

PRESENTACION

El año 1999 pasará a la historia como el Año Internacional a Favor de las Personas de Edad, probablemente un anticipo de lo que se proyecta sucederá en el próximo siglo, un aumento sustantivo de la población mundial mayor de 60 años. La Organización de las Naciones Unidas dedicó el año a promover la preocupación por las personas adultas mayores, intentando fomentar en y para las personas de edad los siguientes principios básicos: la independencia (acceso a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a obtener ingresos y a programas educativos), la participación (oportunidad de intervenir en las políticas que afecten su bienestar, compartir sus conocimientos y formar parte de movimientos), la ciudadanía (acceso a servicios sociales y jurídicos, la vigencia de sus derechos humanos y el pleno respeto de su dignidad, creencias e intimidad), la autorrealización y el respeto a su dignidad (trato digno independientemente de su edad, sexo, religión, etnia, discapacidad o condición económica).

Con el lema “Una sociedad para todas las edades”, en el transcurso de 1999 se efectuaron numerosas actividades para llevar adelante esos principios. A nivel regional, en septiembre se realizó en Santiago de Chile el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, convocado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a través de su División de Población –Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE–. Como ya es habitual en este tipo de encuentros, también hubo una reunión paralela: el Seminario Latinoamericano y Caribeño de la sociedad civil sobre el aporte al desarrollo de las personas mayores.

Agenda Salud dedica este número doble a los problemas de salud que enfrentan las mujeres mayores de 60 años en la región, considerando sus condiciones de vida, así como las discriminaciones de género que ellas sufren. En palabras de la investigadora Lee Sennot-Miller, estas discriminaciones no son más que una extensión de las que sufre la mujer más joven, y representan una carga más impuesta por la etapa del ciclo de vida al que ha llegado.

LA VIDA DESPUES DE LOS 60

Cerca de 580 millones de personas tienen actualmente más de 60 años de edad, es decir, una de cada diez personas. América Latina y el Caribe, en tanto, cuenta con alrededor de 42 millones de mujeres y hombres que han sobrepasado esa barrera, lo que equivale a menos de un 8 por ciento de su población. Para el año 2025, no obstante, se estima que

la región latinoamericana y caribeña tendrá 97 millones de personas mayores de 60 años, es decir, cerca de un 15 por ciento de su población proyectada.

El envejecimiento de la población humana es un fenómeno creciente en los países desarrollados, al que no escapa la región latinoamericana y caribeña, aunque por cierto con menos fuerza y con

grandes disparidades entre los países. La reducción de la fecundidad, así como el control de las enfermedades, y el consecuente aumento de la esperanza de vida, han sido algunos de los principales factores que explican el hecho de que cada vez más la población del continente sobrepase la barrera señalada.

Los 60 años como edad cronológica para marcar el umbral de la vejez es por supuesto arbitrario. Una persona de 65 ó 70 años puede sentirse adulta o adulta mayor, pero no necesariamente vieja. Todo dependerá de la cultura en que vive, de su autoestima, de los proyectos que tenga a mediano o largo plazo, de la valoración que la sociedad le otorga y le transmite, entre otras razones. Al respecto, el investigador P. Laslett expresa que el establecimiento de una edad para la vejez es una construcción social, determinada sólo parcialmente por factores biológicos o psicológicos.¹ El autor distingue cuatro etapas del ciclo de vida: la *primera edad*, relacionada con la infancia y la juventud; la *segunda edad*, vinculada a la vida activa y reproductiva; la *tercera edad*, referida a la etapa activa de retiro; y la *cuarta edad* que alude a la fase de declinación, mayor dependencia y deterioro más acelerado.² Para Juan Chackiel, jefe del Área de Demografía de CELADE, “la propuesta novedosa de incorporar una cuarta edad al ciclo de vida, proviene del aumento del promedio de años de vida observado en los países más desarrollados, lo que haría inadecuado el tradicional ‘estado adscripto’ de ‘viejo’ que comprende tan diversas situaciones”.³

No obstante, como una manera de establecer comparaciones válidas mundialmente, la Asamblea Mundial de Nacio-

nes Unidas sobre el Envejecimiento (1982) estableció la edad de 60 años como el límite inferior de la etapa de envejecimiento. Es probable que en el siglo XXI se instituyan dos segmentos para los mayores de 60 años, como la propuesta por Laslett, pero por el momento la mayoría de los países ha seguido la norma de la organización internacional a la hora de establecer sus estadísticas.

Transición demográfica

La transición demográfica es descrita como un proceso de larga duración en el que intervienen la mortalidad, la fecundidad y las migraciones internacionales. Estas variables difieren naturalmente de un país a otro. Dentro de cada uno de ellos, estos tres factores dan lugar a la disminución, estancamiento o expansión de diferentes grupos etarios.⁴

Los mayores cambios demográficos en América Latina y el Caribe han tenido lugar a partir de la mitad de la década de los sesenta, como resultado de las transformaciones económicas, sociales y culturales, así como del mejoramiento en las condiciones de salud. Las principales modificaciones demográficas son el descenso de los niveles de fecundidad y de mortalidad, y una profundización de la tendencia al aumento de la esperanza de vida de la población. El Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE) señala que en 30 años, el número promedio de hijos por mujer descendió de 6 a 3, y que entre 1950 y la actualidad la duración media de vida aumentó más de 20 años, para aproximarse a los 70. Esto incide en el aumento gradual del número de personas que superan los 60 años. Para este organis-

Una persona de 65 ó 70 años puede sentirse adulta o adulta mayor, pero no necesariamente vieja. Todo dependerá de la cultura en que vive, de su autoestima, de los proyectos que tenga a mediano y largo plazo, de la valoración que la sociedad le otorga y le transmite, entre otras razones.

1. Citado en Juan Chackiel, El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?, presentado en el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, convocado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), a través de su División de Población –Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, CELADE–, 1999.

2. Ibíd.

3. Juan Chackiel, El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿Hacia una relación de dependencia favorable?, op. cit.

4. La transición demográfica en América Latina, basado en *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*, BID/CEPAL/CELADE, Santiago, 1996.

Un 8 por ciento de las latinoamericanas tienen 60 años y más, mientras que sólo un 6,7 por ciento de los hombres supera esa edad. Las proyecciones indican que tal diferencia aumentará y que a mediados del próximo siglo la proporción será de 25 y 20 por ciento, respectivamente.

En lo que se refiere al conjunto de países del continente, en el grupo de 60-64 años hay actualmente 89 hombres por cada 100 mujeres y esta relación se reduce a 53 en el grupo de personas mayores de 80 años.

mo, lo más sobresaliente es la diferencia en el crecimiento medio anual de los distintos grupos de edad: mientras los menores de 15 años registran una tasa del 0,2 por ciento, en la población de 65 años y más, dicha tasa es del 3 por ciento. Para las próximas décadas se espera que la tasa de crecimiento de este último grupo se acercará al 4 por ciento y que la población de niños y niñas no crecerá.

