



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

TEMA :

“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN TISALEO
DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”

Trabajo de Graduación previa a la obtención del título de Licenciada en Trabajo
Social

Autora:

Gabriela Milena Martínez Andrade

Tutor:

Mg. Teresa Paredes

Ambato – Ecuador

2021

CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA

CERTIFICA:

Que, la Srta. **GABRIELA MILENA MARTÍNEZ ANDRADE**, con Cédula de Ciudadanía No.185036410-8, habilitada para obtener el Título de Tercer Nivel ha concluido su Trabajo de Titulación, Modalidad PROYECTO DE INVESTIGACIÓN, sobre el tema: **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN TISALEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, previo a la obtención del Título de Licenciada en Trabajo Social; por lo que, en calidad de Tutora del Trabajo de Titulación, certifico la autenticidad de mencionado trabajo, y haberle orientado durante todo el proceso.

Ambato, 06 de Enero del 2021

Mg. Teresa de Jesús Paredes Ruiz
Tutora de Trabajo de Titulación

AUTORIA

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas en el Trabajo de Titulación, presentado con el tema: **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN TISALEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, corresponden sólo a mi persona, Gabriela Milena Martínez Andrade, egresada de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato certificando que el contenido del presente trabajo investigativo es exclusivamente de mi autoría a excepción de las citas bibliográficas.

Ambato, 06 de Enero del 2021



Gabriela Milena Martínez Andrade

CC. 185036410-8

Autor

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga uso de este Trabajo de Titulación como un documento disponible para la lectura, consulta y procesos de investigación. Cedo los derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública. Además, autorizo su reproducción dentro de las regulaciones de la Universidad. Ambato.

Ambato 06, de Enero del 2021



Gabriela Milena Martínez Andrade

CC. 185036410-8

Autora

APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Los Miembros del Tribunal de Grado **APRUEBAN** el Trabajo de Investigación sobre el tema: **“CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DEL CANTÓN TISALEO DE LA PROVINCIA DE TUNGURAHUA”**, presentado por la Srta. **GABRIELA MILENA MARTÍNEZ ANDRADE**, de conformidad con el Reglamento de Graduación para obtener el Título Terminal de Tercer Nivel de la Universidad Técnica de Ambato.

Ambato, _____ de _____ del 2021

Para constancia firman:

Presidente del Tribunal

Miembro

Miembro

DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO

La presente Investigación es parte de la primera fase del “Proyecto Integrador para mejorar la Calidad de Vida de las personas Mayores de la localidad de Tisaleo” propuesto entre el Departamento de Investigación de la FJCS-UTA y la Municipalidad de Tisaleo.

Por ello mi profundo agradecimiento a los docentes investigadores: “Alvarito y Teresita” que han confiado en mí el desarrollo de tan valiosa investigación, elaborada con la convicción de que servirá de base fundamental para visibilizar la realidad del adulto mayor e incentivar ideas a su favor.

Este peldaño va dedicado como un regalo de superación a mí misma, demostrándome la perseverancia, el carácter y la entrega que puedo dar para formar mi camino profesional, este trabajo va dedicado con amor a mí misma porque lo he anhelado y a su culminación he sentido la satisfacción como una sonrisa, como un cariño que me otorgo con derecho y propiedad.

A mis Padres y hermanos, mis pilares fundamentales les dedico este esfuerzo de cinco años con eterna gratitud por construir este camino conmigo con su cariño y cuidado, a mis amigos/as que me han apoyado e impulsado.

Agradezco a mi docente y amigo “Pablito” que confió en mí y me permitió explorar mi profesión como una filosofía de vida, quien me abrió la primera puerta de las muchas que quedan por descubrir. A ese ser maravilloso le dedico mi respeto, admiración y gratitud.

Y a Dios que está por sobre todas las cosas y ha puesto ángeles en mí camino para alcanzar los anhelos de mi corazón.

Gabriela Martínez

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

A. PÁGINAS PRELIMINARES

PORTADA	i
CERTIFICACIÓN DE LA TUTORA	ii
AUTORIA	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO	v
DEDICATORIA Y AGRADECIMIENTO	vi
RESUMEN EJECUTIVO	ix
ABSTRACT	x

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

1.1 Antecedentes investigativos	1
Contextualización	1
Problema científico	14
Delimitación del problema	15
Identificación de la línea de Investigación	15
Estado del Arte	16
1.2 Objetivos	41
Objetivo General	41
Objetivos Específicos	41

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

2.1 Materiales	42
Enfoque de Investigación	43
2.2 Métodos	44
Niveles de investigación	44
Población y Muestra	45

CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

3.1 Análisis e interpretación de resultados	46
3.2 Diagnóstico social final de la calidad de vida del adulto mayor	83

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones	88
4.2 Recomendaciones	90

C. MATERIALES DE REFERENCIA

Referencias bibliográficas	92
----------------------------------	----

ANEXOS	99
--------------	----

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Población por edad	46
Tabla 2: Población por sexo	48
Tabla 3: Valoración de su economía	49
Tabla 4: Servicios básicos que tiene en casa	51
Tabla 5: Necesidades materiales.....	53
Tabla 6: valoración de su Salud.....	55
Tabla 7: enfermedades.....	57
Tabla 8: problemas de movilidad	59
Tabla 9: calidad del servicio de salud pública de su localidad.....	61
Tabla 10: Adquirir medicamentos en el sistema público	63
Tabla 11: Alimentación diaria	64
Tabla 12: Redes socio -familiares	66
Tabla 13: Tiempo libre	68
Tabla 14: Con quién vive	70
Tabla 15: Cuida a un familiar o conocido	72
Tabla 16: Problema de salud mental.....	74
Tabla 17: Satisfacción con su vida	76
Tabla 18: Tipo de violencia intrafamiliar	78
Tabla 19: Que le gustaría que las autoridades hicieran por usted	80
Tabla 20: Fase Valorativa.....	84
Tabla 21: Fase Predictiva o Conclusión	86

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Población por edad.....	47
Gráfico 2: Población por sexo.....	48
Gráfico 3: Valoración de su economía	49
Gráfico 4: Servicios básicos que tiene en casa.....	51
Gráfico 5: Necesidades materiales	53
Gráfico 6: Valoración de su Salud	55
Gráfico 7: Enfermedades.....	57
Gráfico 8: Problemas de movilidad	59
Gráfico 9: Calidad del servicio de salud pública de su localidad	61
Gráfico 10: Adquirir medicamentos en el sistema público.....	63
Gráfico 11: Alimentación diaria	64
Gráfico 12: Redes socio -familiares	66
Gráfico 13: Tiempo libre.....	68
Gráfico 14: Con quién vive	70
Gráfico 15: Cuida a un familiar o conocido.....	72
Gráfico 16: Problema de salud mental	74
Gráfico 17: Satisfacción con su vida.....	76
Gráfico 18: Tipo de violencia intrafamiliar	78
Gráfico 19: Le gustaría que las autoridades hicieran por usted	80

RESUMEN EJECUTIVO

La calidad de vida en la tercera edad está compuesta por factores objetivos y subjetivos. Evidenciar el bienestar en estos resulta un reto; Así el objetivo principal de esta investigación es Diagnosticar la Calidad de vida del Adulto Mayor del Cantón Tisaleo en cuatro aspectos fundamentales: Condiciones materiales, Salud, Ocio y relaciones sociales y experiencia general de vida. La metodología fue de carácter mixto: Cualitativa. Cuantitativa debido a la creación de una herramienta de evaluación cualitativa basada en entrevistas semi estructuradas orales debido al perfil de los encuestados, adaptada al contexto de la comunidad y basada en los indicadores de calidad de vida del Ministerio de España; y Cuantitativa por que las respuestas de las entrevistas orales se codificaron en segmentos numéricos para una medición cuantitativa. Los estudios sobre la calidad de vida en el Adulto mayor permiten concluir que las condiciones materiales y económicas de este grupo son limitadas, con carencias importantes en vivienda; los determinantes de salud fueron una autovaloración negativa de su estado de salud por concurrencia de enfermedades, una atención en salud sin calidad y el limitado acceso a medicamentos, así como la influencia de una alimentación carente de calidad y cantidad. Se resalta la existencia de una buena relación con las redes informales del adulto mayor y una favorable recreación y uso del tiempo libre; sin embargo, la satisfacción de su experiencia general de vida o bienestar subjetivo es negativo, a pesar de que en su mayoría viven acompañados, destacando en un cuarto de la población sentimientos de soledad y tristeza.

Palabras clave: Calidad de vida, Envejecimiento, Condiciones materiales, Salud, ocio y relaciones sociales, satisfacción con la vida.

ABSTRACT

The quality of life in the elderly is made up of objective and subjective factors, showing well-being in these is a challenge; Thus, the main objective of this research is to diagnose the quality of life of the elderly in the canton of Tisaleo in four fundamental aspects: material conditions, health, leisure and social relationships and general life experience. The methodology was of a mixed nature: Quali quantitative. Qualitative due to the creation of a qualitative assessment tool based on semi-structured oral interviews due to the profile of the respondents, adapted to the community context and based on the quality of life indicators of the Ministry of Spain; and Quantitative because the responses from the oral interviews were coded into numerical segments for a quantitative measurement. Studies on the quality of life in the elderly allow to conclude that the material and economic conditions of this group are limited, with significant housing deficiencies; the health determinants were a negative self-assessment of their health status due to the occurrence of diseases, poor quality health care and limited access to medicines, as well as the influence of a diet lacking in quality and quantity. The existence of a good relationship with the informal networks of the elderly and a favorable recreation and use of free time is highlighted; however, satisfaction with their general life experience or subjective wellbeing is negative, despite the fact that most of them live with others, with feelings of loneliness and sadness standing out in a quarter of the population.

Keywords: Quality of life, Aging, Material conditions, Health, leisure and social relations, satisfaction with life.

CAPÍTULO I MARCO TEÓRICO

TEMA:

Calidad de Vida del Adulto Mayor del Cantón Tisaleo de la Provincia de Tungurahua

1.1 Antecedentes investigativos

Contextualización

Macro

Para la Organización Panamericana de la Salud (OPS) los factores demográficos, industriales y los grandes avances en la ciencia han permitido preservar la esperanza de vida, mostrando un aumento de la población adulta mayor de 60 años y más. Para el 2025 la población de 60 años y más ascenderá a un 18.6% en la región de las Américas y en algunos países de ésta. Así, para el 2037 se estima que más de la mitad de los países de la región de América tendrán más de un adulto mayor de 60 años y más, por cada niño menor de 15 años. Por lo tanto, el desafío radica en adecuar los servicios sociales y de salud atendiendo a la creciente demanda de este grupo prioritario, trabajando con un enfoque de cuidados para las personas mayores (OPS, 2012).

A medida que pasa el tiempo las estadísticas demuestran que este grupo etario va en crecimiento debido al aumento en la esperanza de vida, no solo a nivel Latinoamericano sino, por lo tanto, es responsabilidad de los Estados garantizar las condiciones adecuadas de vida, la accesibilidad a los servicios y responder de forma estratégica a las necesidades fundamentales de los adultos mayores, brindando bienestar, dignidad y calidad en el último ciclo de vida.

La Organización Mundial del Trabajo (OIT) atribuye tres pilares de protección dentro de la seguridad económica: La familia, el mercado y el Estado. En América Latina uno de cada tres adultos mayores tendría acceso a un beneficio por vejez, dicha cobertura se debe a que este grupo etario está expuesto a riesgos más difíciles de ser financiados, como son los requerimientos en salud, y quienes son beneficiarios de estas prestaciones por vejez son colectivos de trabajadores que tuvieron una buena posesión en el mercado laboral y por lo tanto lograron financiar de forma contributiva el sistema de pensiones (OIT, 2006).

En efecto, la historia laboral y las condiciones materiales a lo largo de la vida de una persona puede delimitar los recursos con los que se cuente en la tercera edad, incluso asegurar una estabilidad dentro de la seguridad social. Sin embargo, la desigualdad social hace que los estratos económicos siempre perjudiquen a quien menos tiene, fabricando un futuro incierto incluso a pesar de haber trabajado toda una vida. La pobreza en la tercera edad no ofrece garantías y anula la posibilidad de satisfacer las necesidades más básicas.

Madrigal (2010) afirma que la situación económica de un adulto/a mayor se delimitará en función de la accesibilidad a los sistemas de protección social, su historia laboral, sus bienes y ahorros acumulados a lo largo de su historia familiar, del contexto político, económico y social junto con las características sociodemográficas en las que desarrolló su vida, si estas fueron óptimas o se presentaron en desventaja, dependerá el grado de seguridad económica actual del adulto mayor. En México 5 de cada 10 adultos mayores trabajan en actividades que no requieren capacitación, muchas veces en jornadas completas, donde el ingreso es relativamente bajo. Especialmente en el ámbito rural el 41% de este grupo etario aún labora, mientras que en la zona urbana se encuentran económicamente activos un 26%.

El bienestar económico no solo se traduce en el factor material sino también considera un entorno socioeconómico dentro del cual transcurre la vejez; cómo el adulto experimenta aspectos relacionados con la soledad, la depresión, la inseguridad, anomia o la jubilación, podría determinar una visión negativa de su situación económica, al contrario, si existe bienestar económico puede asegurar un bienestar general en la vejez

por lo tanto, “La posición económica se mide en su relación con la de los otros, y en que se vive también con los demás: con los que forman la unidad familiar o la unidad doméstica” (Aranibar, 2001, p.28).

El saneamiento y el acceso al agua potable es un derecho esencial para llevar una vida con dignidad, especialmente para que se garantice una vivienda óptima y una salud en buen estado. En este contexto, la situación de las personas mayores según censos del 2010, el 20 % de adultos mayores de América Latina, no disponen de agua potable, y están por otro lado quienes tienen una fuente de acceso ubicada cerca del terreno donde se encuentra el hogar, pero que muchas de las veces resulta inaccesible debido a la dificultad de movimiento que tienen algunos adultos mayores. En las zonas urbanas, en cambio, el 88% de este grupo etario cuentan con agua potable dentro de la vivienda. Solo el 64% de las personas mayores que habitan las zonas rurales cuentan con este servicio, lo que quiere decir que un porcentaje restante busca el abastecimiento de agua, junto con los riesgos que esto implica. Es relevante considerar que no solo el acceso a este recurso es importante, sino también su continuidad (CEPAL, 2018).

Los servicios básicos y en especial el líquido vital componen un calificador importante en la calidad de vida al pertenecer a los recursos indispensables para la sobrevivencia como: contar con una vivienda digna, satisfacer necesidades básicas de alimento e higiene, facilitando las condiciones de vida y asegurando su integridad.

Según estimaciones de las Naciones Unidas en el 2017 existían 76,3 millones de personas Mayores representando el 12 % de la población en América Latina y el Caribe. Para el 2030 se proyecta que sean 121 millones, representando el 17% de la región. El índice de feminidad en este grupo etario en la actualidad es de 122,7 mujeres por cada 100 hombres, se estima que no existan cambios hasta el 2030 (CEPAL, 2018).

La realidad Latinoamericana estima que existen mayor número de mujeres en este grupo etario por lo tanto es recomendable que los estados trabajen con un eje transversal de género dentro de sus estrategias de intervención. Puesto que las desigualdades de género han influido en un envejecimiento sin calidad de vida en las

mujeres debido a sus roles multifuncionales desempeñados en su historia de vida.

Es relevante también estudiar el envejecimiento desde los grupos familiares que es donde el adulto mayor interactúa, considerar los cambios que ocurren cuando uno de sus miembros envejece, puesto que a medida que evoluciona el ciclo de vida de la familia se requiere de cuidado y apoyo en la interacción familiar y con la sociedad. Dentro del hogar, los adultos mayores siguen manteniendo sus roles de género con los cuales se construyeron y estos en muchas ocasiones se acentúan más en la vejez (CEPAL, 2018).

Los factores de Salud y enfermedad en la calidad de vida deben considerarse con enfoque de género debido a la desigualdad de desafíos que la sociedad impone a hombres y mujeres que con el tiempo reflejan sus efectos en la salud del adulto/a mayor, aunque resulte complejo las dolencias o enfermedades deben analizarse desde el escenario social que las generó y en base a su rol de género ejercido.

Si bien es cierto la mujer vive más, esto no indica que viva mejor, sino todo lo contrario. Los problemas surgidos a lo largo de la historia personal, como: nutrición, embarazos repetidos, eventuales abortos inseguros, falta de atención de algunas enfermedades médicas, violencia, problemas psicológicos no tratados, trabajos de múltiples jornadas, entre otros, cobran un alto precio durante esta etapa de la vida. Esa cantidad de años se acompaña de más morbilidades y, sin embargo, tienen menos acceso a atención en salud. Esto se debe a los ingresos precarios de las ancianas, porque no cuentan con previsión social o porque, en muchas ocasiones, sus trabajos no han sido remunerados.

(Barrantes, 2006, p.194)

El Objetivo de Desarrollo Sostenible número tres se centra en garantizar una vida saludable y promover el bienestar en todas las edades, considerando que las necesidades y atenciones en salud difieren en cada etapa de la vida. “En más de la mitad de los países estudiados aumentó el número de años que vivía una persona mayor con alguna discapacidad o limitación” (CEPAL, 2018, p.154).

Por ello es preciso revelar datos sobre las condiciones generales de salud en la

población mayor a nivel de América Latina. Basado en el método Sullivan para medir la esperanza de vida libre de discapacidad, en el último censo 2010 junto con las tablas estadísticas de mortalidad de oficinas nacionales se evidencia que las limitaciones o dificultades que afecta a la población de 60 años o más, son aquellas para ver, oír, caminar o subir gradas (CEPAL, 2018).

Estas limitaciones físicas son las más comunes en la tercera edad debido al desgaste físico en sus sentidos, articulaciones y huesos además son las que más incidencia tienen en caídas o golpes que sufren las personas mayores, formando parte de un factor de riesgo en su salud.

Las mujeres son quienes viven más tiempo con alguna limitación, incidiendo directamente en su calidad de vida, así también los principales factores de morbilidad, discapacidad y muerte son provocados por enfermedades no transmisibles como la diabetes, enfermedades cardiovasculares, neoplasias malignas, las enfermedades respiratorias y las relacionadas con los órganos sensoriales (CEPAL, 2018).

En el 2002 la OMS proyectó que para el año 2020, más de 10 millones de personas mayores sufrirán de dependencia severa por lo que implicará la necesidad de cuidados especiales en su vida cotidiana, para el 2030 serán 14 millones y en el 2050 se duplicará a 22 millones de personas de 60 años o más con esta problemática, esto debido a la baja tasa de mortalidad y los patrones de enfermedad que producen discapacidades o enfermedades crónicas en la salud de los adultos mayores como Alzheimer, Parkinson, hipertensión, asma etc (CEPAL, 2018).

Según la OIT en la década pasada, menos de un tercio de los habitantes de Latinoamérica tenían protección social en salud, situándose Ecuador con el 22.8 % de población adulta mayor con esta problemática. En el año 2000 el 57,6 % de población entrevistada de 60 años o más, afirmó no contar con seguro de salud y en el 2016 este porcentaje bajó al 52% en la región. El grado de satisfacción que tienen las personas mayores con los servicios públicos de salud en el 2016 según las mediciones de la CEPAL fue: 31% no estaba satisfecho, el 33% se encontraba satisfecho y el 18% muy satisfecho (CEPAL, 2018).

La percepción que tienen los adultos/as mayores de los servicios públicos, responde a la accesibilidad, el nivel de satisfacción, confianza, diligencia y buen trato que les proporcionan las instituciones públicas y su personal.

El Objetivo de Desarrollo Sostenible número cinco llama a reconocer y redistribuir las labores del cuidado, vinculándose con la igualdad de género, debido al incremento de la necesidad potencial de cuidadores que requieren muchos adultos mayores con condiciones de dependencia.

Las políticas de cuidado de largo plazo se sustentan sobre la base de que las redes informales (la familia y la comunidad) pueden asumir el cuidado de las personas mayores, sin prestar atención a las limitaciones de los cuidadores -en muchos casos, mujeres- ni al impacto que esto puede tener en la calidad del cuidado no remunerado, en los ingresos de las familias cuidadoras y en la salud y el futuro empleo de los cuidadores (CEPAL, 2018, p. 166).

Existe un gran número de personas mayores que ejercen como cuidadores no remunerados, ocupándose de sus parejas, familiares o amigos. En el 2014 Reino Unido por ejemplo tuvo un 20,5% de personas mayores que brindaban atención no remunerada. Otra particularidad es que aparte de la edad, un 38,8% invierten 20 horas o más a la semana al cuidado no remunerado y más del 25,3 % dedican hasta 50 horas a la semana a esta actividad. En México las personas mayores que ayudan a sus coetáneos en riesgo de muerte representan el 77% (CEPAL, 2018).

En distintos escenarios la sociedad y la familia puede considerar que el adulto mayor al no tener actividades y responsabilidades como las tenía en su vida adulta, debe cumplir con el rol de cuidador, esto como sinónimo de ayuda en casa u “ocupación” puesto que en muchos de los casos no reciben una remuneración a cambio, sin embargo, esta característica solo denota explotación y puede influenciar en su salud y calidad de vida; en otro contexto muchos adultos/as mayores ejercerán esta función debido a la necesidad económica sin un reconocimiento justo.

Según la OMS en los países desarrollados existen entre un 4% y un 6% de adultos

mayores que han sufrido algún tipo de maltrato o agresión en casa. Muchas son las personas mayores con riesgo a ser maltratadas. En centros asistenciales como asilos o casas de acogida del adulto mayor se atenta contra su dignidad, brindando una mala asistencia, estos actos violentos pueden ocasionar daños graves a nivel psíquico y físico que pueden perdurar en el tiempo (Infante, 2018).

Para la Organización Mundial de la Salud existen varios factores de riesgo que interfieren en la salud mental del adulto mayor y algunos se relacionan con elementos sociales, psíquicos y biológicos así como las formas en que el adulto/a mayor enfrenta el mundo y que pueden generar una gran tensión, los dolores crónicos que producen las enfermedades que aparecen con la edad y generan dificultad de movimiento o discapacidad, el duelo por la muerte de un ser querido, el descenso socioeconómico por jubilación, todos estos factores pueden generar pérdida de la independencia, estrés, angustia, sentimientos de soledad o depresión en este grupo etario (OMS, 2017).

