo de las sociedades industrializadas tienen relación directa con la disminución de la natalidad y la prolongación de la esperanza de vida. Situación que crea una contra indicación interna, por cuanto los conceptos de productividad y valoración social está proyectado hacia los estratos más

jóvenes comenzando su etapa productiva más tarde que épocas pasadas, debiendo "soportar todo el peso de la población pasiva" un pequeño grupo de población en activo, sin que exista fórmulas sustitutivas que permitan una revalorización personal y social. (2)

El paso de la familia patriarcal a la nuclear, ha tenido un colapso de papeles que antes ejercía el anciano y en la actualidad el anciano queda excluido de dicha dinámica en las relaciones interfamiliares.

En nuestro medio social, el cambio de un medio rural a uno urbano ha producido un desequilibrio del anciano en relación a su alrededor, sin un contacto afectivo con el hábitat, a menudo agresivo y sin infraestructura adecuada. Situación de completa dependencia de los hijos, no lugares propios de reunión y con un insuficiente espacio "vivable" en las casas, dando como respuesta una acentuada sensación de inutilidad y choques "integracionales".

Casi siempre que se habla de las personas de edad se habla de sus "problemas" y pocas veces se menciona su necesidad de solidaridad familiar y social o la contribución positiva que pueden aportar a las generaciones más jóvenes, especialmente en el marco de su propia familia. Como los viejos contribuyen poco o nada al producto nacional bruto, se tiende cada vez más a considerarlos como un estorbo.

Pero también se admite, de manera cada vez más general, que las necesidades especiales de los viejos en materia social y psicológica no pueden atenderse en ningún sitio mejor que en un medio familiar activo y afectuoso, en el que el anciano tenga un papel que desempeñar y se sienta amado y deseado por quienes lo rodean. Una interacción dinámica entre los miembros de la familia es tan necesaria en la vejez como a cualquier otra edad.

La experimentación psicológica ha demostrado que al cabo de diez días de vivir en condiciones de visión reducida, audición reducida, monotonía y falta de contactos humanos, los jóvenes presentan signos que se consideran característicos de la vejez, como la

apatía, la pérdida de memoria y la confusión mental. Es evidente, pues, que la manera más eficaz de retrasar o atenuar el deterioro social y mental asociado con la vejez es procurar a los viejos acceso fácil a los servicios de prevención y tratamiento de las incapacidades físicas en un medio de relación activo, del que el mejor ejemplo imaginable es un grupo familiar armonioso.

La solución de los problemas sociales y los problemas de salud de las personas de edad no consiste necesariamente en abrir más asilos geriátricos, por modernos que sean y por bien equipados que estén. Habría que dedicar más atención al problema de las interacciones familiares y del funcionamiento de la familia, para que los sistemas de asistencia social y atención de salud permitan reforzar la vida familiar, en vez de contribuir a destruirla. En la asistencia a las personas de edad hacen falta innovaciones audaces, que faciliten la participación activa de los ancianos en la vida familiar y social. La autoasistencia, la asistencia familiar y la asistencia de la comunidad deben organizarse de manera que las tres se refuercen mutuamente.

Los que se preocupan por el costo de la asistencia descubrirán pronto que esa estrategia representa, a la larga, la solución más barata, pero lo que sobre todo importa es que será un paso importante hacia una mejor calidad de la vida, no sólo para los ancianos, sino también para sus hijos y sus nietos.

Los ancianos que viven con sus familiares son a menudo la causa de mucha discordia. En forma contraria a lo que se piensa, el anciano no siempre es feliz viviendo con sus familiares. La dependencia constituye un problema común entre los ancianos que sufren sentimientos de disminución de la autoestima y debilidad física. La actitud hacia la muerte presenta un problema para todos los individuos.

La reacción a la jubilación depende del grado de elasticidad y fuerza del ego del individuo y su posición económica previa. La jubilación supone para el individuo un paso brusco de una situación activa y productiva a otra pasiva e improductiva.

Las jubilaciones "adelantadas", que se presentan como medidas liberadoras para el individuo, son armas de doble filo si no se acompañan de una amplia apertura y flexibilidad de las posibilidades de elección. Se deben considerar cursos de preparación a la jubilación para ayudar a enfrentar mejor los problemas derivados a esta situación con dignidad y donaire. (3)

#### CUADROS PSICOPATOLOGICOS:

La mayor parte de los trastornos psiquiátricos que ocurren en el adulto joven también ocurren en el anciano, siendo frecuentes en la tercera edad. Las causas son múltiples y laberínticamente complejas, la quinta y sexta décadas se consideran frecuentes en su aparición de trastornos psiquiátricos, además de casos de aparición precoz y de evolución crónica.