América Latina y el Caribe es una región que se considera está en una etapa de transición demográfica. Pero también existen diferencias entre sus países. De acuerdo a la tipología elaborada por CELADE, existen cuatro grupos principales:

- *Grupo I. Transición incipiente.*

Países de alta natalidad y mortalidad, con un crecimiento natural moderado, del orden del 2,5 por ciento. Los países de este grupo son Bolivia y Haití que, por su elevada fecundidad, tienen una estructura por edades muy joven y una alta relación de dependencia.⁵

- *Grupo II. Transición moderada.*

Países de alta natalidad, pero cuya mortalidad es considerada moderada. El crecimiento natural es cercano al 3 por ciento. Los países de este grupo son El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua y Paraguay. El descenso de la mortalidad, particularmente en el primer año de vida, se ha traducido en un rejuvenecimiento de la estructura por edades, lo que también incide en una elevada relación de dependencia.

- *Grupo III. En plena transición.*

Países con natalidad moderada y mortalidad moderada o baja, lo que determina un crecimiento natural moderado cercano al 2 por ciento. Pertenecen

a este grupo Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú, República Dominicana y Venezuela. En el Caribe se agregan Guyana, Surinam, y Trinidad y Tobago. Puesto que la disminución de las tasas de fecundidad es reciente, la estructura por edades se mantiene aún relativamente joven, aun cuando ya ha disminuido la relación de dependencia.

- *Grupo IV. Transición avanzada.*

Países con natalidad y mortalidad moderada o baja, que se traduce en un crecimiento natural bajo, del orden del 1 por ciento. Aquí se incluye a Argentina, Chile, Cuba y Uruguay. Del Caribe pertenecen a este grupo Bahamas, Barbados, Guadalupe, Jamaica, Martinica y Puerto Rico. Entre éstos se distinguen dos subgrupos: aquellos que han tenido fecundidad y mortalidad bajas por un largo período, como Argentina, Uruguay y, en menor medida Cuba, y que tienen un crecimiento y una estructura de edades similares a la de los países desarrollados; y aquellos que han alcanzado recientemente tasas muy bajas de fecundidad y mortalidad y que todavía tienen porcentajes de crecimiento más elevados debido a su población relativamente joven.⁶

El Cuadro 1 (p. 4) muestra las diferencias entre los cuatro grupos, tomando como ejemplo a un país de cada grupo.⁷

Como se puede apreciar, los países de los grupos I y II (ejemplificados por Bolivia y Guatemala, respectivamente), tienen todavía una población joven, con una proporción superior al 50 por ciento por debajo de los 15 años; aquellos del grupo III (ejemplificado por México), tienen una estructura por edades que se considera “en transición”, con cifras que van del 32 al 36 por ciento de la pobla-

5. En términos teóricos, la relación de dependencia es la relación entre la población económicamente activa con aquella inactiva. Hablar de alta relación de dependencia significa, siempre en términos teóricos, que existe una gran proporción de población inactiva (menores de 15 años y mayores de 60) que depende económicamente de una población activa (personas de 15 a 59 años y que, por lo general, están en el mercado laboral).

6. La transición demográfica en América Latina, basado en *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*, BID/CEPAL/CELADE, Santiago, 1996.

7. *Ibíd.*

Cuadro 1

Indicadores demográficos de América Latina y países seleccionados, correspondientes a diferentes etapas de la transición demográfica, 1995, 2005, 2015 y 2025

Indicadores	Región y países				
	América Latina	Uruguay Grupo IV	México Grupo III	Guatemala Grupo II	Bolivia Grupo I
1995					
Población (en miles)	467363	3186	91145	10621	7414
Tasa de crecimiento a/ b/	1.9	0.6	2.2	2.9	2.6
Tasa global de fecundidad b/	3.1	2.3	3.1	5.4	4.8
Esperanza de vida al nacer b/	68.7	72.4	71.5	64.8	59.3
Tasa de mortalidad infantil b/ c/	45.1	20.0	34.0	48.5	75.1
Porcentajes de población:					
Menor de 15	33,8	24,4	35,5	44,3	40,6
15-59	58,6	58,6	58,2	50,3	53,4
60 y más	7,6	17,0	6,3	5,4	6,0
2005					
Población (en miles)	546345	3365	106147	13971	9275
Tasa de crecimiento a/ b/	1.6	0.5	1.7	2.7	2.2
Tasa global de fecundidad b/	2.6	2.2	2.5	4.4	3.9
Esperanza de vida al nacer b/	71.1	73.2	73.4	69.1	63.6
Tasa de mortalidad infantil b/ c/	37.1	15.5	28.2	34.1	55.6
Porcentajes de población:					
Menor de 15	30,0	23,5	30,8	41,3	38,2
15-59	61,3	59,7	61,5	53,1	55,4
60 y más	8,7	16,8	7,7	5,6	6,4
2015					
Población (en miles)	620020	3535	119178	17752	11219
Tasa de crecimiento a/ b/	1.3	0.5	1.3	2.3	1.8
Tasa global de fecundidad b/	2.3	2.1	2.2	3.6	3.1
Esperanza de vida al nacer b/	73.2	73.9	75.1	71.3	67.7
Tasa de mortalidad infantil b/ c/	29.8	14.5	23.3	27.0	38.1
Porcentajes de población:					
Menor de 15	26,5	22,4	26,3	37,1	33,7
15-59	62,6	60,6	63,7	56,7	58,9
60 y más	10,9	17,0	10,0	6,2	7,4
2025					
Población (en miles)	685822	3691	130247	21668	13131
Tasa de crecimiento a/ b/	1.0	0.4	1.0	1.9	1.5
Tasa global de fecundidad b/	2.2	2.1	2.1	2.9	2.5
Esperanza de vida al nacer b/	75.0	74.5	76.6	72.3	71.5
Tasa de mortalidad infantil b/ c/	24.2	13.5	19.2	23.9	27.1
Porcentajes de población:					
Menor de 15	23,7	21,2	23,2	32,6	29,2
15-59	62,1	60,4	63,3	60,0	61,9
60 y más	14,2	18,4	13,5	7,4	8,9

a/ Medio anual, por cien;

b/ Para el quinquenio anterior al año que se indica;

c/ Por mil.

Fuente: La transición demográfica en América Latina, basado en *Impacto de las tendencias demográficas sobre los sectores sociales en América Latina*, BID/CEPAL/CELADE, Santiago, 1996.