La salud mental en la tercera edad es un aspecto clave para medir la calidad de vida que ha tenido el adulto mayor a lo largo de su existencia y como esta repercute y acumula consecuencias en la vejez, sumándose a los cambios y pérdidas bruscas propias de la edad y poniendo a prueba sus mecanismos de afrontamiento y resiliencia ante factores estresantes o sentimientos de tristeza o soledad.

En cuanto a las relaciones personales en España las dos terceras partes de adultos mayores dicen mantener contacto con amigos, vecinos o parientes, manifestando un 10% que estas visitas son ocasionales de una sola vez al mes. La satisfacción de vida con su familia en una escala del 1 al 10 la califican con 8,08 y con su vida en general dentro de la misma escala le otorgan un 7,47, sin embargo, en cuanto a la alternativa de confiar en los demás sólo existe un 20,3% que lo hace (Infante, 2018).

El ocio y las actividades del tiempo libre en este grupo etario son fundamentales para sobrellevar esta etapa de la vida, configura determinados hábitos y estilos de vida, las labores domésticas y la familia se convierten en un sustituto del empleo, conservando la identidad, sociabilidad y autoestima. En España el 86,3% de la población mayor de 65 años dedica aproximadamente 4 horas diarias a estas actividades (Truchado, 2007).

El 66,5% de adultos mayores optan por pasar su tiempo libre con la familia, 10,9% con los amigos/as y un 8,4% prefiere la soledad esta opción es más común entre los mayores de cuarta edad, es decir de 80 años o más (Infante, 2018).

El Ocio y las relaciones sociales en la tercera edad deben generar satisfacción y autorrealización, porque será en ellas donde el adulto/a mayor se sostenga ante eventualidades adversas que se presentan con la edad. Dentro del ocio las actividades deben estar muy bien definidas, puesto que estas deben provocar recreación, tranquilidad, exploración de habilidades y bienestar, más no significa una ocupación, explotación, actividad laboral o algo que genere fatiga y sobre esfuerzo.

Meso

En el Ecuador existen 1.121.286 adultos/as mayores de 65 años, representando el 6.5% de la población total del país, el 53% son mujeres y el 47% son hombres, Según el último censo de población y vivienda realizado por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (CPD, 2017).

Según las estimaciones de población mundial de la División de Población de las Naciones Unidas el índice de envejecimiento en el Ecuador en el 2000 era del 21.6% y para el 2025 se estima sea de 57.4% (OPS, 2012).

De acuerdo con la encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) uno de cada tres adultos mayores en el Ecuador presenta alguna enfermedad crónica; El 60% de la población en tanto, tiene trastornos visuales o auditivos, lo que afecta en sus actividades diarias y por lo tanto su calidad de vida. Como a nivel mundial se demuestra, las mujeres tienden a tener mayores afectaciones en la salud debido a su rol ejercido en la sociedad es por ello que requieren mayormente de servicios especializados de atención en salud, por ejemplo, las complicaciones cardiacas en las mujeres son de un 15.7% y en los hombres de un 10,8%, otro problema común en la salud es el deterioro cognitivo, reduciendo por lo menos una de las capacidades mentales o intelectuales, esto a las mujeres en un 23,7% y a los hombres en un 8,1%

(CPD, 2017).

Al prevalecer mayor número de mujeres adultas mayores en el País también las enfermedades son más comunes en este grupo y la atención especializada tiene mayor demanda, sin embargo, tanto en hombres como mujeres priman los problemas de los sentidos (ver, oír, hablar) incidiendo en su cotidianidad y estilo de vida.

Las enfermedades más comunes en adultos/as mayores en el caso de Quito son: la hipertensión con un 42,3%; la artrosis con un 28,6% y la osteoporosis con un 27,1%. Se referencia que la mayoría hacen uso del servicio de las instituciones de salud pública, en tanto sólo un 28% paga una consulta médica particular.

Según el Consejo para la Protección de Derechos, en su agenda, detalla la percepción de la población mayor en cuanto a algunos servicios públicos brindados. Así en el ámbito de la salud figuran factores como: los procedimientos engorrosos para adquirir medicamentos y la demora en entrega de turnos médicos y la atención no oportuna. En cuanto al servicio de transporte perciben que no reciben un trato preferencial por lo que existe un alto riesgo de caídas al subir o bajar del bus. En tanto el sector rural tiene una buena percepción de los servicios de espacios alternativos fomentados por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), con el proyecto “Mis mejores años”, algunas instituciones privadas que brindan alimentación al domicilio de adultos mayores en estado de pobreza, así como eventualmente el accionar de la policía nacional y la iglesia especialmente católica (CPD, 2017).

La población adulta mayor necesita un trato preferencial y un servicio de calidad, al no contar con el mismo se limitan sus derechos y las garantías de una vejez saludable y con redes de apoyo. La aproximación de los servicios de salud o servicios sociales hasta su domicilio o sector más cercano hacen que la persona mayor se sienta segura y cuenta con facilidades para hacer uso de los beneficios que el estado le ofrece.

La violencia hacia los adultos mayores es una realidad a nivel nacional y un problema social y de salud pública. El 16,7% de las mujeres entre 60 y 74 años son las que más sufren maltrato en comparación con el 13,2% de los hombres adultos mayores. Las

formas más recurrentes de abuso hacia los/as mayores es la negligencia en un 14,9%; violencia psicológica en un 16,4% y abuso económico en un 6,4% (CPD, 2017).

La violencia en el Ecuador se encuentra naturalizada en muchos grupos sociales, en el caso de los adultos mayores es un fenómeno que muchas veces pasa desapercibido pero que tiene consecuencias graves en su salud mental, salud física e incluso en sus condiciones materiales de vida, este poder violento puede ser ejercido desde el sistema familiar hasta los espacios públicos donde el adulto mayor pierde validez y transgreden sus derechos e integridad.

En cuanto a la situación económica de los adultos mayores, esta responde a factores demográficos y sociales como el lugar dónde viven, la procedencia de sus ingresos, si reciben pensión jubilar o no contributiva, la ayuda que brindan sus familiares en su economía y finalmente conocer sus gastos para determinar sus condiciones de vida. Según los datos de la encuesta (SABE) en Quito el 43,4% de adultos mayores no tienen una buena condición económica; El 4% del total de los encuestados viven en la indigencia; 2,1 % en malas condiciones y el 37,3% en condiciones regulares (CPD, 2017).

La economía en el adulto mayor ecuatoriano de clase media y baja sigue representando una necesidad constante a pesar de incluso recibir algún tipo de bonificación estatal, pues esta no logra cubrir todas las necesidades básicas insatisfechas. Si contar quienes sufren o han sufrido violencia patrimonial y no cuentan con ningún bien material. Para el Adulto /a mayor de este estrato no existe sostenibilidad ni seguridad económica.

Según la Dirección Nacional de Investigación de la Defensoría del Pueblo del Ecuador (DPE) con respecto a vivienda y acceso a servicios básicos de la población adulta mayor, informa que el 78,27% de PAM afirmaron vivir en una casa o villa; el 9,14% afirman vivir en departamento; el 2,31% viven como inquilinos en un cuarto de arriendo; en tanto el 0,008% no posee vivienda y el 9,52% vive en condiciones precarias en covachas, mediaguas o chozas. En cuanto a los servicios básicos el 96,2% cuenta con luz eléctrica; el 73.9% de la población estudiada cuentan con servicios

higiénicos con conexión de agua y el 55,5% tiene alcantarillado (Maldonado, 2018).

En cuanto a la vivienda del adulto mayor es necesario recalcar que esta debe garantizar seguridad y protección al adulto mayor, con condiciones ambientales que hagan posible el derecho a la vida, debe contar con acceso a servicios básicos y sanitarios que promueva a la persona mayor a llevar una vida digna con salud, protección y mejores condiciones físicas al no estar expuesto a la intemperie.

Muchas personas adultas mayores no dejan de contribuir a sus comunidades y familias, debido a que siguen realizando trabajo voluntario o no remunerado, sin embargo, debido a distintas circunstancias económicas para solventarse un 67% de Adultos Mayores se ven obligados a mantener una actividad laboral incluso después de su jubilación, el 37,9% de los adultos mayores son económicamente activos/as, en cuanto el 32,3 % de hombres y el 62,1% de mujeres no son activos/as económicamente (CPD, 2017).

Las principales fuentes de ingreso de las Personas Adultas Mayores (PAM) en el Ecuador son; El bono de Desarrollo Humano, las ayudas familiares, el trabajo agrícola junto con el cuidado de animales y en pocos casos, especialmente en la zona urbana reciben la pensión jubilar, aunque esta resulte ineficiente debido al elevado costo de productos y servicios en la ciudad.

El trabajo precario en el que se desempeña el adulto/a mayor, especialmente en las zonas rurales denota la necesidad económica que atraviesan, al no contar con condiciones óptimas, esto influye y descompone su salud física e interfiere en el nivel de satisfacción que tienen de su vida.

Según el INEC, el 11% de personas adultas mayores viven en soledad, Un 49% son quienes viven acompañados con un hijo/a; 16% con un nieto, 15% con un esposo/a o compañero. El 81% de adultos mayores a nivel nacional están satisfechos con su vida, el 28% se siente desamparado, el 38% a veces siente que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. El 83% de adultos mayores indican que su satisfacción de vida aumenta cuando viven en compañía de alguien, en comparación

con aquellos que viven solos en un 73% (CPD, 2017).

La relación que tienen las PAM con su entorno y su familia es necesario para delimitar sus redes de apoyo familiar y social, de la convivencia afectuosa con ellos depende su autoestima y su autovaloración con respecto al entorno. Los principales problemas que enfrentan los adultos mayores en la familia son el distanciamiento con sus hijos al no existir corresponsabilidad con sus padres e incluso la relación entre esposos también es distante (CPD, 2017).

Que el adulto/a mayor viva acompañado por su sistema familiar puede generar efectos positivos en esta etapa de vida, las relaciones interpersonales son fundamentales para establecer la confianza e incrementar la calidad de vida, sin embargo, hay realidades en donde la convivencia no es sinónimo de apoyo sino más bien de vulneración o soledad, al no sentir corresponsabilidad y afectividad, sin duda depende de los vínculos sanos para brindar un hogar adecuado al adulto/a mayor.

En cuanto a la protección social que recibe este grupo prioritario resalta el trabajo técnico realizado por el Ministerio de Inclusión Económica y Social el cual trabaja en tres ejes de acción: prevención o reducción de la pobreza y la vulnerabilidad; cuidados a través de la atención en centros gerontológicos que brinda amparo temporal o definitivo; Inclusión y participación social considerando al adulto mayor como actores de cambio, todo esto con el objetivo de brindar garantías al bienestar físico, social y mental del adulto mayor (Aleaga, 2018).

Con relación a las políticas públicas y acciones estatales se puede decir que a pesar de existir una normativa internacional que impulsa dichas políticas para este grupo etario, estas no siempre se ajustan al contexto y necesidades del adulto/a mayor por ello resulta elemental mecanismos diagnósticos que identifiquen vulnerabilidades y prioridades expresadas por estos grupos con el objetivo de valorar riesgos y el tratamiento o intervención que requieran estos individuos en las diferentes áreas (Aleaga, 2018).

La protección e intervención social con este grupo etario debe aplicarse de forma

holística y sostenible en el tiempo, es decir, el estado debe formular políticas que consideren su realidad humana y desglose un diagnóstico claro en cada uno de sus ámbitos (salud, familia, economía, Ocio, etc.) esto con la finalidad de buscar estrategias de intervención que beneficien la calidad de vida del Adulto/a mayor.

Micro

En la Provincia de Tungurahua, según el censo INEC 2010, El 8,4% de la población tiene 65 años o más, existiendo 42.503 personas adultas mayores en la provincia, en el Cantón Ambato existe más de 15.000 PAM, en el sector urbano habitan el 50,1%, mientras que en las zonas rurales existe el 49,9% (Infante, 2018).

En la provincia se han implementado algunos programas en beneficio de la población adulta mayor promovidas por el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y algunos gobiernos locales, generando espacios alternativos, y buscando ampliar más su cobertura, tanto en zonas urbanas como rurales.

Este servicio de atención y protección social tiene una cobertura territorial amplia, especialmente en zonas rurales, donde posee buena acogida por la población adulta mayor debido a la versatilidad en su intervención y el área ocupacional, proporcionando un envejecimiento activo.

El rol del parlamento gente del Gobierno Provincial de Tungurahua también ha canalizado las demandas de la PAM proponiendo estrategias en salud y bienestar, como: promover la actividad física, recreativa, y deportiva adecuándose al adulto mayor, esto a través del Ministerio del Deporte. Garantizar una protección integral de sus derechos a través de la nutrición, fisioterapia, el cuidado diario, la salud, la educación, la accesibilidad en el transporte público colocando estribos bajos en los medios de transporte para que exista accesibilidad (Gobierno Provincial de Tungurahua, 2019).

En el enfoque de participación e inclusión social el parlamento gente ha impulsado la

integración social y la organización de la PAM mediante reuniones y encuentros que han involucrado a diversos cantones de la provincia, así como la incidencia en las organizaciones sociales para analizar la política pública de aseguramiento universal del adulto mayor, finalmente velar por que se direccionen al menos el 10% del presupuesto de los ingresos no tributarios a programas destinados a la población adulta mayor (Gobierno Provincial de Tungurahua, 2019).

En la Provincia de Tungurahua se encuentra el Cantón Tisaleo con aproximadamente 13.000 habitantes y una proyección favorable del crecimiento de su población, cerca del 10% viven en áreas rurales y el resto en la zona urbana. En el 2010 cerca del 84% de la población fue identificada como pobre por necesidades básicas insatisfechas (NBI). Más de 2000 personas tienen que recurrir al Bono de Desarrollo Humano (BDH) para sustentarse, entre ellos sobresalen la población adulta mayor del Cantón Tisaleo (SNI- Tisaleo, 2014).

No existen datos estadísticos más profundos sobre la situación familiar, económica o social del adulto mayor en la Provincia ni en el Cantón Tisaleo, por lo que la presente investigación es significativa para obtener información del contexto y grupo estudiado.

Problema científico

¿Cuál es el diagnóstico de la calidad de vida del Adulto Mayor del Cantón Tisaleo?

Sub interrogantes:

¿Cuáles son las condiciones materiales de vida del Adulto Mayor?

¿Cuáles son los determinantes de salud, que inciden en la calidad de vida del Adulto Mayor?

¿Cómo es la calidad de vida en función del ocio y las relaciones sociales del Adulto Mayor?

¿Cuál es la experiencia general de vida del Adulto Mayor?

Delimitación del problema

De contenido

CAMPO: Social

AREA: Comunidad

ASPECTO: Adulto Mayor

Delimitación Espacial

PAÍS: Ecuador

PROVINCIA: Tungurahua

CANTÓN: Tisaleo

Delimitación Temporal

Octubre 2020- Febrero 2021

Unidad Observada

Adultos Mayores del Cantón Tisaleo de la Provincia de Tungurahua

Identificación de la línea de Investigación

Exclusión e Integración Social

Estado del Arte

El proyecto de investigación toma como referencia las fuentes científicas para brindar un sustento teórico de la variable a estudiar en torno a la calidad de vida del adulto mayor.

En el trabajo investigativo de Herrera (2014), denominado “Calidad de Vida de Adultos Mayores en centros de Protección Social en Cartagena Colombia.” se plantea como objetivo describir la calidad de vida concerniente con la salud de los adultos mayores que residen en centros de protección social en Cartagena (Colombia).

Los materiales y métodos fueron a través de un estudio descriptivo aplicando el Test de valoración mental (Pfeiffer), una encuesta sociodemográfica y el índice multifactorial de calidad de vida a 187 adultos mayores residentes, manteniendo la confidencialidad de la información.

Los resultados obtenidos de la investigación fueron: el 45,5% tenían un nivel de educación primaria, el 80,3% recibía medicamentos, el 54,5% realizaba actividades físicas en tanto el 37,9% no realizaba actividades productivas. El 7,6 % de los entrevistados auto percibieron su calidad de vida relacionada con la salud como buena. El autor concluye que las dimensiones con mayor puntaje fueron la espiritual y el auto cuidado y con el menor porcentaje el apoyo comunitario y bienestar físico.

Para Juárez et al. (2019), en su investigación “Nivel de satisfacción con la vida en el adulto mayor de un Centro Gerontológico” argumenta que la satisfacción con la vida va más allá de las condiciones materiales, de salud o económicas de los sujetos. El objetivo en la investigación fue evaluar el nivel de la satisfacción con la vida de personas adultas mayores, usando como método una investigación descriptiva a una población total de 46 personas mayores de 60 años, mediante la aplicación del Instrumento de satisfacción con la vida en la tercera edad.

En cuanto al nivel de satisfacción en los resultados se obtuvo que: el 30,4% está satisfecho con su vida, mientras que el 69,6% asumen mayor satisfacción. Lo que se concluye en la investigación es que la satisfacción con la vida depende de cuán complacido se siente el adulto mayor con su propia vida.

Para Hernández, Chávez, Torres, Torres, y Fleitas (2017), en su investigación titulada “Evaluación de un programa de actividad físico-recreativa para el bienestar físico-mental del adulto mayor” argumenta la utilidad de las actividades físico-recreativas como una estrategia para mejorar la calidad de vida en el adulto mayor, además, el incremento de participación en actividades bien delimitadas aumenta los indicadores de bienestar físico y mental. El objetivo de la investigación, es que, a través de la evaluación del programa se genere bienestar físico y mental para el adulto mayor del centro “Sara Espíndola” de Tulcán -Ecuador. Los métodos empleados son el uso de una guía observacional y dos encuestas para determinar gustos y preferencias de 30 sujetos de la tercera edad, así como de los profesionales para diseñar el programa físico- recreativo. Los Resultados obtenidos al hacer una comparativa de un programa anterior con la propuesta actual se determina que el 83,3% tienen una alta prioridad por los juegos de mesa; actividades al aire libre un 76,7%; las actividades religiosas un 70% seguidas por preferencias de nivel medio como: las dinámicas de grupo con un 63,3%; actividades artísticas un 56,7%; juegos tradicionales un 53,3% y la bailo terapia con un 50%. El investigador a través de su propuesta concluye que al tomar en cuenta las preferencias de los adultos mayores existe una motivación mayor y por ende un incremento en los indicadores de bienestar mental y social.

Para Figueroa, Torres, Morales, Vega, y Lira (2016), en su artículo científico “Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor” refiere que la calidad e independencia de esta etapa de vida dependerá no sólo de factores biológicos sino también de las acciones en el curso de la vida. El objetivo de la investigación es relacionar la calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado.

Los métodos usados fueron: un estudio transversal, descriptivo y correlacional; la aplicación de una escala de Barthel, escala de capacidades de autocuidado y el cuestionario SF-36 de calidad de vida, la encuesta fue dirigida a una población de 116 adultos mayores que acudían a consulta a una unidad de salud.

La investigación arrojó como resultado que el 80.2% de los adultos mayores encuestados son independientes para realizar actividades cotidianas y el 19.8% demostraron dependencia leve; en las actividades de autocuidado el 22.4% presentaron buena capacidad y el 76,6% muy buena capacidad; en cuanto a la percepción de calidad de vida en la dimensión física el 24% se consideran en un buen estado de salud y el 56% con una salud regular. Por tanto, la investigación concluye que existe una mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre el autocuidado y el grado de escolaridad, sin embargo, existe una correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida; así como correlación entre la edad y calidad de vida.

Para Carmona (2009), en su artículo de investigación titulado “El bienestar personal en el Envejecimiento” planteándose como objetivo: “Analizar el bienestar personal de los adultos mayores y los factores que contribuyen a predecir y mantener al mismo, en la ciudad de Monterrey, México”.

La investigación fue no experimental, transversal. El instrumento utilizado para recopilar información fue el diseño de una entrevista con preguntas cerradas, en su mayoría previamente codificadas, sin embargo, existieron algunas preguntas abiertas con la intención de ampliar la información receptada. El tamaño de la muestra a la que se aplicó la entrevista fue de 1056 adultos/as mayores. La información fue analizada y codificada estadísticamente a través del programa SPSS versión 10.

Las evidencias científicas le permitieron al autor formular, entre otras, las siguientes conclusiones: a) El estudio determina que, aunque existan limitaciones sociales, económicas o de salud en la vejez, algunas personas cuentan con bienestar personal lo que los conduce a tener un envejecimiento pleno con percepción de felicidad y satisfacción. b) De acuerdo a los resultados obtenidos en la investigación; los factores:

género, edad, estado socioeconómico y estado civil no contribuyen a predecir o mantener el bienestar personal en los adultos/as mayores. c) Entre los factores más importantes que interfieren en el bienestar del Adulto Mayor son: el vivir en comunidad para mantener las relaciones interpersonales, la salud, la escolaridad recibida, el estado de ánimo, la percepción del tiempo y la felicidad. d) Los resultados evidencian que los procesos de salud- enfermedad-incapacidad y su relación con la esperanza de vida se interrelacionan con los efectos sociales y económicos; las enfermedades diagnosticadas en el adulto mayor y la ausencia de autonomía personal constituyen limitaciones biológicas, sociales, físicas y culturales impactando en el desempeño diario.

Para Peña, Terán, Moreno, y Bazán (2009), en su artículo científico “Autopercepción de la calidad de vida del Adulto Mayor en la Clínica de medicina familiar de Oriente del ISSSTE” plantean como objetivo investigativo: Conocer la percepción de calidad de vida del adulto mayor, para establecer acciones preventivas, reales y afines a sus expectativas. La metodología aplicada fue a través de un estudio transversal, observacional y descriptivo, mediante el cuestionario breve de la calidad de vida (CUBRECAVI) aplicado a 150 pacientes. Entre los resultados se obtuvo que todos los participantes tuvieron alguna enfermedad; el 18.7% indicó sentirse insatisfecho con su salud; el 20% reportó insatisfacción en la relación con sus hijos; 24,7% consideró valerse por sí mismo para realizar actividades de forma regular. El 40% de los participantes tiene problemas de memoria y el 14,7% tiene problemas de desorientación y olvidos.