Didácticamente, clasificaré estos trastornos de la siguiente manera:

#### 1. ESTADOS CONFUSIONALES AGUDOS:

Es de gran importancia su conocimiento y reviste un reto para el médico general, ya que sobrevienen a menudo a personas "sin alteraciones psíquicas previas", y plantean un serio problema diagnóstico "diferencial" con cuadros clínicos demenciales o depresivos.

Como factores desencadenantes podemos decir que son muy variados, desde "traumatismos psicológicos" como la muerte de un ser querido, cambios bruscos de residencia, etc., factores orgánicos cerebrales (accidentes cerebro-vasculares, enfermedades virales o bacterianas meníngeas o encefálicas, masas ocupativas cerebrales) o sistemáticos, como enfermedades cardiovasculares (hipertensión arterial, infarto del miocardio, insuficiencia cardíaca, miocardiopatías, etc), respiratorias (neuropatías), alteraciones metabólicas (hiper o hipoglucemias, deshidratación, uremia, etc), endocrinológicas (enfermedad de Addison, Cushing, hipertiroidismo, etc) traumatismos (fracturas, caídas, cirugías, etc).

Se considera como factores adversos los medicamentos yatrogénicos, pudiendo provocar, la aparición de un estado confusional, producidos con corticoides, antiparkinsonianos, tricíclicos o asociaciones medicamentos inadecuados. Aquí tenemos un S.O.S. inmediato para alertar a la sociedad y tomar las medidas en salud para la tercera edad nuestra.

Clínicamente el cuadro se desarrolla generalmente en forma brusca, aunque puede aparecer un estado prodómico de perplejidad y ansiedad, pasando luego al estado característico "por obscurecimiento de la conciencia", dando lugar a ilusiones e interpretaciones delirantes. La desorientación temporo-espacial es corriente. Pueden aparecer alucinaciones visuales y/o auditivas, las "alteraciones cenestésicas" no son frecuentes.

El paciente aparece ansioso, agitado, incapaz de mantener atención y concentración. La exploración neurológica es negativa, excepto en forma ocasional cuando presenta cierto grado de temblor y ataxia.

En un estudio, Kral (1967) encontró un 50% de remisiones totales en varios días o semanas. El 50% restante, la mitad falleció durante el año siguiente, evolucionando el resto hacia un mayor grado de deterioro mental. (4)

El tratamiento debe encausarse, en estos pacientes, a la etiología de la "causa desencadenante", además medidas higiénicas - de aislamiento, evitar ruidos, paz y tranquilidad espiritual.

## 2. DEMENCIAS ORGANICAS:

Procesos éstos que se consideran progresivos e irreversibles, asociados a lesiones cerebrales difusas de tipo degenerativo o vascular. Existen demencias orgánicas reversibles como producidas por hidrocefalias normetensas, las mixedematosas, tumores focales (frontales) que pueden presentar cuadros de demencia global asociada.

El diagnóstico de demencia senil. es evidente la realización

de un riguroso y serio estudio clínico, por cuanto implica un pronóstico duro y sombrío, sin probabilidades terapéuticas. Caracterizada por atrofia parenquimatosa del encéfalo. (5)

La demencia presenil de Alztreimer, es una forma clínica de aparición precoz y de mal pronóstico. La enfermedad de Pick presenta un cuadro anatomopatológico definido, presenta fundamentalmente alteraciones físicas y apraxia, pudiendo llegar a un estado de vida vegetativa.

Comienzo insidioso y rápidamente progresivo hacia un notable deterioro y la muerte en corto espacio de tiempo, se presenta con las encefalopatías por "virus lentos", como el Creutzfeldt-Jakob y la panencefalitis esclerosante aguda. (1)

Las demencias vasculares, conocidas como demencias arterio-cleróticas, están agrupadas bajo el nombre de demencias multiinfarto por estimarse como causas del deterioro, la aparición de infartos microscópicos múltiples cerebrales.

Una pérdida progresiva de la memoria, con desorientación temporo-espacial caracteriza al cuadro clínico. Los síntomas depresivos son frecuentes sumado al transtorno de carácter y más aún si existe conciencia de los déficit. Aparecen trastornos de la idea ción y simbolización, con fatiga y dificultad de concentración. En la enfermedad de Alzheimer y en la demencia multiinfarto, pueden aparecer globalmente las alteraciones afaso-apraxo-agnósticas, ideas delirantes y hasta alucinaciones auditivas o visuales.