Cuadro 2

Índice de envejecimiento (IE) y porcentaje de población de 60 años y más en 1995 y 2020, en países con más de un millón de habitantes en 1995

Región de las Américas

País	1995		2020	
	IE (%)	60 años y más	IE (%)	60 años y más
Canadá	79	16,1	146	25,2
Estados Unidos	74	16,4	116	22,8
Uruguay	68	17,1	81	17,7
Cuba	55	12,4	130	21,0
Puerto Rico	54	13,7	92	19,3
Argentina	46	13,2	68	15,8
Chile	32	9,6	70	16,0
Trinidad y Tobago	29	8,8	67	15,0
Jamaica	28	8,9	53	12,0
Brasil	23	7,1	56	13,1
Panamá	23	7,5	57	13,3
Costa Rica	20	7,0	46	12,4
Colombia	19	6,4	49	12,2
Perú	19	6,7	44	11,0
México	18	6,3	47	11,6
Ecuador	18	6,5	43	10,9
Rep. Dominicana	17	6,1	48	11,8
El Salvador	17	6,5	34	9,0
Venezuela	17	6,1	44	11,4
Haití	15	6,0	17	6,1
Bolivia	15	6,0	26	8,1
Paraguay	12	5,2	25	8,2
Guatemala	12	5,4	19	6,7
Honduras	11	4,9	24	7,4
Nicaragua	10	4,5	24	7,2

IE= (población de 60 años y más/población menor de 15 años) x 100.

Fuente: *La Salud en las Américas*, volumen I, edición de 1998, OPS, p. 83

ción por debajo de los 15 años; los países del grupo IV (ejemplificado por Uruguay) tienen una estructura por edades “madura”, con menos del 30 por ciento de su población en el grupo de edades menores.⁸

Índice de envejecimiento

El índice de envejecimiento de un país es definido como la relación entre la población de 60 años y más y aquella menor de 15 años, expresada en porcentaje. De acuerdo a esto, en 1995, Canadá, Estados Unidos, Uruguay, Cuba, Puerto Rico y Argentina eran los países del con-

tinente que tenían los mayores índices de envejecimiento. En estos países, las personas mayores de 60 años fluctuaban entre el 17,1 y el 12,4 por ciento. En el otro extremo, Nicaragua, Honduras, Guatemala y Paraguay contaban en la misma fecha con un 4,5 y un 5,4 por ciento de su población mayor de 60 años. Es decir, las personas de 60 años y más superaban en 1995 el 10 por ciento de la población en seis países del continente. En el 2020, sin embargo, serán 18 los países del continente que tendrán un 10 y más por ciento de su población por sobre los 60 años (Cuadro 2).

8. *Ibíd.*

Diferencias por sexo

De acuerdo a Chackiel,⁹ en la actualidad un 8 por ciento de las latinoamericanas tienen 60 años y más, mientras que sólo un 6,7 por ciento de los hombres supera esa edad. Las proyecciones indican que tal diferencia aumentará y que a mediados del próximo siglo la proporción será de 25 y 20 por ciento, respectivamente. En lo que se refiere al conjunto de países del continente, en el grupo de 60-64 años hay actualmente 89 hombres por cada 100 mujeres y esta relación se reduce a 53 en el grupo de personas mayores de 80 años.

Uno de los factores que explica esta diferencia es la esperanza de vida al nacer de hombres y mujeres. En el quinquenio 1990-1995, los hombres latinoamericanos podían alcanzar cerca de 66 años y las mujeres 72 años. Para el período 1995-2000, la esperanza de vida de las latinoamericanas está estimada en 73 años y la de los hombres en casi 67. Para el 2020-2025 en tanto, la brecha aumenta un poco más: las proyecciones indican que los hombres de la región tendrán una esperanza de vida de 72 años y las mujeres una de 78.¹⁰

¿Por qué las mujeres viven más que los hombres? En parte, por razones de índole biológica. Las mujeres parecen ser más resistentes que los hombres en cualquiera edad, especialmente en la primera infancia. Las mujeres adultas también presentan una superioridad biológica por lo menos hasta la menopausia, puesto que las hormonas las protegen (de las enfermedades isquémicas del corazón por ejemplo).

Las discriminaciones

Las dificultades que afrontan las mujeres de edad avanzada en las Américas son una extensión de las que sufre la

mujer más joven, y representan una carga más impuesta por la etapa del ciclo de vida al que han llegado. Esta frase, de la investigadora y profesora adjunta de la Universidad de Arizona Lee Sennot-Miller (ver texto p. 8), es una síntesis de todo cuanto puede decirse sobre las discriminaciones que viven las mujeres mayores de 60 años en nuestro continente.

Desde el punto de vista económico, al cruzar el umbral de los 60 años, las mujeres sufren inequidades que resultan en una mayor pobreza con respecto a los varones. Tal situación se explica porque la mayoría de ellas están fuera de la fuerza laboral remunerada y cuando lo están, siguen ganando menos que los hombres; ellas trabajan predominantemente en empleos a tiempo parcial y/o en el sector informal; la mayoría ha interrumpido su carrera u oficio para tener hijos/as y ocuparse de ellos y ellas y de otros integrantes de la familia. Esto hace que muchas veces no reciban pensión ni seguridad social y cuando tienen derecho, las prestaciones suelen ser más bajas que las de los hombres. No es raro entonces que en la mayoría de los países en vías de desarrollo, las mujeres mayores de 60 años dependan casi exclusivamente de sus familias.

Por otra parte, una nutrición inadecuada, muchos hijos y embarazos a intervalos cortos, el cuidado de la familia, una doble o triple jornada de trabajo (la participación de la mujer en el mercado laboral no la libera de las tareas domésticas) incide negativamente en su estado de salud física y mental.

Además, los centros de salud no están preparados para atender adecuadamente a la gente mayor. La privatización de los servicios de salud en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe agrava tal situación.

Condiciones sociales y económicas en la vejez

• *Las desigualdades salariales y de riqueza tienen como resultado en la vejez una mayor pobreza de la mujer que el hombre.*

Ello se debe a que:

– *la mayoría de las mujeres está fuera de la fuerza laboral remunerada y cuando lo está, sigue ganando menos que los hombres;*

– *las mujeres son predominantes en los empleos a tiempo parcial y en el sector informal;*

– *gran parte de las mujeres interrumpe su carrera para tener hijos y/o ocuparse de ellos y de otros integrantes de la familia;*

9. Juan Chackiel. El envejecimiento de la población latinoamericana: ¿hacia una relación de dependencia favorable?, op. cit.

10. Boletín Demográfico 61, Cuadro 5, CELADE, 1998.

– las mujeres reciben rara vez prestaciones sociales (pensión y seguridad social) y cuando tienen derecho, reciben menos que los hombres.

• La participación de la mujer en la fuerza laboral rara vez la libera de sus tareas domésticas, y esta doble jornada afecta su salud a corto y a largo plazo.

• En los países en vías de desarrollo, donde una gran parte de la población no cuenta con seguridad social en la vejez, las mujeres dependen casi enteramente de sus familias.

Fuente:

Inseguridades en la vejez. Hoja Informativa del Programa sobre Mujer, Salud y Desarrollo/División de Salud y Desarrollo Humano, OPS.
<http://www.paho.org/spanish/hdp/hdwmuje.htm>

Perspectivas

Los cambios demográficos implican nuevos desafíos para la sociedad. El envejecimiento paulatino de la población, si bien todavía no es un fenómeno crítico en la región latinoamericana y caribeña, preocupa a los grupos organizados de mujeres porque, tal como hemos visto, las cifras demuestran que ellas viven más que los hombres, pero en condiciones no siempre halagüeñas.