Las evidencias científicas le permitieron al autor formular, entre otras, las siguientes conclusiones: a) La calidad de vida se relaciona estrechamente con las relaciones interpersonales. b) la población objetivo a pesar de tener alguna enfermedad, no busca atención médica, lo que refleja en su calidad de vida. c) La mayor parte de los síntomas en su salud se relacionan con el estado de ánimo. d) Un alto porcentaje se considera autosuficiente por lo que es importante fomentar un enfoque educativo a quienes están en edad productiva e incluirlos en tareas que el adulto mayor considere que está en capacidad de hacerlas para mantenerlo activo.

Según Contreras et al. (2013), en su artículo científico “Malnutrición del Adulto Mayor y Factores asociados en el distrito de Masma Chicce, Junin, Perú” plantea el objetivo de determinar el estado nutricional y factores que se asocian a la malnutrición del adulto mayor en mencionado distrito peruano; El material y el método utilizado fue a través de un estudio transversal y descriptivo aplicado a 72 personas mayores a 60 años, así como instrumentos de valoración geriátrica integral como el Mini Nutritional Assesment (MNA), se realizó una estadística descriptiva de Chi cuadrado y ANOVA para determinar la asociación de la variables, dando como resultado un 29,9% de malnutrición, el 57,9% de la población de estudio con riesgo de malnutrición. El 69,4% con depresión y riesgo de la misma; el 27,8% expuso deterioro cognitivo; Un 93,1% tenían una mala percepción de su salud oral; 51,4% eran dependientes funcionales y el 100% poseía algún problema social.

El estudio le permite al autor concluir que en la comunidad la tercera parte de la población adulta mayor tiene malnutrición, mayormente asociadas al sexo masculino y la presencia de depresión, recomendando dentro de su investigación la importancia de las estrategias para optimizar el estado nutricional puesto que deben ser individualizadas y tratadas, considerando las condiciones que alteren el apetito como: la depresión, el dolor, o la salud oral. En pacientes institucionalizados deben evitarse periodos prolongados de ayuno, se debe optimizar el apoyo familiar e institucional para la asistencia con la alimentación.

Para Monreal, Valle, y Serna (2009), en su estudio “Los Grandes olvidados: Las personas Mayores en el entorno Rural” tiene como objetivo identificar las formas de vida y envejecimiento en el entorno rural y generar estrategias de intervención que favorezcan a estilos de vida más activos y participativos. La metodología para obtener información de la población objetivo fue a través de grupos focales, ejecutando 37 entrevistas a profesionales, agentes sociales significativos y población adulta mayor. Obteniendo como resultados 4 estilos diferentes de envejecimiento: 1) El envejecimiento como una oportunidad para el cambio: Las personas mayores que pertenecen a este perfil ven la vejez como una oportunidad de autorrealización y liberación, manteniendo buenas relaciones familiares y sociales ; 2) La vejez como una

etapa natural de la vida: Lo consideran como un curso natural de la vida donde el mantener la continuidad con el resto de las etapas vividas es lo que le da sentido; 3) La vejez como un momento a compensar: Este grupo tiene problemas para afrontar cambios significativos, en lo posible suelen no modificar sus rutinas y relaciones sociales; 4) La vejez como un momento de abandono: Percibe la vejez como una etapa dolorosa, sin reconocimiento social, donde se da la invalidez y donde no existen objetivos o metas. La información recopilada permitió al autor concluir que: la participación social y civil de las personas mayores cooperan con el capital social fortaleciendo el valor público y colectivo. Dentro de sus propuestas considera: 1. Promover la participación social en personas mayores que conciben el envejecimiento como una etapa natural, se aíslen socialmente o aquellas que viven la vejez como un momento de abandono. 2. Potenciar los movimientos asociativos, brindar un papel activo a las personas mayores e influir especialmente en aquellas que ven la vejez como una oportunidad para el cambio o de compensación. 3. Facilitar actividades de ocio y recreación que promuevan actividades saludables a todas las personas mayores.

Según Guerrón (2017), en su investigación titulada: “Calidad de Vida en los adultos Mayores del centro Casa somos Roldós Pisulí” tiene como objetivo evaluar los componentes de la calidad de vida de los adultos mayores que pertenecen al centro de acogida y conviven en la periferia de la gran ciudad. La metodología utilizada tiene un enfoque cuantitativo y multidimensional, haciendo uso de herramientas como fichas sociodemográficas, notas de campo y la aplicación del cuestionario breve de la calidad de vida (CUBRECAVI) a una muestra de 30 adultos/as mayores, para finalizar con el análisis e interpretación de cada componente de calidad de vida: salud, apoyo social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sociales y sanitarios.

Los resultados obtenidos en la investigación permiten al autor concluir que la salud física y psicológica del grupo mantienen valores altos a pesar de las enfermedades crónicas, asumen con vitalidad y confrontación esta característica. Otro factor favorecedor a la calidad de vida de los adultos/as mayores son sus habilidades funcionales, motivándolos a la autonomía y sentido de utilidad, así también mantienen buen nivel satisfactorio en cuanto a actividades y ocio. El factor desfavorecedor radica

en el acceso a educación durante su trayectoria de vida, predominando la educación primaria incompleta, limitando a mejores condiciones de vida en esta etapa. El estudio resalta las condiciones económicas deficientes de este grupo, evidenciando escenarios de exclusión al no contar con una jubilación digna, una actividad laboral rentable, ni ayuda de sus familiares. El sexo femenino de la población mantiene actividades de cuidado, imposibilitando su integración con los miembros de su comunidad. Finalmente concluye que los factores con mayor deficiencia en la calidad de vida de los adultos/as mayores son: los ingresos económicos, educación, e integración social.

Según Waters, Freire, y Ortega (2019) en su artículo denominado “Desigualdades sociales y salud en Adultos Mayores Ecuatorianos” tiene como objetivo analizar las desigualdades en salud de los adultos mayores ecuatorianos a partir de determinantes sociales que inciden en la misma. La investigación se sostiene en una metodología basada en la encuesta nacional de salud, bienestar y envejecimiento (SABE), a través de un muestreo probabilístico en territorio Costa Urbana y Rural; Sierra Urbana y Rural, aplicado a 5115 personas mayores de 60 años.

El estudio obtiene como resultados que menos de 1 de cada 4 adultos mayores viven en buenas o muy buenas condiciones, puesto que el 23% de la población objetivo viven en indigencia, resaltando mayor porcentaje en las mujeres de la región sierra rural. Los limitantes existente para que los adultos/as mayores puedan acceder a salud radican en factores socioeconómicos, de género, accesibilidad territorial, origen étnico o situación económica.

La información recopilada permite al autor concluir que este grupo etario es mayormente vulnerable a la pobreza y desigualdad social debido al deterioro de su salud física y las limitaciones para generar ingresos económicos, así también se evidencia que las redes sociales familiares y comunitarias no necesariamente satisfacen sus necesidades básicas, todos estos aspectos contribuyen a la desigualdad en salud de los adultos/as mayores, al verse en un contexto extremadamente vulnerables.

Desarrollo Teórico:

Es preciso fundamentar algunos términos que resultan imprescindibles para comprender la Calidad de vida en los Adultos Mayores, debido a las particularidades de la población objetivo en visibilizar sus realidades y necesidades.

Calidad de vida (CV):

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) la calidad de vida es un concepto multidimensional y complejo, generalmente radica en la percepción que tiene el individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y su sistema de valores, así como la apreciación de sus metas, intereses, normas e inquietudes, incluyendo también aspectos personales como la autonomía, salud, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros (OMS, 1994, citado por Botero y Pico, 2007).

Para Tieska (2005), el concepto de calidad de vida es concomitante con el bienestar social, y depende de la satisfacción de las necesidades humanas y de los derechos positivos o libertades, el trabajo, los servicios sociales, los modos de vida y las condiciones ecológicas. Estos aspectos son necesarios para el desarrollo individual y de la población y caracterizan la distribución social y el establecimiento de un sistema de valores culturales que cohabitan en la sociedad. “Se asume que la calidad de vida tiene componentes objetivos: condiciones materiales y nivel de vida; y subjetivos: definiciones globales basadas en el bienestar cuyos marcadores son la satisfacción y la felicidad” (Vinaccia, Quiceno, Gómez, y Montoya, 2007).

Olmedo (2010), define a la calidad de vida como: un elemento mediador entre lo ambiental y el desarrollo personal y social, donde se comprende de manera más holística a la humanidad.

Sin duda hablar de Calidad de vida es referirnos a factores subjetivos y objetivos que conforman la vida del ser humano, en donde radica la importancia del bienestar que el

sujeto tenga con los mismos, partiendo desde esas necesidades subjetivas como su autovaloración personal, modos de vida, motivaciones personales, la felicidad, prácticas culturales y la estabilidad con sus relaciones interpersonales, hasta las necesidad más objetivas como la seguridad social, sus condiciones materiales, el acceso a los servicios públicos, el estado de salud y sus redes de apoyo formales e informales que habitan en su contexto y que forman parte de sus derechos fundamentales.

La calidad de vida como parte del Desarrollo Humano

La desigualdad, la pobreza y marginación de ciertos grupos vulnerables ha existido desde tiempos remotos, por ello el cuestionar o evaluar las igualdades sociales es un punto importante para delimitar las condiciones de vida que afrontan los seres humanos día a día por ello la calidad de vida está estrechamente relacionada con el desarrollo humano, es decir que entre mejores condiciones de vida existan, el ser humano podrá desarrollar su máximo potencial y llevar adelante una vida productiva y creativa de acuerdo con sus necesidades e intereses. “El Desarrollo Humano es un paradigma de desarrollo que va mucho más allá del aumento o la disminución de los ingresos de un país”. (Informe Nacional de Desarrollo Humano , 2016). El desarrollo humano al igual que la calidad de vida responden a variables sociales, políticas, económicas y ambientales, existen diversos modelos de desarrollo que algunos países consideran determinantes para generar calidad de vida, a partir del Índice de Desarrollo Humano (IDH) basándose en: La esperanza de vida o longevidad de la población, el nivel educativo de las clases sociales, o el producto interno bruto. con la finalidad de que los estados inviertan en el mejoramiento de la calidad de vida de los ciudadanos mediante la satisfacción de las necesidades fundamentales y a su vez el respeto de los derechos humanos básicos (Raffino, 2020).

Perspectiva Andina de Calidad de Vida - Sumak Kawsay

Parece importante acotar el fragmento de una visión diferente de calidad de vida, en

este caso de buen vivir, por ello se analizan los aportes de Tortoza (2017) y Arteaga (2017) alrededor del Sumak Kawsay obteniendo el siguiente análisis.

En 2008, en el marco de la nueva constitución, que mediante referéndum aprobado por el pueblo, elaboró la Asamblea Constituyente de la República del Ecuador, se recogieron nuevos planteamientos de vida provenientes de formas de vida ancestrales, indígenas y afro ecuatorianos, y este hecho en sí mismo plantea un hito histórico no solo aquí en Ecuador sino en toda Latinoamérica, ya que por primera vez se aprueba una constitución que se basa en concepciones de vida que no se basan en tradiciones occidentales, desplazando si se quiere planteamientos que han sido matriz conceptual desde donde han nacido siempre los discursos de Modernidad en Ecuador.

El Sumak Kawsay o Buen Vivir, es propuesto como un modelo civilizatorio para el país, una gestión política de la vida desde una visión y acciones diferentes como la inmensa riqueza cultural y de sabiduría ancestral que tiene la cosmovisión andina y que se refleja en todos y cada uno de los campos de la cotidianidad humana, desbordando los límites de un proyecto meramente económico, político o social llegando a posicionarse como una alternativa al modelo de “Civilización” dominante. Uno de los aspectos más representativos es el de la salud.

La salud ancestral e indígena vs desarrollista, representada por el inmenso complejo bio médico hegemónico industrial y en ese sentido el campo de percepción desde lo andino, siempre implica primero lo humano, el ser, el espíritu y su conexión con todo lo que nos rodea, en muchos aspectos antagónico con el modelo occidental concerniente a la salud en el ser humano.

El Sumak Kawsay se hace una realidad cuando las personas, pueblos y nacionalidades gozan efectivamente de sus derechos y libertades y ejercen responsabilidades con su entorno social y cultural diverso y sobre todo convivencia armónica con la naturaleza. Se basa en práctica real de valores como: el respeto al ser humano en la familia, en la sociedad y a si mismo mediante la conexión equilibrada y armónica con la naturaleza y el cosmos

Por lo tanto, las principales dimensiones que desde la cosmovisión andina visualizan

una buen vivir y este a su vez se ve involucrado en la calidad de vida son: la salud, la diversidad cultural y étnica, las buenas relaciones con la sociedad, la familia y la convivencia con la naturaleza. El buen vivir representa ese interés positivo y comprometido de vivir en comunidad, preservando la corresponsabilidad con el otro para mantener el equilibrio y generar bienestar individual y colectivo.

Los objetivos que plantea el Plan Nacional del Buen 2017-2021 se centran en:

- Garantizar una vida digna
- Valorizar las identidades diversas
- Garantizar los derechos de la Naturaleza
- Sostenibilidad y solidaridad en el sistema económico
- Impulsar la productividad
- Impulsar la soberanía alimentaria y el desarrollo rural
- Incentivar una sociedad participativa
- Promover la transparencia social
- Garantizar la soberanía y la paz

Condiciones Materiales de Vida (CMV)

Según los indicadores de calidad de vida del Instituto Nacional de Estadística (INE) de España describe que las condiciones materiales de vida son aquellas circunstancias que indica las privaciones o carencias materiales que pueden sufrir las personas, ya sea por sus limitaciones económicas, dificultades para llegar a fin de mes con los gastos etc., o el acceso a vivienda, desglosando en esta última indicadores como el gasto elevado en vivienda, limitado espacio, problemas con la estructura de la vivienda y demás (INE, 2019).

A pesar de que las CMV sea un indicador de calidad de vida europeo, muchos países Latinoamericanos se basan en el mismo para delimitar las necesidades materiales de las sociedades e identificar como estas inciden en su calidad de vida, puesto que la misma evalúa carencias en vivienda, servicios básicos o insumos de primera necesidad

que requieren las familias y que facilitan sus condiciones de supervivencia.

Para Delgado, Herrera y Ramírez (2017) las condiciones materiales de vida se ligan a los riesgos del contexto ambiental del envejecimiento, esa vulnerabilidad que algunos adultos/as mayores tienen en vivienda, servicios, equipamientos urbanos o factores socioeconómicos.

Las condiciones materiales de vida están sujetas a los bienes materiales que posee el adulto mayor, parte desde elementos indispensables como la vivienda, infraestructura estable, acceso a servicios básicos, muebles o enseres, e insumos de primera necesidad, como materiales de aseo, alimento, vestimenta e incluso medicamentos, convirtiéndose en todo aquello tangible y fundamental en la cotidianidad del Adulto/a mayor.

Seguridad económica (SE)

(Guzmán, 2003, citado en Madrigal, 2010) define a la seguridad económica como la capacidad de usar recursos económicos con independencia y disponer de los mismos para asegurar una buena calidad de vida en la vejez. En la tercera edad tener seguridad económica resulta imprescindible para satisfacer las necesidades que requiere la edad y disfrutar de un envejecimiento en condiciones dignas y de mayor independencia, al participar activamente en la toma de decisiones de la vida cotidiana y cumplir roles importantes dentro de las familias.

Para La seguridad económica permite satisfacer las necesidades objetivas de las personas mayores al disponer de bienes económicos y no económicos, genera independencia en la adopción de decisiones, mayor participación en la vida cotidiana y sentirse ciudadanos plenos con derechos, en definitiva, la seguridad económica permite mejorar la calidad de vida porque genera condiciones para un envejecimiento con dignidad siendo esta condición anhelada tanto por los adultos/as mayores que tienen seguridad social debido a sus contribuciones monetarias como para quienes debido a la precariedad laboral no pudieron aportar. La seguridad económica está

compuesta por dos aspectos:

- **Situación económica:** Esta proviene de diversas fuentes como: ahorros, trabajo, jubilación o pensión, está relacionada con el poder adquisitivo y como esté poder ser creó a través de su estabilidad y posición económica anterior, exactamente antes de la jubilación, siendo este un tramo importante para determinar la situación económica de un adulto/a mayor a futuro.
- **Posición económica:** Esta se evalúa a partir de los ingresos o bienes de los individuos mayores en relación con otros grupos de edad o de la población total. Depende de la combinación de factores como: a) El ciclo de vida de la familia y la capacidad de los miembros de la familia en brindar su apoyo al adulto/a mayor, b) La trayectoria Laboral y su situación laboral actual, c) El contexto en el que han ido envejeciendo correspondiendo a la historia social, económica y política, d) Atención en los sistemas de protección social donde se les brinde un ingreso sustituto digno y atención en salud.

Las Principales fuentes de la seguridad económica de las personas Adultas Mayores son la participación económica, es decir sus ahorros o aportes para una jubilación digna; La seguridad social y el apoyo familiar. El contar con alguna de estas brindará cierto soporte económico al adulto/a mayor para satisfacer sus necesidades básicas y las diferentes demandas que representa el envejecimiento. Sin seguridad económica no existe una vejez digna.

Salud

La OMS adopta la definición de salud desde 1948 como: “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.” (OMS, 2020)

Al definir a la salud agrupamos condiciones biopsicosociales de bienestar que se interrelacionan entre sí y que debe tener el ser humano para sentirse satisfecho y saludable.

Una nueva perspectiva de la salud del adulto mayor puede radicar en la satisfacción de sus necesidades objetivas, subjetivas y sociales. Las necesidades objetivas se relacionan con el estado físico, la nutrición, la sexualidad sana, la vida familiar y la actividad física productiva. Las necesidades subjetivas o culturales están ligadas a la libertad de mejorar sus conocimientos, identidad étnica y de género, vida afectiva, creación, recreación y protección o seguridad en su entorno. En tanto las necesidades sociales se refiere al acceso de los derechos fundamentales otorgados por el estado, como el derecho a los servicios básicos, vías y medios de comunicación, servicios sociales gratuitos en educación, salud y vivienda precautelando el bienestar social (Hermida, 2019).

En el Plan Nacional de Personas Adultas Mayores 2013-2017 establecido en la primera asamblea mundial del envejecimiento, refiere al envejecimiento saludable como: La mejora del bienestar físico, psíquico y social de las personas adultas mayores a través del incremento y cobertura en los servicios sociales y sanitarios, la garantía de una asistencia alimentaria y nutricional, la generación de oportunidades para una vida armónica dentro de su familia y su comunidad (Varela, 2016).

Un envejecimiento saludable es algo más que la ausencia de enfermedades, para los adultos mayores es indispensable vivir esta etapa de la vida en armonía con su entorno, conservar o fortalecer sus capacidades funcionales que se deterioran con el tiempo, ser considerados como sujetos de derechos y conservar su rol de forma activa y participativa en la familia y la sociedad. Los gobiernos deben fortalecer las políticas públicas entorno a la accesibilidad y calidad en salud que se le otorga a este grupo prioritario y buscar estrategias de ejecución inmediata.

Acceso a cuidados sanitarios (ACS)

La Real Academia Española define el acceso como la acción de “llegar o acercarse”, o “la comunicación y el trato con alguien”. En tanto, relacionándolo con el acceso a la salud, refiere ser la acción de acercarse de forma individual a un servicio de salud,

demandando atención, y a su vez obteniendo los cuidados requeridos, por parte de los servicios médicos de atención, donde todos los recursos actúan en conjunto para generar un resultado que sea medible, observable y genere satisfacción en el que demanda el servicio y los que brindan la atención (Fajardo, Gutiérrez, & García, 2015).

Es decir, el acceso a los servicios sanitarios debe representar la viabilidad necesaria para que el adulto/a mayor reciba una atención oportuna y de calidad en salud, permitiéndole que ejerza su derecho para que genere satisfacción y bienestar no sólo a nivel físico sino también social, repercutiendo en su calidad de vida.

Ocio

Montero & Bedmar (2010) Abordan al ocio desde la objetividad, afirmando que son aquellas actividades o recursos que de forma opcional o voluntaria ocupan nuestro tiempo. Y en la Subjetividad supone una experiencia satisfactoria que refleja nuestra forma de ser y nuestras preferencias dentro de las cuales nos manifestamos y somos libres. El ocio tiene elementos sociales y culturales que están en constante evolución y contribuye desde lo personal, lo social y lo económico a la configuración de determinados hábitos, las diferentes formas de entender la recreación en las nuevas actividades, el estilo de vida y el descanso.

El ocio permite cuestionarnos la realidad y los intereses implícitos de los adultos/as mayores, transforma la experiencia en vivencia y permite la recreación y el fortalecimiento de las relaciones con el contexto al generar puentes de comunicación con los otros.

Existen diversas realidades donde el ocio y la recreación en los adultos/as mayores resulta ser un privilegio o una condición desconocida, esto debido al escaso tiempo libre por jornadas de trabajo extensas, esta realidad es observable en personas mayores de zonas rurales que aun subsisten de las actividades del campo.

Relaciones sociales y familiares (RSF)

Para López (2017), las relaciones sociales se definen como las interacciones personales que tienen una propia estructura al momento de relacionarse con otros individuos, está compuesta por aspectos cualitativos y de comportamiento, su dimensión funcional incluye el apoyo social, formando en muchas ocasiones redes sociales de apoyo que actúan a través de un mecanismo psicosocial, incidiendo muchas veces en la salud de las personas, puesto que los individuos menos integrados en la sociedad tienen peor salud física y psicológica, incluso existen estudios desde los años setenta u ochenta que muestran la influencia de las relaciones sociales en la morbilidad, mortalidad o discapacidad.

Las relaciones sociales forman parte de la naturaleza del ser humano puesto que siempre viviremos relacionándonos con las demás personas para construir una red de apoyo que tendrá incidencia no solo en nuestro funcionamiento como sociedad sino también en nuestro bienestar personal al sentir pertenencia, inclusión, identidad e incluso una buena salud mental al estar en armonía con nuestro entorno.

Para Delgado, Herrera, y Ramírez (2017) Las relaciones familiares dependen de los vínculos familiares y las dinámicas establecidas en el núcleo familiar, mismo que está en continua transformación y que es influenciado por construcciones socio históricas, convirtiéndose en un agente que incide en el desarrollo social. La relación familiar positiva involucra: la comunicación, la interacción o el intercambio de ayuda entre los miembros del sistema familiar, implicando aspectos emocionales que son importantes para la familia e impulsando la calidad de vida de las personas mayores al contar con una red de apoyo donde sus relaciones les brinda seguridad.