Siendo las medidas terapéuticas de tipo paliativo, no existe tratamiento específico.

Se sugiere la creación de hospitales de día sectorizados y ofrecer la posibilidad de enlentecer la evolución y evitando desplazar al anciano de su medio familiar que se encuentra respaldado.

### 3. TRANSTORNOS FUNCIONALES:

Una mareada confusión se presenta en la utilización de "Psicou

sis esquizofrénica" y "parafrenias seniles" en el anciano.

La escuela europea emplea parafrenia a las alteraciones ca racterizadas fundamentalmente por un síndore delirante paranoise, "sin alteraciones de las funciones mentales ni de tipo confusional".

La escuela americana lo emplea como un trastorno más glo- bla para el individuo, con alteraciones de conducta, pensamiento, a fectos y aparición frecuente de alucinaciones y delirios paranoi - des, propio de los trastornos esquizofrénicos. Siendo más frecuen - tes los grados de esquizofrenia crónica, que llegan a la anciani - dad.

La depresión es el más frecuente de los trastornos psíqui- cos del anciano dentro de los trastornos afectivos.

Sus características son la tristeza, sentimientos de desva- lorización o ruina, apatía, quejas hipocondríacas, insomnio, ansie dad, dificultad de concentración presentes en el cuadro clínico. En primer plano aparecen las quejas funcionales y astemia, corres- pondiente a síndromes depresivos larvados, muy frecuentes en mis consultas de medicina interna.

Los cuadros clínicos depresivos hay que darles importancia cuando se asocian a enfermedades somáticas, como procesos infeccio sos virales o bacterianos, alteraciones cardíacas, renales, cere - brales, hepáticas y/o tumorales neoplásicas.

En las depresiones neuróticas el conflicto es ante todo in- terno, puede ser precipitado por problemas sociales o familiares.

Los estados de manía no son frecuentes en el anciano, cur - san con euforia, labilidad emocional, ideas delirantes megalomanía - cas, conductas inadecuadas. Correspondiendo a psicosis bipolares y pueden presentarse "habitualmente a psicosis bipolares" y pueden formar parte de un síndrome prefrontal de etiología tumoral o de - mencial.(6)

El término de neurosis de ansiedad no es considerado por algunos autores, lo consideran como "formando parte del cortejo sintomático de un síndrome depresivo, o como podrómico de una descompensación psicótica". Aumenta la tensión muscular, irritabilidad, insomnio y varias manifestaciones neurovegetativas, con sensación de peligro subjetivo.

Es poco frecuente la neurosis histérica, aparece como "exageración de síntomas físicos menores", con tendencia a manipular el medio.

En las personas con rasgos perfeccionistas, ordenados, exigentes aparece la neurosis obsesivo-compulsiva. Síntomas que lo entenderemos como un intento de "protección frente a la emergencia" de pulsiones muy ansiógenas, debiendo activar sobre el entorno para que "mejore la tolerancia". (7)

Son muy frecuentes en los ancianos las neurosis hipocondríacas, quejas referidas al aparato digestivo y que reflejan en la mayoría de los casos la necesidad de atención y afecto. Pueden asociarse con ideas delirantes, pudiendo aparecer síndromes depresivos de tipo melancólico o asociados a cuadros psicóticos.

El cuidado y tratamiento del anciano no deberá ser visto desde un punto de vista pesimista. Aún los pacientes con enfermedades irreversibles, pueden ser ayudados a menudo a tener mejores ajustes a su medio, facilitando por lo tanto su manejo.

Como metas ideales de tratamiento consisten en disminuir al máximo el sufrimiento del paciente, el mejorar su conducta, el disminuir la fricción interpersonal, el rehabilitarlo para el trabajo u otra actividad vocacional y en general el hacerlo más activo y más capaz para que tenga un interés placentero a su alrededor. (8). Para alcanzar estas metas deberá prestarse atención no sólo al paciente, sino que deben ser tomadas en cuenta a su familia, la comunidad, los servicios sociales y otras fuentes privadas y del Estado. Se empleará una combinación efectiva de métodos hacia una indentidad de personas para y de la "Tercera Edad".