A pesar de los grandes avances de las mujeres en el siglo XX en el acceso a la educación y al mercado laboral, para muchas todavía su vida está marcada por los menores ingresos, por la discriminación salarial por igual trabajo, por empleos precarios y escasa seguridad social. Todo ello redundaría obviamente en una pobre calidad de vida en la vejez.

De acuerdo a la investigadora Jöelle Barbot-Coldevin,¹¹ a medida que las sociedades envejecen se estimula el interés por la vejez, pero el peligro es que la edad, al igual que el género, sean tratadas en el análisis como variables separadas y/o sumadas. Privilegiar un enfoque que tiende a ser insensible a procesos interactivos y que ignora los sesgos en la producción de conocimiento, implicaría una extrema simplificación del problema. La desigualdad estructural de la tercera edad no se desarrolla independientemente de las desventajas que las mujeres han sufrido anteriormente en el mercado laboral y de su acceso y control desigual a los recursos.

La misma investigadora señala que para adoptar un enfoque que permita que las personas mayores continúen participando efectivamente en la sociedad, se debe reforzar la colaboración entre gobiernos, ONG y el sector privado. Las ONG pueden jugar un rol importante capacitando a cuidadores/as, y deben actuar como catalizadores en los contactos con los gobiernos y otras agencias para que la voz

de las personas mayores llegue a los oídos de los planificadores de políticas. También los medios de comunicación tienen un papel importante que realizar, especialmente promoviendo imágenes positivas de ese grupo etario para cambiar la percepción del mismo y romper los estereotipos negativos.

Barbot-Coldevin concluye con algunas recomendaciones destinadas a permitir que las mujeres ejerzan sus plenos derechos humanos y vivan una vida digna, especialmente en su vejez:

- Aumentar el conocimiento de cómo los roles de género y las relaciones cambian en el tiempo, y cómo estos cambios pueden apoyar y promover el empoderamiento de las mujeres mayores.
- Educar y trabajar con los hombres a través de todo el ciclo de vida para que tomen conciencia de los cambios en los roles de género y apoyen el empoderamiento de las mujeres.
- Asegurar que la investigación y la recolección de datos sobre el desarrollo de políticas y toma de decisiones (censos, encuestas, estudios socioculturales) sean desagregadas por sexo, con perspectiva de género, y que consideren las variables de edad, clase y etnia.
- Asegurar que la investigación y práctica en salud tome en cuenta las necesidades de hombres y mujeres mayores.
- Considerar la seguridad social y el ingreso sustentable de las mujeres mayores a través de políticas sociales, programas e investigación.
- Aumentar la colaboración entre gobiernos, ONG y el sector privado para permitir que las personas mayores continúen participando en la sociedad y lograr que sean considerados integrantes plenos de ella.
- Asegurar que la población en general sea educada acerca de los derechos de los mayores. ■

11. Gender-bases inequalities: the greater vulnerability of older women, ponencia presentada en el Encuentro Latinoamericano y Caribeño sobre las Personas de Edad, convocado por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL), septiembre de 1999.

LA MUJER DE EDAD AVANZADA EN LAS AMERICAS

PROBLEMAS Y POSIBILIDADES*

Lee Sennot-Miller

En todo el continente, las mujeres tienen la responsabilidad de la reproducción y la prestación de asistencia. Sin embargo, a menudo no pueden controlar las circunstancias que rodean esos deberes. En los países menos desarrollados, esto suscita problemas que se centran alrededor de la malnutrición y sus secuelas, la multiparidad, con las consiguientes dificultades genéticas y ginecológicas, y la carga de la atención de varias generaciones.¹ En los países más desarrollados, pese a que las mujeres tienen menos hijos, todavía se ven afectadas por problemas ginecológicos, malnutrición en forma de obesidad y responsabilidades de prestación de asistencia igualmente exigentes.²

Problemas nutricionales

La malnutrición puede darse en forma de desnutrición o de hipernutrición. Ambos tipos son comunes en todo el continente y su prevalencia es particular de cada sexo. Un estudio realizado en Jamaica con 98 mujeres y 30 hombres mayores de 65 años mostró una clara distinción en la clase de problemas nutricionales que sufre la población.³ Al relacionar el peso con la altura normal en términos porcentuales por sexo, se clasificó al 13 por ciento de los hombres y sólo al 5 por ciento de las mujeres en el grupo con insuficiencia de peso (menos del 80 por ciento del peso normal). La mayoría de las personas

de ambos sexos (85 por ciento de los hombres y 57 por ciento de las mujeres) se clasificaron como “normales” (escala de 80 a 120 por ciento del peso normal). Sin embargo, de las personas que tenían exceso de peso de 20 a 40 por ciento, sólo el 3 por ciento era hombre y el 22 por ciento mujeres. En el grupo de personas con peso excesivo de 40 por ciento no había hombres y 15 por ciento eran mujeres. En los países en desarrollo, las diferencias no son tan marcadas, pero la obesidad de las mujeres de 55 a 65 años duplica aquella de la observada en los hombres de la misma edad y, al parecer, su prevalencia va en aumento.⁴

* Este texto forma parte del artículo del mismo nombre, publicado en Elsa Gómez, editora, *Género, mujer y salud en las Américas*, Washington, OPS, 1993 (Publicación Científica 541), pp. 114-123. Agradecemos la autorización de la OPS para reproducirlo. Lee Sennot-Miller es investigadora y profesora adjunta de la Universidad de Arizona; consultora de la OPS y de la Asociación Americana de Personas Jubiladas, Estados Unidos.

1. OPS, *Las condiciones de salud de las Américas*, Edición de 1990, vol 1. Washington, D.C. OPS, 1990, Publicación Científica 524.
2. Abel, E.K., Family care of the frail elderly: Framing an agenda for change, *Women Studies Quarterly* 75-86, 1989; Hagestad, G.O., Older women in intergenerational relations, en: Haug, M.R., Ford, A.B., y Sheafor, M., *The Physical and Mental Health of Aged Women*, Nueva York, Springer 1985, pp. 137-151.
3. Mesfin, E. et al., *Nutritional Status, Socio-economic Environment and the Lifestyle of the Elderly in August Town*, Kingston, Jamaica, Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe y Departamento de Medicina Social y Preventiva de la Universidad de las Indias Occidentales, 1984.
4. Gurney, M. y Gorstein, J., The global prevalence of obesity - An initial overview of available data, *World Health Statistics Quarterly* 41: 251-253, 1990.



La preocupación por la obesidad se debe a su condición de factor de riesgo importante de varias enfermedades crónicas, en particular la hipertensión, la diabetes, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares. La predisposición a esas enfermedades aumenta con los años, de manera que la mujer de edad avanzada está expuesta a un mayor riesgo en cualquier caso, y la obesidad amplía la posibilidad de que se manifieste una de esas afecciones discapacitantes.