La relación familiar está compuesta por subjetividades y comportamientos recíprocos entre los integrantes del grupo familiar, ésta depende de la estructura y dinámica familiar pero también tiene influencia de la esfera social. Dentro de las relaciones familiares las personas comparten modos de vida, intereses en común e incluso necesidades insatisfechas que afrontan y buscan alternativas de solución.

Satisfacción con la vida (SV)

Esta dimensión corresponde al bienestar subjetivo del sujeto social.

Para Urzúa y Caqueo (2012), es una evaluación individual donde el marco de referencia es la satisfacción personal en los distintos dominios de vida y generalmente se centra dentro del bienestar subjetivo de los individuos, esta percepción de satisfacción también puede verse afectada por juicios, experiencias de vida o alguna determinada situación negativa latente en su entorno.

La satisfacción con la vida es un constructo importante en el análisis de la calidad de vida de las personas mayores, su percepción delimitará su situación en salud física, mental y una mayor felicidad.

Cabañero, et al. (2004) afirma que la satisfacción es una valoración global que los sujetos hacen de su vida, comparando sus triunfos con sus expectativas, sitúa su contexto en el bienestar subjetivo de la calidad de vida, influyendo los juicios cognitivos sobre la satisfacción vital y por otro lado las evaluaciones afectivas sobre las emociones y el humor.

La persona adulta/o mayor que goce de una vida satisfactoria, lo hará evidente en la estabilidad de sus emociones, sentimientos, estado de ánimo y una actitud favorable frente a sus perspectivas y opciones para el futuro.

Autonomía personal (AP)

Para López (2010), la autonomía personal es el conjunto de habilidades de las personas para tomar decisiones, elegir y asumir la responsabilidad de estas. Los sujetos adquieren autonomía a través del aprendizaje, la interacción con otros y con uno mismo y requiere del ejercicio constante de la autodeterminación personal.

La autonomía en el adulto mayor requiere de la plenitud de sus facultades para que se ejerza con facilidad, sin embargo, a pesar de que esta se vaya perdiendo de forma gradual con el tiempo, la familia o su entorno puede ayudar a la persona mayor a decidir en medida de su capacidad parcial, permitiéndolo ser partícipe de sus decisiones, gustos e intereses en su vida cotidiana y disminuyendo su nivel de inseguridad o estrés.

El envejecimiento

(Piñera, 2010, citado en Aponte, 2015) refiere que la vejez se puede entender, como el conjunto de cambios biológicos, sociales y psicológicos inherente a todo ser humano, que deja rastro a nivel físico y comportamental, reflejado en el estilo de vida y en su interacción con el entorno, incidiendo en el sistema socio económico de la sociedad, irreversible y constante, que se inicia desde el nacimiento mismo.

El envejecimiento mantiene cambios constantes tanto a nivel físico, psicológico y social teniendo un impacto en las condiciones de vida del adulto mayor, el sistema familiar y su entorno.

El envejecimiento es un proceso universal y progresivo que generalmente aparece a partir de los 50 años. Los cambios que influyen en la vejez son complicados y diversos, no solo por el deterioro a nivel físico y biológico que afectan a las funciones del cuerpo, sino también, en un nivel psicosocial en el cual el adulto/a Mayor enfrenta un cambio de roles y de posiciones sociales, las prioridades motivacionales, las preferencias y la pérdida de las relaciones estrechas con su entorno. Es decir, los mecanismos de envejecimiento son aleatorios y se presentan en cada individuo de forma diferente, mucho dependerá del estilo de vida llevado, actitudes y la forma en la que compense la pérdida de habilidades con metas en otras tareas que lo mantenga activo/a (OMS, 2015).

La calidad de vida que haya tenido el adulto mayor en sus anteriores etapas también

tendrá gran incidencia en la vejez puesto que le permitirá tener herramientas de afrontamiento, resiliencia, o incluso una buena situación socio económica para desafiar los retos de la edad, caso contrario será un desencadenante de malestar en su vida.

El envejecimiento para las ciencias sociales es un proceso más de desarrollo; en tanto desde la biología se lo conceptualiza como un proceso de pérdidas y deterioro de las funciones en las últimas etapas de vida. El ser humano puede atravesar por dos tipos de envejecimiento: el envejecimiento normal o patológico. Es normal cuando es óptimo, competente y exitoso ya sea en su capacidad cognitiva, independencia funcional o algún aspecto en específico, sin dejar de lado la variabilidad del ritmo del envejecimiento, ya que este es diverso en cada persona. Mientras que el envejecimiento patológico simboliza el déficit cognitivo, funcional e incluso el fracaso de los roles sociales (OPS, 2011).

Teoría de Erik Erikson centrada en el octavo Estadio del ciclo vital.: Integridad vs Desespero – Sabiduría.

Erikson en su teoría explica el ciclo completo de la vida del individuo, en tiempo de: infancia a la vejez y en contenido: psicosexual y psicosocial, organizados en 8 estadios vitales, cada uno con un principio epigenético: este indica que cada plano de desarrollo va en ascenso, es aplicado a tres procesos individuales importantes que se complementan: El proceso biológico que alude al sistema que conforma órganos y cuerpo (soma); proceso psíquico que sintetiza experiencias a través del yo (psique); y el proceso social que refiere a la organización cultural y la dependencia entre los sujetos (ethos). Cada uno de estos van desenvolviéndose en función de la exigencia del entorno, dando paso a distintos momentos de maduración en cada etapa de la vida (Bordignon, 2005).

Para Erikson cada ciclo vital o estadio tiene una crisis que genera una fortaleza del “yo”, siendo estas fundamentales para el desarrollo humano, sin embargo, cuando alguna crisis no ha encontrado solución puede resolverse en otro estadio superior y de no ser así muestra frustración o insatisfacción en su estado yoico. La crisis que cada

estadio tiene es la relación entre las virtudes y potencialidades del sujeto (fuerza sintónica) y los defectos y vulnerabilidades (fuerza distónica) estas son influenciadas por los procesos afectivos, cognitivos, de comportamiento, de orden social o de las relaciones interpersonales. Cada crisis representa una oportunidad para el desarrollo psicosocial del individuo (Bordignon, 2005).

En el octavo estadio la crisis que atraviesan las personas desde los 50 años hasta la vejez corresponde a la integridad versus el desespero - sabiduría. La integridad representa la existencia de: a) Aceptación de sí mismo, de su historia, de su proceso psicosocial y psicosexual; b) integración emocional entre la autonomía y la confianza; c) Vivir un amor universal de su vida y trabajo realizado; d) Convicción de su estilo de vida, como contribución para la humanidad; e) confianza para mostrarse como modelo de vida ante las generaciones presentes debido a su experiencia vivida y por la muerte que deben enfrentar. Al existir esta combinación el individuo siente integridad en su “yo” generando sabiduría y capacidades de autonomía, autoconfianza, libertad y autoestima, obtenidas a través de su experiencia vivida, mismas que servirán para traspasar o educar a las próximas generaciones. En tanto si las etapas de vida quedaron inconclusas, sin sentido o logros el estado yoico (del yo) se sentirá debilitado y buscará remediarlo, generando desespero, miedo a la muerte y frustración en la vejez (Bordignon, 2005).

En este último estadio teorizado por Erickson detalla la importancia de cada etapa de vida y cómo los seres humanos nos enfrentamos a ellas, si superamos las crisis anteriores a la vejez, la integración emocional y la auto realización formaran parte de una calidad de vida positiva en la tercera edad, caso contrario si estas crisis se estancaron y no permitieron el fortalecimiento del desarrollo psicosocial del individuo en las anteriores etapas, se verán reflejadas en la vejez en forma de desespero, frustración y nulidad en la integridad de su “yo”, es decir su satisfacción con la vida será menor y por lo tanto su bienestar subjetivo dentro de la calidad de vida será carente.

Derechos que amparan a los Adultos/as Mayores

Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)

Los derechos de este grupo prioritario se ven amparados desde las normativas internacionales, así se puede empezar a vincularlos con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), cada país debe direccionar estrategias según las necesidades de este grupo etario para cumplir con estos objetivos y garantizar bienestar en la vejez:

En relación a las personas adultas mayores se mencionan explícitamente a este grupo etario en varias metas como son: en el Objetivo 2, la meta 2.2, señala la importancia de “abordar las necesidades de malnutrición” en las personas adultas mayores. El objetivo 11, la meta 11.2 indica la necesidad de proporcionar acceso a sistemas de transporte y que sean seguros, asequibles, accesibles y sostenibles sobre todo para las personas en Marco Normativo Internacional 2021 situaciones de vulnerabilidad como las personas adultas mayores; la meta 11.7, en relación al acceso a zonas verdes y espacios públicos en particular para diferentes grupos etarios, como es el de personas de edad. (Secretaría Técnica Plan Toda una Vida, 2018, p.19)

Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de Las Personas Mayores (CIPDHPM)

Dentro del Capítulo IV de esta convención se hace referencia sobre los Derechos Protegidos de los adultos/as mayores, mencionando el derecho a : Igualdad y no discriminación por cuestiones de edad; Derecho a la vida y a la dignidad en la Vejez; Derecho a la independencia y autonomía; Derecho a la participación e integración comunitaria; Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia; Derecho a brindar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud; Derecho a la seguridad social; Derecho a la salud con una atención preferencial; Derecho a la cultura; Derecho a la Educación; Derecho a la vivienda; Derecho a un Ambiente sano. (CIDH, 2015).

Constitución de la República del Ecuador:

la Constitución de la República del Ecuador de 2008 identifica es su Art. 35. a las personas adultas mayores como un grupo de atención prioritaria y especializada. Así

mismo, reconoce la condición de doble vulnerabilidad y rol del Estado en brindar atención a este grupo prioritario. (Asamblea Nacional del Ecuador, 2008)

Art. 36.- define a las personas adultas mayores como aquellas que han cumplido los 65 años; y señala que este grupo etario deberá recibir atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, especialmente en las áreas de inclusión social y económica y protección contra la violencia.

Art. 37.- señala que el Estado deberá garantizar los derechos de:

- i. Atención gratuita y especializada en salud y acceso gratuito a medicinas
- ii. Trabajo remunerado, en función de sus capacidades
- iii. Jubilación universal
- iv. Rebajas en los servicios públicos y en servicios privados de transporte y espectáculos
- v. Exenciones en el régimen tributario
- vi. Exoneración del pago por costos notariales y registrales, de acuerdo con la ley
- vii. Acceso a una vivienda que asegure una vida digna, con respecto a su opinión y consentimiento.

Artículo. 38: Especifica que el Estado adoptará medidas para: la atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario; la acogida y el cuidado para quienes no cuentan con referentes familiares; la protección de la explotación laboral o económica (a través del fomento del empleo); la protección contra todo tipo de violencia; la recreación; y la atención preferente en caso de desastres, conflictos armados y todo tipo de emergencias.

Ley Orgánica de las Personas Adultas Mayores (LOPAM)

Tiene como objeto establecer mecanismos para la prevención, atención, protección, restitución, y reparación de los derechos de las personas Adultas Mayores, resaltando:

CAPÍTULO II. Atención de las personas Adultas Mayores

Art. 28.- Acceso a los servicios de salud integral: comprende brindar una atención integral y multidisciplinario, Recuperación de la funcionalidad para garantizar autonomía e independencia en el adulto mayor, fomento de nuevos hábitos saludables

y autocuidado, y acceso gratuito a programas de alimentación sana y equilibrada.

Art. 29.- Acceso a la educación: Se brindará acceso a la educación en todos los niveles, con una malla curricular adaptada para que facilite el aprendizaje del adulto mayor. Contarán con derecho a exoneraciones en pago de matrícula y becas educativas.

Art. 30.- Acceso a una vivienda digna: El sistema Nacional Especializado de Protección Integral de los derechos de las personas Adultas mayores, coordinará con instituciones vinculadas a la planificación territorial, gestión de riesgos, desarrollo urbano y vivienda e implementarán planes, programas o proyectos para el acceso de personas mayores en pobreza o vulnerabilidad a una vivienda digna y segura.

Art. 32.- Promover la autonomía económica y financiera de las personas mayores:
A través de: La prohibición de discriminación laboral, El respeto a los derechos laborales, La elaboración de políticas laborales que propicien seguridad y salud ocupacional.

Art.36.- Acceso a la seguridad social: Coordinación del sistema Nacional Especializado de Protección Integral con el IESS el pago de pensiones no contributivas, priorizando a las personas con pobreza y pobreza extrema.

Art. 39.- Recreación y Deporte: Coordinación con las entidades delegadas del deporte para promover el acceso de actividades deportivas, culturales, de ocio activo y saludable que favorezca a sus necesidades físicas, psicológicas o culturales.

CAPITULO III Corresponsabilidad de la familia

Art.15.- Obligaciones de la familia: la familia del adulto/a mayor son responsables de su cuidado, brindándoles un entorno afectivo, libre de violencia y con estabilidad emocional, procurar cubrir y efectuar el pago oportuno de sus necesidades alimentarias y solicitar protección integral en caso de que estuvieran el adulto mayor en situación de riesgo.

El Diagnóstico social

Dentro de las primeras definiciones se encuentra la establecida por Richmond (1995, citado en Díaz y Fernández, 2013) donde define al diagnóstico social como el “intento de efectuar con la mayor precisión posible una definición de la situación y personalidad de un ser humano con alguna carencia social” (p.443). Para obtener con precisión el diagnóstico de una realidad social, éste se transforma en un proceso que comienza con la recopilación de las evidencias, prosigue con su análisis crítico: comparando las diferentes realidades con las fuentes de consulta seleccionadas y finaliza con la interpretación y la definición del problema. Todo este transitar forma parte también de la investigación social que realiza el trabajador social con la finalidad de conocer una problemática y guiar a la transformación social (Fernández, 2012).

Por lo tanto, se puede decir que el Diagnóstico es un procedimiento en el cual se sistematiza datos o información del problema de una realidad específica, determinando la naturaleza y la magnitud de las necesidades que afectan a una situación. Es la valoración del trabajador social frente a la naturaleza del Problema para la búsqueda del bienestar o posibles soluciones al mismo.

El diagnóstico social es un elemento fundamental en el proceso metodológico del Trabajo Social, pues las intervenciones y los resultados dependen de una adecuada interpretación y definición conceptual de las causas de las necesidades sociales. (Díaz y Fernández, 2013, p.432)

Su realización no será posible mientras no se disponga de la información suficiente en cantidad y calidad para que permita comprender las necesidades sociales y sus causas. El diagnóstico social está vinculado a la planificación de la intervención, cuya base de formulación debe ser el propio diagnóstico realizado. Las menciones que forman parte del objeto del diagnóstico son las problemáticas sociales, las necesidades, situaciones o conflictos

El Contenido del Diagnóstico social

El contenido del diagnóstico social se compone de diversas fases, algunos autores lo detallan en 3 o 4 como las más concretas y que permiten la efectiva interpretación de una realidad para su posterior intervención.

Así el esquema clásico que propone Hamilton distingue tres niveles: 1. Sintetizar de forma descriptiva la situación que se plantea, 2. Establecer la casusa - efecto que condiciona la situación, 3. Evaluación de los elementos que condicionan la realidad. Para Rosell el diagnóstico también tiene tres momentos: 1. La síntesis, 2. La interpretación y 3. la Evaluación. Colomer en tanto refiere la importancia de que la interpretación de los datos incluye: la descripción del problema, el análisis de los factores que inciden en la realidad y el pronóstico de la situación. La percepción de García es más contemporánea pero tampoco difiere de la de los demás autores, estableciendo tres fases: 1. La fase descriptiva, 2. Fase valorativa y 3. Fase Predictiva, sugiriendo que valorar en el proceso diagnóstico es constatar aspectos o circunstancias de un individuo o familia, relacionándolos con los parámetros establecidos a partir de la calificación de una realidad (Díaz & Fernández, 2013).

Con estos aportes teóricos se puede esclarecer que las fases del diagnóstico social construidas hasta la actualidad conservan una sincronía entre la recopilación, la evaluación o interpretación, la valoración y en algunos casos la predicción. De la forma en que se aplique el diagnóstico dependerá la calidad de la información y proporcionará la facilidad deseada al investigador para detectar las condiciones problemáticas o necesidades y trabajar sobre ellas.

1.2 Objetivos

Objetivo General

- Diagnosticar la calidad de vida del Adulto Mayor del Cantón Tisaleo de la provincia de Tungurahua

Objetivos Específicos

- Identificar las condiciones materiales de vida del Adulto Mayor
- Indagar los determinantes de salud que inciden en la calidad de vida del Adulto Mayor
- Determinar la calidad de vida en función del ocio y las relaciones sociales del Adulto Mayor
- Describir la experiencia general de vida del Adulto Mayor

CAPÍTULO II METODOLOGÍA

La Metodología esta predeterminada debido a que la investigación forma parte de la primera fase del “Proyecto integrador para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en la localidad de Tisaleo” planteado por la Municipalidad de Tisaleo en trabajo conjunto con el Departamento de Investigación de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales de la Universidad Técnica de Ambato (docentes y estudiantes), para establecer un plan conjunto que evalúe e intervenga en la calidad de vida de los adultos mayores, por lo tanto, el objetivo con el proyecto de investigación es Diagnosticar la calidad de vida del Adulto Mayor del Cantón Tisaleo de la Provincia de Tungurahua, indagando los problemas más comunes.

2.1 Materiales

El material utilizado en el proceso de investigación es un instrumento de evaluación cualitativa basada en entrevistas semi estructuradas orales debido al perfil de los encuestados (muchos no saben leer o escribir) adaptada al contexto de la comunidad adulta mayor del cantón Tisaleo y basada en los indicadores de calidad de vida del Instituto Nacional de Estadísticas (INE) España: 1. Condiciones materiales de vida, 2. Determinantes de la salud, 3. Ocio y Relaciones sociales, 4. Experiencias generales de vida, mismos indicadores que son aplicados de forma genérica incluso en países Latinoamericanos puesto que son ámbitos básicos para determinar la calidad de vida y el bienestar social.

Técnica

Diagnóstico social

El Objetivo principal de la investigación se basa en el diagnóstico social de las condiciones actuales de los adultos/as mayores del Cantón Tisaleo de la Provincia de Tungurahua. Este definido como es el proceso que sintetiza, interpreta y conceptualiza la naturaleza y magnitud de las necesidades personales y sociales, visualizando sus orígenes y causas. Su objetivo no solo se centra en la recopilación de datos, sino su

esencia es el análisis de la información para establecer relaciones entre los factores y elaborar una interpretación y conceptualización digna, detallada y organizada de los hechos y la realidad social (Díaz y Fernández, 2013).

El Diagnóstico social se ha desarrollado en tres momentos: 1. La recopilación de la información en territorio, través de entrevistas semiestructuradas grabadas en audio 2. El análisis y organización de la información en segmentos numéricos, dividiendo las respuestas en cuatro indicadores que miden la calidad de vida y 3. La interpretación y valoración cuali- cuantitativa de la información organizada permitiendo concluir la realidad estudiada.

La técnica de diagnóstico social utilizada en la investigación se la relaciona con la que propone García en 2008: 1. La fase descriptiva, 2. Fase valorativa y 3. Fase Predictiva

Fase descriptiva: En este primer nivel se recopila y registra información de la población objetivo del sector y se describe sus antecedentes.

Fase Valorativa: En esta fase se interpreta la realidad social, necesidades y demandas que se obtuvo a través de la información recopilada en torno a los cuatro ámbitos que componen la calidad de vida. 1. Condiciones materiales de vida, 2. Determinantes de la salud, 3. Ocio y Relaciones sociales, 4. Experiencias generales de vida

Fase Predictiva o Conclusión: Se detalla las principales conclusiones en torno a los cuatro ámbitos de calidad de vida.

Enfoque de Investigación

El enfoque de la investigación será de carácter mixto. Según Sampieri (2014) afirma que: “La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación, combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales” (p:532). Por lo tanto, es Cualitativa debido a la creación de una herramienta de evaluación con preguntas semi estructuradas basada en los indicadores de calidad de vida del Ministerio de España.

Según Taylor (citado en Vera, 2007)

El enfoque cualitativo es una categoría de diseños de investigación que extraen descripciones a partir de observaciones (...) por narraciones, notas de campo, grabaciones, inscripciones de audio, registros escritos de todo tipo (...) parte de la realidad concreta y de los datos que esta le aporta, sirven para llegar a una teorización posterior, a través del análisis e interpretación de la información y su comprensión. (p.285)

Es cuantitativa porque las respuestas de las entrevistas orales se modificarán en segmentos numéricos para realizar una medición cuantitativa.

Para Sampieri (2014) El enfoque cuantitativo es secuencial y probatorio, utiliza mediciones numéricas y análisis estadístico con la finalidad de extraer una serie de conclusiones y probar teorías.

2.2 Métodos

Método Inductivo

Este método permitirá explicar las características genéricas o comunes de los indicadores de calidad de vida estudiados en la población objetivo, permitiendo conocer desde lo particular o individual hasta lo general del fenómeno. “El método inductivo permite generalizar a partir de casos particulares y ayuda a progresar en el conocimiento de las realidades estudiadas.” (Abreu, 2014, p.200).

Niveles de investigación

El estudio utiliza dos niveles de investigación:

Exploratorio

Este nivel de investigación exploratorio servirá para familiarizarnos con los fenómenos relativamente desconocidos en el contexto del adulto mayor del cantón Tisaleo y lograr explorarlos para proponer alternativas de calidad de vida en este grupo. Sampieri

(2014) refiere que: “El alcance exploratorio lleva a cabo una investigación más completa respecto de un contexto particular, indaga nuevos problemas, identificar conceptos o variables promisorias, establecer prioridades para investigaciones futuras, o sugerir afirmaciones y postulados” (p:91).

Descriptivo

Permite describir en la investigación cómo son y se manifiestan los fenómenos, situaciones o contextos del adulto mayor del cantón Tisaleo gracias a la recolección de la información oral a través de la entrevista semiestructurada. Para Sampieri (2014) con los estudios descriptivos se busca: “Especificar las propiedades, las características y los perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis” (p:92).