Los centros de colocación de la comunidad para los ancianos comúnmente disponibles son: (9)

- El propio hogar del paciente, es la disposición ideal si el paciente es capaz de cuidarse por sí sólo o si hay personas disponibles que lo cuiden (familia, amigos, enfermeras domiciliarias).
- Familiares del paciente, en sus casas si están disponibles.
- Hogar guardería, en especial si la incapacidad física es de importancia.
- Hogar descanso, cuando sólo se necesita una atención de custodia o cuidados mínimos.
- Asilos para ancianos, en caso de no tener familiares y compartir con sus habitantes un bienestar físico y mental adecuado.
- Hospital Geriátrico, hospital especializado para los ancianos no psicóticos con problemas principalmente médicos.
- Centro u Hospital diurnos, es adecuado si el paciente es incapaz de tolerar una independencia completa con la finalidad de tomar tratamientos de recreo o rehabilitación clínica.
- Hospitales nocturnos, cuando necesita un medio clínico protector en una sala de hospital antes de ejecutar una transición completa pasando a la comunidad donde se encuentra activo en el día.

Si el anciano amenaza con una recaída, estos servicios pueden también servir como fuentes para la prevención de una hospitalización completa.

El empleo de medicamentos en el anciano psicótico requiere gran precaución ya que son comunes efectos colaterales(10) de la idiosincracia y una tendencia hacia la dependencia farmacéutica. Pudiendo incorporar los efectos colaterales de la medicación a su complejo de síntomas, complicando por lo tanto su cuadro emocional.

## CONCLUSIONES

## CONCLUSIONES

- Las políticas sociales al sector de la Tercera Edad, sólo han manifestado un logro económico de subsistencia.
- El Ministerio de Bienestar Social cuenta con la Dirección Nacional de Atención Gerontológica, como unidad técnica- operativa, - creada el 28 de septiembre de 1984.
- La educación es un paso previo y cuantitativo para atender las necesidades presentes y futuras en los individuos y de las sociedades en vías de envejecimiento.
- Las organizaciones de servicios para los ancianos ha estado y sigue estando entorpecida por un excesivo empeño en curar más que en atender y por una legislación insuficiente y anticuada.
- Los problemas sociales, económicos, profesionales y psicológicos, son probablemente más graves en el anciano que los problemas propiamente dichos; por razones individuales y sociales, se considera generalmente más aceptable reducir la cuestión a su aspecto médico.
- El proceso demográfico del envejecimiento de las poblaciones depende, en gran medida, de cambios en la mortalidad y en la fecundidad.
- Al planificar los servicios es útil distinguir entre los viejos - jóvenes de 65 a 74 años, y los viejos - viejos, que han pasado de los 75 años, edades límites que quizás deban modificarse según las diferentes poblaciones.
- No solamente están envejeciendo las poblaciones, sino que los ancianos viven más en tanto que decrece la mortalidad en las edades más avanzadas.
- El importante crecimiento de la población en la tercera edad, presenta un desafío demográfico del país y ante todo a la economía -

de la nación.

- Dentro del planteamiento económico y social, los métodos de la seguridad social forman parte del conjunto de las garantías económicas y sociales en que se basa el bienestar del individuo joven o anciano, hombre o mujer, de la familia y de la comunidad.
- Podría considerarse que la generalidad de los ancianos están en buen estado de salud física y mental, aunque muchos se sienten - frustrados y solitarios y otros muchos tienen problemas sociales, profesionales y económicos de gravedad abrumadora.
- La jubilación de los ancianos es una medida de política social aceptada universalmente, el número de personas de edad con dificultades económicas y hasta de pobreza aumenta de día en día.
- La norma de la jubilación obligatoria está relacionada con otro - valor de importancia capital en algunas sociedades: la identificación de la productividad económica con la valía personal del individuo.
- La relación con los miembros de la familia y con los amigos man-tiene vivo, en los ancianos, el interés por la vida.
- A medida que aumenta la edad es mayor el número de personas solas, especialmente entre las mujeres, debido a que el promedio de duración de la vida es más alto entre ellas que entre hombres.
- La misión de la geriatría es estudiar las peculiaridades del desarrollo, diagnóstico, tratamiento de las enfermedades de las personas de edad, descubriendo los medios para normalizar los procesos fisiológicos en el organismo que envejece y aprender a prevenir - el envejecimiento prematuro.
- Los servicios geriátricos hospitalarios, los médicos de familia y los servicios sociales tienen colegiadamente la responsabilidad - del bienestar, médico y social y de cada uno de los ancianos que habitan en el área de influencia.