Aunque el consumo excesivo de alimentos con un alto contenido de calorías puede ser causa de obesidad, una razón más común –en el caso de las mujeres pobres de las zonas desarrolladas y en desarrollo del continente– puede ser la imposibilidad de comprar alimentos ricos en proteínas de alta calidad y el empleo sustitutivo de grandes cantidades de almidones y azúcares de bajo costo.⁵ Esa hipótesis se apoya en un estudio realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Chile, donde 10, 22 y 40 por ciento de las mujeres de ingresos elevados, medianos y bajos, respectivamente, tenían exceso de peso en relación a su

altura.⁶ Este problema puede agravarse porque, según información anecdótica citada frecuentemente, existe un concepto ideal de belleza en ciertas culturas que defiende la “gordura”, por lo menos en el Caribe de habla inglesa.

La desnutrición, que se manifiesta generalmente en forma de anemia, también es común en personas de ambos sexos, pero es un problema más crítico para la mujer, especialmente en las zonas menos desarrolladas del continente. Sus raíces pueden comenzar en la infancia. En algunas zonas rurales menos desarrolladas de América Latina y el Caribe, todavía es común que los hombres y los niños coman primero.⁷ Si la cantidad de alimentos es limitada, como suele suceder en las zonas rurales, la mujer comienza a sufrir los efectos de la desnutrición a temprana edad. La anemia de origen nutricional es común y se agrava por la mayor necesidad de hierro que tiene la mujer –el triple de la del hombre– cuando comienza a menstruar y a tener hijos. En la edad mediana, es posible que tenga anemia crónica que si bien no es causal de muerte, reduce mucho la productividad, energía y calidad de vida. La

debilidad, la fatiga, el letargo, la irritabilidad y la mayor vulnerabilidad a la infección son consecuencias de la anemia crónica.

Multiparidad y maternidad a edad avanzada

La mujer de edad avanzada de todo el continente suele tener una familia numerosa. A comienzos del siglo XX, incluso en los países desarrollados, un gran número de hijos garantizaba que hubiera suficientes sobrevivientes para asumir las responsabilidades de mantenimiento de la familia y de cuidado de los padres cuando no pudieran trabajar. Aunque en la actualidad sobreviven más niños hasta la edad adulta, la falta de planes viables de seguridad social en muchos países menos desarrollados del continente hace que la necesidad de tener muchos hijos para compartir la carga del apoyo sea casi tan importante hoy en día como antes. Además, la tecnología eficaz de planificación familiar es una opción relativamente nueva para muchas mujeres, y a menudo no existe o va acompañada de prohibiciones culturales y religiosas que siguen definiéndola como inaceptable.

5. Chaney, E., *Scenarios of hunger in the Caribbean: Migration, decline of smallholder agriculture and the feminization of farming*, Working Paper N° 18, Women in Development, East Lansing, Michigan State University, 1983.
6. OPS, *Las condiciones de salud de las Américas*, Edición de 1990, vol 1. Washington, D.C. OPS, 1990, Publicación Científica 524.
7. Elu de Leñero, M.C., *Reporte del primer encuentro regional sobre la mujer y la salud*, Colombia, 1984; DeMayer, E. y Adiels-Tegman, M., Prevalence of anaemia in the world, *World Health Statistic Quarterly* 38:302-316, 1985.



Por tanto, la mujer sigue teniendo hijos hasta después de los 40 años, especialmente la de grupos socioeconómicos bajos, y en las zonas rurales menos desarrolladas se expone al riesgo de una mayor mortalidad y a una amplia gama de problemas ginecológicos. El riesgo de mortalidad materna y de la edad toma la forma de una curva en “J”, de manera que después de los 35 años, cuanto mayor es la mujer, mayor será el riesgo a que está expuesta.⁸ Los nacimientos múltiples y con poco intervalo también aumentan el riesgo, y hay muchas posibilidades de que las mujeres que continúan teniendo hijos después de los 50 años tengan antecedentes de esos factores de riesgo. La morbilidad que proviene de esos patrones suscita también un problema. La incidencia de prolapsos uterinos, incontinencia y fístula es mayor en las mujeres multíparas de edad avanzada.⁹ Los nacimientos múltiples y con poco intervalo agravan también los problemas de malnutrición, particularmente la anemia, porque agotan aún más las reservas ya bajas de hierro.

Carga de la prestación de asistencia

Un corolario de los problemas de multiparidad y maternidad a edad avanzada es la posibilidad de que la mujer de edad mediana y avanzada tenga que cuidar a varias generaciones. Una mujer puede tener al mismo tiempo la responsabilidad de cuidar a sus propios padres y abuelos y a los de su esposo, a sus hijos menores e incluso a sus nietos. Aunque la carga real se puede dividir entre los miembros de la familia, y los adultos de mayor edad cuidan a los niños más pequeños mientras otros trabajan para proporcionar apoyo financiero, la responsabilidad definitiva del manejo del hogar recae generalmente en la mujer de edad mediana.

Si el cuidado se destina a un pariente cercano enfermo o débil, la carga de la mujer aumenta. En los países desarrollados del continente, las mujeres constituyen el 77 por ciento de los hijos adultos y el 64 por ciento de los cónyuges que cuidan a los familiares enfermos;¹⁰ sufren mucha tensión, soledad y aislamiento. Puede haber

tirantez en las relaciones familiares y a menudo falta de redes de apoyo social. La persistencia de la familia extensa en América Latina y el Caribe puede, hasta cierto punto, ayudar a protegerlas de los efectos más desfavorables de la prestación de asistencia.¹¹ Sin embargo, ella no se escapa de los costos en términos de trabajo excesivo, conflicto entre la necesidad de prestar apoyo financiero y la de estar con el familiar enfermo, y tensión emocional por una tarea interminable.

Poco se sabe de la minoría de hombres que asumen la responsabilidad de atender a otras personas. No obstante, es claro que las mujeres y los hombres afrontan este proceso de manera distinta. El enfoque seguido por el hombre es a menudo de naturaleza servicial y, en su caso, la atención se reduce a una serie de deberes y actividades particulares. La mujer, por el contrario, suele sumergirse en el proceso y le es difícil mantener la distancia que podría protegerla de la tensión creada por cada situación.¹² Se cree que las diferencias de socia-

8. Gómez, E.G., *Perfil epidemiológico de la salud de la mujer en la Región de las Américas*, Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, Washington D.C., OPS, 1990.

9. OPS, *Las condiciones de salud de las Américas*, Edición de 1990, vol 1. Washington, D.C. OPS, 1990, Publicación Científica 524.

10. Abel, E.K., Family care of the frail elderly: Framing an agenda for change, *Women Studies Quarterly* 75-86, 1989.

11. De Vos, S., Extended family living among older people in six Latin American countries, *Journal Gerontology Social Sciences* 45:S87-S94, 1990.

12. Abel, E.K., Family care of the frail elderly: Framing an agenda for change, *Women Studies Quarterly* 75-86, 1989.



lización más que de afectos o preocupación dan cuenta de esos patrones.¹³ En todo caso, la tarea de cuidar a otras personas dura toda la vida para muchas mujeres, y las diferentes etapas de ese trabajo a menudo coinciden. La tensión acumulada de esta carga con frecuencia lleva a la mujer a pasar directamente de la labor de prestar asistencia a la de ser asistida. Aun cuando ella misma necesita cuidado, a menudo ofrece sus servicios a la siguiente generación de personas que se encargarán de ese trabajo.