Población y Muestra

La población que se contempla en este proyecto investigativo está compuesta por los adultos mayores del cantón Tisaleo. Por conveniencia las entrevistas se efectuaron en el casco céntrico de Tisaleo y en la parroquia de Quinchicoto con sus caseríos: El Chilco – la esperanza, Santa Marianita, Santa Lucía y el barrio la dolorosa, la población entrevistada fue seleccionada aleatoriamente en territorio identificando a personas adultas mayores en las calles de los sectores, también se adquirió información y la colaboración de 30 PAM del grupo de adultos mayores de la Parroquia Quinchicoto del proyecto “ Mis mejores años” a quienes se les entrevistó por su concurrencia y asistencia frecuente al centro.

La muestra es de 80 personas adultas mayores respondiendo a una población de aproximadamente 2000 PAM identificadas por el equipo de la Municipalidad de Tisaleo y el Departamento de Investigación de la Facultad de Jurisprudencia y Ciencias Sociales en territorio. La muestra se obtiene con un margen de error del 10% y un nivel de confianza del 93%.

CAPÍTULO III RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Entrevista aplicada a los adultos/as mayores del Cantón Tisaleo escogidos de forma aleatoria a través de la identificación en territorio.

La entrevista para diagnosticar la calidad de vida de los adultos mayores del cantón Tisaleo está compuesta por preguntas semiestructuradas dirigida a cuatro dimensiones de calidad de vida: 1. Condiciones materiales de vida, 2. Determinantes de la salud, 3. Ocio y Relaciones sociales, 4. Experiencias generales de vida (bienestar subjetivo)

3.1 Análisis e interpretación de resultados Datos de identificación

¿Cuál es su edad?

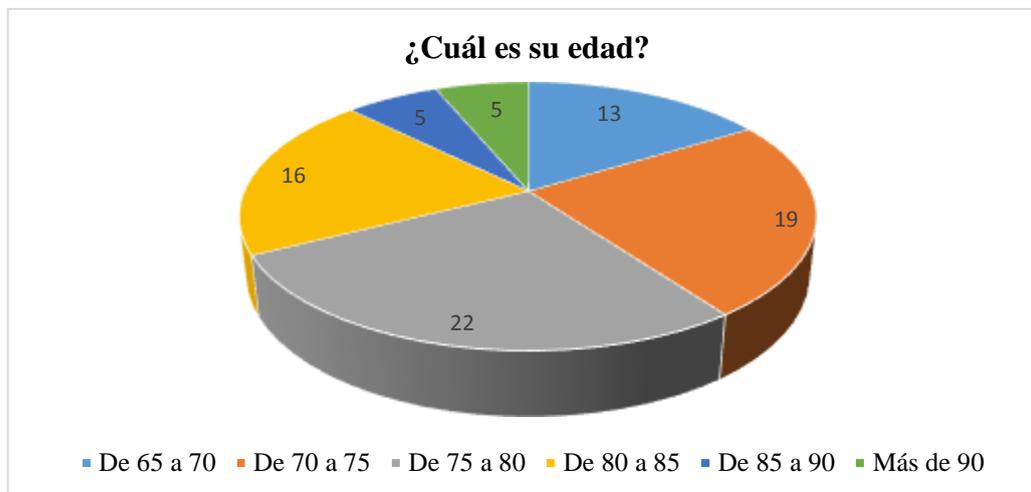
Tabla 1: Población por edad

Edades	Frecuencia	Porcentaje
De 65 a 70	13	16.25%
De 70 a 75	19	23.75%
De 75 a 80	22	27.5%
De 80 a 85	16	20%
De 85 a 90	5	6.25%
Más de 90	5	6.25%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 1: Población por edad



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis e Interpretación:

Las edades entre 75 a 80 años muestran una frecuencia de 22 y un porcentaje de 27.5% siendo la edad promedio de la población 76 años. Con lo cual se cumple el objeto del estudio que evalúa la calidad de vida de los adultos mayores, superando en diez años la edad mínima de la adultez para ser considerado como adulto mayor y ser parte de esta investigación.

¿Cuál es su sexo?

Tabla 2: Población por sexo

Mujer	61,3%
Hombre	38,8%
Total	100 %

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 2: Población por sexo



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 61,3% de la población de estudio son mujeres, mientras que el 38,8% son adultos mayores hombres.

Interpretación

A través de los datos estadísticos se evidencia mayor cantidad de mujeres que de hombres en el cantón Tisaleo.

Condiciones Materiales de vida (CMV)

Pregunta # 1: ¿Cómo valora su economía?

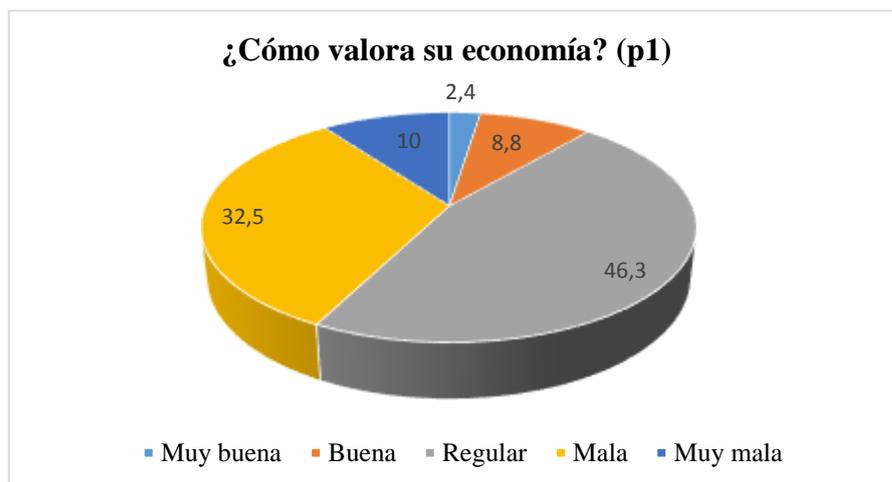
Tabla 3: Valoración de su economía

Muy buena	2.4%
Buena	8.8%
Regular	46.3%
Mala	32.5%
Muy mala	10%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 3: Valoración de su economía



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 46,3% de la población adulta mayor entrevistada refiere que su economía es Regular, el 32,5% la califica como Mala; el 10% valoran su economía como muy mala; en tanto el 8,8% de los entrevistados valoran su economía como buena y sólo un 2,4% valora su economía como muy buena.

Interpretación

Se evidencia que la mayoría de adultos mayores del Cantón Tisaleo mantienen una economía entre regular, mala y muy mala lo que representa que casi la totalidad de personas viven con recursos limitados y que en el mejor de los casos logran cubrir sus más necesidades básicas, debido a que su única fuente de ingreso es la poca producción agrícola que logran sacar al mercado y la bonificación de gobierno que lo invierten en medicamentos o insumos agrícolas y en pocos casos este recurso económico es administrado por terceros sin que el adulto mayor pueda hacer uso del mismo.

En el Ecuador las principales fuentes de ingreso de los Adultos Mayores son el bono de Desarrollo Humano, las ayudas familiares, el trabajo agrícola junto con el cuidado de animales y en pocos casos, especialmente en la zona urbana reciben la pensión jubilar, aunque esta resulte ineficiente debido al elevado costo de productos y servicios en la ciudad (CPD, 2017).

Pregunta # 2: ¿Qué servicios básicos tiene en casa?

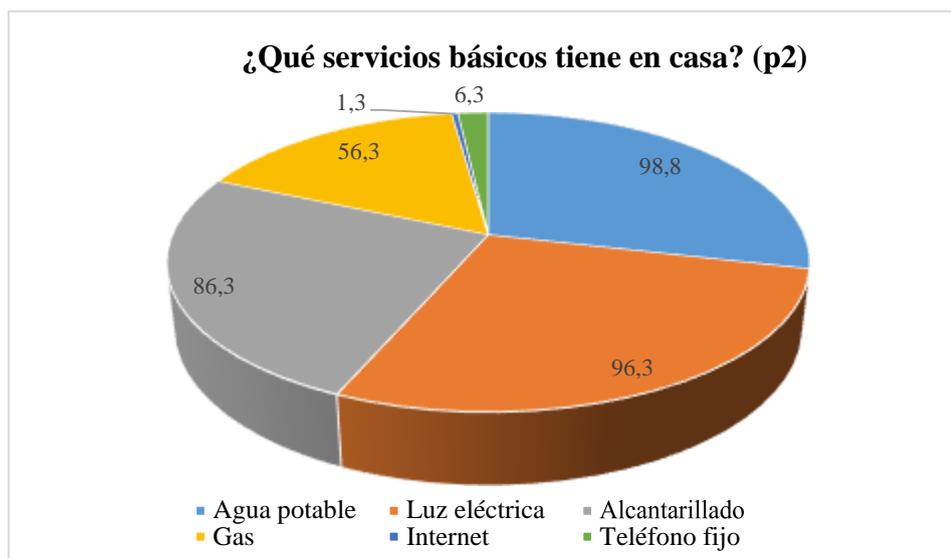
Tabla 4: Servicios básicos que tiene en casa

Agua potable	98.8%
Luz eléctrica	96.3%
Alcantarillado	86.3%
Gas	56.3%
Internet	1.3%
Teléfono fijo	6.3%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 4: Servicios básicos que tiene en casa



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

En cuanto a servicios básicos el 98.8% de la población entrevistada manifiesta contar con agua entubada y/o potabilizada; El 96.3 % afirman contar con luz eléctrica, El 86,3% mencionan tener sistema de alcantarillado público; Un 56,3% afirman no tener acceso a la provisión de gas; sólo el 1,3% de la población tiene acceso al servicio de

internet, la limitada accesibilidad tecnológica hace notar que solo el 6,3% cuenta con una línea telefónica o aparatos tecnológicos.

Interpretación

El saneamiento y el acceso al agua potable es un derecho esencial para llevar una vida con dignidad, especialmente para que se garantice una vivienda óptima y una salud en buen estado. En las zonas urbanas, el 88% de este grupo etario cuentan con agua potable dentro de la vivienda. Solo el 64% de las personas mayores que habitan las zonas rurales cuentan con este servicio, lo que quiere decir que un porcentaje restante busca el abastecimiento de agua, junto con los riesgos que esto implica. Es relevante considerar que no solo el acceso a este recurso es importante, sino también su continuidad. (CEPAL, 2018)

En tanto, en el Cantón de Tisaleo la población adulta mayor afirma en su mayoría contar con el líquido vital, luz eléctrica, y sistema de alcantarillado, aproximadamente la mitad de la población aún hacen uso de leña para preparar sus alimentos por lo que no cuentan con una cocina a gas, así como gran parte de la población no cuenta con acceso a internet ni medios tecnológicos para contactarse con sus familiares en caso de emergencia, representando una necesidad material para ellos/as.

Pregunta # 3: ¿Qué necesidades materiales tiene?

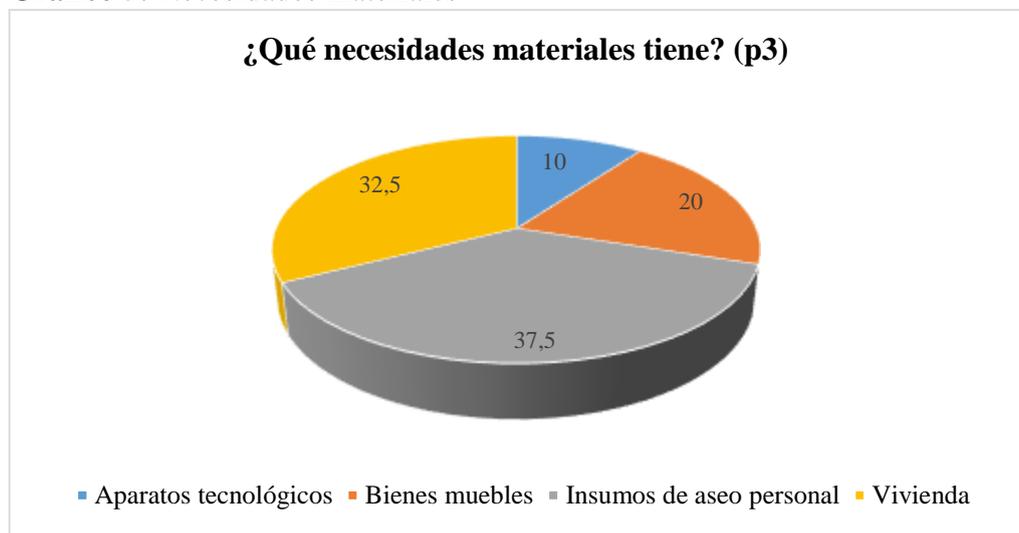
Tabla 5: Necesidades materiales

Aparatos tecnológicos	10%
Bienes muebles	20%
Insumos de aseo personal	37,5%
Vivienda	32,5%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 5: Necesidades materiales



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis:

El 37,5% de los entrevistados afirman no contar con acceso a insumos de aseo personal, mientras el 32,5% afirman no contar con una vivienda adecuada para su supervivencia; En tanto un 20% de la población refiere la necesidad de contar con bienes muebles como: radio, Tv, colchón, ropero o cocina con gas y el 10% de la población entrevistada manifiesta su necesidad material de contar con acceso a aparatos tecnológicos e internet para comunicarse con sus familiares.

Interpretación:

Se puede decir que la vivienda es en la que radica la mayoría de las necesidades materiales que posee el adulto mayor y no solo de bienes muebles o insumos de aseo sino de aspectos fundamentales que componen la vivienda como: habitad seguro, acceso a servicios básicos y dignos, y accesibilidad territorial para evitar la segregación social de este grupo. La vivienda debe ser un espacio habitable que ofrezca espacios adecuados, evitando el hacinamiento de los integrantes, debe protegerlos del frío o inclemencias garantizando su salud física.

Según la Dirección Nacional de Investigación de la Defensoría del Pueblo del Ecuador (DPE) con respecto a vivienda y acceso a servicios básicos de la población adulta mayor, informa que el 78,27% de PAM afirmaron vivir en una casa o villa; el 9,14% afirman vivir en departamento; el 2,31% viven como inquilinos en un cuarto de arriendo; en tanto el 0,008% no posee vivienda y el 9,52% vive en condiciones precarias en covachas, mediaguas o chozas. En cuanto a los servicios básicos el 96,2% cuenta con luz eléctrica; el 73.9% de la población estudiada cuentan con servicios higiénicos con conexión de agua y el 55,5% tiene alcantarillado (Maldonado, 2018).

A través de las estadísticas de la investigación se puede evidenciar que más de la mitad de la población adulta mayor del cantón Tisaleo requieren dentro de sus necesidades materiales más básicas contar con insumos de aseo personal y una vivienda adecuada ya que a pesar de que en muchos casos el lugar en donde habitan es propio refieren tener infraestructura inestable, paredes rotas y movedizas, techo con goteras y grandes agujeros por donde entra frío, así como piso de tierra, afirmando aproximadamente un 15% de la población no contar con baterías sanitarias provocando que hagan uso de acequias cercanas para la evacuación de heces y orines lo que produce inadecuados o limitados hábitos de higiene; precediendo se encuentran la necesidad de bienes muebles y acceso a aparatos tecnológicos e internet para comunicarse con sus seres queridos.

Determinantes de salud (DS)

Pregunta# 4: ¿Cómo valora su Salud?

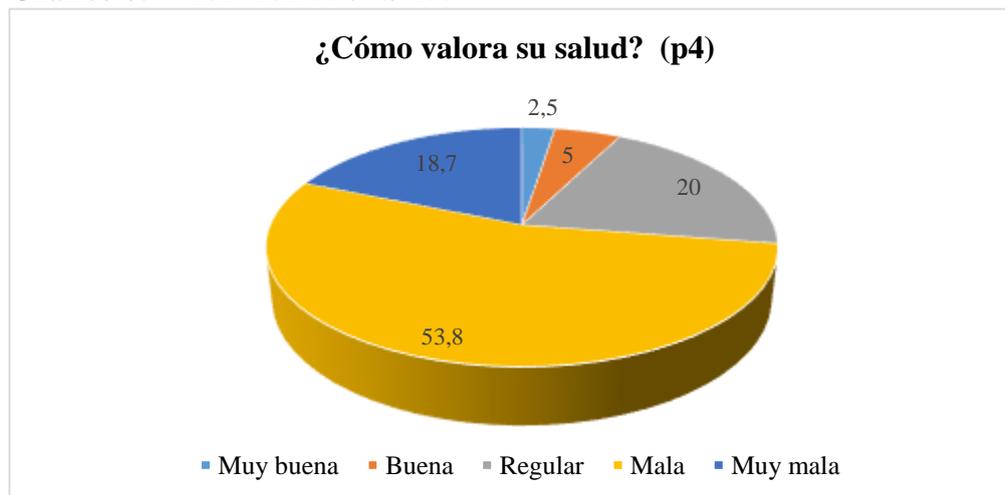
Tabla 6: valoración de su Salud

Muy buena	2.5%
Buena	5%
Regular	20%
Mala	53.8%
Muy mala	18.7%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 6: Valoración de su Salud



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis:

El 53,8% de las personas adultas mayores entrevistadas afirman tener una Mala salud; el 20% una salud Regular; el 18,7% manifiestan tener una Muy mala salud; en tanto el 5% de adultos mayores afirma tener una Buena salud y solo el 2,5% afirman tener una Muy Buena salud.

Interpretación:

Se evidencia que la mayoría de los adultos mayores del cantón Tisaleo valoran su salud entre regular, mala y muy mala siendo aproximadamente la mitad de la población objetivo mujeres quienes más refiere esta condición, esto debido a los problemas surgidos a lo largo de su historia personal, Según Barrantes (2006) afirma que las mujeres presentan mayor afectación a la salud en la tercera edad debido a causas como: limitada nutrición, abortos eventuales, complicaciones en embarazos, violencia, jornada laboral doble y enfermedades no tratadas entre otras causas.

Para la CEPAL (2008) la salud incide en la calidad de vida de las mujeres debido a que son quienes más tiempo viven con alguna limitación causada por factores como: diabetes, enfermedades respiratorias, enfermedades cardiovasculares y las enfermedades vinculadas a los órganos de los sentidos.

Pregunta# 5: ¿Usted tiene alguna enfermedad?

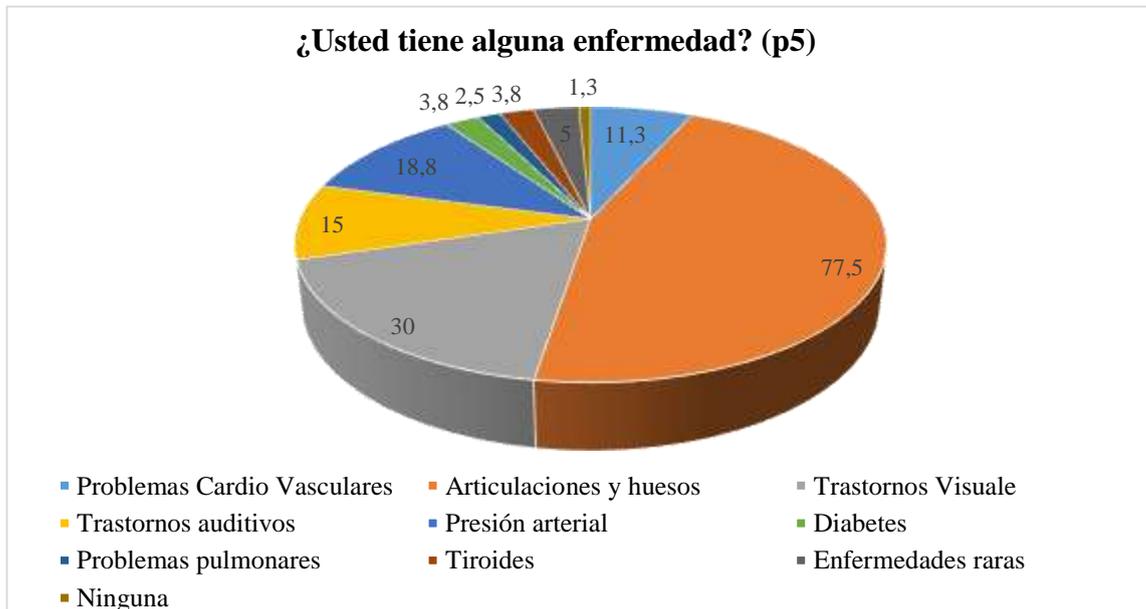
Tabla 7: enfermedades

Problemas Cardio Vasculares	11.3%
Articulaciones y huesos	77.5%
Trastornos Visuales	30%
Trastornos auditivos	15%
Presión arterial	18.8%
Diabetes	3.8%
Problemas pulmonares	2.5%
Tiroides	3.8%
Enfermedades raras	5%
Ninguna	1.3%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 7: Enfermedades



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

La población adulta mayor cuenta con más de una enfermedad por individuo, por lo tanto, el porcentaje será de acuerdo con cada problema de salud que el sujeto a valorado tener o haya sido diagnosticado de forma clínica, es así que: El 77,5% de la población adulta mayor afirma que el problema en articulaciones y huesos afectan a su salud; el 30% menciona tener trastornos visuales; el 18,8% refieren tener problemas de presión arterial; el 15% de los adultos mayores mencionan tener trastornos auditivos; el 11,3% problemas cardiovasculares; el 3,8 afirman tener enfermedades entre diabetes y tiroides; en tanto el 2,5% afirman tener problemas pulmonares y sólo el 1,3% consideran no tener ninguna enfermedad.

Interpretación

La degeneración progresiva del Adulto Mayor hace que su salud sea más vulnerable puesto que en el transcurso del envejecimiento una persona puede portar varias enfermedades y complicaciones al mismo tiempo esto a causa del deterioro de sus órganos, provocando la pérdida de reservas funcionales. Siendo este el caso de la población de estudio por lo que se ha tomado en cuenta la prevalencia más alta de las enfermedades que padecen los adultos mayores, sobresaliendo: problemas en articulaciones y huesos, trastornos visuales, presión arterial, y trastornos auditivos.

Según estadísticas a nivel de América Latina se evidencia que las limitaciones o dificultades que mayormente afecta a la población de 60 años o más, son aquellas para ver, oír, caminar o subir gradas (CEPAL, 2017).