- Las enfermedades de los ancianos o del anciano enfermo, sobre todo cuando presenta enfermedades crónicas e invalidantes, no es atractivo para los médicos generales y no geriatras, ni para las enfermeras y del personal paramédico no especializado.
- Las enfermedades en los ancianos son muy poco expresivas. La sintomatología suele ser muy pobre, larvada y atenuada.
- La mayoría de los ancianos presentan algún tipo de problema social o familiar que se agudiza extraordinariamente al adquirir una enfermedad, problemática que en muchos casos supera en importancia a la propia enfermedad y por ello se le debe prestar una atención especial.
- La habitual pluripatología en los ancianos hace que éstos se transformen muchas veces en enfermos crónicos y, lo que es mucho más grave, en enfermos inválidos.
- Cambios biológicos y sociales existentes, en relación directa con la propia personalidad de la persona, perfilan la transición hacia una vejez normal o patológica, siendo difícil precisar sus límites.
- La desinformación o el perjuicio del anciano tiende a creer que placer físico puede enfermarle o, hasta, acarrearle la muerte.
- El deterioro de la familia patriarcal, ha significado un colapso de papeles que antes ejercía el anciano y en la actualidad el anciano queda excluido de dicha dinámica en las relaciones interfamiliares.
- La dependencia constituye un problema común entre los ancianos que sufren sentimientos de disminución de la autoestima y debilidad física.
- Las jubilaciones adelantadas, que se presentan como medidas liberadoras para el individuo, son armas de doble filo si no se acompañan de una amplia apertura y flexibilidad de las posibi-

lidades de elección.

- El empleo de medicamentos en el anciano psicótico requiere gran precaución ya que son comunes efectos colaterales de la idiosincrasia y una tendencia hacia la dependencia farmacéutica.

## RECOMENDACIONES

## RECOMENDACION

1. Impulsar y fomentar la creación de servicios de salud geriátricos, ejecutables a través del Ministerio de Salud Pública como diseñar la metodología para la enseñanza y el aprendizaje de la Geriatria y Gerontología por medio de las universidades, y también el diseño de sistemas de evaluación en la docencia Geriátrica.
2. Los problemas sociales modernos, son realmente enormes que exigen un gran impulso nacional para dominarlos, que corresponde a los poderes centrales del Estado, que por constitución está comprometido a diseñar y ejecutar una política social de amplias perspectivas, como mecanismo básico de cualquier proyecto de desarrollo nacional.
3. Los sistemas de Seguridad Social tienen que ser expandidos a todo orden no solamente el hecho de prolongar la vida de la población, sino que sus necesidades básicas sean satisfechas y que se les permita vivir con dignidad en la vejez.
4. Los estudios y las investigaciones sobre la Tercera Edad, así como la evaluación de sus resultados deben propiciar las mejores condiciones de vida de la población de la Tercera Edad.
5. Es necesario estudiar de qué manera y en qué condiciones cuidan de sus ancianos las familias transplantadas a la periferie de las ciudades en nuestro país.
6. El estudio del fenómeno de la longevidad es de interés teórico y práctico, pues permite formular desde un nuevo ángulo el problema del envejecimiento de la nación y determinar cuáles son las vías más adecuadas para enfrentarlo.
7. Es responsabilidad del Estado y de las Universidades en bien de una población que hace Nación y Desarrollo, crear científicamente el Instituto Ecuatoriano de Gerontología, no considerando el

envejecimiento como una enfermedad, sino como un proceso fisiológico, que aumenta la inestabilidad, la sensibilidad y la susceptibilidad del individuo a los procesos patológicos.

8. La rehabilitación en geriatría, debe ser precoz y continuada y tiene como objetivos fundamentales la reactivación, la resocialización y la reintegración familiar del anciano.
9. Es necesario buscar la enfermedad del anciano mediante la puesta en práctica de la medicina preventiva, de los exámenes de salud a través de los cuales podemos descubrir gran número de alteraciones patológicas iniciales o en evolución que puede tratarse con éxito.
10. En la enfermedad de todo anciano debemos hacer un diagnóstico y un tratamiento cuádruple dinámico. Cuádruple porque debe alcanzar a sus enfermedades orgánicas, a su estado psíquico o mental, a su situación funcional y a su problemática socio-familiar. Dinámico porque estas cuatro facetas deben valorarse periódicamente a lo largo del tiempo.
11. El desarrollo de las ciencias médicas, sociales y psicológicas, aporta un mejor conocimiento del envejecimiento psicológico en las personas de la Tercera Edad, nos presenta toda una serie de cambios internos y externos que darán lugar a determinados modelos mecánicos de defensa, responsables de asuntos psicológicos específicos de la vejez.
12. La solución de los problemas sociales y los problemas de salud de las personas de edad no consiste necesariamente en abrir más asilos geriátricos, por modernos que sean y por bien equipados que estén. Habría que dedicar más atención al problema de las interacciones familiares y del funcionamiento de la familia, para que los sistemas de asistencia social y atención de salud permitan reforzar la vida familiar, en vez de contribuir a destruirla. En la asistencia a las personas de edad hacen falta innovaciones audaces, que faciliten la participación activa de los ancianos en la vida familiar y social.