La salud

Las tensiones acumuladas durante toda una vida de nutrición inadecuada, muchos hijos y embarazos a intervalos cortos, y una doble o triple carga de trabajo a menudo ocasionan el envejecimiento prematuro de la mujer en las regiones en desarrollo del continente. Eso se manifiesta con la aparición temprana de varios problemas crónicos de salud física, como hipertensión, diabetes y artritis. Si bien en los países industrializados del continente la carga física para la mujer a medida que envejece tal vez no sea tan abrumadora, ella sufre problemas

de salud muy similares. Aunque el orden varía de un país a otro, las cinco causas principales de defunción de la mujer mayor de 65 años en las regiones desarrolladas y en desarrollo del continente son cardiopatía, cáncer, apoplejía, diabetes, e influenza y neumonía. Se examinarán con detalle varias afecciones determinadas que muestran marcadas diferencias de género.

Problemas osteomusculares

La artritis y la osteoporosis son trastornos que afectan desproporcionadamente a la mujer de edad avanzada. La artritis parece manifestarse como uno de los síntomas de envejecimiento prematuro de la mujer en las zonas en desarrollo.¹⁴ Las articulaciones se pueden dañar al levantar objetos pesados, tirar y cargar, lo que ocasiona un mayor grado de invalidez y reduce la capacidad de trabajo de la mujer a medida que envejece.

La osteoporosis se refiere a la pérdida excesiva de tejido óseo que predispone a fracturas de la columna vertebral, la cadera y los huesos largos de los brazos y de las piernas. El desgaste óseo

es un hecho normal en personas de ambos sexos después de los 30 años, pero se acelera rápidamente en la mujer cuando pierde el efecto protector del estrógeno, la hormona femenina, después de la menopausia. La osteoporosis se puede exacerbar por falta de calcio en la alimentación durante toda la vida de la mujer. Una cantidad suficiente de ese mineral es indispensable para el crecimiento óseo normal, ya que en la edad adulta no se pueden corregir las deficiencias originadas en la infancia.¹⁵ Por tanto, la mujer de edad avanzada que ha estado desnutrida toda su vida está expuesta a un mayor riesgo de esa afección después de la menopausia.

Aunque la osteoporosis puede causar dolor y deformidad, en sí no amenaza la vida. Sin embargo, las fracturas que produce a menudo en caso de caídas, aceleran la muerte. Los patrones de mortalidad general indican que sólo el 17 por ciento de las defunciones de hombres, pero casi el 50 por ciento de las de mujeres ocasionadas por fracturas se producen después de los 65 años. El principal factor contribuyente a

13. Montgomery, R.J.V. y Datwyler, M., Women and men in the caregiving role, *Generations* 14:34-38, 1990.

14. León, M., La trabajadora invisible: condiciones de salud de la trabajadora doméstica en Colombia, en: OPS, *Las mujeres de edad mediana y avanzada en América Latina y el Caribe*, Washington D.C., OPS y Asociación Americana de Personas Jubiladas, 1990, pp. 383-397.

15. OPS, *Las condiciones de salud de las Américas*, edición de 1990, vol. 1. Washington D.C., OPS, 1990, Publicación Científica 524.



esa estadística son las caídas accidentales.¹⁶ Con frecuencia, aunque la caída propiamente dicha no sea mortal, la inactividad causada por la hospitalización o la necesidad de inmovilizar una extremidad a menudo provoca neumonía, otra importante causa de defunción de la mujer de edad avanzada.

Diabetes

La incidencia de diabetes en la mujer de edad avanzada en las Américas se ha acrecentado, particularmente en los países en desarrollo, hecho que coincide con el aumento de la obesidad. En general, el número de defunciones de mujeres por esta enfermedad es el doble del observado en los hombres. Sin embargo, a diferencia de algunas otras causas de muerte, los efectos de la diabetes se sienten mucho antes de que fallezca la persona. Entre los efectos más comunes de los casos de diabetes mal controlados, a la larga, están la ceguera y la pérdida de extremidades por deficiencia de la circulación periférica. Una discapacidad de esta magnitud para las mujeres que tratan de mantener su independencia puede ser devastadora.

Cáncer

Pese a que la incidencia de cáncer de pulmón en la mujer ha aumentado, y a que las mujeres de edad avanzada de la Región sufren diferentes clases de cáncer, los más comunes son los del cuello uterino y de la mama. Como en el caso de las clases de cáncer particulares de cada sexo, se ha prestado mucha atención a estas dos causas de defunción. Se sabe lo suficiente sobre los factores predisponentes y las estrategias de prevención y tratamiento más satisfactorias, de manera que la mortalidad prematura por esa causa podría reducirse con intervenciones acertadas.¹⁷

Estado general de salud

Algunos de los hallazgos más persistentes en los países desarrollados y en desarrollo de la Región, se centran en que las mujeres consultan al médico con más frecuencia que los hombres y que sufren enfermedades crónicas y discapacidad funcional por un período más prolongado que ellos. Por otra parte, los hombres son hospitalizados más a menudo por enfermedades graves que causan mayor discapacidad permanente y

muerte prematura.¹⁸ Las cinco encuestas sobre las necesidades de las personas de edad avanzada realizadas por la OPS, de cuyos datos se dispone, confirman generalmente esos hallazgos en América Latina y el Caribe de habla inglesa. Además, ofrecen muchos datos útiles sobre las diferencias existentes entre los países y los matices de interpretación, según las actividades consideradas. Uno de los problemas que señalan es la posible confusión de la edad y del sexo. Por ejemplo, en Costa Rica y Chile, la edad parece ser un factor más pertinente que el sexo cuando se trata de la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria. Tanto los hombres como las mujeres mayores de 80 años sufrieron muchas más dificultades. En Guyana, también se confundieron la edad y el sexo. Sin embargo, una diferencia interesante estuvo en que cuando se necesitó ayuda para realizar las actividades de la vida diaria, sólo el 2 por ciento de los hombres y aproximadamente el 5 por ciento de las mujeres declararon que carecían de ella. Trinidad y Tobago y la Argentina siguieron el patrón más común, con un mayor porcentaje

16. López, A. D., Causes of death: an assessment of global patterns of mortality around 1985, *World Health Statistics Quarterly* 43:91-104, 1990; Gibson, M.J., Falls in later life, en: Kane, R. L. Evans, J.G. y Macfadyen, D. (eds.), *Improving the Health of Older People: A World View*, pp. 296-314, Oxford, Oxford University Press, 1990.

17. Restrepo, H., El cáncer femenino, en: *Actas del Primer Encuentro Nacional Mujer, Salud y Desarrollo*, Buenos Aires, 1983, pp. 87-93.