A nivel nacional de acuerdo con la encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) uno de cada tres adultos mayores en el Ecuador presenta alguna enfermedad crónica; El 60% de la población en tanto, tiene trastornos visuales o auditivos, lo que afecta en sus actividades diarias y por lo tanto su calidad de vida. Se puede corroborar a través de la investigación que en el cantón Tisaleo la enfermedad más prevalente son los dolores de articulaciones y huesos, seguida de los trastornos sensitivos.

Pregunta# 6: ¿Tiene problemas de movilidad?

Tabla 8: problemas de movilidad

Si	35%
No	65%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 8: Problemas de movilidad



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis:

El 65% de la población refieren no tener problemas en su movilidad física, en tanto el 35% afirma tener problemas para moverse.

Interpretación:

A pesar de que la enfermedad más prevalente sea el problema en articulaciones y huesos, más de la mitad de la población entrevistada menciona no tener problemas de

movilidad ya que pueden realizar actividades como ir a la tienda, preparar alimentos, acudir al grupo de adultos mayores o labores del campo, pero sin sobre esfuerzo; por otro lado más de la cuarta parte de la población afirma tener dificultades con su movilidad al imposibilitar de forma parcial o total algunas actividades diarias, evidenciando que en este grupo aproximadamente el 20% de la población entrevistada afirma tener algún Tipo de discapacidad, sin que esto signifique que han sido debidamente valorados y carnetizados como personas con discapacidad, más su situación de salud limitada y poca movilidad les hace pensar que constituirá como discapacidad.

En el 2002 la OMS proyectó que para este año 2020, más de 10 millones de personas mayores sufrirán de dependencia severa por lo que implicará la necesidad de cuidados especiales en su vida cotidiana, para el 2030 serán 14 millones y en el 2050 se duplicará a 22 millones de personas de 60 años o más con esta problemática, esto debido a la baja tasa de mortalidad y los patrones de enfermedad que producen discapacidades o trastornos crónicos en la salud de los adultos mayores (CEPAL, 2018).

Pregunta# 7: ¿Considera que la atención en el servicio de salud pública de su localidad es de calidad?

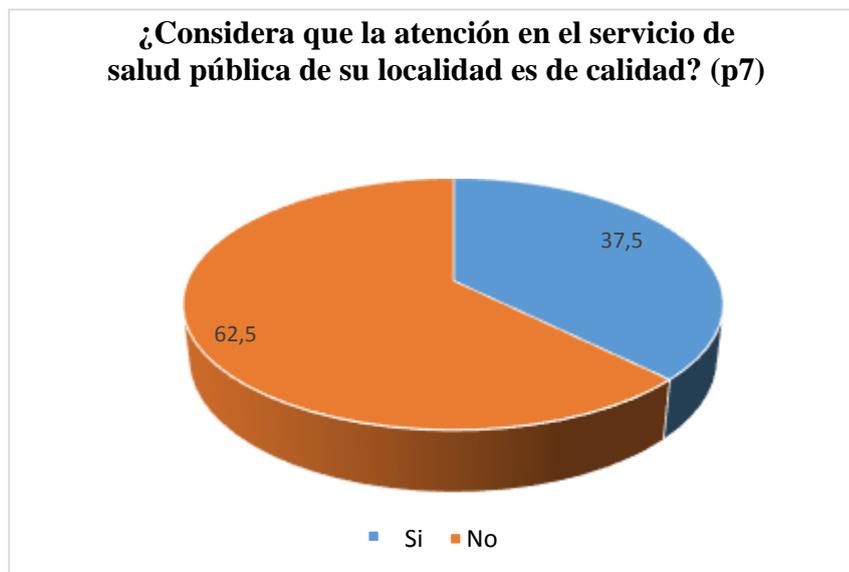
Tabla 9: calidad del servicio de salud pública de su localidad

Si	37.5%
No	62.5%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 9: Calidad del servicio de salud pública de su localidad



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 62,5% de la población adulta mayor manifiesta que no existe una atención de

calidad en el servicio de salud pública, en tanto el 37,5% afirma que si han sido atendidos con calidad en el servicio de salud pública.

Interpretación

A pesar de que la mayoría de la población entrevistada afirma asistir o haber asistido alguna vez al Servicio de Salud Pública (SSP) más de la mitad de la población adulta mayor considera que existe una mala atención profesional en el Centro de Salud de Tisaleo por lo que muchos prefieren visitar el Centro de Salud de Quero o el Hospital General en Ambato, dificultando en algunos casos su movilidad y causando que el adulto mayor compre medicamento para el dolor en las farmacias más cercanas en lugar de visitar al médico público de su localidad.

Según el Consejo para la Protección de Derechos - Quito, en su agenda, detalla la percepción de la población mayor en cuanto a algunos servicios públicos brindados. Así en el ámbito de la salud figuran factores como: los procedimientos engorrosos para adquirir medicamentos, la demora en entrega de turnos médicos y la atención no oportuna (CPD, 2017).

Pregunta# 8: ¿Es fácil para usted adquirir medicamentos en el sistema público?

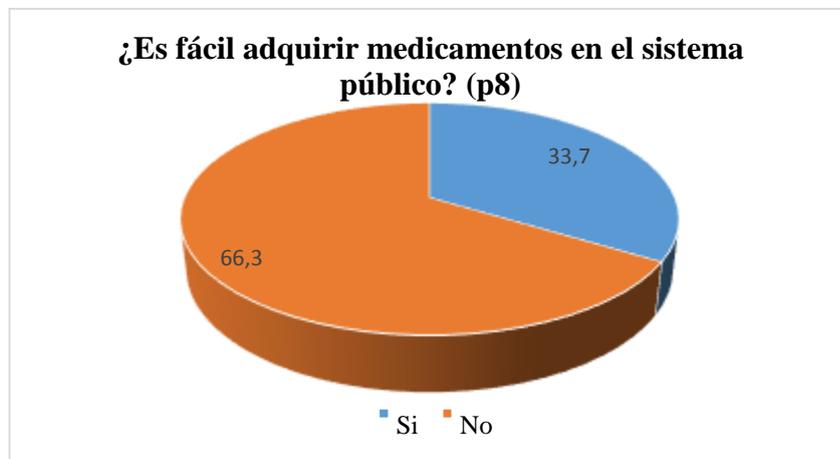
Tabla 10: Adquirir medicamentos en el sistema público

Si	33.7%
No	66.3%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 10: Adquirir medicamentos en el sistema público



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 66,3% de adultos mayores mencionan que no es fácil adquirir medicamentos en el sistema público, en tanto el 33,7% considera fácil adquirir medicamentos en el sistema público.

Interpretación

Más de la mitad de la población manifiestan que no existe facilidad para adquirir medicamentos en el sistema de salud pública por lo que se puede evidenciar que son en su mayoría los mismos que consideran que la atención en el SSP no es de calidad; una de las principales causas para que la medicación les resulte inaccesible es porque

los hospitales o centros de salud no cuentan con los medicamentos que requieren, siendo el gasto en medicina uno de los principales egresos que tienen los adultos mayores en su limitada situación económica.

Pregunta #9: ¿Cómo es su alimentación Diaria?

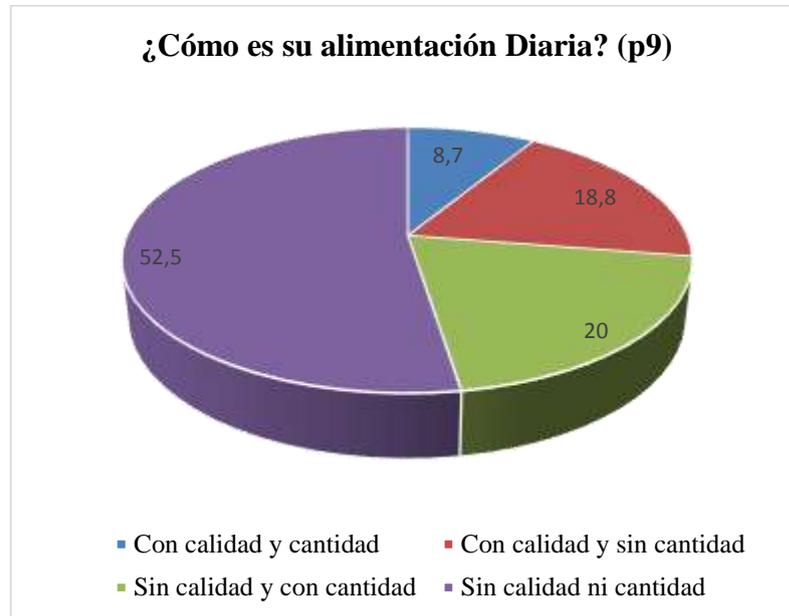
Tabla 11: Alimentación diaria

Con calidad y cantidad	8.7%
Con calidad y sin cantidad	18.8%
Sin calidad y con cantidad	20%
Sin calidad ni cantidad	52.5%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 11: Alimentación diaria



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 52,5% de la población adulta mayor menciona que su alimentación diaria es sin calidad ni cantidad; el 20% afirma que su alimentación es sin calidad y con cantidad;

el 18,8% refieren alimentarse con calidad y sin cantidad, en tanto solo el 8,7% de la población se alimenta con calidad y cantidad

Interpretación

Contreras et al. (2013) recalca la importancia de las estrategias para optimizar el estado nutricional puesto que deben ser individualizadas y tratadas, considerando las condiciones y determinantes que alteren el apetito como: la depresión, el dolor, o la salud oral. En pacientes institucionalizados deben evitarse periodos prolongados de ayuno, se debe optimizar el apoyo familiar e institucional para la asistencia con la alimentación.

Para los adultos/as mayores del Cantón Tisaleo otro determinante de la salud es la alimentación. El 52,5% de la población entrevistada afirma alimentarse sin calidad ni cantidad, refiriendo comer menos de tres veces al día y generalmente solo carbohidratos como papas, fideo, arroz o pan sin ningún tipo de proteína como carne o pollo, el consumo de este alimento es escaso; en tanto el 20% de adultos mayores mencionan que su alimentación es sin calidad pero con cantidad, es decir, comen entre 3 o 4 veces al día pero de igual forma la porción de carbohidratos es elevada y la proteína es ausente. El 18,8% afirman que su alimentación es con calidad y sin cantidad, es decir que existe consumo de proteínas, frutas, carbohidratos y legumbres, pero en cantidad de dos o tres veces por día; Cabe mencionar que una causa del frecuente consumo de carbohidratos es porque en su mayoría ya no cuentan con salud bucal y la carencia de piezas dentales los obliga a comer alimentos blandos que estén a su alcance. Solo el 8.8% de los entrevistados mencionan alimentarse con calidad y cantidad, es decir, hasta cuatro veces al día con una dieta equilibrada entre proteínas, carbohidratos e incluso consumo frecuente de frutas y bebidas caseras nutritivas para cuidar su salud y prevenir cualquier malestar.

Ocio y Relaciones Sociales (O.RS)

Pregunta# 10: ¿Cuáles son sus redes socio -familiares?

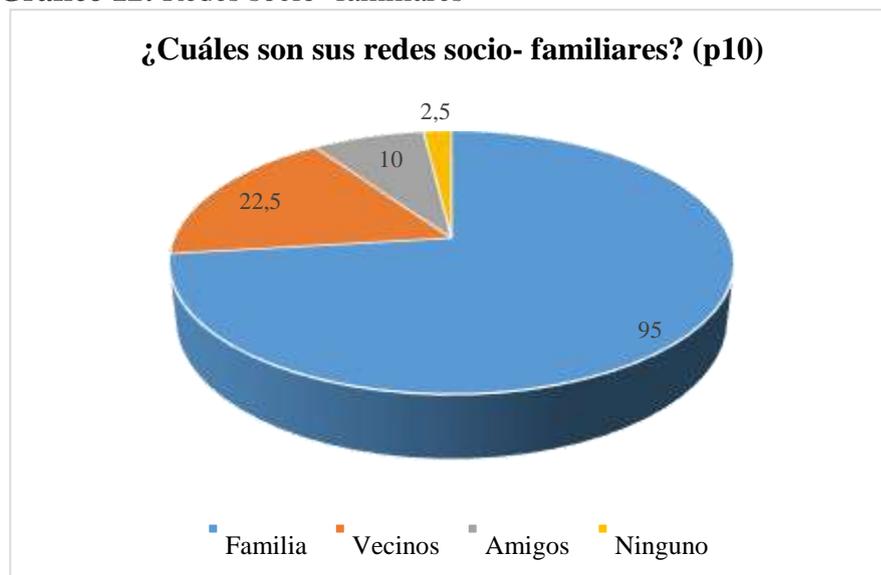
Tabla 12: Redes socio -familiares

Familia	95%
Vecinos	22.5%
Amigos	10%
Ninguno	2.5%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 12: Redes socio -familiares



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

La población adulta mayor cuenta con más de una red de apoyo por individuo, por lo tanto, el porcentaje será de acuerdo con cada red que el sujeto a identificado, es así que: El 95.0 % de las personas adultas mayores afirman que cuentan con una red de apoyo basada en su sistema familiar; El 22.5% refieren también a sus vecinos como

una red de apoyo; El 10% en tanto consideran a sus amigos como una red de apoyo y el 2,5% no considera contar con ninguna red de apoyo.

Interpretación

La mayoría de las personas adultas mayores cuentan con más de una red de apoyo, es decir, no solo la red basada en su sistema familiar; sino también refieren a sus vecinos y amigos como una red de apoyo siendo estos últimos parte de su contexto al pertenecer a su barrio, vecindad o al grupo de apoyo al adulto mayor del proyecto mis mejores años. En cuanto a la relación con sus redes de apoyo dentro de este apartado se ha evidenciado que aproximadamente el 72,5% de la población de estudio califica la convivencia con sus redes de apoyo (familia, vecinos y amigos) como Buena y muy buena, mientras que el 27.5% afirman que su convivencia es entre regular y mala, de este porcentaje la mayoría de los encuestados manifiestan haber sufrido al menos un tipo de violencia ya sea psicológica, física o patrimonial.

La relación que tienen las PAM con su entorno y su familia es necesario para delimitar sus redes de apoyo familiar y social, de la convivencia afectuosa con ellos depende su autoestima y su autovaloración con respecto al entorno. Los principales problemas que enfrentan los adultos mayores en la familia son el distanciamiento con sus hijos al no existir corresponsabilidad con sus padres e incluso la relación entre esposos también es distante (CPD, 2017).

Pregunta# 11: ¿Qué hace en su tiempo libre?

Tabla 13: Tiempo libre

Encuentro con otros adultos mayores	28.8%
Actividad artística o deportiva	7.5%
Actividad religiosa	13.8%
Paseos	25%
Visita a familiares	13.8%
Ninguna	11.1%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 13: Tiempo libre



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 28,8% de la población de estudio afirma acudir a encuentros con otros adultos mayores en su tiempo libre; el 25% dar un paseo; el 13.8% comparten tiempo entre la actividad religiosa y visita a familiares; el 7,5% practican alguna actividad artística o deportiva en su tiempo libre y existe el 11,1% que mencionan no realizar ninguna actividad en el tiempo libre.

Interpretación

A pesar de que el adulto/a mayor ocupe gran parte de su tiempo en actividades del campo, cuidado y crianza de animales, o actividades domésticas, a través del análisis de datos se evidencia que casi la mayoría de la población adulta mayor ocupan su tiempo libre en alguna actividad que les resulta atractiva como: encontrarse con otros adultos mayores, no solo dentro del grupo “mis mejores años”, en algunos casos, sino también con su comunidad, salir a dar un paseo, acudir a visitas familiares o actividades religiosas e incluso realizar actividades artísticas o deportivas sin sobre esfuerzo. A excepción del 11.1 % que afirman no realizar ninguna actividad de esparcimiento, esto generalmente por que pertenecen al grupo de personas que tienen dificultades en su movilidad o centran su ocupación solo en actividades del campo limitando su tiempo de recreación.

El ocio y las actividades del tiempo libre en este grupo etario son fundamentales para sobrellevar esta etapa de la vida, configura determinados hábitos y estilos de vida, las labores domésticas y la familia se convierten en un sustituto del empleo, conservando la identidad, sociabilidad y autoestima (Infante, 2018).

Experiencia general de vida del Adulto Mayor

Pregunta# 12: ¿Usted con quién vive?

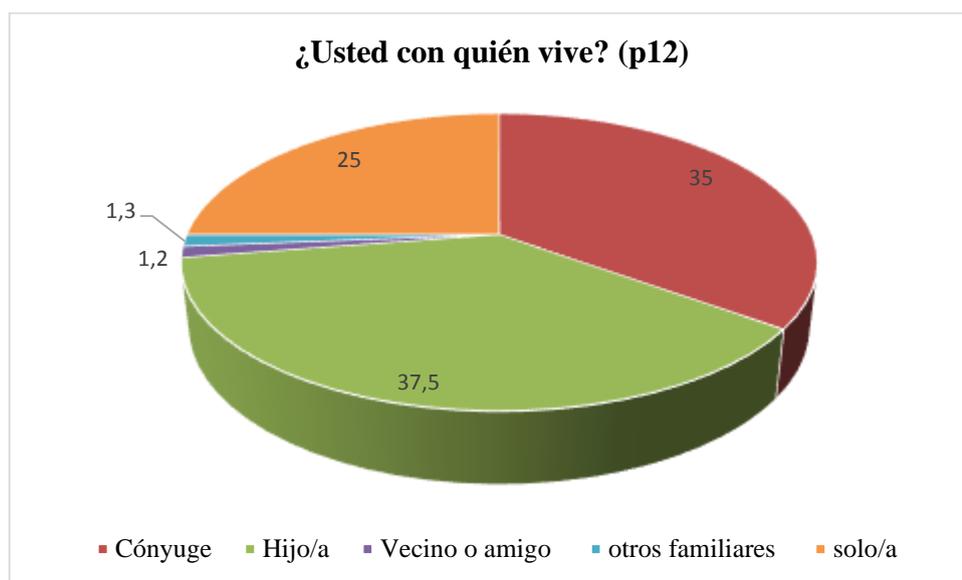
Tabla 14: Con quién vive

Cónyuge	35%
Hijo/a	37,5%
Vecino o amigo	1,2%
otros familiares	1,3%
solo/a	25%
Total	100

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 14: Con quién vive



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 37,5% de la población objetivo afirma que vive acompañado de un hijo/a; El 35% de adultos mayores refieren vivir con su conyugue; El 25% de adultos mayores afirman vivir solos; En tanto el 1,3% menciona vivir con otros familiares; así también El 1,2%

afirman vivir con vecinos o amigos.

Interpretación

En el Ecuador según el INEC, el 11% de personas adultas mayores viven en soledad, Un 49% son quienes viven acompañados con un hijo/a; 16% con un nieto, 15% con un esposo/a o compañero (CPD, 2017).

En la realidad local del cantón Tisaleo se evidencia que en su mayoría la población vive acompañada por un hijo/a, conyugue, vecino/amigo u otros familiares. En tanto el 25 % de la población adulto mayor refieren vivir solos. El convivir con familiares o amigos y que estos se conviertan en una red de apoyo para el adulto/a mayor no siempre determina que la relación y convivencia sea sana puesto que en algunos casos se ha identificado sentimientos de soledad, tristeza o incluso algún tipo de violencia ejercida por los convivientes; así también cabe resaltar que en algunos casos el vivir solos los hace concebirse independientes y respetuosos de la privacidad de sus hijos independizados ya que no quieren ser molestia para ellos.

Pregunta# 13: ¿Usted cuida a un familiar o conocido?

Tabla 15: Cuida a un familiar o conocido

Si	8,8%
No	91,2%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 15: Cuida a un familiar o conocido



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 91,2% de las personas Adultas mayores entrevistadas afirman no ser cuidadores de familiares o conocidos, en tanto un 8,8% mencionan cuidar algún familiar o conocido

Interpretación

En Latinoamérica existe un gran número de personas mayores que ejercen como cuidadores no remunerados, ocupándose de sus parejas, familiares o amigos. Otra particularidad es que aparte de la edad, un 38,8% invierten 20 horas o más a la semana

al cuidado no remunerado y más del 25,3 % dedican hasta 50 horas a la semana a esta actividad (CEPAL, 2018).

En la realidad local del cantón Tisaleo de la provincia de Tungurahua se evidencia que la mayoría de la población adulta mayor no son cuidadores de familiares o conocidos sin embargo una pequeña parte cuidan de familiares menores de edad o con discapacidad, lo que complica su vejez porque esto significa esforzadas responsabilidades de cuidado en salud, educación y alimentación que el adulto mayor muy difícilmente puede cubrir y sostener con sus recursos limitados.

Pregunta # 14: ¿Tiene algún problema de salud mental?

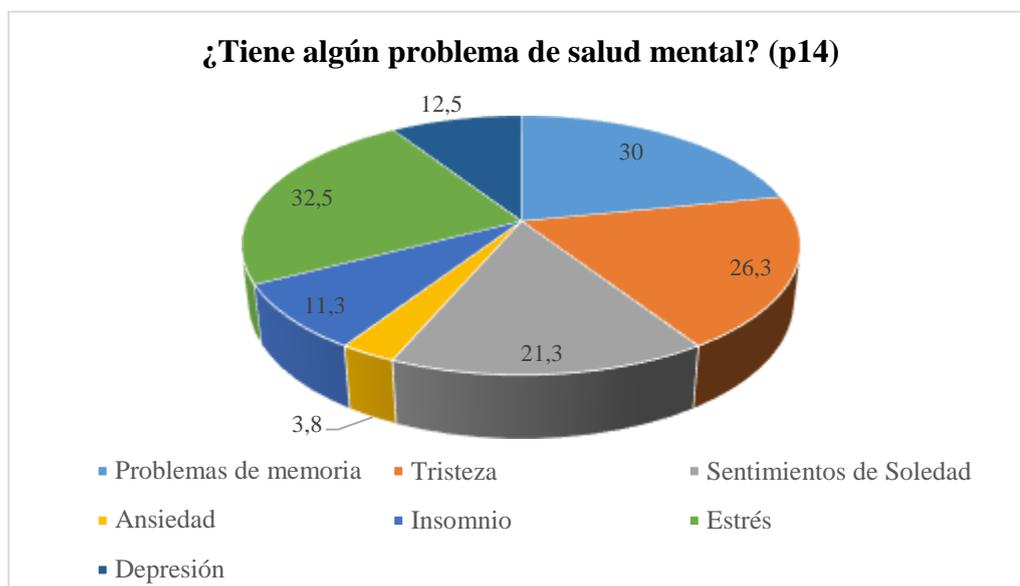
Tabla 16: Problema de salud mental

Problemas de memoria	30%
Tristeza	26,3%
Sentimientos de Soledad	21,3%
Ansiedad	3,8%
Insomnio	11,3%
Estrés	32,5%
Depresión	12,5%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 16: Problema de salud mental



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis:

La población adulta mayor refiere contar con uno o varios problemas de salud mental por individuo, por lo tanto, el porcentaje será de acuerdo a cada problema de salud mental que el sujeto a valorado tener o a su vez haya sido diagnosticado de forma clínica, es así que: El 32,5% de la población adulta mayor afirma tener estrés; El 30% mencionan tener problemas de memoria; El 26,3% de adultos mayores afirman sentir tristeza; El 21,3% comentan tener sentimientos de soledad; El 12,5 % mencionan tener depresión; el 11,3% de los entrevistados afirman tener insomnio; en tanto el 3,8% de la población objetivo refieren tener problemas de ansiedad.