13. Se deben considerar cursos de preparación a la jubilación para ayudar a enfrentar mejor los problemas derivados de esta situación con dignidad y donaire.
14. Metas ideales de tratamiento consisten en disminuir al máximo el sufrimiento del paciente, el mejorar su conducta, el disminuir - la fricción interpersonal, el rehabilitarlo para el trabajo u otra actividad vocacional y en general el hacerlo más activo y más capaz para que tenga un interés placentero a su alrededor.

## BIBLIOGRAFIA

## BIBLIOGRAFIA

## I

1. Constitución Política de la República del Ecuador. Secretaría Nacional de Información Pública SENDIP; 1982.
2. Afiliaciones y Jubilaciones Especiales con reformas hasta el 30 de junio de 1982. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Asesoría de la Dirección General. Talleres Gráficos del IESS; 1982.
3. Clave de la Legislación. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Asesoría de la Dirección General. Editorial Gallo Capitán C.A.; 1983.
4. Dirección Nacional de Atención Gerontológica. Ministerio de Bienestar Social. Registro Oficial N° 61; 1984 - Nov. 8.
5. Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Consejo Superior. Resolución N° 563; 1985 - abril 2.

## II

1. Cuestiones Sociales, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. Unidad Editorial del IESS 1963.
2. Naciones Unidas. Developmental Issues. Documento Preliminar, Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 26 de julio al 6 de agosto de 1982 (Documento Alconf. 113/5 26 de marzo 1982).
3. Naciones Unidas. Informe de la Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, Viena, 26 de julio a 6 de agosto de 1982. Nueva York, Publicación de las Naciones Unidas E.82-1.16,1982.
4. Grinblat, J. Aging in the world: demographic determinants, past trends and long term perspective to 2075. World Health Studies Q 35:124-132, 1982.
5. Naciones Unidas. The aging of populations and its economic and social implications.. Nueva York, 1956. (Population Studies Nº 26, publicación XIII 6.)
6. Omran, A.R. Epidemiological transition in the United States. The health factor in population change. Population Bulletin 32(2), 1977. (Washington, D.C., Population Reference Bureau).
7. Siegel, J.S. y S.L. Hover. Demographic aspects of the health of the Elderly to the year 2000 and beyond. World Health Stat Q 35: 133-202, 1982.
8. José Ordóñez. Estructura de la población del Ecuador por Edad.- Pueblo e Imágenes. CEPAR; 1985.
9. Rice, D.P. y J.J. Feldman. Living longer in the United States. Demographic changes and health needs of the elderly. Milbank Mem Fund Q Health and Society 61: 362-396,1983.

## III

1. Bond, J. V. Carstairs. Services for the Elderly. Edimburg, Scottish Home and Health Department, 1982 (Scottish Health and Service Studies N° 42).
2. Roos, N.P., E. Shapiro y L.L. Roos. Aging and the demand for health services: Which aged and whose demand?. Gerontologist 24: 31-36, 1984.
3. Owen, F. Profiles of the elderly 4. Their health and the health services. Mitcharn, Surrey, Age Concern Publication, 1977.
4. Shanias, F. Midiendo las necesidades de salud de la edad senil en casas de salud en cinco países. J. Gerontol 26: 37-40, 1971.
5. Kovar, M.G. The public health impact of an increasing elderly population in the United States of América. World Health Stat Q 35: 246-258, 1982.
6. Suanborg, A., G. Berfstrom y D. Mellstrom. Epidemiological Studies on social and medical conditions of the elderly. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa, 1982 (EURO Reports and Studies 62).
7. Katz S., Fard, R. Moskowitz, B. Jacsson, M. Soffe y M.A. Cleveland. El índice de ADL: una medida estandarizada de función biológica y sicosocial. JAMA 185-914-919, 1983.
8. Heikknen, E., W.E. Naters y Z.J. Bazezinski. La edad senil en once países. Una inspección Médico-social. Copenhagen, Oficina Regional de la OMS para Europa 1983 (Public Health in Europe 21).
9. O.M.S. Aplicaciones de la epidemiología al estudio de los ancianos. Informe de un grupo científico de la OMS sobre la Epidemiología del envejecimiento. Ginebra 1984. (Serie de Informes Técnicos 706).