18. OPS, *Las condiciones de salud de las Américas*, edición de 1990, vol. 1, Washington D.C., OPS, 1990, Publicación Científica 524; Verbrugge, L.M., Gender and health: an update on hypotheses and evidence, *Journal Health and Social Behaviour* 26:156-182.



de hombres que de mujeres en los grupos de edad que declararon que no necesitaban ayuda en las actividades de la vida diaria.¹⁹

Se han formulado varias hipótesis para explicar esas diferencias. Entre ellas cabe señalar el menor riesgo de contraer enfermedades graves que tiene la mujer por exposición al ambiente y a factores relacionados con el estilo de vida, como el tabaquismo y el alcoholismo; la mayor ventaja biológica intrínseca de la mujer, con excepción de los riesgos que presentan los problemas reproductivos crónicos en época avanzada de la vida; la mayor conciencia que ella tiene de los riesgos para la salud y el reconocimiento rápido de cualquier amenaza a ésta proveniente de la responsabilidad del cuidado de la familia, y la conducta de la mujer que la lleva a notificar los problemas de salud de una forma más completa y detallada, lo que permite un mejor diagnóstico y tratamiento.²⁰ Pese a que estas hipótesis emanaron de observaciones e investigaciones

hechas en Estados Unidos y Canadá, parecen ser apropiadas para América Latina y el Caribe. En definitiva, la socialización orientada hacia funciones masculinas y femeninas puede dar cuenta de gran parte de la variación observada en todas las diferencias, excepto en las biológicas intrínsecas. Verbrugge afirma que cuanto mayor sea la influencia de los factores psicosociales en la fecha de incidencia, la duración y la frecuencia de una enfermedad, mayores serán las diferencias en la respuesta o actuación en materia de salud de cada sexo.²¹ Estos factores tienen gran importancia para la planificación de diferentes estrategias preventivas destinadas a los hombres y mujeres ancianos de la Región, ya que su adhesión a normas y valores culturales tradicionales suele ser aún más fuerte que la de los adultos jóvenes y los niños.

Efectos psicológicos

La tensión que entraña soportar 60 años o más de subordinación

sexual, funciones múltiples, jornadas de trabajo dobles y triples, responsabilidad sin autoridad, prestación continua de asistencia, enfermedades crónicas y, a menudo, abuso físico, también expone a la mujer a un riesgo muy alto de problemas psicológicos en época avanzada de la vida.²² Además, el espectro de la pobreza se cierra más sobre la mujer a medida que envejece, por la viudez y la cobertura inadecuada del sistema de seguridad social. La relación entre la pobreza y la enfermedad psiquiátrica está bien documentada.²³

Se cree que las funciones múltiples y la necesidad de prestar asistencia y apoyo informal a otros que desempeñan esa misma labor provocan en la mujer una conciencia elevada o una actitud de “hipervigilancia”.²⁴ Eso, a su vez, la hace vulnerable al “contagio del estrés”, con lo que reacciona a los acontecimientos que perturban la vida de otros como si se tratara de sí misma.²⁵

La manifestación más común de esa clase de estrés en la mujer de

sigue en p. 16

19. OPS, *A Profile of the Elderly in Trinidad and Tobago*, Washington D.C., OPS, 1989, Serie de Cuadernos Técnicos 22; OPS, *A Profile of the Elderly in Argentina*, Washington D.C., OPS, 1989, Serie de Cuadernos Técnicos 26.

20. Verbrugge, L.M., Gender and health: an update on hypotheses and evidence, *Journal Health and Social Behaviour* 26:156-182; Lewis, M.L. Older women and health: an overview, *Women and Health* 10 (2-3):1-16, 1985.

21. Verbrugge, L.M., Gender and health: an update on hypotheses and evidence, *Journal Health and Social Behaviour* 26:156-182.

22. Moscarello, R., comunicación personal, junio de 1990; Russo, N.F., Forging research priorities for women's mental health, *American Psychology* 45 (3):368-373, 1990.

23. Belle, D., Poverty and women's mental health, *American Psychology* 45 (3):385-389, 1990.

24. Paltiel, F., comunicación personal, junio de 1990.

25. Russo, N.F., Forging research priorities for women's mental health, *American Psychology* 45 (3):368-373, 1990.



SUGERENCIAS PARA UNA MEJOR SALUD EN LA VEJEZ

■ Osteoporosis

La mejor manera de prevenir el desgaste del tejido óseo es mantener una vida sana. Esto significa un ejercicio físico regular (caminar, por ejemplo), un régimen alimenticio equilibrado, no fumar, no beber alcohol en exceso, no tomar café ni refrescos de cola. También es recomendable consumir calcio y vitamina D. Mientras más pronto se adopte un modo de vida sano, mejores serán los resultados, pero toda modificación será benéfica a cualquier edad.

■ Enfermedades cardiovasculares

Además de llevar una vida sana (ver osteoporosis), es necesario controlar regularmente la hipertensión arterial, evitar el cigarrillo o dejarlo; no subir de peso; reducir la tasa elevada de colesterol malo; adoptar y mantener un régimen alimenticio sano.

■ Tabaquismo

Dejar de fumar es bueno a cualquier edad y presenta ventajas inmediatas y a largo plazo tanto para las personas que tienen problemas de salud debidos al tabaquismo como para

aquellas que no lo tienen. Dejar de fumar a los 50 años, por ejemplo, disminuye en un 50 por ciento el riesgo de morir en los 15 años siguientes. Hoy en día existen numerosos tratamientos para dejar de fumar, pero lo esencial es estar convencida/o de querer hacerlo y de contar con el apoyo de la familia o de los amigos para no recomenzar a fumar.

■ Alcohol

Las personas de edad son más sensibles al alcohol que las jóvenes porque tienen menos cantidad de agua en su organismo para diluir el alcohol. En consecuencia, una persona mayor puede empezar a tener problemas de alcoholismo sin haber aumentado necesariamente su consumo. Se recomienda beber un vaso de vino tinto cada dos días para ayudar a bajar el colesterol malo.

■ Desnutrición

No todas las personas de edad necesitan complementos nutricionales para estar bien alimentadas. Lo importante es tener un régimen de alimentación equilibrado que contenga mucho líquido, alto porcentaje de fibras,





verduras y frutas frescas. También es bueno mantener una buena dentición o prótesis bien ajustadas. Se debe evitar el consumo excesivo de azúcar, de grasas y de colesterol, y limitar las comidas fritas.

■ Problemas de visión

Las principales causas de la disminución de la vista y de la ceguera relacionadas con la edad son las cataratas, el glaucoma, la degeneración de la mancha macular y la retinopatía diabética. Las personas de edad deben hacerse examinar regularmente por un especialista, en particular aquellas que tienen antecedentes familiares de glaucoma y de diabetes. Si bien el glaucoma no puede realmente prevenirse, sus consecuencias sobre la alteración de la vista pueden evitarse si es descubierto y tratado precozmente.