Interpretación:

Los problemas psicológicos que aquejan a este grupo están compuestos por estrés, pérdida de memoria, acompañados de tristeza y sentimientos de soledad. Cabe aclarar que, si bien el porcentaje de personas que viven solos se aproxima al porcentaje de personas que cuentan con sentimientos de soledad, no necesariamente significa que esta característica genere aquel sentimiento puesto que aproximadamente la cuarta parte de la población que refieren esa condición viven acompañados/as por un conyugue o hijo/a. Así quienes manifiestan tener depresión son quienes se enfrentan a constantes pérdidas como la muerte de su conyugue o la pérdida de las funciones físicas, biológicas o cognitivas que les aqueja.

Para la Organización Mundial de la Salud existen varios factores de riesgo que interfieren en la salud mental del adulto mayor y algunos se relacionan con elementos sociales, psíquicos y biológicos así como las formas en que el adulto/a mayor enfrenta el mundo y que pueden generar una gran tensión, los dolores crónicos que producen las enfermedades que aparecen con la edad y generan dificultad de movimiento o discapacidad, el duelo por la muerte de un ser querido, el descenso socioeconómico por jubilación, todos estos factores pueden generar pérdida de la independencia, estrés, angustia, sentimientos de soledad o depresión en este grupo etario (OMS, 2017).

Pregunta # 15: ¿Se siente satisfecho con su vida?

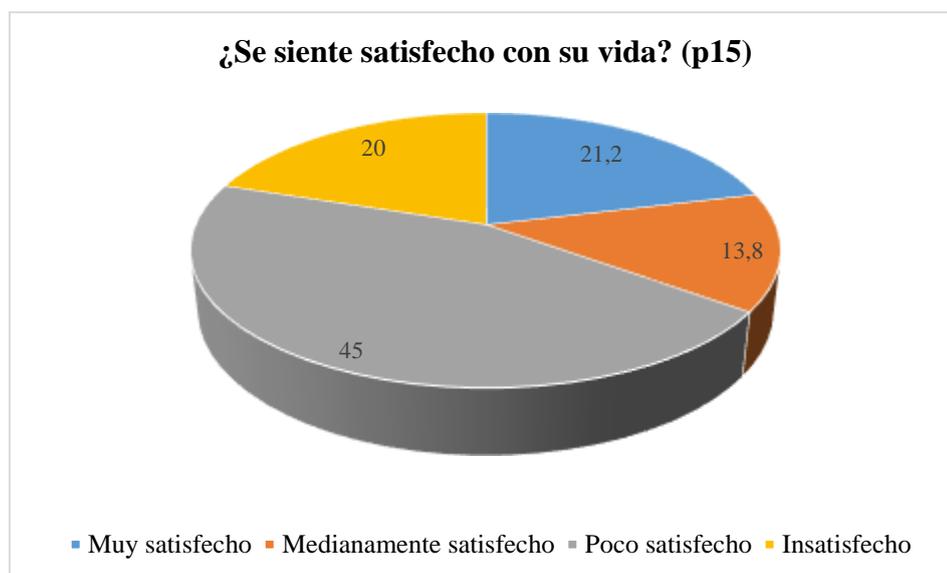
Tabla 17: Satisfacción con su vida

Muy satisfecho	21,2%
Medianamente Satisfecho	
Poco satisfecho	45%
Insatisfecho	20%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 17: Satisfacción con su vida



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

El 45% de la población de estudio afirma encontrarse poco satisfecho con su vida, en tanto el 21,2 % de la población afirman sentirse Muy satisfecho con su vida; El 20% menciona sentirse insatisfecho con su vida y el 13,8% refieren sentirse medianamente satisfecho/a con su vida.

Interpretación:

Más de la mitad de la población refieren sentirse Poco satisfechos e insatisfechos con su vida, lo que evidencia que en su mayoría no conciben de forma satisfactoria su historia de vida, en tanto más de la cuarta parte manifiestan sentirse satisfechos y medianamente satisfechos con su vida. Estas características de: “satisfacción y no satisfacción” son subjetivas y pueden responder a la influencia del estado económico, socio familiar y de salud del adulto mayor.

Según el INEC, El 81% de adultos mayores a nivel nacional están satisfechos con su vida, el 28% se siente desamparado, el 38% a veces siente que su vida está vacía y el 46% piensa que algo malo le puede suceder. El 83% de adultos mayores indican que su satisfacción de vida aumenta cuando viven en compañía de alguien, en comparación con aquellos que viven solos en un 73% (CPD, 2017).

Pregunta# 16: ¿Ha sufrido algún Tipo de Violencia Intrafamiliar?

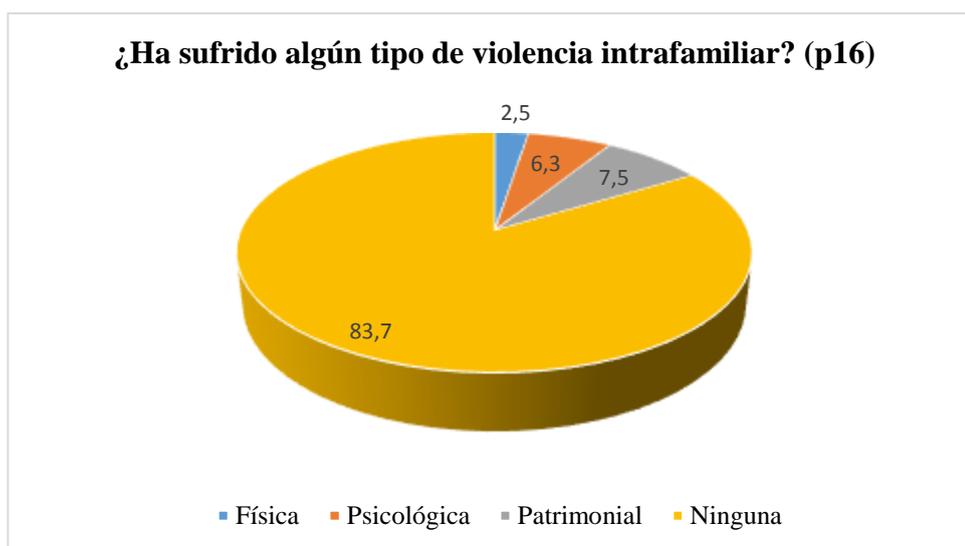
Tabla 18: Tipo de violencia intrafamiliar

Física	2,5%
Psicológica	6,3%
Patrimonial	7,5%
Ninguna	83,7%
Total	100%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 18: Tipo de violencia intrafamiliar



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis:

El 83,7% de adultos mayores mencionan no haber sufrido algún tipo de violencia dentro de su sistema familiar; en tanto el 7,5% expresa haber sufrido violencia

patrimonial; el 6,3% violencia psicológica y el 2,5 % violencia física.

Interpretación:

Si bien se presume que la mayoría de adultos mayores no han sufrido algún tipo de violencia intrafamiliar, se debe distinguir dentro de sus discursos factores de riesgo que pueden ser naturalizados o invisibilizados por ellos sin valorar algún tipo de violencia, es por ello que dentro de las entrevistas menos de la cuarta parte de la población manifestó que sufría algún tipo de violencia, entre ellas se encuentra primero la violencia patrimonial, seguida por violencia psicológica y la violencia física.

La violencia hacia los adultos mayores es una realidad a nivel nacional y un problema social y de salud pública. El 16,7% de las mujeres entre 60 y 74 años son las que más sufren maltrato en comparación con el 13,2% de los hombres adultos mayores. Las formas más recurrentes de abuso hacia los/as mayores es la negligencia en un 14,9%; violencia psicológica en un 16,4% y abuso económico en un 6,4% (CPD, 2017).

Pregunta # 17: ¿Qué le gustaría que las autoridades hicieran por usted?

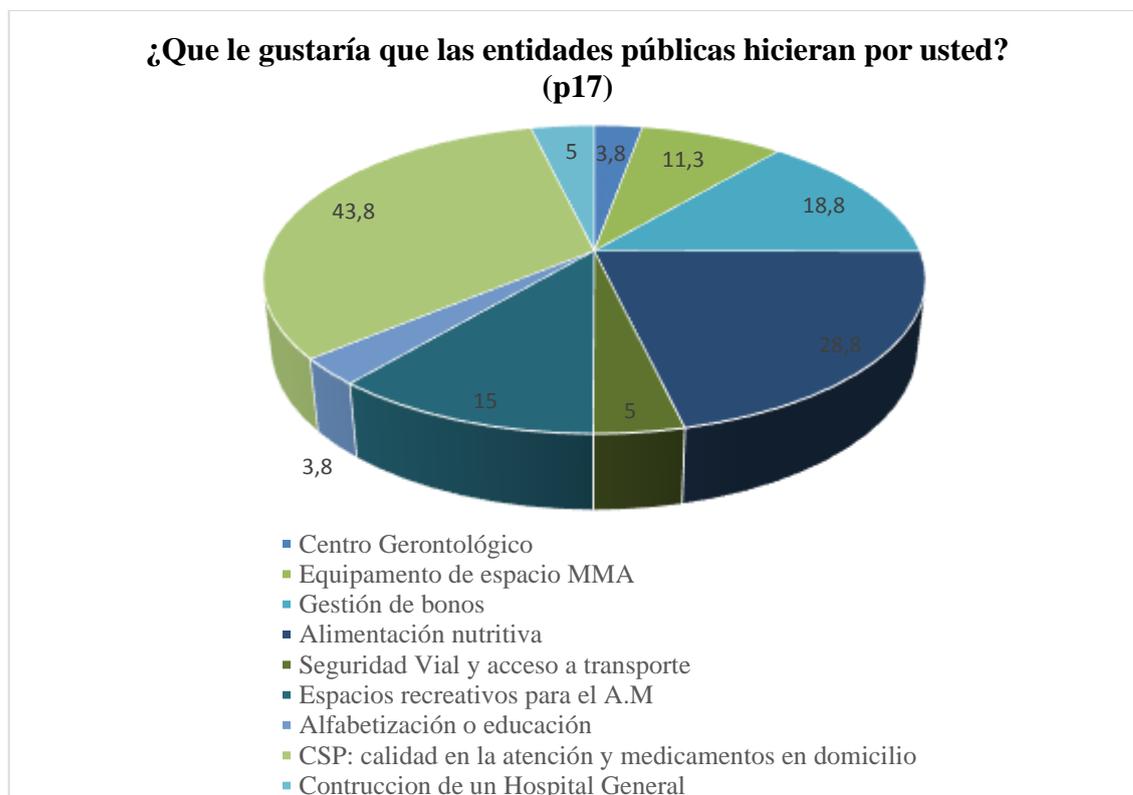
Tabla 19: Que le gustaría que las autoridades hicieran por usted

Centro Gerontológico	3,8%
Equipamiento de espacio MMA	11,3%
Gestión de bonos	18,8%
Alimentación nutritiva	28,8%
Seguridad Vial y acceso a transporte	5%
Espacios recreativos para el A.M	15%
Alfabetización o educación	3,8%
CSP: calidad en la atención y medicamentos en domicilio	43,8%
Construcción de un Hospital General	5%

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Gráfico 19: Le gustaría que las autoridades hicieran por usted



Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Entrevista Adultos mayores

Análisis

La población adulta mayor refiere más de una demanda por individuo, por lo tanto, el porcentaje será de acuerdo con cada área en la que el actor social haya valorado alguna necesidad o petición al municipio de Tisaleo para su intervención, es así que: El 43,8% solicitan una atención de calidad en el Centro de Salud Pública junto con la entrega de medicamentos al domicilio; El 28,8% afirman requerir alimentación nutritiva; El 18,8% requieren gestión de Bonos; El 15% de la población adulta mayor ven necesario incrementar los espacios recreativos para el grupo etario; El 11,3% requieren equipamiento del espacio para el proyecto Mis mejores años; El 5% menciona la necesidad de la construcción de un Hospital General, así como seguridad vial y acceso a transporte; y solo El 3,8% de la población demandan un Centro Gerontológico para el adulto mayor, así como actividades de Alfabetización o educación.

Interpretación

Según Aleaga (2018) Para formular políticas públicas a nivel local resulta elemental un mecanismo diagnóstico que identifique vulnerabilidades y prioridades expresadas por los grupos prioritarios con el objetivo de valorar riesgos y el tratamiento o intervención que requieran los adultos mayores en las diferentes áreas, por ello que se han identificado las necesidades más importantes en las distintas áreas que conllevan bienestar para el adulto mayor. Es así que:

La población objetivo tiene mayor demanda de un servicio de salud con calidad y accesibilidad de medicamentos al domicilio debido a que en muchos de los casos la inaccesibilidad a la medicina o el pésimo servicio es un factor determinante para su calidad de vida afectando directamente a su bienestar físico; Otra necesidad evidenciada es la alimentación nutritiva, puesto que gran parte de la población mantiene una dieta diaria sin calidad ni cantidad. Así también la limitada situación económica de algunos adultos mayores hace que demanden apoyo a través de algún bono de gobierno debido a que en algunos casos este beneficio se les ha sido retirado

o nunca otorgado por poseer terrenos o propiedades, otros en tanto temen perderlo, por lo que requieren orientación, información y gestión de esta bonificación en casos de pobreza y pobreza extrema. Por otro lado, casi un cuarto de la población requiere el incremento de espacios recreativos para el adulto mayor y el equipamiento del espacio de encuentro del proyecto “Mis mejores años”. En tanto en un porcentaje reducido demandan la construcción de un Hospital, ofrecido por las autoridades locales, seguridad vial y acceso a transporte para algunos casos en donde su movilidad física es limitada, así como la construcción de un centro gerontológico y actividades de alfabetización o educación para el adulto mayor.

3.2 Diagnóstico social final de la calidad de vida del adulto mayor

Fase Descriptiva – Antecedentes:

La presente Investigación corresponde a la fase # 2 del “Proyecto integrador para mejorar la calidad de vida de las personas mayores en la localidad de Tisaleo” establecido por la Universidad Técnica de Ambato con la Dirección de Investigación y Desarrollo (DIDE) y la Municipalidad de Tisaleo con el objetivo de diagnosticar la calidad de vida del Adulto Mayor y conocer sus necesidades y condiciones de vida en lo material, la salud, el ocio, la recreación y la experiencia general de vida para elaborar estrategias de intervención y políticas públicas.

Con este antecedente se activa el recurso humano (Docentes Investigadores, autoridades Municipales y estudiantes investigadores de la FJCS-UTA) para explorar la realidad social local e individual de este grupo etario en territorio.

El Cantón Tisaleo tiene aproximadamente 13.000 habitantes que representan el 1,7 % del Territorio de la Provincia de Tungurahua, el 89,5% de su población habita en zonas rurales y su principal actividad económica se centra en la agricultura y ganadería. Según el INEC 2010 la pobreza por Necesidad Básica Insatisfecha (NBI) en el cantón es de 3,4% con respecto a la Provincia. En la población la tasa de analfabetismo es mayor en las mujeres con un 9.2% con relación al 5.2% de los hombres. Los Indicadores sociales del Cantón se basan en los programas sociales dirigidos a grupos prioritarios como: Niños/as, Madres, Adultos/as Mayores y personas con discapacidad entre los principales se encuentran: El bono de desarrollo Humano con alrededor de 2.000 beneficiarios, así también el MIES a través de los servicios de atención a la infancia y al adulto mayor, ofreciendo un servicio integral. Sin embargo, pese a la existencia de estos programas, no todos son participes debido a la accesibilidad territorial por ello la importancia de la presente investigación al indagar las principales necesidades de los /las adultas mayores y proponer estrategias sostenibles que beneficien a la mayoría de la población objetivo a largo plazo, considerando sus demandas y estilos de vida. La población de estudio está compuesta por 80 adultos/as mayores seleccionados de forma aleatoria y entrevistados en el casco céntrico de Tisaleo y en la parroquia de Quinchicoto con sus caseríos: El Chilco – la esperanza,

Santa Marianita, Santa Lucía y el barrio la dolorosa. El 61.3% son mujeres y el 38.8% son hombres. La media en edad de la población objetivo es de 76 años. De esta muestra poblacional se recopiló información de 4 dimensiones de calidad de vida mencionadas anteriormente y las cuales se interpretarán para concluir la realidad del adulto/a mayor del Cantón.

Fase Valorativa:

En esta fase se interpreta la información recopilada, organizada y cuantificada en las cuatro dimensiones de calidad de vida.

Tabla 20: Fase Valorativa

Dimensiones C.V	Valoración e Interpretación de la C.V de los Adultos/as Mayores
Condiciones materiales de vida (situación económica, servicios básicos, necesidades materiales)	<ul style="list-style-type: none"> -Autopercepción negativa de su condición económica debido a limitados ingresos económicos -Cuentan con acceso al líquido vital y demás servicios básicos a excepción de medios tecnológicos como internet o teléfono para comunicarse con sus familiares. -Existen necesidades materiales identificadas en vivienda valoradas como primordiales (infraestructura inestable, insumos de aseo, y adecuación se baterías sanitarias)
Determinantes de la salud (valoración de salud, enfermedad, movilidad, accesibilidad en atención médica, medicamentos y alimentación)	<ul style="list-style-type: none"> -Los adultos/as mayores mantienen una autovaloración negativa de su estado de salud. -Existe la presencia de enfermedades en articulaciones, huesos, presión arterial y afectación en los sentidos (ver, oír). -Más de la mitad de la población no tiene problemas de movilidad al permitirse realizar actividades cotidianas, pero sin sobre esfuerzo. - Más de la mitad de la población tiene una percepción negativa de la calidad en la atención del servicio de salud pública en su localidad. -Más de la mitad de la población consideran que tienen

	<p>dificultad para adquirir medicamentos en el sistema público.</p> <p>-Existe una valoración precaria de la Alimentación: resaltando una alimentación sin calidad ni cantidad y el consumo frecuente de carbohidratos blandos que resultan más accesibles y son más fáciles de masticar debido a la carencia de piezas dentales en la población adulta mayor.</p>
Ocio y Relaciones sociales (Redes socio – familiares y tiempo libre)	<p>-Su principal red de apoyo es la familia, manifestando en su mayoría mantener una buena y muy buena relación.</p> <p>-Entre las principales actividades de ocio y recreación sobresalen: el encuentro con otros adultos mayores, la actividad religiosa y visita a familiares.</p>
Experiencias generales de vida (con quien vive, es cuidador/a, salud mental, satisfacción vital, violencia, intervención de autoridades)	<p>-La mayoría de personas adultas mayores viven acompañadas por su conyugue o un hijo/a.</p> <p>-Un reducido número son cuidadores/as de otros miembros menores de edad o con discapacidad.</p> <p>-Los principales problemas de salud mental son: el estrés, los problemas de memoria y sentimientos de soledad y tristeza.</p> <p>-Más de la mitad de la población afirma tener insatisfacción con su vida.</p> <p>-Un reducido número de personas Adultas mayores refieren sufrir algún tipo de violencia física, psicológica o patrimonial.</p> <p>-La mayor demanda de la PAM a las autoridades es: La calidad de atención en salud y acceso de medicamentos al domicilio, alimentación nutritiva, seguridad económica través de bonos del estado, y el incremento de espacios recreativos.</p>

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Diagnóstico Social

Fase Predictiva o Conclusión:

En esta fase se concluye de manera general cada dimensión de calidad de vida que se

ha interpretado.

Tabla 21: Fase Predictiva o Conclusión

Dimensión C.V	Conclusiones
Condiciones materiales de vida (situación económica, servicios básicos, necesidades materiales)	En la PAM existe más de una Necesidad Básica Insatisfecha (NBI) lo que ubica a la población objetivo en una condición de pobreza y pobreza extrema, con necesidades materiales en vivienda y aspectos básicos como carencia en insumos de aseo personal y baterías sanitarias en una minoría.
Determinantes de la salud (valoración de salud, enfermedad, movilidad, accesibilidad en atención médica, medicamentos y alimentación)	La PAM tiene una autovaloración negativa de su salud debido a la concurrencia de dos o hasta tres enfermedades por individuo, mismas que no restringen su movilidad. Su calidad de vida en salud se ve limitada debido su insatisfacción con la atención y accesibilidad a medicamentos en los servicios de salud pública de la localidad, así como una alimentación diaria sin calidad ni cantidad.
Ocio y Relaciones sociales (Redes socio –familiares y tiempo libre)	<p>-La población objetivo generalmente cuenta con redes informales basadas en su sistema familiar, vecinos y amigos, se destaca una buena relación con los mismos, sin embargo, un poco más de la cuarta parte de la población califica su relación como regular y mala influyendo en algunos casos factores como la violencia psicológica, física o patrimonial.</p> <p>-La calidad de vida relacionada al ocio en el adulto/a mayor resulta favorable al hacer uso del tiempo libre en actividades de interés y fortalecer su relación con el contexto.</p>

<p>Experiencias generales de vida (con quien vive, es cuidador/a, salud mental, satisfacción vital, violencia, intervención de autoridades)</p>	<p>En su mayoría la PAM vive acompañada, sin embargo, esta condición no exime en algunos casos el sentimiento de soledad, otra condición aún más frecuente en salud mental es el estrés, la pérdida de memoria y la depresión esto debido a los cambios emocionales, cognitivos y sociales propios de la edad. Su autopercepción de satisfacción vital es negativa incidiendo en una minoría, no menos importante, factores como: ser cuidadores de otros miembros de la familia o la violencia intrafamiliar. Se evidencia vulneración al derecho de la salud debido a la limitada atención de calidad en el sistema público y la dificultad en el acceso a medicamentos gratuitos siendo esta una de sus principales demandas a las autoridades Municipales.</p>
---	--

Elaborado por: Martínez G. (2021)

Fuente: Diagnóstico Social

CAPÍTULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- A través de la investigación y el análisis e interpretación de los resultados obtenidos se concluye que las condiciones materiales de vida del adulto mayor del Cantón Tisaleo son limitadas puesto que en su mayoría se encuentran en situación de pobreza y pobreza extrema al tener más de una necesidad básica insatisfecha (NBI), con recursos económicos escasos, incluso quienes reciben alguna bonificación del estado. En cuanto a vivienda, existe la fortaleza de que la mayoría de adultos mayores cuenta con agua potable, luz eléctrica y alcantarillado, sin embargo sus principales necesidades materiales se centran en que la misma cuente con estructuras seguras, acceso a baterías sanitarias, bienes muebles como insumos de aseo personal, cocina a gas debido a que existe un gran número de personas que aún cocinan a leña, un pequeño grupo afirma la necesidad de contar con aparatos tecnológicos e internet para comunicarse con sus seres queridos ante una emergencia.