## IV

1. Jiménez Herrero F. Geriatria: nueva especialidad. *Geriatrics* 1979; 11:52-59.
2. Junod Reumond. Etapas de la Geriatria en: Junod JP. Ed. *Manual de Geriatria*, Barcelona. Toray Masson. S.A. 1976; 3-5.
3. Salgado Alba A. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología: su misión y sus realidades. *Tribuna Médica* 1971; 10; 25-26.
4. Beltrán Báguera M. *Lecciones de Geriatria*. Valencia Editorial Saber, 1974.
5. Pañella Casas, Salgado Alba A. Sapaniche Gerontologie und Geriatrie. *Zeitschrift Altansforschung* 1974; 28:355-358.
6. Perlado F. *Notas sobre Geriatria*. Zaragoza. Ed. Heraldo, 1979.
7. Williamson J. Geriatric. Medicine: Whose speciality?. *An Inter Med* 1979; 91: 747-777.
8. *Guía especialidades médicas. Especialidad de Geriatria*. Subdirección Genral de Docencia. Madrid, Ministerio de Sanidad. 1978.
9. Brocklenhurst. Training programmes in geriatric medicine. En: Gilmore, Svanborg, Marois, ec. *A Challenge to Science and Society*. Vol. 2 Oxford, University Press, 1981; 62-66.
10. Irvine, Bagnall, Smith, *The older patient*. 3.a.ed. Sevenoaks, Hodder, Stoughton, 1978.
11. Salgado Alba A. Concepto de envejecimiento. *Gerontología y Geriatria*. En Salgado, Guillén, García Fernández. Ed. *Gerontología y Geriatria*. Cruz Roja, 1974.

12. Franklin Williams MD. Evaluación del paciente geriátrico en relación con las necesidades de servicios e instituciones En: William Reichel, ed. Aspectos clínicos del envejecimiento. Argentina, Librería "El Ateneo", 1981, 408-413.
13. Ferguson Anderson. Designing Social Health delivery systems for the aging. En: Brattie, Piotrowski, Marios, Ed. Aging. A Challenge to Science and Society. Vol. 2, part II. Oxford, University Press, 1981; 202-213.
14. Pedich W. System of medical and social care for old people.- En: Beattie, Piotrowski, Marios, ed. Aging: A Challenge to Science and Society. Vol. 2, part II. Oxford University Press 1981; 214-221.
15. OMS. Planificación y organización de los servicios geriátricos. Informe técnico N° 548. Ginebra, 1974.
16. Salgado Alba A. Planificación Gerontológica intra y extrahospitalaria. Universidad Complutense. Facultad de Medicina, Madrid. 1976.
17. Salgado Alba A. Organización de un Servicio de Geriátria en un Hospital General. Ponencia, II. Congreso Nacional de Hospitales Barcelona, 1973.
18. Servicios geriátricos y hospital diurno. En: Broklehurst. ed. Tratado de clínica geriátrica y gerontológica. Buenos Aires. Ed. Médica Panamericana, 1975; 647-665.
19. Bendal MJ. Changing work pattern in a geriatric unit and the effect a day hospital. Age and Ageing 1978; 7: 229-232.
20. Ferguson Anderson. Organization of a Geriatric Service. 3.a. ed. Blackwell. Scientific Publications. 1976: 403-417.
21. Guillén Llenra. Ayuda a domicilio. En: Salgado Guillén, García Fernández, ed. Gerontología y Geriátria. Cruz Roja Española

ñola, 1974; 69-73.

22. Picton Williams. Asistencia geriátrica en el Reino Unido. De sarrollo en el sector de Lambeth. Revista Española de Geria - tría y Gerontología; 14: 395-408.