■ Problemas de audición

Se estima que a escala mundial más del 50 por ciento de las personas mayores de 65 años presentan una disminución importante de la capacidad auditiva. En general, esto se debe a enfermedades o lesiones del aparato auditivo a nivel del oído interno o del nervio que transmite

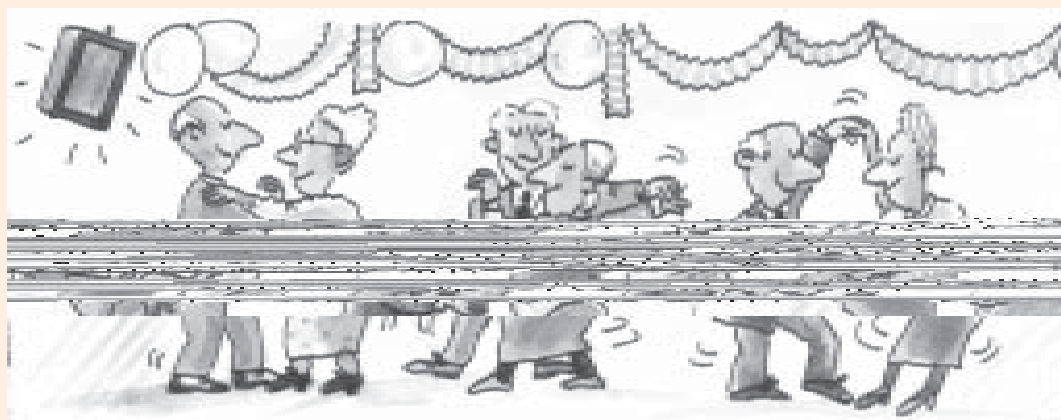
la información al cerebro. Entre ellas están la diabetes, la hipertensión arterial, algunos tratamientos a base de medicamentos y la exposición a fuertes ruidos durante largo tiempo. Las dificultades de audición se pueden prevenir evitando exponerse a ruidos demasiado fuertes, no utilizando medicamentos potencialmente nocivos y tratando precozmente las infecciones al oído medio.

■ Actividades físicas

Las actividades físicas favorecen el aumento de la fuerza muscular, el sentido del equilibrio, la movilidad de las articulaciones y la coordinación motriz en general. También tiene efectos benéficos para la tensión arterial y el peso. Permite disminuir el riesgo de cardiopatía, de osteoporosis, de algunos tipos de cáncer, de diabetes y de caídas. En particular, el hecho de caminar ayuda a disminuir el estrés, la ansiedad y la depresión, y aumenta la agilidad mental. Para asegurar una actividad física regular, es bueno hacerlo en grupo o con amigos.

Fuente:

Adaptado de *Restons actifs pour bien vieillir*, OMS, 7 abril 1999; <http://www.who.org/whday/fr/documents1999>



edad avanzada es la depresión. Esta puede ser una afección muy grave y debilitante, que causa síntomas físicos como perturbación del sueño, fatiga crónica, dolor de cabeza, problemas digestivos y síntomas relacionados con el comportamiento como ansiedad, desesperación, imposibilidad de concentrarse y lapsos de la memoria. Boyd y Weissman afirman que la mujer tiene el doble de posibilidades de recibir un diagnóstico de depresión en comparación con el hombre, y estiman que las tasas de prevalencia durante toda la vida son de 8 a 12 por ciento en el hombre y de 20 a 26 por ciento en la mujer.²⁶

El tratamiento de la depresión puede causar más problemas de los que resuelve, al introducir el efecto paliativo de los medicamentos a situaciones que a menudo exigen soluciones sociales más que médicas. Los estudios comunitarios revelan que se recetan medicamentos psiquiátricos al 25 por ciento de las mujeres, pero sólo al 10 por ciento de los hombres que padecen depresión. El tratamiento basado en los medicamentos no está exento de riesgos. Además de los posibles efectos secundarios y de la interacción con otros medicamentos que pueden estar tomando las personas de edad avanzada para el tratamiento de enfermedades crónicas simultáneas, las concentraciones terapéuticas y tóxicas de la dosis a menudo son bastante similares, y una dosis excesiva puede producir los mismos síntomas de depresión que se pretende aliviar.²⁷

Conclusiones

Los esfuerzos por mejorar la salud y la situación socioeconómica de la mujer de

edad avanzada suelen concentrarse en uno o dos aspectos de su situación, en lugar de considerarla de una forma más general. Por ejemplo, Doty afirma llanamente que “por lo que se sabe hoy en día, es imposible prevenir la mayoría de las enfermedades e impedimentos que afectan a las personas de edad, sobre todo a la mujer”.²⁸ Doty no está en lo cierto. Hay estrategias de prevención de muchas enfermedades crónicas, pero no se han unido a estrategias igualmente eficaces destinadas a reducir la desigualdad entre los hombres y las mujeres que ha penetrado las esferas sociales y económicas y, en realidad, toda la cultura.

Se requiere que las sociedades actúen con solidaridad y respalden la clase de cambios transcendentales que se necesitan. Sin voluntad social tampoco hay voluntad política de los gobiernos nacionales y fracasan los intentos fragmentados por mejorar la situación de la mujer. Debe dejarse en claro que los cambios fundamentales necesarios beneficiarán a todos los segmentos de la sociedad. Un informe preparado por el Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, pese a destinarse particularmente al Tercer Mundo, se refiere directamente al problema de las necesidades de la mujer de edad avanzada en las Américas: “el empeño puesto en mantener la salud de la mujer de edad avanzada, sumado a su aporte económico, hará mucho por mantener y mejorar la estabilidad de la familia, las estructuras comunitarias y la calidad de la vida de todos los segmentos de la población”.²⁹

26. Paltiel, F.L., Women and mental health: a post-Nairobi perspective, *World Health Statistics Quarterly* 40:233-266, 1987.

27. Travis, C.B., *Women and Health Psychology*, Hillsdale, Nueva Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, 1988.

28. Doty, P., Health status and health services use among older women: an international perspective, *World Health Statistics Quarterly* 40:288, 1987.

29. Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, *Strengthening women: Health research priorities for women in developing countries*, Washington D.C., Centro Internacional de Investigaciones sobre la Mujer, 1989.

Agenda Salud

Nº 15/16
Julio - Diciembre 1999

Directora: Ana María Portugal
Representante legal: Ana María Gómez
Editora: Carmen Torres E.
Corrección de textos: Sonia Chamorro
Diseño y diagramación: Rosa Varas
Ilustraciones: Roser Capdevila i Valls.
Instituto de la Mujer de España e Instituto de Servicios Sociales.
Impresión: Andros Ltda.

Isis Internacional
Casilla 2067, Correo Central
Santiago, Chile
Teléfono (56-2) 638 2219
Fax: (56-2) 638 3142
Correo electrónico: isis@reuna.cl
Página Web: <http://www.isis.cl>

ISSN: 0717 - 2311

Las opiniones presentadas en esta publicación no representan necesariamente el punto de vista de Isis Internacional ni de sus integrantes.

Los artículos pueden ser reproducidos por instituciones y grupos sin fines de lucro, citando la fuente.

Esta publicación ha sido posible gracias al apoyo de Christian Aid (Inglaterra) y Evangelisches Missionswerk (Alemania).