- Los determinantes en la salud del Adulto Mayor del Cantón Tisaleo están compuestos por la autovaloración de su estado de salud, la influencia de enfermedades más comunes, la movilidad, la calidad de atención y facilidad de acceso a medicamentos en los servicios de salud Pública y su alimentación diaria. Concluyendo que: La mayoría de PAM tienen una autovaloración negativa de su salud, con concurrencia de dos hasta tres enfermedades por individuo, sobresaliendo los problemas en articulaciones y huesos; trastornos visuales; presión arterial y trastornos auditivos. En cuanto a movilidad más de la mitad de adultos mayores pueden movilizarse para realizar actividades cotidianas sin sobre esfuerzo. La población adulta Mayor de Tisaleo se encuentra insatisfecha con la atención y accesibilidad a medicamentos en los servicios de salud pública de la localidad, forzando la movilidad de este grupo etario a servicios públicos de salud en otros cantones. Finalmente se concluye que la alimentación de la población objetivo es en su mayoría carente de calidad, cantidad y nutrición.

- La calidad de vida en función de las relaciones sociales en este grupo etario puede determinarse positiva puesto que en su mayoría cuentan con redes informales basadas en su sistema familiar, vecinos o amigos, destacando una buena relación con los mismo, sin embargo, cabe considerar que en un poco más de la cuarta parte de la población el que exista una red socio familiar no siempre significa que exista una relación positiva, afectiva o de apoyo al adulto mayor, calificando su convivencia como regular y mala, en algunos casos debido a causas como la violencia psicológica, física o patrimonial de su sistema familiar.
- La calidad de vida en función del Ocio o recreación se muestra favorable puesto que la mayoría de los adultos mayores a pesar de su limitado tiempo disponible debido a las actividades rutinarias del campo, ha realizado por lo menos alguna de estas actividades: encuentros con otros adultos mayores, salir de paseo, visita a familiares y actividades religiosas e incluso un pequeño grupo realiza actividades deportivas o artísticas de acuerdo a sus posibilidades.
- Las características de la experiencia general de vida del adulto/a mayor se resume en que en su mayoría viven acompañados por su sistema familiar, sin embargo, aproximadamente la cuarta parte que viven solos son adultos mayores independientes, el convivir con alguien no siempre evita que el adulto mayor tenga sentimientos de soledad siendo esta característica uno de los varios problemas de salud mental que han manifestado, entre ellos el principal es el estrés, la pérdida de memoria, sentimientos de tristeza y depresión estas últimas provocadas por pérdidas propias de la edad como la muerte del conyugue o la perdida de sus funciones normales. Solo un pequeño grupo de la población objetivo son cuidadores de otros miembros de la familia, menores de edad o con laguna discapacidad significando esta característica un desgaste en su ciclo vital. Todas estas experiencias de vida demuestran que más de la mitad de la población adulta mayor afirman no encontrarse satisfechos totalmente con su vida, incidiendo en

- menos de la cuarta parte algún tipo de violencia patrimonial, psicológica o física ejercido por su sistema familiar.
- Se concluye que entre las necesidades identificadas por los adultos/as mayores y en las cuales solicitan la intervención de las autoridades sobresalen: La calidad de atención en salud y acceso de medicamentos al domicilio, alimentación nutritiva, seguridad económica través de bonos del estado, y el incremento de espacios recreativos.

4.2 Recomendaciones

- El estudio permite recomendar a la Municipalidad del Cantón Tisaleo la creación de estrategias que cubran las necesidades fundamentales del adulto mayor, para incrementar su calidad de vida a través de una casa de día gratuita, centrada su acción en el bienestar biopsicosocial del mismo, a través de: El fortalecimiento de proyectos orientados al acceso a una salud de calidad, cooperando con la gestión y entrega de medicamentos de difícil acceso e insumos de aseo. Intervención psicosocial que brinde seguimiento y acompañamiento en la interrelación del adulto mayor con sus redes de apoyo formales (instituciones públicas o privadas) e informales (familia, vecinos, amigos). Ejecución de actividades que incrementen el ocio, la recreación y estimulen su capacidad cognitiva y funcional, involucrándolo de forma participativa en su entorno y generando hábitos saludables. Y Finalmente, direccionar acciones que garanticen una seguridad alimentaria digna y nutritiva con gestión interinstitucional y el monitoreo y seguimiento de profesionales especializados en nutrición gerontológica.
- Se recomienda al Gobierno Autónomo Descentralizado de Tisaleo designar un porcentaje -más allá de la asignación legal obligatoria- dentro del presupuesto anual a la elaboración de planes o proyectos dirigidos a la satisfacción de las necesidades materiales de los adultos mayores, especialmente las centradas en vivienda, valorando el porcentaje poblacional

que carecen de baterías sanitarias e infraestructura inestable debido a que representan factores de riesgo en la calidad de vida de esta población y una vulneración a su derecho a una vivienda digna y segura.

- Gran parte de la vida del adulto/a mayor está vinculada a las actividades del campo y la producción de grandes parcelas de terreno significando desgaste y un gran esfuerzo físico, Por ello se recomienda impulsar un espacio activo para el adulto mayor con la creación de pequeños huertos familiares teniendo como función proveer de alimentos a su vez que se realizan prácticas productivas tradicionales que forman parte de la identidad del adulto mayor con metodologías adecuadas a su edad y capacidad física e incluso con la posibilidad de comercializar los excedentes de la producción significando de igual forma un ingreso económico y garantizando una soberanía alimentaria.

C. MATERIALES DE REFERENCIA

Referencias bibliográficas

1. Abreu, J. L. (2014). El Método de la Investigación. *International Journal of Good Conscience*, 200. Obtenido de [http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9\(3\)195-204.pdf](http://www.spentamexico.org/v9-n3/A17.9(3)195-204.pdf)
2. Aleaga, A. (2018). *Análisis de la situación del adulto mayor en Quito*. Obtenido de Repositorio UASB: <http://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6465/1/T2772-MGDE-Aleaga-Analisis.pdf>
3. Aponte, V. (2015). Calidad de vida en la tercera edad. *Scielo*, 13(2), 152 - 182. Obtenido de http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-21612015000200003
4. Aranibar, P. (2001). *Acercamiento conceptual a la situación del Adulto Mayor en America Latina*. Santiago de Chile.
5. Arteaga, E. (2017). Buen Vivir Sumak Kawsay: definiciones, crítica e implicaciones en la planificación del desarrollo en Ecuador. *Scielo*, 907-919. Obtenido de <https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41n114/0103-1104-sdeb-41-114-0907.pdf>
6. Barrantes, M. (2006). Género, Vejez y Salud. *Scielo*, 193-197. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/abioeth/v12n2/art08.pdf>
7. Bordignon, N. (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2), 50-63. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
8. Botero, B., & Pico, M. (2007). Calidad de vida relacionada con la Salud (CVRS) en Adultos Mayores de 60 años: Una aproximación Teórica. *Scielo*, 11- 24.
9. Cabañero, J. (2004). Fiabilidad y Validez de la escala de satisfacción con la vida de Diener en una muestra de mujeres embarazadas y puérperas. *ResearchGate*, 16(3), 448 - 455. Obtenido de <file:///C:/Users/INSPIRON%2014/Downloads/CabaneroMJ.RichartM.Cabre>

- r oJ.OrtsMI.ReigA.Tosal-2004-Satisfaccionvitalenembarazadas.pdf.pdf
10. Carmona, S. (2009). El bienestar personal en el Envejecimiento. *Iberóforum*, 48-65. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211014858003>
 11. CEPAL. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, perspectiva regional y Derechos Humanos. En C. E. Caribe. Santiago: SANDRA HUENCHUAN. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
 12. Contreras, A. (2013). Malnutrición del adulto mayor y factores asociados en el distrito de Masma Chicche, Junín, Perú. *Revista Médica Herediana*, 24(3), 186-191. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=338030978002>
 13. CIDH. (2015). *Convención Interamericana Sobre La Protección De Los Derechos Humanos*. Washington, D.C.
 14. CPD. (2017). Agenda de Protección de Derechos, personas Adultas Mayores. Quito. Obtenido de https://proteccionderechosquito.gob.ec/adjuntos/agendas/3_ADULTOS_MA YORES.pdf
 15. Díaz, E., & Fernández, P. (2013). Conceptualización del diagnóstico en Trabajo Social:. *Cuadernos de Trabajo Social: Necesidades sociales básicas*, 26(2). Obtenido de [file:///C:/Users/INSPIRON%2014/Downloads/39550-Texto%20del%20art%C3%ADculo-66347-1-10-20131220%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/INSPIRON%2014/Downloads/39550-Texto%20del%20art%C3%ADculo-66347-1-10-20131220%20(1).pdf)
 16. Delgado, L., Herrera, A., & Ramírez, G. (2017). Condiciones materiales y simbólicas en la calidad de vida de las personas adultas mayores en condición de desigualdad social producto del Régimen No Contributivo de la Caja Costarricense de Seguro Social, durante el año 2017 en el cantón de San Ramón. *Universidad de Costa Rica*, 1- 229. Obtenido de <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/tfglic-sr/tfg-l-sr-2017-03.pdf>
 17. Ecuador, A. N. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*. Quito. Obtenido de https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

18. Fajardo, G., Gutiérrez, J., & García, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en Salud. *Scielo*, 57(2), 180-186. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf>
19. Fernández, T. (2012). *Trabajo Social Individualizado: Metodología de Intervención*. Madrid: Bascuñuelo.
20. Figueroa, L., Torres, G., Morales, X., Vega, P., & Lira, J. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida. *Redalyc*, 159-165. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3587/358746914004.pdf>
21. Guerrón, N. (2017). Calidad de Vida en los Adultos Mayores del Centro casa somos Roldós Pisulí. *Repositoria Universidad Salesiana*, 1-108.
22. Hernández, B., Chávez, E., Torres, J. d., Torres, A., & Fleitas, I. (2017). Evaluación de un programa de actividad físico-recreativa para el bienestar físico-mental del adulto mayor. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*, 1-18. Obtenido de <file:///C:/Users/INSPIRON%2014/Downloads/68-305-1-PB.pdf>
23. Herrera, E. M., Medrano, S. A., Coneo, M. G., Duitama, A. M., Hernández, T. M., Martínez, C. P., & Villadiego, T. R. (2014). Calidad de vida de adultos mayores en centro de protección social en Cartagena Colombia. *Redalyc*, 537-548. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74133057008>
24. Hermida, C. (22 de Julio de 2019). *el telégrafo*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/columnistas/1/pension-y-vivienda-para-los-adultos-mayores>
25. INE. (22 de Octubre de 2019). *Indicadores de Calidad de Vida. España: Instituto Nacional de Estadística, Gobierno de España*. Obtenido de https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INEPublicacion_C&cid=1259937499084&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalleGratis¶m2=1259944522424¶m4=Most+rar#top
26. Infante, B. (2018). *La situación sociofamiliar y la calidad de vida del Adulto*

- Mayor en el Gobierno Autónomo Descentralizado Parroquial De Izamba.*
Ambato: Universidad Técnica de Ambato . Obtenido de
<https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/28802>
28. Informe Nacional de Desarrollo Humano . (2016). *INDH*. Obtenido de
<http://desarrollohumano.org.gt/desarrollo-humano/concepto/>
29. Joseline Juárez Alarcón, E. P. (2019). Nivel de satisfacción con la vida en el adulto mayor del Centro Gerontológico. *Xikua*, 36-39. Obtenido de
<file:///C:/Users/INSPIRON%2014/Downloads/4332-Manuscrito-21036-1-10-20190521.pdf>
30. López, Á. (2 de 07 de 2010). Autonomía Personal y Dependencia. *AFONDO*, págs. 56-61. Obtenido de
http://www.autonomiapersonal.imserso.es/interpresent3/groups/revistas/documentos/binario/rap1afondo_06.pdf
http://www.autonomiapersonal.imserso.es/interpresent3/groups/revistas/documents/binario/rap1afondo_06.pdf
31. López, A. (2017). *Análisis de las relaciones sociales y la fragilidad en mayores de 75 años residentes en Castellón de la Plana*. Castellón: Universitat Jaume. Obtenido de
https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/481957/2017_Tesis_Lopez%20Martinez_Antonia.pdf?sequence=1&isAllowed=y
32. Madrigal, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses. *Scielo*, 118-153. Obtenido de
<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n63/v16n63a5.pdf>
33. Madrigal, M. (2010). Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores Mexiquenses. *Scielo*, 16(63), 117 -153. Obtenido de
<http://www.scielo.org.mx/pdf/pp/v16n63/v16n63a5.pdf>
34. Maldonado, T. (Marzo de 2018). *Información estadística de casos referentes a personas adultas mayores llevados por la DPE*. Quito: DPE. Obtenido de
<http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2191/1/DEOI-DPE-012-2018.pdf>

37. Montero, I., & Bedmar, M. (2010). Ocio, tiempo libre y voluntariado en personas mayores. *Revista de la Universidad Bolivariana*, 9(26), 61 - 84. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/polis/v9n26/art04.pdf>
38. Monreal, P., Valle, A., & Serna, B. (2009). Los Grande Olvidados: La personas Mayores en el Entorno Rural. *Psychosocial Intervention*, 18(3), 269-277. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814227006>
39. OIT. (2006). *Envejecimiento, Empleo y Protección Social en América Latina*. Santiago: ANDROS IMPRESORES. Obtenido de https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-buenos_aires/documents/publication/wcms_bai_pub_20.pdf
40. Olmedo, M. (2010). Análisis de la calidad de Vida relacionada con la salud, de los mayores de 65 años en un entorno multicultural, en la ciudad de Ceuta. *Dialnet*, 1 - 342. Obtenido de <https://digibug.ugr.es/bitstream/handle/10481/6636/18969902.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. OMS. (2015). *Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud*. World Health Organization. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
42. .pdf?sequence=1
43. OMS. (2020). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/about/who-we-are/frequently-asked-questions#:~:text=%C2%BFC%C3%B3mo%20define%20la%20OMS%20a,ausencia%20de%20afecciones%20o%20enfermedades%C2%BB>.
44. OMS. (12 de Diciembre de 2017). *Organización Mundial de la Salud* . Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
45. OPS. (2011). *La salud de los adultos mayores: una visión compartida* (2da ed.). (M. Quintero, Ed.) Washington. Obtenido de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51598/9789275332504_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

46. OPS. (2012). *Organización Panamericana de la Salud*. Obtenido de https://public.tableau.com/views/EnvSal_IndiceEnvejecimiento_viz1/Dashboard1?:embed=yes&:toolbar=yes&:showVizHome=no
47. Peña, B., Terán, M., Moreno, F., & Bazán, M. (2009). Autopercepción de la calidad de vida del adulto mayor en la Clínica de Medicina Familiar Oriente del ISSSTE. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 53-61. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/473/47312308002.pdf>
48. Raffino, M. (18 de Junio de 2020). *Conceptos.de*. Obtenido de https://concepto.de/calidad-de-vida/?fbclid=IwAR1HfwjsqrQ54HshtTOnU3ux7dNzLZS3tJsNuZqFyCDuR_JaJL336wbCjLY
49. Ramírez, J. R., & Daniel, A. C. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del Adulto Mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 79-86. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v28n2/mgi09212.pdf>
50. Sampieri, R. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill. Obtenido de <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
51. Secretaría Técnica Plan Toda una Vida. (2018). *Intervención Emblemática mis mejores años*. Quito. Obtenido de https://www.todaunavida.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2018/12/BrochureMisMejoresAnos_L5.pdf
52. Tortoza, J. (2017). Buen Vivir Sumak kawsay y Derechos Humanos. *Uasb*, 32-42. Obtenido de <https://www.uasb.edu.ec/documents/1841990/2608423/Aportes+Andinos+No.28/2b4c42ca-fde6-47ab-982c-8b8fb6bfb44a>
53. Truchado, E. d. (2007). *Uso del tiempo entre las personas Mayores*. Madrid: IMSERSO. Obtenido de https://www.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/bole_tinopm27.pdf
54. Tuesca, R. (2005). La Calidad de Vida, su importancia y como medirla. *Salud Uninorte*, 21, 76 -86. Obtenido de

- <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/4113/2525>
55. Tungurahua, G. P. (2019). *Agenda de Tungurahua*. Ambato: Dirección de Planificación. Obtenido de https://www.tungurahua.gob.ec/images/archivos/transparencia/2020/Agenda_Tungurahua2019-2021.pdf
56. Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Scielo*, 30(1), 61 - 71. Obtenido de <https://scielo.conicyt.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
57. Varela, L. (2016). Salud y Calidad de Vida en el Adulto Mayor. *Scielo Salud pública*, 199-201. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a01v33n2.pdf>
58. Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y para su familia. *Scielo*, 284 - 290. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
59. Vinaccia, S., Quiceno, J., Gómez, A., & Montoya, L. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial leve. *Scielo*, 205. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/diver/v3n2/v3n2a03.pdf>
60. Waters, W., Freire, W., & Ortega, J. (2019). Desigualdades sociales y en salud en Adultos Mayores ecuatorianos. *Revista Latinoamericana de políticas y acción pública*, 6(2), 9-23. Obtenido de <file:///C:/Users/INSPIRON%2014/Downloads/4479texto%20del%20art%C3%ADculo-20162-1-10-20201126.pdf>

ANEXOS

INTRUMENTO DE MEDICIÓN CUALITATIVA

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTA DE JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES
CARRERA DE TRABAJO SOCIAL

CUESTIONARIO SEMI ESTRUCTURADO #_ DIRIGIDA A LOS ADULTOS
MAYORES DEL CANTÓN TISALEO

El cuestionario tiene la finalidad de conocer la realidad del adulto mayor y su contexto para direccionar acciones que fomenten la calidad de vida en este grupo etario, ejecutadas por la Universidad Técnica de Ambato y la Municipalidad del Cantón Tisaleo.

Nota:

La entrevista fue grabada en audio con la autorización de la población objetivo.

Datos Personales:

Edad:

Sexo:

Condiciones Materiales

- ¿Cómo valora su economía? ¿Hay seguridad económica? ¿Tiene las cosas básicas? ¿Quién se encarga de la compra? ¿Están bien las tiendas? ¿Tiene su vivienda de todo? ¿Agua, luz, gas, recogida de basura, internet, celular, etc?
- ¿Tiene algún problema en la vivienda? ¿Qué cosas materiales cree que le falta?
- ¿Pasa frío o mucho calor? ¿Algún problema de ropa o calzado? ¿Con la limpieza de la ropa? ¿Y la limpieza de la vivienda (suelo, polvo, platos, cubiertos, etc.)?

Determinantes de la Salud

- ¿Cómo valora su salud? ¿Su calidad de vida? ¿Cómo la mejoraría?
- ¿Cómo se encuentra físicamente, del cuerpo? ¿Tiene problemas de movilidad?
- ¿Alguna enfermedad? ¿Diabetes? ¿Hipertensión? ¿Problema coronario?
- ¿Sobrepeso? ¿Discapacidad?
- ¿Qué tal la alimentación? ¿Qué suele comer? ¿Puede comer de todo? ¿Quién cocina? ¿Cómo mejoraría su alimentación?
- ¿Qué tal de hábitos saludables? ¿Consume Alcohol? ¿Fuma? ¿Hace Ejercicio físico? ¿Qué tal duerme? ¿Qué tal el aseo (ducharse, lavarse, dientes, etc.)?
- ¿Dispone de todo en su baño (WC, papel, toallas, cepillo de dientes, gel, jabón, etc.)?
- ¿Cada cuánto va al médico? ¿Sigue bien sus indicaciones? ¿Toma correctamente los medicamentos? ¿Es fácil el acceso al médico cuando se enferma? ¿Y adquirir medicamentos? ¿Tiene en casa cosas básicas sanitarias (vendas, mertiolate, algodón, etc)? ¿Sabe qué hacer exactamente si tiene una urgencia médica? ¿Cómo mejoraría sus cuidados sanitarios?

Ocio y Relaciones sociales

- ¿En qué familiares se apoya? ¿Y amigos? ¿Y vecinos? ¿Cómo valora su convivencia con los demás habitantes en su día a día? ¿Algún problema en su entorno social?
- ¿Qué hace en su tiempo libre? ¿Aficiones? ¿Qué le hace falta hacer? ¿Cómo valora los espacios públicos (plazas, parques, calles) (limpieza, accesibilidad, alumbrado) Hay seguridad en su localidad? ¿Qué hace falta en Tisaleo?

Experiencia general de vida

- ¿Usted con quién vive?
- ¿Se siente satisfecho con su vida? ¿Cómo valora esta etapa de la vida?
- ¿Cómo se encuentra su salud mental? ¿La memoria? ¿Los sentimientos?
¿Algo de estrés o depresión? ¿Alguna enfermedad?
- ¿Ha sufrido algún tipo de violencia?
- ¿Considera que se le respetan sus derechos? ¿Qué le gustaría que las entidades públicas hicieran por usted?

Otros datos u observaciones:

-Quiere añadir o comentar algo más al respecto?