## V

1. Martin E. Examen de la persona de edad. En: Junod JP. ed. Manual de Geriatria. Barcelona. Toray Masson; 26-39, 1976.
2. Danom, Schock, Marois, Aging: a challenge to science and society. Vil. I. Biology. Oxford, University Press. 1981.
3. Dennis, Jahnigen, Laforce M. Little Things. En: Scrier RW. ed. Clinical Internal Medicine in the Age. Filadelfia, WB Saunders Co; 305-315, 1982.
4. Agate, J. Common Sympton and complaints. Rossman J. Ed. Clinical Geriatrics. Filadelfia, Lippircott; 152-158, 1979.
5. Anderson F. Problemas en Diagnósticos. Ferguson Anderson 3ra. ed. Practical Management of the elderly. Blackwell Scientific Publications; 81-91; 1976.
6. Knight Steel M.D. Evaluación del paciente geriátrico. Reichel W, ed, Aspectos clínicos del envejecimiento. Librería "El Ate-neo". Editorial Argentina; 3-13, 198).
7. Chalmers GL. Diagnosis in the elderly. Chalmers GL, ed. Caring for the eldelly siek, Kent, Ditman, Mecical Limited; 69-77,1980.
8. Salgado A. Guillén F. García Fernández. Patología y problemas - que plantea la unidad geriátrica. ed. Gerontología. Geriatria. Cruz Roja Española, 1974.
9. Henneth W. Walton. Arterioesclerosis y envejecimiento. Tratado de Clínica Geriátrica y Gerontología. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana S.A.; 87-113, 1975.
10. Guillén Llera F. Problemas asistenciales del anciano enfermo - crónico. Ed. Iniciación en Geriatria y Gerontología. Lab. Fe - rrer International S.A., 35-45, 1981.

11. Agate J. Special hazard of illness in later life. Isadore Rossman, MD. Clinical Geriatrics. Filadelfia, Lippincott, Toronto, 139-149; 1979.
12. Hall M.P.R. Drug interactions in the elderly. Gerontology. 28: 8-18; 1978.
13. Williamson J. Principles of drug action and usage. Recent advances in Geriatric Medicine. Edimburgo Churchill Livingstone, 108-1117, 1978.
14. Kato R. Biochemical Pharmacol. 13: 1.037-1039; 1978.
15. Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS). Patrones geográficos en riesgo de agonizar y factores asociados, edades 35-74 años. Estados Unidos 1968-73, Washington D.C. (NCHS Serie 3. N° 18).
16. William Reichel, Aspectos clínicos del envejecimiento. Buenos Aires, Ed. Argentina, Librería "El Ateneo", 1981.
17. Perlado F. Medicación en Geriatria. Perlado F. Geriatria Barcelona. Editorial Científico Médico. 257-279; 1980.
18. Hanlon, J y G. Pichett. Administración de Salud Pública y Práctica 8a. ed. St. Louis, Timer Morrro/Mosby College Publishing, 1984.
19. Ruíz Torres A. Geriatria y medicamentos. Información terapéutica de la Seguridad Social. 4:1-6, 1980.

## VI

1. Freedman Sadok. Texto de Psiquiatría. Ed. Kaplan Vol. III, 3a. ed. 1981.
2. I. Casals. Sociología del envejecimiento. Ed. Mezquita. Cap. 3. Pág. 41-51.
3. Cid. M. Alteraciones psíquicas del envejecimiento. Tribuna Médica N° 961; 1982.
4. Von Hanh H.P. Prácticas Geriátricas. Ed.S. Karger. 281-309,1975.
5. Portera A. Bermejo F. Demencia. El concepto de la demencia. Lisman W.A. Ron N.A., ed. Mayoría. 11-22; 1980.
6. Enri Loo. Roche. Los estados depresivos. La depresión en el individuo de edad avanzada. Roche 15-24; 1978.
7. Enciclopedia Médico-Chirurgicale. Pathologic mentale de la senescence. Troubles neurotiques. Balier C. Ed. Techniques, 1963.
8. Lipscomb, C.F. El cuidado de los pacientes en edad Senil con perturbaciones sicológicas, dentro de la comunidad. Am. J. Psychiat 127-1067-1070, 1971.
9. Tibbits, C., Gerontología Social, Univ. of. Chicago Press. Hacia una política pública sobre Cuidado de Salud Mental de la Edad Madura. GAP symposium N° 79. Group for the Advancement Of Psychiatry, 1970.
10. Ruther, R.N. La responsabilidad del psiquiatra para con la edad madura. Am. J Psychiat 127: 1080-1081, 1981.

AUTORIZACION DE PUBLICACION

Autorizo al Instituto de Altos Estudios Nacionales la publicación de este Trabajo, de su bibliografía y anexos, como artículo de la Revista o como artículos para lectura seleccionada.

Quito, junio 1986

A handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is stylized and appears to read 'Harvey Rivadeneira Galiano'.

DR. MD. HARVEY RIVADENEIRA GALIANO